

Aanbevelingen tot
Vlaamse visie en prioriteiten ter ondersteuning van Perinatale Mentale
Gezondheid
December 2021

Wergroep Traject Perinatale Mentale Gezondheid
Vlaams Expertise Netwerk Perinatale Mentale Gezondheid

Inhoud

Inleiding.....	4
Situering	5
Proces tot aanbevelingen.....	6
Referentiekaders.....	7
Belang inzet op perinatale mentale gezondheid	11
Peripartum: een bijzondere levensfase	11
Incidentie en prevalentie.....	12
Leidende principes.....	15
Organisatie van zorg.....	17
Basiszorg en gespecialiseerde zorg	17
Matched, stepped, wraparound en joint care in de perinatale periode.....	17
Regionale zorpaden Perinatale Mentale Gezondheid	20
Traject preconceptie	22
Onderbouwing tot aanbevelingen	22
Wenselijk beleid.....	28
Generalistische basiszorg	28
Gespecialiseerde zorg.....	30
Aanbevelingen ter realisatie wenselijk beleid.....	30
Generalistische basiszorg	30
Gespecialiseerde zorg.....	31
Overzicht aanbevelingen tot preconceptioneel beleid	32
Overzicht aanbevelingen tot beleid inzake (zwangerschaps)verlies.....	32
Traject zwangerschap tot 2 jaar	34
Onderbouwing tot aanbevelingen	34
Aanbevelingen ter realisatie van wenselijk beleid	36
Populatiegerichte acties	36
Generalistische basiszorg	37
Gespecialiseerde zorg.....	47
Zorgmodules gespecialiseerde zorg	51
Interventies gespecialiseerde zorg.....	58
Overzicht aanbevelingen tot populatiegerichte acties.....	63
Overzicht aanbevelingen tot generalistische basiszorg	64
Overzicht aanbevelingen tot gespecialiseerde zorg	65
Traject middelengebruik en psychische comorbiditeit	67
Onderbouwing tot aanbevelingen	67

Prevalentie	68
Middelengebruik: een alleenstaand feit of niet?	68
Wenselijk beleid	69
Generalistische basiszorg	69
Gezinsgerichte preventieve zorg	70
Gespecialiseerde zorg gericht op ouder, problematiek en ouderschap	71
Aanbevelingen ter realisatie wenselijk beleid	71
Van preventie op maat tot zorg op maat	71
Verhogen van kennis en deskundigheid	74
Bestaand en goed werkend aanbod optimaliseren of consolideren.....	74
Overzicht aanbevelingen tot beleid inzake middelengebruik en psychische comorbiditeit.....	78
Aanbevelingen tot opleidingsbeleid	80
Basisopleiding	80
Voortgezette opleiding	82
Permanente vorming	83
Kwaliteitscriteria en erkenning.....	84
Verwijslandschap en sociale kaart	86
Overzicht aanbevelingen tot opleidingsbeleid	87
Aanbevelingen tot onderzoeksbeleid	89
Overzicht aanbevelingen tot onderzoeksbeleid	93
Aanbevelingen tot communicatiebeleid	95
Ontwikkelen visuele identiteit V.E.N.P.M.G.....	95
Ontwikkelen website V.E.N.P.M.G.....	95
Ontwikkelen sensibiliseringsmateriaal en -campagnes	97
Ontwikkelen mediagids V.E.N.P.M.G.	98
Overzicht aanbevelingen tot communicatiebeleid	98
Aanbeveling tot ondersteunende structuur	99
Overzicht aanbevelingen tot ondersteunende structuur	101
Literatuurlijst	102
Begrippenlijst.....	108
Lijst van gebruikte afkortingen	110
Bijlage: Organisatie stakeholderstoets	111

INLEIDING

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding gaf het Agentschap Opgroeien en het Agentschap Zorg en Gezondheid de opdracht om samen met de betrokken partners uit de (geestelijke) perinatale gezondheidszorg en verslavingszorg een **Vlaamse visie en prioriteiten ter ondersteuning van Perinatale Mentale Gezondheid** uit te schrijven.

De overeenkomstige betrokken partners uit de (geestelijke) perinatale gezondheidszorg en verslavingszorg zijn bijzonder dankbaar voor deze én eerder geboden kansen ter versterking van perinatale mentale gezondheid in Vlaanderen. Reeds enkele jaren investeert de Vlaamse overheid in emotioneel welzijn rond zwangerschap en geboorte, als duidelijk engagement tot het investeren in de mentale gezondheid van zowel (aanstaande) ouders als het (ongeboren) kind in deze voor hen bijzonder essentiële levensfase.

Naar aanleiding van bovenstaande opdracht, werd een nieuwe werkgroep binnen het Vlaams Expertise Netwerk Perinatale Mentale Gezondheid geïnitieerd, waarbinnen aanbevelingen tot een Vlaamse visie en prioriteiten werden geformuleerd. De leden van deze Werkgroep Traject Perinatale Mentale Gezondheid engageerden zich bovenop de opdrachten voor de eigen werkgevers tot een bijzonder intense periode van overleg en schrijven. Een periode van 1 jaar, waarin schrijven en onderling overleg werden bemoeilijkt door het ontbreken van fysieke momenten van gedachtenwisseling, bespreking, afstemming, ... t.g.v. de COVID-19-pandemie.

Ondanks bovenstaande uitdagingen in een bijzondere context, is de Werkgroep Traject Perinatale Mentale Gezondheid bijzonder verheugd dit rapport te kunnen aanbieden. Het rapport biedt (na een inleidend kader) de visie van de leden op het wenselijk beleid inzake perinatale mentale gezondheid, met aanbevelingen tot:

- preconceptioneel beleid
- beleid van zwangerschap tot 2 jaar
- beleid inzake middelengebruik en psychische comorbiditeit
- opleidingsbeleid
- onderzoeksbeleid
- communicatiebeleid
- beleid inzake ondersteunende structuur

Bovenstaande diverse domeinen waarbinnen aanbevelingen werden geformuleerd staan niet op zich, doch versterken elkaar onderling. De implementatie ervan maakt pas daadwerkelijk een verschil voor de betrokken gezinnen wanneer de zorg en ondersteuning die eruit voortvloeit hen geïntegreerd wordt aangeboden tijdens de eerste 1000 dagen van een kind.

Het ter beschikking stellen van voorliggende aanbevelingen betekent tenslotte geen eindpunt. De Werkgroep Traject Perinatale Mentale Gezondheid stuurt aan op een blijvende dialoog met de betrokken overheden ter implementatie van het weerhouden uitbreidingsbeleid. Dergelijke dialoog dient te worden ondersteund door een versterkt Vlaams Expertise Netwerk Perinatale Mentale Gezondheid, als hefboom tot een toekomstig duurzaam beleid inzake perinatale mentale gezondheid.

SITUERING

In het najaar van 2015 werd in het Vlaams Parlement het voorstel van resolutie aangenomen 'betreffende de vroegtijdige detectie en behandeling van de postnatale depressie'. Dit vormde de aanleiding tot een belangrijke ondersteuning van perinatale mentale gezondheid in Vlaanderen door de Vlaamse overheid. Het Agentschap Zorg en Gezondheid lanceerde in het najaar van 2016 in samenwerking met o.a. Kind en Gezin, de moeder-kindeenheden en de Associatie Beeldvorming Geestelijke Gezondheid een sensibiliseringscampagne inzake post-partumdepressie. Daarnaast subsidieerde het Agentschap Zorg en Gezondheid het project 'Perinatale Mentale Gezondheid' in de periode van 2016 tot 2021. Dit project had tot doelstelling:

- uitrol protocol i.v.m. screening en detectie van perinatale mentale problemen in Vlaanderen;
- CEBAM-validatie van het protocol;
- implementatie regionale perinatale zorgpaden;
- ontwikkeling online zelfhulptool perinatale depressie;
- ontwikkeling online zelfhulptool en psycho-educatie voor postnatale depressie, angst en postnatale verlieservaringen;
- oprichting Vlaams Expertise Netwerk Perinatale Mentale Gezondheid (V.E.N.P.M.G.);
- medewerking beleidsontwikkelingen Vlaamse overheid via o.a. medewerking aan het onderzoek 'Veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap. Nieuwe uitdagingen voor de geestelijke gezondheidszorg tijdens de eerste 1000 dagen van het leven.' (Nuyts et al., 2021).

Dit project betekende een belangrijke hefboom om heel wat in beweging te brengen in het perinataal zorglandschap. De betrokken projectcoördinatoren merkten bij zorgactoren uit verschillende sectoren een grote bereidheid om in te zetten op een kwalitatieve perinatale opvolging en daarbij ook aandacht te hebben voor de opvolging van het psychisch welzijn van de (aanstaande) ouders en de ontwikkeling en het welzijn van de baby. De concrete realisaties worden beschreven in de jaarlijkse eindrapporten van het project 'Perinatale Mentale Gezondheid'.

Naast kansen en de ontwikkeling van goede praktijken, werden de projectcoördinatoren tevens geconfronteerd met uitdagingen in de zorgorganisatie en hiaten in het zorgaanbod. De Werkgroep Traject Perinatale Mentale Gezondheid is dan ook verheugd dat de Vlaamse overheid de uitbouw van een duurzaam beleid inzake perinatale zorg ondersteunt. Het regeerakkoord 2019 - 2024 van de Vlaamse regering expliciteert het verhogen van het aanbod in de geestelijke gezondheidszorg voor het psychisch welzijn van de bevolking, zodat wachtlijsten verder kunnen terugdringen en sneller tegemoet kan worden gekomen aan de zorgvraag, met prioriteit voor kinderen, jongeren en de perinatale geestelijke gezondheidszorg. De beleidsnota 2019 - 2024 Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding expliciteert het belang van een zorgtraject op maat vanaf de zwangerschap ter ondersteuning van aanstaande ouders in hun ouderschap.

PROCES TOT AANBEVELINGEN

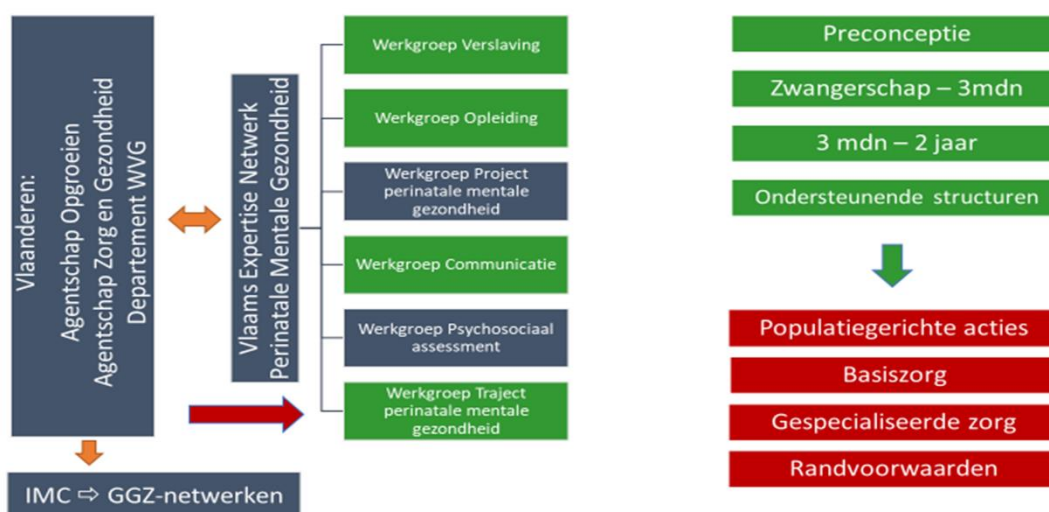
Het Vlaams Expertise Netwerk Perinatale Mentale Gezondheid (V.E.N.P.M.G.) wenste bij het uitwerken van een Vlaamse visie en prioriteiten ter ondersteuning van perinatale mentale gezondheid een geïntegreerd antwoord te bieden op perinatale mentale zorgnoden van (aanstaande) ouders over de verschillende lijnen heen. Zorgactoren vanuit alle betrokken lijnen en disciplines dienden dan ook te kunnen participeren aan het schrijven van de aanbevelingen. Om dergelijke brede betrokkenheid, gedragenheid en samenwerking van bij aanvang van het schrijven van de aanbevelingen te borgen, werd in de schoot van het V.E.N.P.M.G. een nieuwe tijdelijke Werkgroep Traject Perinatale Mentale Gezondheid geïnitieerd met volgende samenstelling:

- perinataal psychiater (Titia Hompes/Gilbert Lemmens);
- psycholoog (Sofia Vanneste);
- (ambulante) drugshulpverlening (Lyssa Toyinbo);
- Expertisecentra Kraamzorg (Veerle Decorte/Sarah Philippens/Mireille Picard);
- expert perinatale zorg voor kwetsbare (aanstaande) ouders (Sylvia De Ryck);
- eerstelijnspsycholoog (Ilanthe Van Dorselaer);
- Familieplatform/ervaringsdeskundige (Elke Van Lierde);
- Similes (Veronique Deblon);
- Centra Geestelijke Gezondheidszorg met Moeder & Baby- of Baby & Peuterwerking (Jan Maes);
- Jeugdhulp (Lieve Saerens/Elke De Groot/Isabelle De Keyser);
- netwerken geestelijke gezondheid kinderen en jongeren (Veerle Umans);
- projectcoördinatoren Perinatale Mentale Gezondheid (Helga Peeters/An-Sofie Van Parys/Marieke Vermaas);
- Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid (Justine Wijnhoven/Joke Jonckiere);
- wetenschappelijk expert (Bea Van Den Bergh);
- Agentschap Opgroeien (Marie-Jeanne Schoofs/Evelyne Deguffroy (voorzitster)).

In voorbereiding en opvolging van bijeenkomsten van de Werkgroep Traject Perinatale Mentale Gezondheid, gebeurde het eigenlijke schrijven van de aanbevelingen in schrijfgroepen.

Schrijfgroepen werden samengesteld naargelang de fase die zorggebruikers doorlopen en hun overeenkomstige zorgnoden, van preconceptie tot het kind de leeftijd van 2 jaar bereikt. De schrijfgroepen werden op hun beurt samengesteld met actoren die in de overeenkomstige fase zorg en ondersteuning bieden. Waar mogelijk werd als schrijfgroep gebruik gemaakt van reeds bestaande werkgroepen van het V.E.N.P.M.G. (Werkgroep Verslaving, Opleiding en Communicatie).

Continuïteit doorheen en inhoudelijke transparantie over het schrijven in de verschillende schrijfgroepen werd bewaakt dankzij maandelijkse debriefing en uitwisseling uit de verschillende schrijfgroepen in de Werkgroep Traject P.M.G..



Praktisch werden het schrijven en de overlegmomenten ondersteund via een gedeelde digitale werkplek en bijhorend afsprakenkader. Hierdoor werden transparantie en overzicht behouden gedurende het hele proces voor alle leden van de Werkgroep Traject P.M.G., evenals het Vlaams Expertise Netwerk Perinatale Mentale Gezondheid.

Een eerste werkfase liep van januari 2021 tot september 2021. De aanbevelingen waarrond consensus bekomen was, werden vervolgens gebundeld in een presentatie die werd voorgelegd aan het werkveld via een brede (intersectorale) toets bij stakeholders (cf. bijlage 'Organisatie stakeholderstoets'). De deelnemers kregen de mogelijkheid om feedback te geven per chat en per formulier. Rekening houdende met de input werden in een volgende fase waar nodig de aanbevelingen verder verfijnd door de Werkgroep Traject P.M.G ter finale oplevering t.a.v. de Vlaamse overheid.

Tijdens het schrijfproces werd de Werkgroep gevraagd om vervoegd aanbevelingen voor te dragen om aanspraak te kunnen maken op beschikbare éénmalige middelen ter ondersteuning van perinatale mentale gezondheid (met een looptijd van 3 jaar). De hiertoe versneld voorgedragen aanbevelingen worden cursief weergegeven in de overzichtstabellen met aanbevelingen in dit rapport. De niet-cursief getoonde aanbevelingen in diezelfde tabellen, betreffen aanbevelingen voor het recurrent uitbreidingsbeleid.

REFERENTIEKADERS

Voorliggende beleidsaanbevelingen werden ontwikkeld in respect voor en geïnspireerd op bestaande binnenlandse en internationale referentiekaders. Bij het gebruik van internationale richtlijnen als referentiekader, werd een noodzakelijke vertaalslag gemaakt naar de Vlaamse context. Deze vertaalslag kreeg intersectoraal vorm vanuit de dialoog tussen partners uit verschillende lijnen en deskundigen met mandaat om vanuit de praktijk input te geven.

Naast het perspectief van zorgverleners, werd ook het perspectief van (familie-) ervaringsdeskundigen ingebracht, onder meer via participatie aan de Werkgroep Traject P.M.G.. Verder werd input meegenomen uit het onderzoek 'Veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap. Nieuwe uitdagingen voor de geestelijke gezondheidszorg tijdens de eerste 1000 dagen van het leven.' (Nuyts et al., 2021) waarbij o.a. zorggebruikers werden bevraagd.

In wat volgt, duiden we enkele van de gebruikte referentiekaders:

- **Decreet betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod**

In lijn met de filosofie van het decreet betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod (Vlaamse Regering, 2019) werd voor wat betreft de inhoudelijk input voor de aanbevelingen aan iedere deelwerkgroep van het traject gevraagd om te werken vanuit vooropgestelde clusters en actielijnen, met aandacht voor:

- het ganse continuüm van preventieve ondersteuning (veerkracht) tot curatie;
- verschillende zorgvormen (ambulant, mobiel, residentieel);
- P.M.G. in de generalistische basiszorg rond zwangerschap en geboorte;
- P.M.G. in de gespecialiseerde zorg;
- zowel populatiegerichte acties als individugerichte zorg;
- versterking van de zorg door optimalisering van de randvoorwaarden.

Daarbij werd verder gebouwd op wat reeds gerealiseerd is en de ervaringen die werden opgedaan binnen het project 'Perinatale Mentale Gezondheid', waaronder de uitbouw van de regionale zorgpaden met aandacht voor de verschillende zorgniveaus van de 0^{de} tot 3^{de} lijn. Verder vormde het decreet een belangrijke basis voor de leidende principes die verder in het document beschreven staan.

- **Project EF41 'Veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap. Nieuwe uitdagingen voor de geestelijke gezondheidszorg tijdens de eerste 1000 dagen van het leven.'**

Dit project betreft het onderzoeksprogramma dat liep van 2018 tot 2020 vanuit het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, met volgende onderzoekslijnen (Nuyts et al., 2021):

- een inventaris van organisaties met een aanbod dat focust op perinatale geestelijke gezondheidszorg;
- het opstellen van een matrix van methodieken en tools die de veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap kunnen ondersteunen;
- het voorstellen van een onderzoeksprogramma 'Veerkracht in de eerste 1000 dagen van het leven', met aandacht voor kostenefficiëntiestudies.

De aanbevelingen uit dit rapport werden doorgenomen en meegenomen door de Werkgroep Traject P.M.G..

- **Parent and Infant Mental health**

Bij het project 'Perinatale Mentale Gezondheid' vormden Infant Mental Health en de Australische richtlijnen van SAFE START (N. S. W. Department of Health, 2009) gepaste referentiekaders. De kernideeën hiervan zijn ook voor voorliggende beleidsaanbevelingen bepalend (zie verder). Anders

dan de in internationaal gehuldigde term Infant Mental Health wordt hier gekozen om te spreken van Parent Infant Mental Health omwille van de beleidsmatige doeleinden van voorliggende aanbevelingen. Dit begrip expliciteert zowel de mentale gezondheid van de moeder en de medeouder (indien aanwezig) van het kind als de mentale gezondheid van het kind, in het belang van ieders emotioneel welbevinden en hun onderlinge interacties. Het emotioneel welbevinden van het kind en het emotioneel welbevinden van de directe omgeving zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. De zorg voor de ouders staat zowel in het teken van het vrijwaren van de ontwikkeling van de baby als de zorg voor de ouder als persoon.

Infant Mental Health is het domein van de gezondheidszorg waarin de (ongeboren) baby/jonge kind en diens ontwikkeling binnen zijn belangrijkste zorgrelaties (ouders) centraal staat (Zeanah, 2019).

- Infant: ongeboren kind tot 5 jaar;
- Mental: sociale, emotionele en cognitieve ontwikkeling;
- Health: gezondheid en welzijn van jonge kinderen en hun gezinnen.

Infant Mental Health (I.M.H.) focust op het sociale en emotionele welzijn van het kind binnen de context waar er voor hen wordt gezorgd door ouders en andere primaire zorgende (Zero-to-Three, 2005). I.M.H. gaat over relaties en hoe relaties een invloed hebben op relaties, beginnend bij zwangerschap en soms zelfs daarvoor (Rexwinkel, 2011).

- **De eerste 1000 dagen**

Het leven wordt geprogrammeerd vanaf het prille begin. De eerste 1000 dagen (van conceptie tot 2 jaar na de geboorte) is de meest intense periode in een mensenleven waarbij een individu wordt gevormd door zijn omgeving. Zoals Tessa Roseboom zegt: *“In de eerste duizend dagen van het leven, vanaf bevruchting tot conceptie, worden we gevormd tot wie we zijn. Invloeden in deze periode zijn bepalend voor de rest van het leven”*. In geen enkele andere fase van het leven worden op zo'n korte tijd zoveel ontwikkelingsmijlpalen bereikt. De omgeving waarbinnen deze ontwikkeling plaatsvindt is bijgevolg cruciaal, gezien de orgaanfuncties en structuren in deze fase geprogrammeerd worden voor de rest van het leven (Roseboom, 2018). Wanneer deze eerste 1000 dagen plaatsvinden in een omgeving waar er psychisch lijden is bij een van de ouders, dan zal dit een invloed hebben op de ontwikkeling van een kind (Roseboom, 2018). Een gebrek aan interventie zal niet enkel een invloed hebben op het kind, maar ook op de daaropvolgende generaties (Sutter-Dallay, Glangeaud-Freudenthal, Guedeney, & Riechler-Rössler, 2016). Een kind heeft niet enkel nood aan gezonde voeding, maar ook nood aan veel liefde en affectie van hen die zorg dragen voor dit kind (Roseboom, 2018). Vroegkinderlijke stress kan een blijvend effect hebben op het zich ontwikkelende brein (Van Den Bergh, 2011; Van Den Bergh et al., 2017). Gedurende de eerste 1000 dagen zijn onze hersenen het meest plastisch (Zeanah, 2009; Rexwinkel, 2011). Eén van de kernconcepten waarop ontwikkeling is gebaseerd, is: *“human relationships, and the effects of relationships on relationships, are the building blocks of healthy development”* (Institute of Medicine and National Research Council, 2000). In de vroegste stadia van de ontwikkeling, staan deze relaties centraal en zijn ze één van de belangrijkste principes in het gebied van 'Infant and early childhood mental health'. Infant Mental Health focust, zoals eerder aangegeven, op het sociale en emotionele welzijn van het kind binnen de context waar er voor hen wordt gezorgd door ouders en andere primaire zorgende (Zero-to-Three, 2005). I.M.H. gaat over relaties en hoe relaties een invloed hebben op relaties. Te beginnen bij zwangerschap en soms zelfs daarvoor (Rexwinkel, 2011). Zonder toereikende behandeling zullen deze kinderen nood hebben aan zeer veel ondersteuning in de thuissituatie, op school en hebben zij een groter risico op het ontwikkelen van psychopathologie. Vroege I.M.H. -

interventies zullen bijdragen aan de latere fysieke, mentale en emotionele gezondheid. Bijgevolg is het cruciaal om te investeren in deze vroege interventies zowel vanuit individueel alsook vanuit socio-economisch perspectief (Rexwinkel, 2011). Zoals Tessa Roseboom schrijft: *“Investeren in een goede start levert enorme winst op voor de gezondheid en het welzijn van toekomstige generaties: het is de slimste investering die we kunnen doen, vanuit menselijk, maatschappelijk en economisch perspectief”* (Roseboom, 2018).

Shulman (2016) geeft volgend advies aan beleidsmakers, onderzoekers en klinici in het boek ‘Research and Practice in Infant and Early Childhood Mental Health’: *“Research in neurobiological, behavioural and social sciences has led to major advances in understanding the conditions that influence whether children begin life on a pathway toward optimal development or not. Consensus has been reached regarding the importance of early experience. Intervention that begins early has the potential to shape the future of the infant, the family and the community in which the child grows up. The effects of interactions between genetics and environment on the development of the brain and the unfolding of behaviour are complex and multi-directional. Within the dynamic system of child and environment, of biology and ecology, of genes and context, of nature and nurture, it is necessary to acknowledge the central role of early relationships as a source of adaptation or of risk.”*

- **Centering-based groepsaanbod**

Tot slot vormen ook de principes van Centering Pregnancy en Centering Parenting een voorname inspiratiebron. In Vlaanderen loopt hieromtrent een Europees project onder de naam “GC_1000.” Peer-support kan een goede ingangspoort zijn en dit op alle niveau’s van zorg- en hulpverlening. In dit model worden zowel de medische begeleiding als het informeren in kleine groepen georganiseerd. De tijd die zwangere koppels doorgaans kunnen of willen besteden aan de voorbereiding van de geboorte wordt zo optimaal benut, met zowel medische opvolging als de mogelijkheid om samen met lotgenoten op weg te gaan. Dit kan bijdragen tot het vormen van een broodnodig eigen netwerk rond het gezin.

Aanstaande en jonge ouders worden niet top-down benaderd, maar samen met andere (aanstaande) ouders in een actieve rol in het zorgproces. Op deze manier staan ze in hun kracht om eigen, bij hen passende keuzes te maken. *“Tell me and I forget. Teach me and I remember. Involve me and I learn.”*

- **Andere referentiekaders**

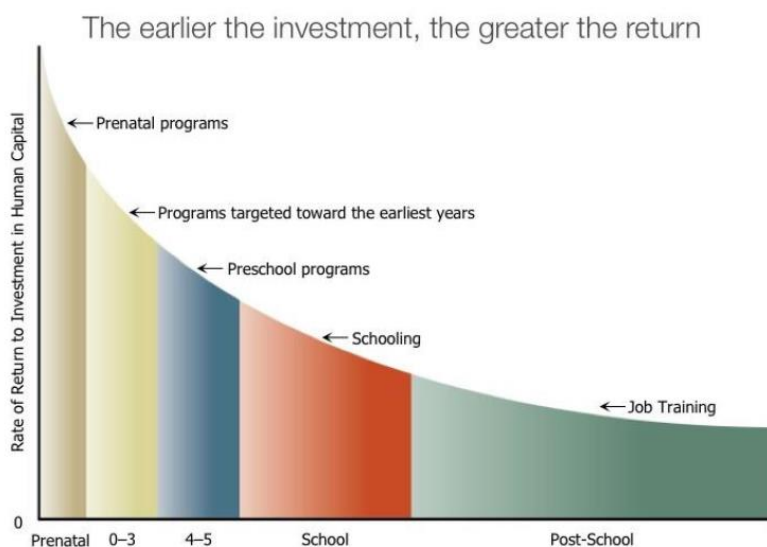
Voor de onderbouwing van de aanbevelingen m.b.t. het gespecialiseerd aanbod worden diverse modellen gebruikt, waaronder de ‘SAFE START’ richtlijnen (N. S. W. Department of Health, 2009) en de ‘Recommendations for the provision of services for childbearing women’ (Royal College of Psychiatrists, 2015). Beiden zijn sterk uitgebouwde richtlijnen die een aanvulling vormen op elkaar. Bijkomende inspiratie wordt gehaald uit de modellen van Centering Pregnancy and Centering Parenting, de invulling van specifieke modules binnen het Erasmus M.C. in Nederland en de ervaringen in de Vlaamse Moeder-Baby Eenheden en de Centra Geestelijke Gezondheidszorg met Moeder & Babywerking.

Peripartum: een bijzondere levensfase

De **eerste duizend dagen** zijn fundamenteel in het leven van elke mens. In geen enkele andere levensfase worden zoveel mijlpalen bereikt en de fundamenten gelegd voor kansrijk opgroeien in het verdere leven. Binnen deze eerste duizend dagen is het peripartum, of de perinatale periode van conceptie tot 1 jaar na de bevalling, een periode van verandering en vele aanpassingen (Milgrom & Gemmill, 2015). Het is een levensfase die voor jonge ouders gepaard gaat met ambivalente gevoelens: van vreugde, blijdschap en hoop; tot angst, onzekerheid, moeilijke gevoelens en kwetsbaarheid (Vliegen & Rexwinkel, 2011). Gepaste (gelaagde) aandacht en zorg in deze periode van verhoogde kwetsbaarheid dragen bij tot een duurzame veerkracht.

De World Health Organization definieert **maternale mentale gezondheid** als *‘een toestand van welzijn waarin een moeder haar eigen mogelijkheden realiseert, de normale stress van het leven aan kan, productief kan werken en een bijdrage aan de gemeenschap kan leveren’* (W.H.O., 2016). Mentale gezondheidsproblemen vormen één van de belangrijkste complicaties tijdens de perinatale periode. Eén op de vijf vrouwen ervaart psychische problemen tijdens het peripartum (National Collaborating Centre for Mental Health, 2018). Deze psychische problemen kunnen een belangrijke impact hebben op de (aanstaande) moeder, het (ongeboren) kind en haar omgeving (Roseboom, 2018), alsook op de maatschappij en op economisch vlak (National Collaborating Centre for Mental Health, 2018). Preventie, vroeg-detectie en vroeg-interventie is fundamenteel voor alle betrokkenen. Het is dan ook niet verwonderlijk dat (maternale) mentale gezondheid een globale prioriteit vormt voor de ‘World Health Organization’ (WHO). Zo roept de W.H.O. in het ‘Comprehensive Mental Health Action Plan 2013 - 2030’ op tot het implementeren van strategieën ter promotie en preventie van maternale mentale gezondheid (World Health Organisation, 2021).

De **meest effectieve en efficiënte investering** die een overheid kan maken, is deze in de prenatale en postnatale periode (Heckman, 2013). Het inzetten op vroeg-detectie en vroeg-interventie bij jonge moeders en hun gezinnen heeft rechtstreeks effect op de outcome bij hun infants en zal een positief effect hebben op tal van uitkomsten zoals gezondheid, onderwijs en economie. Inzetten op deze vroege periode geeft dus de grootste ‘return on investment’ zoals hieronder weergegeven (als rendement per jaar per geïnvesteerde dollar):



Source: James Heckman, Nobel Laureate in Economics

'Centre for Mental Health and London School of Economics' raamde in 2014 de lange termijn maatschappelijk kost van perinatale depressie, angst en psychose op £8.1 miljard per jaarlijks geboortecohort (Centre for Mental Health and London School of Economics, 2014). Dit komt overeen met een kost van net geen £10.000 per geboorte. Ongeveer 72% van deze kosten zijn veroorzaakt door de negatieve effecten van de maternale mentale problemen op het kind en 28% door kosten gerelateerd aan de moeder. Deze kosten worden in de hand gewerkt door een gebrekkige perinatale mentale zorg in het Verenigd Koninkrijk. Ongeveer de helft van alle moeders met perinatale angst of depressie worden niet gedetecteerd. Gespecialiseerde perinatale mentale gezondheidsdiensten ontbreken voor 40% van de Engelse en Schotse moeders met mentale problemen en zelfs voor 70-80% voor moeders uit Wales en Noord-Ierland. De kostprijs voor een goed uitgewerkte perinatale mentale gezondheidszorg wordt geschat op £400 per geboorte, wat een aanzienlijke besparing zou zijn in vergelijking met de huidige kosten verbonden aan perinatale mentale gezondheidsproblemen. Daarom werd perinatale mentale gezondheid als een nationale prioriteit beschouwd in 2016 en werd £365 miljoen over een periode van 5 jaar geïnvesteerd in de ontwikkeling van perinatale mentale gezondheidsdiensten en projecten, inclusief opleidingen voor vroedvrouwen, psychologen en psychiaters.

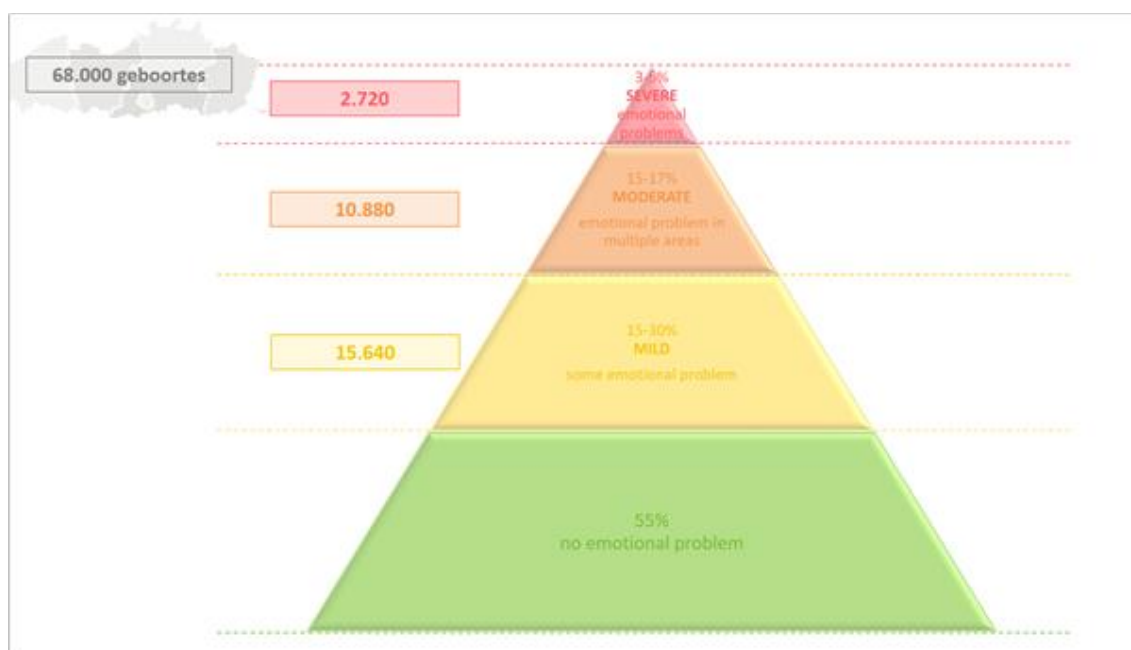
Binnen het beleid ter ondersteuning van de eerste 1000 dagen van het leven, focussen voorliggende aanbevelingen conform de focus van het uitbreidingsbeleid op de ondersteuning van perinatale mentale gezondheid. Die ondersteuning komt pas ten volle tot zijn recht wanneer sociale spanningen, armoede, slechte huisvesting, onstabiele werkgelegenheid, ... het vermogen van gezinnen niet hinderen om een veilige en gezonde omgeving voor hun kinderen te creëren (House of Commons Health and Social Care Committee, 2019). Ondanks de focus op perinatale mentale gezondheid, vindt de Werkgroep Traject P.M.G. het belangrijk om in deze fase ook nadruk te leggen op het **belang van ondersteuning van alle gezinnen, ook de meest kwetsbaren onder hen, in al hun kwetsbaarheden**. Verbetering van het vermogen van diensten om ouders en gezinnen te steunen en in staat te stellen om voor zichzelf en hun kinderen te zorgen, is van vitaal belang. Waar dit uitbreidingsbeleid nadruk legt op perinatale mentale gezondheidsproblemen, vraagt de Werkgroep Traject P.M.G. om blijvend rekening te houden met de behoeften van de meest kwetsbare gezinnen.

Incidentie en prevalentie

Tijdens het peripartum vinden we het hele spectrum aan psychiatrische stoornissen (O'hara & Wisner, 2014; Knijff et al., 2017). In tegenstelling tot wat vroeger aangenomen werd, is zwangerschap niet beschermend tegen psychisch lijden. Zoals reeds aangegeven, wordt één op vijf (aanstaande) moeders geconfronteerd met een psychische kwetsbaarheid in het peripartum (National Collaborating Centre for Mental Health, 2018).

- Naar schatting 3-5% zal ernstige problemen stellen waarvoor gespecialiseerde zorg noodzakelijk is (Royal College of Psychiatrists, 2015). Vier op 1000 zal nood hebben aan een opname omwille van postpartum psychose en alle **ernstige, complexe toestandsbeelden** die een opname noodzakelijk maken.
- Bijkomend zal rond 15% **matig ernstige problemen** vertonen (voornamelijk matige ernstige angst en depressieve stoornissen). Onder matige ernstige problemen noteren we alle problemen die als 'pathologie' (boven threshold) kunnen geclassificeerd worden, zowel milde als matige pathologie. In de literatuur wordt het onderscheid tussen beiden niet goed gemaakt. Royal College of Psychiatrists maakte een samenvatting. We verwijzen hiervoor naar tabel 1 uit de richtlijn van 2015 en 2021.
- Daarnaast zal naar schatting 15-30% (gemiddeld 22,5%) **milde problemen** vertonen onder de vorm van distress en aanpassingsstoornissen (Royal College of Psychiatrists, 2015). Hieronder noteren we bijgevolg alle milde symptomatologie waarvoor wel interventie nodig is, maar die nog niet als pathologisch wordt beschouwd (dus sub-threshold).

Vertaald naar **Vlaanderen** betekent dit dat bij een geboortecijfer van 68.000 bevallingen ongeveer **15.640 (aanstaande) moeders milde perinatale psychische problemen** zullen kennen, **10.880 matige problemen** en **2.720 ernstige problemen** (zie figuur). Het is dan ook essentieel dankzij het ondersteunen van veerkracht tijdens de eerste 1000 dagen van het leven perinatale mentale problemen, en de bijhorende negatieve gevolgen voor het jonge gezin en de gemeenschap, te voorkomen (Van Haeken et al., 2020; Sexton et al., 2015).



Onderstaande tabel¹ vat het voorkomen van psychopathologie tijdens het peripartum samen:

Stoornis	Prenataal	Postnataal	Frequenties (per 1000)
Depressieve stoornis			
• Ernstige depressieve stoornis	Periodeprevalentie ¹ : 127 Puntprevalentie ¹ : T1: 38 – T249 – T3: 32	Periodeprevalentie ¹ : 72 Puntprevalentie ¹ : 1ste jaar postnataal: 10-56 2m: 57 – 6m: 65 – 12m: 219	30-100 ³ 100-150 ³
• Milde - matige depressieve stoornis	57	120	
• Geen onderscheid mild - ernstig		Incid.: 12% -Prevalentie: 17% ²	
Angststoornis			
• Afwezigheid van depressieve stoornis	152 ⁴ 73 ⁵	99 ⁴ 157 ⁵	90-130 ³ Past year prevalence (pregnancy and postpartum) 130 ⁶
Post-Traumatische Stress stoornis			
• Gelinkt aan complicaties rond bevalling		30 ³ 10-20	30 ³ 10-20
• Andere traumatische ervaringen geïnccludeerd		60-80	60-80
Obsessief-compulsieve stoornis	20,7 ⁷	24,3 ⁷	
Eetstoornissen	50-75 ^{8,9}		
Alcohol en middelen			
• Alcohol			55 ¹⁰ 36 ⁶
• Illegale middelen			16 ⁶
Postpartum psychose		1-2 ^{11,12}	1-2 ^{11,12}
Ernstige chronische psychiatrische stoornis			2 ³
Aanpassingsstoornis en distress			150-300 ³

¹ Gavin et al., 2005¹, Shorey et al., 2018², Royal College of Psychiatrists, 2015³, Dennis, Falah-Hassani, & Shiri, 2017⁴, Milgrom & Gemmill, 2015⁵, Vesga-López et al., 2008⁶, Russell, Fawcett, & Mazmanian, 2013⁷, Easter et al., 2013⁸, National Collaborating Centre for Mental Health, 2018⁹, Kotelchuck et al., 2017¹⁰, Wesseloo, Burgerhout, Koorengel, & Bergink, 2015¹¹, Bergink, Rasgon, & Wisner, 2016¹²

Perinatale mentale stoornissen worden gedefinieerd als **psychiatrische stoornissen die voorkomen in de perinatale periode** (O'Hara & Wisner, 2014). Depressie en angst zijn de meest voorkomende perinatale mentale problemen (Van Damme, Van Parys, Vogels, Roelens, & Lemmens, 2018).

Perinatale depressie

Postnatale depressie is een van de meest voorkomende complicaties van zwangerschap en bevalling. Men schat dat 10-20% van de jonge moeders hierdoor worden getroffen. Er werden periodeprevalenties teruggevonden van 18.4 % (milde vorm: 5.7%; ernstige vorm: 12.7%) antenataal en 19.2% (milde vorm: 12.0% ernstige vorm: 7.2%) postnataal (Gavin, Meltzer-Brody, Glover, & Gaynes, 2015). Een recente meta-analyse toonde dat de incidentie van post-partumdepressie 12% bedraagt en de prevalentie 17% (Shorey et al., 2018). Onderzoek toonde aan dat 33% jonge moeders met een postnatale depressie reeds depressieve symptomen vertonen tijdens de zwangerschap en 27% reeds preconceptioneel (Wisner et al., 2013). Perinatale depressie kent een belangrijke comorbiditeit met angst-, persoonlijkheids- en middelengerelateerde stoornissen. Meer comorbiditeit impliceert doorgaans een meer complexe en meer ernstige vorm van depressie met een lagere kans op volledig herstel (Van Damme et al., 2018).

Angststoornis

Ongeveer 13% van de (aanstaande) moeders zou kampen met een angststoornis (Vesga-López et al., 2008). Er werd een hogere prevalentie teruggevonden antenataal (15.2%) dan postnataal (9.9%) (Dennis, Falah-Hassani, & Shiri, 2017).

Postpartum psychose

Naar schatting 1-2 moeders op 1000 ontwikkelt een postpartum psychose. Vrouwen die reeds een postpartum psychose doormaakten alsook vrouwen gekend met een bipolaire stoornis hebben een sterk verhoogd risico op het ontwikkelen van een postpartum psychose (25-50%). Het onderscheid tussen deze 2 groepen heeft klinische relevantie gezien patiënten met een bipolaire stoornis minder vaak ernstige postpartum episodes lijken door te maken in vergelijking met jonge moeders met een postpartum psychose in de voorgeschiedenis, respectievelijk 17% en 29% (Wesseloo et al., 2016). Gespecialiseerde opvang voor deze doelgroep is aangewezen (Wesseloo et al., 2015; Bergink et al., 2016).

Bestaande psychiatrische kwetsbaarheid

Het is belangrijk om binnen de perinatale mentale gezondheid de nodige aandacht te hebben voor vrouwen met een reeds bestaande preconceptionele psychiatrische kwetsbaarheid die een kindwens hebben, zwanger zijn of net bevallen zijn. Naast vrouwen met een bipolaire stoornis zouden ook vrouwen die lijden aan schizofrenie een verhoogd risico hebben op herval in de eerste 3 maanden na de bevalling (24-25%) (Paschetta et al., 2014). 15,7% zou nood hebben aan een opname postnataal (Munk-Olsen et al., 2009).

Middelengebruik tijdens de zwangerschap

Het gebruik van middelen tijdens de zwangerschap heeft ernstige gevolgen voor de gezondheid van de vrouw en haar baby (en gaat vaak ook gepaard met grote sociale problemen, bv. op vlak van inkomen, zelfzorg, huisvesting, werk,...). Recent Amerikaans onderzoek naar de prevalentie van middelengebruik vindt een prevalentie van 5.5% voor alcohol en druggebruik in de periode van conceptie tot geboorte (Kotelchuck et al., 2017). Dit stemt overeen met de gegevens uit de studie van Vesga-López en collega's (Vesga-López et al., 2008) (respectievelijk 3.6% voor alcohol en 1.6% voor illegale middelen).

Aandacht voor partners

Perinatale geestelijke gezondheidszorg dient niet enkel te focussen op moeder en baby. Er dient ook de nodige zorg en aandacht te zijn voor de partners. Een recente meta-analyse toont een verhoogde

prevalentie voor paternale depressie postnataal in vergelijking met prenataal 8.4% (95% betrouwbaarheidsinterval [CI], 7.2–9.6%) (Cameron, Sedov, & Tomfohr-Madsen, 2016). Deze hoge prevalenties voor perinatale paternale depressie werden bevestigd in het onderzoek van Gentile en Fusco (2017), 8.2-13.2% (Gentile & Fusco, 2017). De belangrijkste risicofactor voor het ontwikkelen van paternale depressie blijkt maternale perinatale depressie te zijn: 24-50% van de partners van vrouwen met een perinatale depressie blijken zelf een perinatale depressie door te maken (Goodman, 2004; Gavin et al., 2015). Een gezinsgerichte aanpak is bijgevolg noodzakelijk (Gentile & Fusco, 2017).

LEIDENDE PRINCIPES

Bij het schrijven van voorliggende beleidsaanbevelingen werden leidende principes gehanteerd doorheen de volgehouden inspanning van het uiten van ideeën tot het in gedragenheid neerschrijven van de aanbevelingen. De gehanteerde leidende principes, mede geïnspireerd op deze binnen de jeugdhulp, worden in wat volgt geduid:

- **Zorg voor het mentaal welzijn is gezamenlijke verantwoordelijkheid van geestelijke en somatische gezondheidszorg**
De aanbevelingen sturen aan tot ontschotting en samenwerking tussen de zorg voor mentaal welzijn en lichamelijke gezondheid ten gunste van geïntegreerde zorg- en hulpverlening.
- **Geïntegreerde zorg als één geheel**
Er wordt gestreefd naar een geïntegreerde zorg voor welzijn en gezondheid binnen een holistische visie waarbij professionals uit verschillende disciplines samenwerken in zowel basiszorg voor ouder en (ongeboren) kind als gespecialiseerde zorg op maat. De ouder ervaart deze zorg als één geheel. Er is een naadloze overgang vanaf de zwangerschap, over het postpartum tot het kind 2 jaar is. Dit vergt interprofessionele samenwerking over diensten en organisaties heen met goede afspraken, communicatie, organisatie van de zorg en optimale betrokkenheid van de ouder.
- **Streven naar samenwerkingsmodel met continuïteit en gedeelde zorg**
Er wordt gestreefd naar een samenwerkingsmodel waarin continuïteit en gedeelde zorg belangrijke parameters zijn (bv. perinatale netwerken), waar nodig ondersteund door een trajectondersteuner. Als de zorg overgedragen moet worden, gebeurt dit met behulp van een warme en snelle overdracht.
- **Zo maximaal mogelijk de zorg naar de gezinnen brengen (dichtbij huis, kort op de bal)**
De aanbevelingen streven ernaar perinatale mentale gezondheidszorg maximaal naar de gezinnen te brengen eerder dan omgekeerd. De zorg wordt zoveel als mogelijk regionaal georganiseerd dichtbij huis waarbij het gezin zoveel mogelijk bij elkaar wordt gehouden. Het streven is om maximaal zorg te dragen vanuit en in (de nabijheid van) de thuisomgeving én kort op de bal. De ontwikkeling van de foetus en baby gaat razendsnel, wat geen tijd laat om te wachten met ondersteuning.
- **Van populatiegerichte acties tot zorg op maat**
De aanbevelingen dragen enerzijds bij tot populatiegerichte acties tot het creëren van een groter maatschappelijk draagvlak voor perinatale mentale gezondheid dankzij normalisering én sensibilisering hieromtrent bij ruime publiek, maatschappij en zorgprofessionals. Anderzijds dragen de aanbevelingen bij tot zorg en hulpverlening op maat van het

(aanstaande) gezin, met bijzondere aandacht voor maatschappelijk kwetsbare groepen in de maatschappij.

- **Vertrekken vanuit proportioneel universalisme**

De intensiteit en omvang van zorg verschilt per (aanstaand) gezin, met verhoogde inzet op (aanstaande) gezinnen die het nodig hebben (bv. maatschappelijke kwetsbare gezinnen). Vanwege dit principe wordt de ondersteuning van gezinnen met lichte problemen bewust tot de generalistische basiszorg gerekend. Dit normaliseert een verhoogde psychische kwetsbaarheid als eigen aan het peripartum. Subsidiariteit leidt tot het aanbevelen van een te realiseren basiszorg rondom geboorte, met presentie van een gespecialiseerd zorgaanbod voor wie nood heeft aan meer ondersteuning.

- **Zorgzaamheid voor het gezin met ruimte voor autonomie (shared decision making)**

Perinatale mentale gezondheid impliceert een grote zorgzaamheid voor het gezin van zowel de samenleving, de eigen omgeving als het professioneel kader. Tegelijk moet er ruimte zijn voor autonomie en gezamenlijke besluitvorming (shared decision making) en voor het ontwikkelen van de eigenheid van het (aanstaande) gezin, zijn context en de betrokken zorgverleners. Respect voor de autonomie impliceert transparante communicatie met het gezin. De zorggebruikers worden bovendien aangesproken op hun vermogen om zelf de regie van het eigen zorg- en hulpprogramma op te nemen.

De aanwezigheid van trauma, een geschiedenis van grensoverschrijdend gedrag, omstandigheden zoals armoede, een dreigende uithuisplaatsing, een ernstige ziekte of invaliderend ongeluk, ... kunnen de draagkracht en mentale ruimte van (aanstaande) ouders en de eigen omgeving beperken of aantasten om zelf (mee) te beslissen en hun weg te zoeken. In dergelijke gevallen is het te vermijden om te veel zelfzorg van de ouders en de eigen omgeving te verwachten, omdat dit tot een te grote belasting kan leiden en uiteindelijk meer gezondheidsverlies kan opleveren.

- **Versterken van draagkracht volgens mogelijkheden gezin**

(Aanstaande) ouders maken een mentale transitie door richting ouderschap. Het is niet ongewoon dat de ouder hierbij tijdelijk uit balans geraakt. Mits voldoende veerkracht en draagkracht bij zowel de (aanstaande) ouder als zijn omgeving kan men in de groei naar ouderschap na een periode van verstoring terugkeren naar een stabiele toestand. Het versterken van veerkracht en draagkracht van (aanstaande) ouders zijn leidende principes bij voorliggende aanbevelingen.

- **Ondersteuning van alle personen binnen primaire triade en relaties**

De aanbevelingen beslaan het brede domein van zorg voor de ontwikkeling en het welzijn van de (imaginaire) baby op elk niveau (socio-emotioneel, cognitief, ...) en zorg voor al wie hem omringt binnen de persoonlijke kring of in het kader van een professionele context. Hierbij verwijst psychische gezondheid naar het emotionele én relationele welbevinden van de persoon in zijn levenscontext, die niet los van elkaar kunnen worden gezien.

De aanbevelingen beogen de ondersteuning van de perinatale mentale gezondheid van alle personen van de primaire triade en de relaties (afstemming) tussen hen. Perinatale mentale gezondheidszorg overstijgt de organisatie van de huidige gezondheidszorg (hoofdzakelijk georganiseerd in functie van zorg aan individuen) als gezinsgerichte gezondheidszorg die zorg draagt voor systemen, hun individuen en hun interacties. In dit verband is het van belang de vader (indien aanwezig) te erkennen als hechtingsfiguur en in zijn eigen proces wat hij in de perinatale fase doormaakt inzake ouderschap. Tegelijk is het wenselijk dat de vader (verder in de tekst benoemd als medeouder) - zelfs in geval van een relatiebreuk tussen de ouders - steunend aanwezig is bij moeder en baby.

- **Aandacht voor intersectionaliteit (kruispuntdenken)**
Zorgverleners hebben nood aan het dichterblijven van kennis en kunde om zorg rond (aanstaande) ouders te dragen en soms ook te verdragen waarbij er aandacht is voor intersectionaliteit (cultuur, ras, socio-economische armoede, gender, ...). Het is hierbij van belang zicht te krijgen op de houding van de ouder tegenover het gezins- en familiemodel van de dyade/triade, waarbij in het verzorgen en opvoeden de nadruk op 'ontmoeten' ligt en op stimuleren om in een doorleefd contact te komen met de eigen binnenkant.
- **Van steunend en beschermend naar meer aanklampend bij verontrusting**
Bij verontrusting m.b.t. het (toekomstige) kind dient het discours zich te verleggen van steunende naar beschermende maatregelen en meer aanklampende zorg.

ORGANISATIE VAN ZORG

Basiszorg en gespecialiseerde zorg

In België is de gezondheidszorg georganiseerd volgens verschillende 'lijnen'. Zorgverlening wordt verstrekt op verschillende niveaus van specialisatie. De scheiding tussen deze lijnen is echter niet duidelijk te maken en hangt vaak af van de perceptie van de zorg door de zorgverleners zelf. Daarenboven worden deze lijnen anders gepercipieerd in de somatische dan wel geestelijke gezondheidszorg. Er treedt geregeld een mismatch op tussen de somatische zorgverleningslijnen en de geestelijke zorgverleningslijnen. Zo groeide het historisch dat veel eerstelijns perinatale mentale gezondheidszorg binnen een tweedelijns somatische zorgsetting plaatsvindt.

Om verwarring te voorkomen en vanuit een streven naar ontschotting tussen lichamelijke en mentale gezondheid ten voordele van geïntegreerde ondersteuning, wordt ervoor gekozen in voorliggende aanbevelingen de begrippen basiszorg en gespecialiseerde zorg te hanteren. Enkel daar waar het verhelderend kan zijn t.a.v. de huidige situatie wordt nog verwezen naar de klassieke opdeling in 'lijnen'.

Matched, stepped, wraparound en joint care in de perinatale periode

De kernideeën van de SAFE START richtlijnen (N. S. W. Department of Health, 2009) zijn bepalend voor voorliggende aanbevelingen. Het onderscheid tussen wraparound, stepped en matched care biedt de mogelijkheid het wenselijk beleid in zijn verscheidenheid en samenhang weer te geven. Ook hoe de klassiek gehanteerde lijnen in de gezondheidszorg met elkaar verbonden zijn, kan worden toegelicht aan de hand van de principes van matched, stepped en wraparound care.

Onder **wraparound care** (Zeanah, Stafford, Nagle, & Rice, 2005) wordt het optrekken, vorm geven en ondersteunen van een netwerk verstaan, waarbij het kind en het gezin centraal worden gesteld. Vanwege een veelheid van stressfactoren kan voor vele gezinnen een zorgverlenend aanbod vanuit één instantie niet volstaan. Wanneer meerdere zorgpartners nodig zijn, is het van belang dat ze op elkaar zijn afgestemd en als het ware fungeren als een enveloppe rond het gezin.

Stepped care verwijst naar een stapsgewijze benadering waarbij bij een toenemende kwetsbaarheid van een gezin eerst expertise naar het bestaand basiszorgtraject wordt gebracht (de 0^{de} en 1^{ste} lijn). Het effect hiervan wordt geëvalueerd om indien noodzakelijk daarna pas te schakelen naar een gespecialiseerd aanbod (de 2^{de} en 3^{de} lijn).

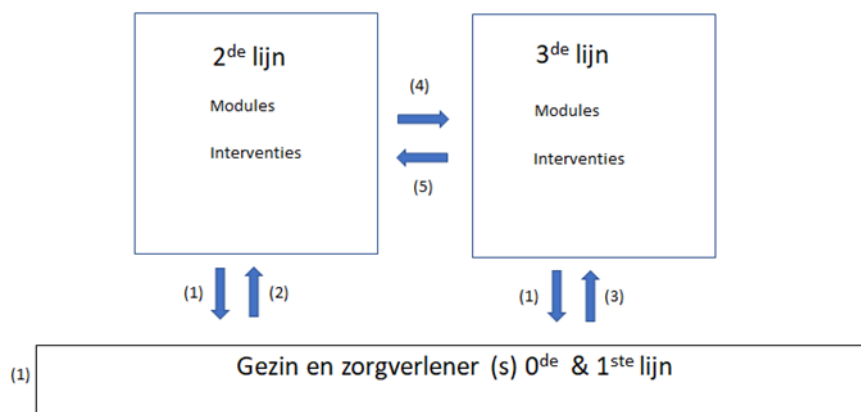
Matched care benadrukt het belang van een vroegtijdige en zorgvuldige inschatting van de noden van een gezin ten einde de juiste aanbodsform op het juiste zorgniveau aan het gezin te linken. Ontstaat er plots een acute situatie (bv. suïcidegedachten bij een moeder, extreem huilgedrag of extreme passiviteit bij de baby) dan dient er met bekwame spoed gespecialiseerde hulp op maat te worden georganiseerd. Is er voorkennis van pathologie bij een ouder, dan kan meer intensieve hulp reeds vooraf worden georganiseerd.

Door de mentale zorg in het peripartum zodanig te organiseren dat - uitgedrukt volgens de opdeling van gezondheidszorg in lijnen - de 0^{de} en 1^{ste} lijn altijd betrokken blijven en er indien nodig de hulp van 2^{de} en 3^{de} lijn wordt ingeroepen, wordt beantwoord aan het model van **vermaatschappelijking van zorg**. Hierbij is het volgens Ignaas Devisch (2017) van belang dat de mensen dicht bij het gezin (weten dat ze) beroep kunnen doen op meer gespecialiseerde expertise die zonder veel wachtlijsten op het juiste moment inzetbaar is.

De organisatie van de zorg volgens deze principes van care raakt aan het denken van Bion (1984) en Winnicott (1984) en het ondertussen klassieke begrip van '**containment**'. Opdat een baby kan evolueren van biologisch wezen naar psychisch wezen is 'containment' noodzakelijk. 'Containment' kunnen we begrijpen als de combinatie van handling (de manier waarop de ouder zijn/haar kind in de handen houdt) en holding (de manier waarop de ouder zijn/haar kind in het hoofd houdt). Opdat een ouder deze holding kan volbrengen dient ook de ouder door iemand in het hoofd te worden gehouden. Naast de directe omgeving van de ouder, heeft onder meer de 0^{de} of 1^{ste} lijns hulpverlener deze taak. Opdat een hulpverlener van de 0^{de} of 1^{ste} lijn dit kan doen, dient een hulpverlener van 2^{de} of 3^{de} lijn hem/haar in het hoofd te houden.



Hoe de eerder klassiek gehanteerde lijnen met elkaar verbonden zijn kan door middel van bovenstaande principes van care worden toegelicht.



1. De beschikbaarheid en betrokkenheid van een zorgverlener of zorgnet op de 0^{de} en 1^{ste} lijn is een continu gegeven (wraparound care). De afspraken van deze zorgverlener met het gezin krijgen bij de uitvoering van een module of interventie op de 2^{de} en 3^{de} lijn meer het karakter van follow-up. De zorgverlener blijft beschikbaar als aanspreekpersoon voor het gezin.
2. Bij (de evolutie van milde problemen naar) matige problemen kan beroep worden gedaan op de 2^{de} lijn (stepped care).
3. Wordt een zorgverlener op de 0^{de} of 1^{ste} lijn met ernstige problemen geconfronteerd, dan is een rechtstreeks appèl op de 3^{de} lijn van toepassing (matched care).
4. Bij (de evolutie van matige naar) ernstige problemen kan beroep worden gedaan op de 3^{de} lijn (stepped care).
5. Na behandeling op de 3^{de} lijn is een verdere therapeutische ondersteuning aangewezen op de 2^{de} lijn (stepped care).

De 2^{de} en 3^{de} lijn kunnen het onderscheid tussen matige en ernstige problemen mee inschatten. Ze hebben kennis van elkaars behandelmogelijkheden en kunnen een aanmelding op de andere lijn adviseren (matched care).

Het doorverwijzen (doorgeleiden) van de 0^{de} en 1^{ste} lijn naar de 2^{de} en 3^{de} enerzijds; en van de 2^{de} en 3^{de} lijn onderling zijn toepassingen van stepped en matched care. Bij een aanbod op de 2^{de} en 3^{de} lijn blijft evenwel sprake van een eerst aanwezige zorgverlener op de 0^{de} en 1^{ste} lijn. Deze houdt contact met het gezin en wordt ook betrokken bij evaluatiemomenten over het behandelverloop op de 2^{de} of 3^{de} lijn.

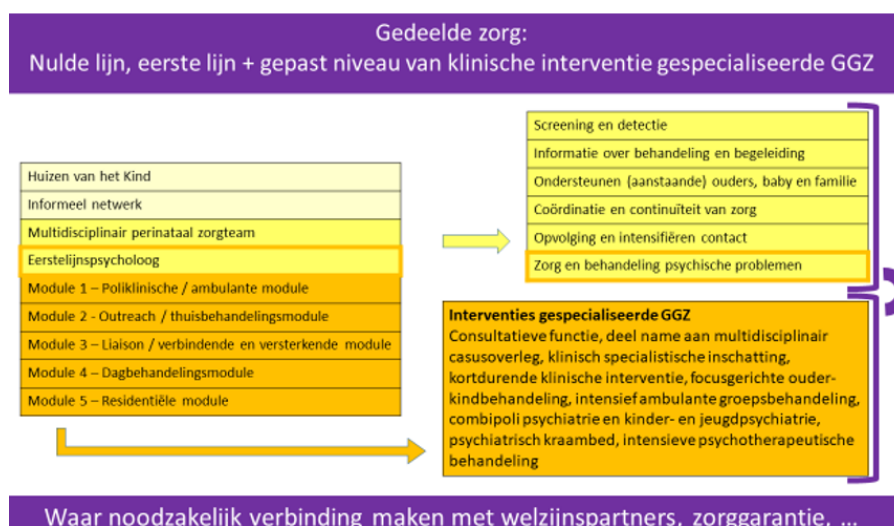
Bovenstaande conceptualisering dient zich in de praktijk te vertalen naar een onderlinge nauwe samenwerking tussen de verschillende actoren waarbij een coherent zorgaanbod gerealiseerd wordt dat toegankelijk en transparant is voor (aanstaande) gezinnen en verwijzers. Of om het met een metafoor te illustreren: het elektriciteitsplan (zorgorganisatie) moet goed uitgebouwd zijn, maar voor (aanstaande) gezinnen moet het gewoon en bovenal helder zijn waar de lichtschakelaar is en waar de lamp brandt (transparantie en toegankelijkheid van het aanbod). De regionale zorgpaden zijn van belang om dergelijke samenwerking te ondersteunen.

Vanuit het principe van **joint care** is er tenslotte het belang van gemeenschappelijke zorg voor ouder en kind. De focus bij perinatale mentale gezondheidsproblemen is drievoudig: (aanstaande) ouder, baby en de dyade. De eerste relatie die het kind aangaat met zijn primaire zorgverlener, meestal de moeder, is cruciaal. De mechanismen onderliggend aan de effecten van ouderlijke mentale gezondheid op de ontwikkeling van het kind zijn complex (Sutter-Dallay et al., 2016). Sutter-Dallay et al. (2016) onderstrepen dat gedurende de perinatale periode ouderlijke mentale gezondheid een van de sleutels vormt tot de ontwikkeling van infants en dat de behandeling van ouderlijke mentale gezondheidsproblemen de intensiteit en duur van de symptomen kan reduceren. Perinatale mentale gezondheid vraagt een drievoudige aanpak: (i) een medische en therapeutische aanpak ter behandeling van de aanwezige mentale gezondheidsproblemen die mogelijks een invloed hebben op het kind (ii) een ontwikkelingspsychologische benadering en psychodynamische benadering kijkende naar de baby. (iii) Tenslotte is het werken met de ouder-kind relatie, de dyade, cruciaal. Op deze wijze wordt er enerzijds op curatieve wijze (zorg voor de ouders) en anderzijds op preventieve wijze gewerkt (preventie van problemen in het proces naar ouderschap alsook in de ouder-kind relatie), wat cruciaal is (Sutter-Dallay et al., 2016).

Regionale zorgpaden Perinatale Mentale Gezondheid

Bovenstaande uitgangspunten m.b.t. de organisatie van basiszorg en gespecialiseerde zorg dienen samen een coherent geheel te vormen en vormen belangrijke bouwstenen om de **regionale zorgpaden Perinatale Mentale Gezondheid** verder te organiseren. Binnen deze regionale zorgpaden worden de verschillende zorgvormen op mekaar afgestemd en wordt ingezet op **samenwerking** tussen de zorgaanbieders (intersectoraal en over de lijnen heen) ten einde op een kwalitatieve manier de principes van matched, wraparound, joint en stepped care te realiseren. Uitgangspunt blijft dat partners in algemene ziekenhuizen en in de 0^{de} en 1^{ste} lijn alsook generalistische partners uit de geestelijke gezondheidszorg (bv. mobiele teams) een belangrijk rol opnemen in screening en detectie, sensibilisering, ondersteuning van (aanstaande) gezinnen en warme toeleiding naar (gespecialiseerde) partners uit de geestelijke gezondheidszorg waar noodzakelijk.

Voor alle zorgpartners dient het glashelder te zijn met welke gespecialiseerde partners uit de perinatale zorg kan worden samengewerkt. De regionale zorgpaden behelzen hierbij meer dan **transparantie** in sociale kaart en impliceren **duurzame samenwerkingsverbanden** waarbij partners elkaar goed kennen.



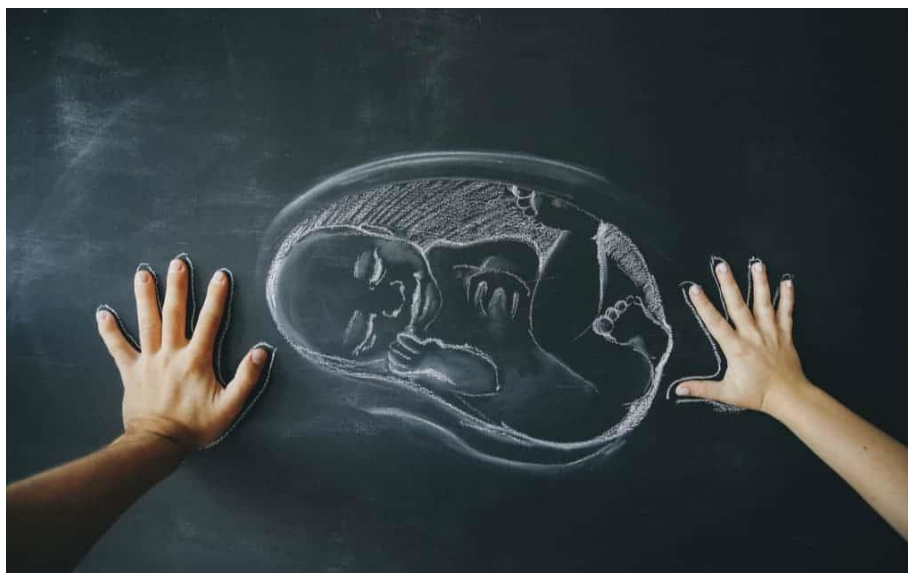
De belangrijkste doelstelling betreft hier samenwerking op niveau van **casuïstiek**. Een bijzonder aandachtspunt hierbij is het realiseren van **zorgcontinuïteit**. Hulpverlening op de 1^{ste} lijn is vaak het best geplaatst om de zorggebruiker te ondersteunen, maar mist hierbij soms de nodige expertise. Eerder dan de zorggebruiker te verwijzen, dient de expertise tot bij de zorgaanbieder te worden gebracht. De verschillende fasen doorheen de perinatale periode vergen samenwerking met verschillende zorgverleners al naargelang de fase. Beleidsmatig is het hier wenselijk breuklijnen in de hulpverlening zo veel mogelijk te vermijden en regelgeving van zorgaanbieders waar noodzakelijk hiertoe bij te sturen.



Verder bieden de regionale zorgpaden een goede basis om in te zetten op **expertisedeling en inhoudelijke afstemming** over het zorgaanbod en kan dit een efficiënt **verbindingskanaal** zijn met het **Vlaams Expertise Netwerk Perinatale Mentale Gezondheid** en de achterliggende **overheden**.

TRAJECT PRECONCEPTIE

Zoals eerder aangegeven zijn de eerste duizend dagen fundamenteel in het leven van elke mens (Roseboom, 2018). Een goede start van die eerste duizend dagen dankzij voorbereiding ervan vóór de conceptie is dan ook van groot belang. De Vlaamse overheid zet een duidelijk signaal met de geboden mogelijkheid om aanbevelingen te formuleren ter ondersteuning van het traject perinatale mentale gezondheid vanaf de preconceptionele fase.



In de klinische praktijk wordt soms vastgesteld dat zwangerschapswens niet steeds kinderwens impliceert. Sommige vrouwen hebben de wens zwanger te zijn, doch niet om moeder te zijn. In het merendeel der gevallen is zwangerschapswens en kinderwens gelijktijdig aanwezig. In het vervolg van voorliggende tekst wordt daarom gekozen om te spreken over kinderwens.

Daarnaast kan een kinderwens zowel aanwezig zijn bij koppels, als bij alleenstaande vrouwen. In het vervolg van de tekst worden de zorggebruikers benoemd als wensouders.

ONDERBOUWING TOT AANBEVELINGEN

Erikson omschreef 8 ontwikkelingsfasen in het leven. De 7^{de} fase is het vinden van balans tussen stagnatie en generativiteit. Generativiteit wordt omschreven als 'de zorg voor het vormen en leiden van de volgende generatie'. Het hebben van kinderen en kinderwens is één van de vormen van generativiteit. Vaak zijn deze diep existentieel geworteld (Erikson, 1959).

Het moet normaal worden om over een zwangerschap na te denken en hierover in gesprek te gaan met professionals (College Perinatale Zorg, 2021). Zo is het schrijven van een voorschrift voor contraceptie een kans om kinderwens bespreekbaar te maken. Een gesprek rond kinderwens biedt daarnaast een opportuniteit om te sensibiliseren inzake preconceptionele gezondheid in de vruchtbare leeftijd, wat bijdraagt tot het voorkomen van mentale, sociale of fysieke problemen in het latere leven. Preconceptionele gezondheid draagt bij tot het verkleinen van gezondheidsachterstanden en kansenongelijkheid en geeft (toekomstige) ouders handelingsopties in de preconceptionele fase. Het is dan ook preventie bij uitstek. Het verdient aanmoediging om

kinderwens in gesprek te brengen door basiszorgverleners (huisarts, vroedvrouw, eerstelijnspsycholoog, Fara, ...).

Generalistische preconceptionele basiszorg draagt bij tot een breder draagvlak voor preconceptionele zorg in de samenleving. Geregeld stellen zich evenwel in de preconceptionele fase ethische, existentiële en therapeutische kwesties, bv. bij wensouders die kampen met zeer complexe problematieken. Hoe verantwoord is het om in bepaalde contexten een kindwens te ondersteunen? Hoe ga je als hulpverlener in gesprek bij ernstige twijfels over de mogelijkheden van een wensouder om ook echt de zorg voor een kind te kunnen dragen? Biedt de oudersituatie voldoende garanties om de rechten van het kind te borgen?

Het is belangrijk dat basiszorgverleners interprofessioneel kunnen overleggen en/of doorverwijzen, zowel tussen basiszorgverleners onderling als met de gespecialiseerde zorg. Interprofessioneel overleg ondersteunt zodoende zowel zorggebruikers als zorgverleners. Ook Fara voor professionals is hierbij een waardevolle partner om zorg- en hulpverleners te ondersteunen bij de begeleiding van een zwangerschapskeuze. Ook in 2^{de} en 3^{de} lijn dient overleg binnen het eigen multidisciplinair team te worden gefaciliteerd.

In wat volgt wordt een toelichting gegeven op vraagstukken die bij een aantal specifieke doelgroepen met betrekking tot kindwens leven en welke ondersteuning aan hen kan worden geboden.

- **Ambivalentie (al dan niet tussen partners) betreffende kindwens**

Steeds vaker wenden koppels met gemengde gevoelens betreffende hun wens om al dan niet kinderen te hebben zich tot zorgverleners om deze ambivalentie te bespreken. Niet enkel koppels met een gekende psychiatrische problematiek dienen zich aan met deze vraag. Ook koppels zonder gekende problematiek vinden steeds vaker hun weg naar zorg- en/of hulpverlening.

- **Kindwens bij gekende (ernstige) psychiatrische aandoening**

Nog voor er sprake is van een eventuele actieve kindwens, verdient het aanbeveling om met patiënten in dialoog te gaan over kindwens, contraceptie en het bestaan van passende perinatale mentale ondersteuning bij eventueel toekomstige kindwens en zwangerschap. Zo kunnen psychiaters reeds in gesprek gaan over kindwens bij het voorschrijven van bepaalde psychotrope medicatie voor patiënten.

Wanneer een koppel of alleenstaande vrouw met (voorgeschiedenis van) een complexe of ernstige psychiatrische aandoening een kindwens heeft, is een preconceptie-advies aan te bevelen (Knijff, E. M., Bijma, H. H., Koch, B. C. P., Simons, S. H. P., 2017, McAllister-Williams et al., 2017, National Collaborating Centre for Mental Health, 2018). Deze kindwens wordt bij voorkeur besproken binnen een counselingstraject, waarin het koppel of de alleenstaande moeder uitgebreid de kans krijgt te reflecteren over de kindwens en alle hiermee samenhangende aspecten.

Ondertussen is gekend dat zwangerschap niet beschermt tegen een mogelijk herval. Integendeel zelfs, zwangere vrouwen met bv. een stemmingsstoornis of een psychotische stoornis lopen een groter risico op herval tijdens de perinatale periode. Het Landelijk Kenniscentrum voor Psychiatrie en Zwangerschap (Knijff et al., 2017) geeft in zijn richtlijn het belang aan van preconceptie zorg. Het onvoldoende behandelen van (ernstige) psychiatrische klachten gedurende de zwangerschap of het postpartum brengt risico's met zich mee voor zowel moeder als kind (Knijff et al., 2017). Hervall of

toename van de psychiatrische symptomen kan resulteren in uitputting, stress, slechte zelfzorg, onttrekken aan medische en obstetrische zorg, zelfbeschadiging, moedersterfte of potentieel gevaar voor het kind (Knijff et al., 2017). Adequate behandeling is belangrijk in de preventie van obstetrische complicaties of congenitale afwijkingen, maar ook hechtingsproblematiek en verwaarlozing. Vroegtijdige detectie van risico's en eventuele behandeling bij voorkeur reeds tijdens de preconceptionele fase, zijn essentieel om ernstige moeilijkheden voor moeder, het (ongeboren) kind en de omgeving te voorkomen. Het doel is om zowel ouder(s) als kind de best mogelijke, gemeenschappelijke start te geven (Knijff et al., 2017, Paarlberg, Wennink, & Lambregtse-van den Berg, 2015).

Een koppel dient de nodige tijd te krijgen om de kinderwens te bespreken. Het aanreiken van actuele informatie ondersteunt om de kinderwens uit te werken en tot goede keuzes en beslissingen te komen als individu, als koppel, alsook voor het (ongeboren) kind. Hierbij dient enerzijds een zo optimaal mogelijke mentale gezondheid van de ouder tijdens de zwangerschap en het postpartum centraal te staan. Anderzijds is het belangrijk hen te informeren over periodes van instabiliteit, mede eigen aan het peripartum; en over het belang van een veerkrachtondersteunende (professionele) omgeving. Bijkomend is het belangrijk dat indien nodig psychologische en medicamenteuze behandelingen worden aangepast, opgestart of geïntensifieerd. Een counselingstraject dient mogelijkheid te bieden tot het bespreken van meerdere belangrijke aspecten verbonden aan zwangerschap en pril ouderschap:

- Het verstrekken van informatie over de aanwezige psychopathologie en peripartum, over het effect van zwangerschap en jong ouderschap op mentale gezondheidsproblemen (incl. hervalrisico), over de impact van mentale gezondheidsproblemen op de (aanstaande) moeder en haar (ongeboren) kind en over de impact van het opnemen van pril ouderschap (Knijff et al., 2017, McAllister-Williams et al., 2017, National Collaborating Centre for Mental Health).
- Het verstrekken van informatie betreffende psychofarmaca en peripartum en het bespreken van het al dan niet continueren van psychofarmaca gedurende het peripartum en de hiermee gepaard gaande voor- en nadelen (Knijff et al., 2017, McAllister-Williams et al., 2017, National Collaborating Centre for Mental Health, 2018).
- Het bespreken en benadrukken van het belang van een gezonde levensstijl (Knijff et al., 2017, McAllister-Williams et al., 2017, National Collaborating Centre for Mental Health, 2018).
- Het reflecteren over kinderwens en deze plaatsen binnen het concept generativiteit, gezin van herkomst en nadenken over de betekenis van transgenerationale overdracht. Concepten als 'the motherhood constellation' (Stern & Menzel, 1996) alsook 'ghosts' (Fraiberg, Adelson, & Shapiro, 1975) and 'angels' (Lieberman, Padrón, Van Horn, & Harris, 2005) in the nursery' vormen hier een achtergrond gedachte (Vliegen & Rexwinkel, 2011, Vliegen & Verhaest, 2020).
- Het is belangrijk het 'nest-rond-het-nest' goed te bouwen om zowel moeder, baby als gezin voor en tijdens de zwangerschap de optimale ondersteuning te geven die zij nodig hebben. Psychische stabiliteit van de partner is hierin essentieel. Vanuit het concept 'It takes a village to raise a child', dient te worden gereflecteerd over het bouwen van het professionele en persoonlijke omringende nest.

De patiënt en waar mogelijk partner en betrokken zorgverleners worden hier best bij betrokken i.f.v. het nemen van gedragen beslissingen.

De advisering en behandeling van deze koppels en vrouwen gebeuren bij voorkeur binnen centra met de nodige expertise (National Collaborating Centre for Mental Health, 2018, Paarlberg et al., 2015).

Vanuit 3 disciplines spreekt men in Nederland van de 'P.O.P.-Poli' (Pediatrie, Obstetrie en Psychiatrie). In België wordt er binnen de expertisebehandelcentra voornamelijk met neonatologen gewerkt in plaats van pediaters. Binnen Vlaanderen zou dan ook eerder kunnen worden gesproken over 'N.O.P.-Poli' (Neonatologie, Obstetrie en Psychiatrie). Psychiatrie en zwangerschap zijn bij uitstek domeinen waarbij met verschillende belangen rekening dient te worden gehouden, zoals de gezondheid van het ongeboren kind en van de moeder, polyfarmacie en de (medicamenteuze) voorgeschiedenis. Hierdoor is het mogelijk dat individueel advies uiteindelijk afwijkt van beschreven richtlijnen. Afwijkingen dienen weloverwogen te zijn en bij voorkeur worden genomen na multidisciplinair overleg (Knijff et al., 2017).

Een goedlopende 'P.O.P.-Poli' (of 'N.O.P.-Poli') voldoet aan volgende voorwaarden (Paarlberg et al., 2015):

- multidisciplinair team (min. bestaande uit een neonatoloog, een gynaecoloog en een perinataal psychiater);
- interprofessionele samenwerking en taakafspraken met (te) betr(e)okken basiszorgverleners, m.b.t. snelle en duidelijke afstemming (per overleg, verslaggeving, ...), psycho-educatie, optimalisatie zorgnetwerk, ...;
- duidelijke focus wat betreft aandachtsgebied (psychiatrische problematiek en/of psychosociale problemen en verslaving) en periode (preconceptie, zwangerschap, postpartum), gekoppeld aan advies al dan niet in combinatie met behandeling en/of begeleiding;
- alle betrokken specialisten zijn binnen hun vakgebied op de hoogte van de meest recente literatuur over behandeling en effecten op de moeder en het (ongeboren) kind i.f.v. maximale hantering van evidence-based richtlijnen;
- advies en eventuele behandeling zijn afgestemd op de individuele patiënt (en haar partner) waarbij het effect op de baby in het oog wordt gehouden;
- advies dient zorgvuldig te worden uitgelegd aan de patiënt en haar partner, opdat aan alle belangen recht wordt gedaan en de adviesvragers een weging op basis van alle argumenten kunnen maken (in de wetenschap dat er uiteindelijk geen risicovrije beslissingen zijn);
- goede plaatsbepaling van juridische kaders, relevant voor overeenkomstige hulpverlening;
- afstemming met eerstelijnszones en andere initiatieven (cf. referentiezones) over mogelijkheden tot hulpverlening.

Koppels krijgen uiteindelijk een duidelijk advies vanuit de 'N.O.P.-Poli'. Indien ze verwezen werden vanuit 1^{ste} en 2^{de} lijn, worden ze terug naar daar verwezen. De adviezen die geformuleerd worden bieden handvaten aan de bestaande zorgverlening over wat noodzakelijk is aan begeleiding tijdens de preconceptionele fase en het peripartum.

Tot slot wordt benadrukt dat de klinische ervaring leert dat het belangrijk is om reeds vanuit de basiszorgverlening contraceptie, kinderwens en gezinsplanning bespreekbaar te maken.

- **Wensouders met gekende familiale (ernstige) psychiatrische en/of genetische aandoening**

Wensouders met een gekende familiale psychiatrische belasting of een genetische aandoening hebben vaak nood aan counseling betreffende het voorliggende genetische risico (erfelijkheidsadvies). Ze zijn bezorgd over de kans dat hun kinderen deze aanleg zullen erven.

Daarnaast hebben zij vaak nood aan het reflecteren over zwangerschap en jong ouderschap (zoals voorheen beschreven), alsook trachten zij in te schatten wat de kans is zelf ziek te worden, in een

poging te voorkomen dat ze tijdens een peripartum ziek zouden worden. Ook bij deze groep is het installeren van psychische zorg alsook het optimaliseren van het sociale netwerk preconceptioneel van belang om het peripartum zo goed mogelijk te omkaderen.

- **Wensouders met gekend middelengebruik**

Op heden worden wensouders met gekend middelengebruik niet tijdig ontmoet. Zij bieden zich aan wanneer reeds een zwangerschap tot stand is gekomen. Contraceptie, kinderwens en bestaande gespecialiseerde perinatale mentale hulpverlening dienen tijdig besproken te worden bij vruchtbare vrouwen gekend met middelengebruik. Ook wanneer deze vrouwen een actieve kinderwens zouden hebben, dienen tijdig de gevaren en aandachtspunten van middelengebruik en peripartum te worden toegelicht. Het dient bv. een automatisme te worden om bij voorschrift van methadon contraceptie te bespreken. Een systematische bevraging van kinderwens en contraceptie door betrokken zorg- en hulpverleners, evenals de bevraging van de beschikbaarheid van een steunend netwerk, zijn essentieel bij vruchtbare vrouwen gekend met middelengebruik. Het aanbod van 'Planning-familial.be' kan inspireren tot een Vlaams laagdrempelig zorgaanbod.

- **Wensouders kampend met sub- of infertiliteit of geassisteerde voortplanting**

Infertiliteit wordt door de World Health Organization klinisch gedefinieerd als het uitblijven van zwangerschap ondanks seksueel onbeschermd contact van een koppel gedurende 1 jaar of langer (Zegers-Hochschild et al., 2009). Het komt voor bij 1/8 vrouwen en 1/10 mannen (Datta et al., 2016). In België moeten de zorgprogramma's "reproductieve geneeskunde" uitgevoerd worden in een vruchtbaarheidscentrum A of B. Een vruchtbaarheidscentrum A is gericht op de diagnose en behandeling van onvruchtbaarheid, zonder gebruik te maken van een laboratorium voor medisch begeleide voortplanting. Een vruchtbaarheidscentrum B is gericht op de diagnose en behandeling van onvruchtbaarheid, met de mogelijkheid om gebruik te maken van een laboratorium voor medisch begeleide voortplanting.

Het leed dat gepaard gaat met infertiliteit is aanzienlijk. Heel wat mannen (15%) en vrouwen (48%) omschrijven dit als de ernstigste crisis in hun leven. Heel wat vrouwen omschreven het effect hiervan in eerder onderzoek als even ernstig als de diagnose van een ernstige ziekte of het verliezen van een naaste. Het is belangrijk om als zorgverlening met deze beleving rekening te houden en deze niet te minimaliseren. Meestal is het lijden veroorzaakt door ongewenste kinderloosheid groter bij vrouwen dan bij mannen (Wischmann, 2020). Recente studies toonden aan dat de prevalentie van zowel depressie alsook angst hoger is bij infertiele vrouwen in vergelijking met de algemene populatie: respectievelijk 28.03% (95% CI: 19.61–36.44) (Kiani et al., 2020) en 25.05% (95% CI: 15.76–34.34) (Kiani, Simbar, Hajian, & Zayeri, 2021) in hoge inkomst landen. Fertiliteitsbehandelingen worden zowel door mannen als vrouwen als emotioneel sterk belastend ervaren. Het typische patroon dat wordt waargenomen is de 'emotionele roller coaster'. Fases van optimistische anticipatie en hoop na inseminatie of embryoterugplaatsing worden gevolgd door periodes van ontgoocheling en frustratie wanneer de menstruatie zich inzet (Wischmann, 2020, Van den Broeck, Emery, Wischmann, & Thorn, 2010). De periode van wachten voorafgaand aan de zwangerschapstest wordt dan ook emotioneel als het meest stressvolle ervaren tijdens fertiliteitsbehandelingen (Wischmann, 2020). Tijdens deze behandelingen treden geregeld stemmingsproblemen zoals angst en depressie op (Gameiro et al., 2016). Een recente review toonde aan dat mentale gezondheidsproblemen een impact kunnen hebben op het endocrien systeem en het immuunsysteem met mogelijks een negatieve impact op de vruchtbaarheid van zowel mannen als vrouwen. Verdere studies zijn nodig om de onderliggende mechanismen beter te identificeren (Szkodziak, Krzyżanowski, Szkodziak, 2020). Vrouwen met een

gekende psychische problematiek lijken daarenboven nog meer stress te ondervinden tijdens een fertiliteitsbehandeling (Montagnoli et al., 2020).

Een recente review toonde aan dat onderzoek betreffende het al dan niet optreden van depressieve en angstige symptomen tijdens het peripartum volgend op een fertiliteitsbehandeling nog beperkt is. Bijkomend spreken studies elkaar geregeld tegen (Capuzzi et al., 2020). Wel wordt meer angst gerelateerd aan de zwangerschap waargenomen (Wischmann, 2020, Gameiro et al., 2016). Verder kwalitatief onderzoek is noodzakelijk.

Er kan worden geconcludeerd dat een holistische visie bij infertiliteit en fertiliteitsbehandelingen zeer belangrijk is (Montagnoli et al., 2020). Dit geldt zowel tijdens de diagnostische fase (voor start van de behandeling), tijdens de behandeling alsook na de behandeling onafhankelijk van het tot stand komen van een zwangerschap (Gameiro et al., 2016). Het verdient aanbeveling om psychologische hulp en psychiatrische ondersteuning aan te bieden in het fertiliteitscentrum ter ondersteuning van deze wensouders.

Door nieuw ontstane infertiliteitsbehandelingen, dient zich ook de nood aan om heel wat menselijke en ethische reflecties te maken. Wanneer koppels na een behandeling bv. geconfronteerd worden met embryo's die niet langer worden bewaard, dienen ze een keuze te maken betreffende de verdere bestemming van deze embryo's (donatie aan andere wensouders, aan wetenschappelijk onderzoek of vernietiging). Ook bv. bij kinderwens bij holebi's komen fertiliteitscentra, centra voor gender en andere zorgverleners voor nieuwe menselijke en ethische reflecties te staan. Het is hierbij belangrijk dat basiszorgverleners interprofessioneel kunnen overleggen en/of doorverwijzen, zowel tussen basiszorgverleners onderling als met de gespecialiseerde zorg. Ook in 2^{de} en 3^{de} lijn dient overleg binnen het eigen multidisciplinaire team te worden gefaciliteerd.

- **Wensouders die een eerder zwangerschapsverlies kenden**

Zowel vroeg als later in de zwangerschap kunnen aanstaande ouders geconfronteerd worden met het verlies van hun baby. Vroeg zwangerschapsverlies komt frequent voor. Naar schatting 25% van de vrouwen die zwanger werden (voor de leeftijd van 39 jaar) maken een zwangerschapsverlies door. Ectopische zwangerschappen treden op in ongeveer 1% van de zwangerschappen (Farren et al., 2018). Een recente studie (Farren et al., 2020) toonde dat vrouwen na het doormaken van dit verlies een hoge mate van angst, depressie en posttraumatische stress ondervonden tot 9 maanden na dit verlies. Eén maand na het vroege zwangerschapsverlies beantwoordde 29% van deze vrouwen aan de criteria voor posttraumatische stress, 24% behaalde een score suggestief voor matige-ernstige angst en 11% voor matige tot ernstige depressie. De scores voor angst, depressie en posttraumatische angst daalden overheen de maanden, maar 9 maanden na het verlies waren deze nog steeds verhoogd boven de cut-off waarden. Er werd vastgesteld dat de waarden voor posttraumatische stress, angst en depressie hoger waren in de groep vrouwen die een ectopische zwangerschap doormaakten in vergelijking met deze die een miskraam doormaakten (Farren et al., 2020). Daarnaast stelde een bijkomende studie (Farren et al., 2021) vast dat ook de partners van deze vrouwen posttraumatische stress, angst en depressie kunnen vertonen, zij het minder uitgesproken dan de vrouwen die fysiek dit verlies doormaakten.

Daarnaast wordt bij ongeveer 1 op de 40 zwangerschappen een kind geboren met spontane malformaties. Het vaststellen van anomalieën, hetzij genetisch, hetzij fysiek, leidt vaak tot een rouwproces bij aanstaande ouders waarbij zij geregeld geconfronteerd worden met moeilijke beslissingen betreffende het al dan niet verder zetten van de zwangerschap. Indien gekozen wordt

voor verderzetting van de zwangerschap volgt vaak een periode van onzekerheid betreffende de afloop. Zal er een blijvende beperking optreden ('levend verlies')? Zal er een ingreep nodig zijn na de geboorte? Zal deze ingreep de voorliggende medische problematiek kunnen lenigen of niet? Wanneer gekozen wordt voor het niet verder zetten van de zwangerschap, zal een zwangerschapsonderbreking of 'Termination Of Pregnancy (T.O.P.)' volgen. Dit gehele traject vraagt om psychische begeleiding en ondersteuning van deze ouders onafhankelijk van de beslissingen die ze nemen. Ouders moeten worden geïnformeerd over het risico op ernstige psychische problemen in de eerste periode na T.O.P., maar ook over het feit dat de meeste mensen zich op de lange termijn goed aanpassen (Korenromp, 2006). Er moet hen worden gewezen op het bestaan van zelfhulpgroepen. De rol van de partner bij de aanpassing is erg belangrijk, waartoe beide partners in gelijke mate moeten worden betrokken bij de begeleiding. Artsen moeten uitgebreide informatie geven over de ernst van de foetale afwijking. Ouders dienen psychologische hulp te krijgen bij grote twijfel in de beslisperiode en bij ernstige distress in de eerste periode na T.O.P.. Risicofactoren voor langdurige psychische morbiditeit na T.O.P. zijn: onvoldoende ondersteuning van de partner (voornamelijk voor vrouwen), lage mate van zelfeffectiviteit, veel twijfel in de periode van beslissing, ervaren druk op het beslissingsproces, verder gevorderde zwangerschapsduur, religie, een foetale anomalie die vermoedelijk verenigbaar is met het leven en een laag opleidingsniveau.

De perinatale psychiatrische hulpverlening ontmoet deze ouder(s) vaak tweemaal: wanneer ze hun kind verliezen tijdens de zwangerschap (hetzij vroeg, hetzij laat) en wanneer er nieuwe levenskeuzes worden gemaakt (bv. een nieuwe zwangerschap).

WENSELIJK BELEID

Generalistische basiszorg

Preconceptieel advies in de vruchtbare leeftijd maakt deel uit van geïntegreerde perinatale zorg. Dit advies beoogt opsporen van verhoogde risico's, informeren, zo nodig doorverwijzen voor verder onderzoek en verbeteren van de uitkomst van de zwangerschap (Gezondheid en Wetenschap, 2021). Er dient verbindend gecommuniceerd te worden waarbinnen ruimte gecreëerd wordt om te spreken over twijfels, aarzelingen, angsten, voor- en nadelen, ... rond een mogelijke zwangerschap en jong ouderschap. De mogelijkheid wordt geboden om te mogen reflecteren om zo tot bewustere keuzes te komen. Er wordt stilgestaan bij hoe een nest en een 'nest-rond-het-nest' te creëren, als steunend (professioneel) netwerk.

Een verschuiving in de perceptie van de perinatale periode heeft een grote preventieve kracht en kan in geval van indicaties voor hulpverlening destigmatiserend werken. Hierin onderscheiden we tijdens de preconceptie 3 punten:

- Gevoelens van twijfel, een zekere mate van angst en somberheid horen wezenlijk bij de periode rond zwangerschap en geboorte én preconceptie. Een door de samenleving geïdealiseerde voorstelling staat een open en bevrijdende communicatie in de weg (en verhoogt de kans op pathologie).

- Aanstaaend ouderschap is meestal van bij het begin een gezamenlijke onderneming. Hierbij dient er aandacht te zijn vanuit de samenleving voor het mentaal welzijn van de aanstaande moeder, de medeouder én de ruimere sociofamiliale kring van het gezin (familie, vrienden- en werkring) t.v.v. het bouwen van een nest en 'nest-rond-het-nest'.
- In de preconceptionele fase zijn er tal van stressfactoren die een bedreiging kunnen betekenen voor het mentaal welzijn van het (aanstaande) gezin. Deze factoren houden niet enkel verband met de gezondheid van moeder en medeouder, maar ook met de uitdagingen waarvoor de wensouders op het gebied van (ver)dragen van onzekerheid, verdriet, staan. Een optelsom van kleine factoren kan reeds volstaan om de veerkracht van deze wensouders te verstoren. In deze context is extra ondersteuning of hulp, of ten minste het aanbod, niet meer dan normaal. Reeds preconceptioneel is meer nodig dan enkel fysieke verzorging.

Basisbehoeften van wensouders en het gezin (bv. financiële zekerheid, huisvesting en een steunend netwerk) dienen reeds preconceptioneel gedetecteerd te worden. Hiertoe dient een **psychosociaal assessment** reeds preconceptioneel een plaats te krijgen. Op indicatie, bv. bij fertiliteitsbehandeling, kan er reeds zorg op maat worden aangeboden.

De 0^{de} en 1^{ste} lijn zijn een vanzelfsprekende context voor personen in de vruchtbare leeftijd. Vanuit de basiszorgverlening dient een perinataal zorgpad te worden voorafgegaan door een **preconceptioneel zorgpad**, zo nodig ondersteund door een coördinerende trajectondersteuner.

Basiszorgverleners dienen over de mogelijkheid te beschikken tot **interprofessioneel overleg en samenwerking**, zowel onderling (huisarts, C.A.W., psycholoog, sociale dienst, orthopedagoog, ...) als met gespecialiseerde hulpverleners. Hiervoor dienen tijd, ruimte en middelen ter beschikking te worden gesteld. Interprofessionele samenwerking biedt ondersteuning en expertisevergroting om emotioneel beschikbaar te zijn voor wensouders (en om eventueel reeds aanwezige kinderen in gedachten te houden); en om het hoofd te kunnen bieden aan acute noden.

Aanstaande ouders met een **kinderwens** zijn niet zomaar te identificeren. Daarom verdient het aanbeveling een kindwens preventief **zichtbaar te maken** bij vrouwen en mannen in de vruchtbare leeftijd door een gerichte vraagstelling: 'Wilt u het komende jaar zwanger worden?' (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2021). Kinderwens dient deel te zijn van elke psychosociale anamnese. Het dient geplaatst te worden binnen het levenstraject van de zorggebruiker, ook wanneer de wens (nog) niet actief is, ter bespreking en tijdige toeleiding naar bijkomende ondersteuning. Door contacten met professionals in gezondheid en welzijn bewust te benutten in de preconceptionele fase, bieden deze contacten de kans om met (toekomstige) ouders te praten over een gezonde zwangerschap. Daarnaast is het belangrijk dat in de preconceptionele fase medicamenteus goede keuzes worden gemaakt, compatibel met een kindwens.

Voor personen in de vruchtbare leeftijd die drempels ervaren tot maatschappelijke participatie kan de inzet van ervaringsdeskundigen bijzonder betekenisvol en drempelverlagend zijn i.f.v. basiszorgverlening. De verhalen van ervaringsdeskundigen kunnen leiden tot herkenbaarheid voor wensouders. Ervaringsdeskundigen kunnen actief worden ingezet in de zorg, naast bijdrages via bv. online getuigenissen in audiovisueel materiaal.

Gespecialiseerde zorg

Een **gespecialiseerd aanbod** betreft een kortdurend focusgericht aanbod dat zich vaak op de grenslijn bevindt tussen preventie en curatie. Het aanbod is multidisciplinair van opzet. Een volwassenenpsychiater en volwassenentherapeuten staan in nauw overleg tot elkaar. De nabijheid en beschikbaarheid van een maatschappelijk werker vormen een meerwaarde. Het betreft een vroegtijdig en doelgericht aanbod dat in de eerste plaats betere voorwaarden wil scheppen voor het welbevinden van de wensouders.

Vanuit het principe ‘kort als het kan, langer indien nodig’ en wanneer er een therapeutische relatie is ontstaan en er goede indicaties zijn om het behandelplan te verlengen, is het in het belang van de cliënt dat continuïteit in de eigen setting kan worden verzekerd. Hierbij dient zorgvuldig te worden afgewogen of de draagkracht en omkadering van de ouder(s) dit toelaat, dan wel of een oriëntatie naar de 3^{de} lijn is aangewezen.

De lijdensdruk en het psychisch dysfunctioneren van de wensouders vormen de voornaamste indicaties voor een verwijzing naar de 3^{de} lijn of **‘supergespecialiseerd’ aanbod**. In de 3^{de} lijn verdient het aanbeveling het huidige aanbod uit te breiden i.f.v. wensouders kampend met een fertiliteitsproblematiek als ondersteuning van en in afstemming met de 1^{ste} en 2^{de} lijn. Daarnaast hebben heel wat wensouders die kampen met een psychiatrische aandoening nood aan een doorgedreven, gestructureerd advies in overleg met een expert ter zake (cf. ‘N.O.P.-Poli’).

AANBEVELINGEN TER REALISATIE WENSELIJK BELEID

Generalistische basiszorg

Opvolging en begeleiding van kinderwens en vragen en problemen die in deze levensfase opduiken (bv. infertiliteitsproblematiek) dienen mogelijk te zijn in de eerste lijn onder de vorm van een oriënterend preconceptioneel gesprek bij een basiszorgverlener (bv. vroedvrouw, huisarts, teamlid Opgroeien, a rato ong. 5 gesprekken (45-60 minuten)).

Binnen de dienstverlening van het Agentschap Opgroeien maakt het bespreken van ouderschap en de verwachtingen rond verdere gezinsplanning reeds deel uit van het bestaand geïntegreerd gezinstraject voor een reeds geboren kind in elk gezin. Hierbij worden gezinnen toegeleid naar correcte en betrouwbare informatie over contraceptie en worden gezinnen gestimuleerd om hun behoeften over contraceptie te bespreken met een arts en vroedvrouw.

Een vroedvrouw, huisarts of teamlid van Opgroeien dient bij meer uitgesproken vragen betreffende de preconceptionele levensfase te kunnen verwijzen naar een eerstelijnspsycholoog.

Indien er vragen worden gesteld bij de mogelijkheid om te komen tot ‘goed genoeg’ ouderschap kan overwogen worden om te werken met een ‘Real Care Baby’ als methodiek om ervaringsgericht te leren. Het gebruik van een ‘Real Care Baby’ dient evenwel steeds op een weldoordachte, omkaderde en zorgzame manier te verlopen (Fara, n.d.).

Gespecialiseerde zorg

Zo bovenstaande gesprekken bij basiszorgverleners niet afdoende blijken is doorverwijzing naar gespecialiseerde zorg noodzakelijk. Eerder dan een stappenplan is het aanbevolen efficiënt gebruik te maken van zorg: in stappen indien het beeld dit toelaat, onmiddellijk opschalend indien de ernst van het beeld dit vraagt. Zo een drempel wordt ervaren bij de stap naar geestelijke gezondheidszorg, kan de inzet van ervaringsdeskundigen nuttig en betekenisvol zijn.

Kinderwens dient ook binnen de 2^{de} lijn meer bespreekbaar te worden gemaakt en onderdeel te zijn van het psychosociaal assessment. Daarnaast is het bijkomend belangrijk dat medicamenteus goede keuzes worden gemaakt, compatibel met een nakende zwangerschap.

Wanneer er preconceptioneel psychopathologie optreedt in het kader van een kinderwens dient een gespecialiseerd aanbod aanwezig te zijn. Overeenkomstige literatuur biedt geen richting voor het benodigd aantal psychotherapeutische sessies. Op basis van praktijkervaring wordt het aantal psychotherapeutische sessies richtinggevend ingeschat op: 5 sessies voor kortdurend aanbod, 8-10 sessies voor intermediair aanbod en 20 sessies voor langdurig aanbod (telkens a rato van 45-60 minuten). Deze vinden al dan niet plaats in Centra Geestelijke Gezondheidszorg, waar dergelijk aanbod op heden niet wordt erkend/gefinancierd.

Indien na deze sessies of eerder blijkt dat meer gespecialiseerde zorg noodzakelijk is dient doorverwezen te worden naar de derde lijn met expertise in P.M.G.:

- De counseling en behandeling van wensouders met een ernstige psychiatrische problematiek, middelenabusus, een mentale retardatie of een familiale psychiatrische voorgeschiedenis gebeurt bij voorkeur binnen hooggespecialiseerde centra in 3^{de} lijn met de nodige expertise vanuit de disciplines Neonatologie, Obstetrie (verloskunde) en Psychiatrie binnen een poliklinische setting. Hiertoe is de oprichting van een 'N.O.P.-Poli' aanbevolen. De psychiater, gynaecoloog en neonatoloog van dergelijke 'N.O.P.-Poli' zijn preconceptioneel counselend aanwezig. De reeds eerder aanwezige eigen psychiater en psychotherapeut van de zorggebruiker blijven de hoofdbehandelaars. Denkend vanuit het Britse model wordt de 'N.O.P.-Poli' psychiatrisch mee ondersteund vanuit een perinataal mentaal gezondheidsteam (zie verder). Zorgcontinuïteit van conceptie tot postpartum wordt geboden door het reeds eerder bestaand professioneel netwerk, zo nodig ondersteund vanuit de 'N.O.P.-Poli'.
- Binnen fertilitiecentra dient een holistische visie gehanteerd te worden. Systematische screening en detectie van psychische gezondheidsproblemen (incl. psychosociaal assessment) is ook in deze centra belangrijk. Naast psychotherapeutische begeleiding is er nood aan psychiatrische begeleiding. Daarnaast is ondersteuning vanuit sociale dienst belangrijk en dient er werk te worden gemaakt van een betere integratie en continuïteit van de zorg van fertilitiestraject naar zwangerschapstraject.
- Daar waar de zorggebruiker nog niet in behandeling is bij een psychiater of psychotherapeut, moet de mogelijkheid worden geboden om tijdelijk complexe casuïstiek van ernstige psychische problematiek over te nemen in 3^{de} lijn met geborgde expertise in P.M.G.. Dit gebeurt in blijvende betrokkenheid en samenwerking met de verwijzer i.f.v. terugverwijzing, volgens een aanbod op maat:

- psychiatrisch consult: 1x/maand (45-60 minuten)
- psychotherapeutisch consult: zoveel als nodig (45-60 minuten)

Hierbij is ondersteuning vanuit de sociale dienst van het betrokken ziekenhuis belangrijk.

OVERZICHT AANBEVELINGEN TOT PRECONCEPTIONEEL BELEID

Aanbeveling	Middelen
<p>Generalistische basiszorg Opvolgen en begeleiden kinderwens:</p> <ul style="list-style-type: none"> • oriënterend preconceptioneel gesprek bij basiszorgverlener, met zo nodig doorverwijzing naar eerstelijnspsycholoog • bevragen kinderwens als onderdeel psychosociaal assessment 	<p>Uitbreiding:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nomenclatuur voor kortdurende interventie o.v.v. assessment en gesprekkenvoering, door vroedvrouw, huisarts, E.L.P. (naast Opgroeien) • nomenclatuur voor interprofessioneel overleg en samenwerking
<p>Gespecialiseerde zorg Beschikbaar maken psychotherapeutisch aanbod bij psychopathologie en kinderwens</p> <p>Installeren 'N.O.P.-Poli' in alle derdelijns centra met hooggespecialiseerd aanbod</p> <p>Installeren in fertilitiecentra van:</p> <ul style="list-style-type: none"> • screening en detectie perinatale mentale stoornissen • psychotherapeutische begeleiding • toereikend aanbod sociale dienst <p>Beschikbaar maken psychiatrisch en psychotherapeutisch aanbod (consulten) ter begeleiding bij complexe ernstige psychische problematiek, in samenwerking met verwijzer.</p>	<p>Uitbreiding:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nomenclatuur voor interprofessioneel overleg en samenwerking • ter realisatie overeenkomstig aanbod

OVERZICHT AANBEVELINGEN TOT BELEID INZAKE (ZWANGERSCHAPS)VERLIES

Aanbeveling	Middelen
<p>Generalistische basiszorg Opvolgen en begeleiden perinataal verlies, vroeggeboorte, congenitale malformatie en genetische afwijkingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • oriënterend gesprek bij basiszorgverlener, met zo nodig doorverwijzing naar eerstelijnspsycholoog 	<p>Uitbreiding:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nomenclatuur voor kortdurende interventie, door vroedvrouw, huisarts, E.L.P. (naast Opgroeien) • nomenclatuur voor interprofessioneel overleg en samenwerking

<p>Gespecialiseerde zorg</p> <p>Installeren in algemene en universitaire ziekenhuizen:</p> <ul style="list-style-type: none">• screening en detectie perinatale mentale stoornissen• psychotherapeutische begeleiding• toereikend aanbod sociale dienst <p>Beschikbaar maken psychiatrisch en psychotherapeutisch aanbod (consulten) ter begeleiding bij complexe ernstige psychische problematiek, in samenwerking met verwijzer.</p>	<ul style="list-style-type: none">• ter realisatie overeenkomstig aanbod
---	--

TRAJECT ZWANGERSCHAP TOT 2 JAAR

Tijdens een zwangerschap maken aanstaande ouders belangrijke evoluties door. Waar eerst enkel sprake was van een partnerrelatie ontwikkelt zich een "gezinsconstellatie" of er dient plaats ingeruimd te worden voor een nieuwe baby. Deze periode van transitie betekent voor de ouders, de eventueel reeds aanwezige kinderen en de naaste familiekring een uitdaging. Dit kan gepaard gaan met (te veel) stress en kan kwetsbare thema's raken. Zwangerschap, geboorte, bevalling en het zorgen voor een baby mogen dan wel een natuurlijk proces zijn, toch zijn er vele factoren die dit proces kunnen verstoren:

- Medische complicaties tijdens zwangerschap, geboorte en de eerste levensdagen bij de baby of de moeder kunnen traumatisch inwerken. Deze complicaties kunnen de opbouw van een band, het welbevinden van de baby of van de ouders in hun ouderschap bedreigen.
- De baby kan geboren worden met beperkingen van somatische aard.
- De baby kan overlijden tijdens de zwangerschap, de bevalling of na de geboorte.
- Verlieservaringen of ernstige complicaties bij een voorgaande zwangerschap kunnen het spanningsniveau bij de ouders verhogen.
- Op basis van de eigen kindervaringen kan bij de ouders sprake zijn van kwetsuren in de gehechtheid die een weerslag hebben op het aangaan van de nieuwe relatie.
- Een ouder kan zich een andere voorstelling hebben gemaakt van de bevalling.
- Baby en ouder(s) kunnen uitgerust zijn met een temperament dat niet matcht.
- De moeder en/of medeouder kan kampen met een reeds bestaande psychiatrische problematiek.
- De zwangerschap, de bevalling en de periode na de bevalling kan triggerend zijn in het ontstaan van psychiatrische problemen (bv. post-partumdepressie, angststoornis, psychose) zonder voorafgaande belaste psychiatrische voorgeschiedenis.
- Belastende levensgebeurtenissen in de naaste omgeving kunnen de mentale ruimte voor de baby bedreigen.
- Door verhuis/migratie kan een moeder/gezin geïsoleerd zijn en het noodzakelijk netwerk voor een minimaal emotioneel comfort ontbreken.

De hier vernoemde stressoren kunnen het risico op het ontwikkelen van matige tot ernstige problemen in zich dragen. Tegelijk dient te worden benadrukt dat kwetsbaarheidsfactoren niet noodzakelijk tot psychische problemen leiden, wanneer het evenwicht tussen draagkracht en draaglast voldoende bescherming biedt. Kwetsbaarheden kunnen bv. ook leiden tot een versterking van het sociaal weefsel.

'Ik ben oké' weet de baby diep van binnen als een veilige band tussen de baby en de eerste zorgfiguren tot stand komt. Ook de moeder en medeouder kunnen zich in de perinatale fase van een gevoel van competentie verzekeren. Beiden vormen het fundament voor de verdere ontwikkeling van kind en ouder.

ONDERBOUWING TOT AANBEVELINGEN

Voor de organisatie van de zorg van zwangerschap tot 2 jaar wordt verder gebouwd op de eerder vermelde referentiekaders.

Voor de onderbouwing van de aanbevelingen tot het gespecialiseerd aanbod worden diverse modellen gebruikt, waaronder:

- **SAFE START guidelines – Improving Mental Health Outcomes for Parents & Infants**

Reeds in het eindrapport van het project 'Perinatale Mentale Gezondheid' (Peeters et al., 2020) worden de SAFE START richtlijnen (N. S. W. Department of Health, 2009) als een goed uitgangspunt beschouwd om het 2^{de} en 3^{de} lijns aanbod in Vlaanderen te organiseren. Kenmerkend is dat de gespecialiseerde perinatale zorg in het Australisch model naadloos en ondersteunend aansluit bij de 0^{de} en 1^{ste} lijn. De verschillende niveau's en centra mogen hierbij niet opereren als 'silo's' maar werken nauw samen. Bovendien mag deze samenwerking niet begrepen worden als 1-richtings- of stap- voor-stapverkeer, maar zijn ze allen geïntegreerd in een perinataal zorgpad.

Een aantal belangrijke klemtonen uit deze richtlijn worden meegenomen: zoals het belang aan trans- en multidisciplinaire samenwerking, de noodzaak aan korte, gespecialiseerde en intensieve interventies, de nood aan aandacht voor (aanstaande) moeders met gekend psychisch lijden en de complementariteit van volwassenen- en kinder- en jeugdpsychiatrie. Het Australisch model vormt tevens de aanzet tot het onderscheid tussen wraparound, stepped en matched care, zoals beschreven door Nicole Vliegen en Yannic Verhaest (zie eerder).

- **CR197 Perinatal mental health services – Recommendations for the provision of services for childbearing women (Royal College of Psychiatrists, 2015) & The perinatal mental health care pathways – National Collaborating Center for Mental Health (Health, 2018)**

Op basis van het model naar voorgeschoven door het Britse Royal College of Psychiatrists (Royal College of Psychiatrists, 2015) beschrijft 'The National Collaborating Centre for Mental Health' 5 zorgpaden m.b.t. perinatale mentale gezondheidszorg (National Collaborating Centre for Mental Health, 2018):

- Zorgpad 1: Preconceptionele counseling
- Zorgpad 2: Inschatting door een perinatale mentale gezondheidszorgverlener
- Zorgpad 3: Inschatting in dringende situaties
- Zorgpad 4: Psychologisch zorgaanbod/Psychologische interventies
- Zorgpad 5: Moeder-Baby Hospitalisatie

In de aanbevelingen van Royal College of Psychiatrists zijn de 2 hoofdelementen van gespecialiseerde perinatale mentale zorgverlening:

- de residentiële module (5)
- de gespecialiseerde perinatale mentale gezondheidsteams (P.M.G.T.) (1 – 4):
gespecialiseerde netwerken waarbinnen perinatale teams hun therapeutische expertise bundelen

De M.B.E.'s en de P.M.G.T.'s dienen nauw met elkaar samen te werken: enerzijds om de opnameduur op een M.B.E. zo kort mogelijk te houden doordat de opvolging verder in het P.M.G.T. kan plaatsvinden, anderzijds om een snelle doorverwijzing vanuit het P.M.G.T. te realiseren naar een M.B.E. wanneer een opname noodzakelijk is. Royal College of Psychiatrists omschrijft hoe idealiter M.B.E.'s op dezelfde plaats gelokaliseerd zijn als de P.M.G.T.'s zodat zorgverleners vanuit de M.B.E.'s

ook expertise leveren in de P.M.G.T.'s (e.o.). Zo ontstaat tussen deze werkingscomponenten een goede wisselwerking.

Evenwel zullen er naar verhouding meer P.M.G.T.'s nodig zijn dan M.B.E.'s. Meerdere P.M.G.T.'s zullen moeten samen werken met dezelfde M.B.E. Een goede collaboratie en wisselwerking is zoals reeds eerder onderstreept van primair belang.

Royal College of Psychiatrists adviseert om per 15 à 20.000 geboortes één residentiële afdeling te voorzien, terwijl per 6 à 10.000 geboortes één P.M.G.T. wordt aangeraden.

Bovenstaande 2 modellen worden gebruikt als inspiratie om een bijdrage te leveren aan een evidence, practice en experience based onderbouwing van de zorgorganisatie (zie verder).

AANBEVELINGEN TER REALISATIE VAN WENSELIJK BELEID

Populatiegerichte acties

Populatiegerichte acties dragen bij tot een breder draagvlak voor perinatale mentale zorg in de samenleving. Een betere perinatale mentale gezondheid begint in de eigen sociale kring, op straten en op pleinen. Het peripartum wordt tot heden in brede lagen van de bevolking geïdealiseerd. Vaak vinden ouders geen klankbord voor de negatieve aspecten die ook deel van hun verhaal uitmaken. Deze negatieve aspecten zijn soms duidelijk toe te schrijven aan aanwezige stressoren, maar soms kan het voor de ouders ook onverklaarbaar zijn dat de verwachte blijheid uitblijft. Het vraagt van hen een bijkomende veerkracht om achter hun beleving te blijven staan en ervoor uit te komen. Weinig ontvankelijke reacties kunnen hun onzekerheid en schuldgevoelens aanzienlijk versterken.

Verandering brengen in de algemene perceptie heeft daarom op zich reeds een grote preventieve kracht. Een hogere sensitiviteit in de samenleving voor mogelijke kwetsbaarheid van ouders en baby kan er bovendien voor zorgen dat het versterken van een netwerk door steunfiguren uit de eigen context soepeler verloopt. Het draagt m.a.w ook bij tot de vermaatschappelijking van de zorg. Zijn er toch indicaties voor gespecialiseerde hulpverlening, dan werkt een gewijzigde mentaliteit destigmatiserend.

Voorliggende aanbevelingen beogen een verschuiving in perceptie ten voordele van:

- **Erkenning voor ambivalente gevoelens tijdens zwangerschap en ouderschap**

Zwangerschap en geboorte vormen een ingrijpende levensfase met uitdagingen en groeimogelijkheden die tegelijk gepaard gaat met verhoogde kwetsbaarheid. Het is (net als de puberteit) een periode van transitie waarin de baby niet alleen fysiek in de buik van de moeder groeit, maar ook in het hoofd van de ouders. Ideeën, fantasieën, maar ook bezorgdheden en ambivalente gevoelens spelen in het hoofd. Vreugde, positieve verwachtingen kunnen plots worden overschaduwed door somberte en angst. Verschillende vragen kunnen zich aan de aanstaande ouders opdringen. Zijn we hier wel 'klaar voor'? Gaat het worden wat ik/wij ervan verwachten? Wat als het misloopt? Ook bestaande kwetsbaarheden kunnen sterker op de voorgrond treden tijdens deze ingrijpende levensfase. Erkenning hiervoor in de brede samenleving en onmiddellijke omgeving kan bevrijdend en ontschuldigend werken voor de ouders. Het biedt de ouders de mogelijkheid om in een sfeer van open communicatie meer tot zichzelf te komen en steun te ervaren. Twijfels, onzekerheden en milde klachten kunnen (deels) opgevangen worden door (h)erkenning, steun en openheid binnen het eigen

netwerk en bij andere ouders (in dezelfde levensfase). Een breed gedragen realistische voorstelling van het ouderschap verhoogt bovendien de kans voor de ouders om in voeling te zijn met hun eigen baby.

- **Erkenning voor de baby als een relationeel wezen met een innerlijk leven**

Reeds van in de moederbuik is er sprake van een innerlijk leven van de baby. Naarmate de zintuigen van de baby zich verder ontwikkelen dringen geluiden, stemmen en aanrakingen rechtstreeks tot de baby door. Tegelijk is er reeds een voelen van wat de moeder voelt. Zeker in het 3^{de} trimester ontgaat het de baby niet wanneer de moeder zich afstemt op de bewegingen die de baby maakt.

Eenmaal geboren kan nauwkeurige observatie aan het licht brengen hoe de baby tijdens bv. het eten signalen uitzendt en zelf initiatief neemt tot contact. Niet enkel de eet- en slaapregulatie vormen de basisbehoeften van een baby. Het gaat hem/haar evenzeer om lichamelijk contact, verbinding, gedeeld plezier,

Pas wanneer de baby wordt gezien als een relationeel wezen en niet als een “voorwerp” van zorg is er mogelijkheid tot mentaal welzijn bij de baby. Wanneer de ouder op een toereikende manier (good enough parenting) oog heeft voor en inspeelt op vaak subtiele signalen, gaat de baby signalen meer intentioneel versturen en kan de baby veerkracht ontwikkelen. Het mentale en emotionele welzijn van de ouders vormt een belangrijke basis om deze relatie aan te gaan en te verbinden met de baby.

- **Erkenning voor de normaliteit van een hulpvraag**

Het vergt een hoge mentale paraatheid van de ouder om op een voorspelbare, responsieve en regulerende manier beschikbaar te zijn voor de baby. Deze emotionele beschikbaarheid kan in deze fase gemakkelijk verstoord worden door een optelsom van natuurlijke doch belastende factoren (zie hoger). Heel vaak speelt dit zich ook af in een context waarin ook een aangename woonomgeving, financiële zekerheid, de stevigheid van de partnerrelatie en werksatisfactie in opbouw zijn. Met de komst van een baby verhoogt ook de verantwoordelijkheid van de ouders en het besef hiervan kan de stress nog verhogen. Vaak gaan aanstaande/prille ouders in gedachten en woorden terug naar de eigen kindertijd. De geïnternaliseerde beelden van de eigen ouderfiguren kunnen daarbij een eerder veilig of onveilig gevoel geven.

Meerdere omstandigheden die gebonden zijn aan de ontwikkeling van de baby of van het gezin kunnen m.a.w. maken dat het mentale welzijn van de ouder in de verdrukking komt en een vraag naar zorg en hulp niet meer dan normaal is.

- **Erkenning van het belang van inzet op veerkrachtgerichte interventies**

Binnen het onderzoek “Veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap” (Nuyts et al., 2021) wordt de beschermende factor onderstreept die veerkracht heeft ter preventie van depressieve gevoelens en mentale problemen alsook welke factoren veerkrachtversterkend zijn. Kenmerkend voor deze fase worden persoonlijke groei, het vinden van familiale balans en het omgaan met stressoren, uitdagingen of moeilijkheden als kernelementen beschouwd.

Generalistische basiszorg

Generalistische basiszorg betreft een aanbod op de 0^{de} en 1^{ste} lijn ter ondersteuning van basisbehoeften en perinatale veerkracht. Op volgende veerkrachtversterkende factoren is het belangrijk om in te zetten tijdens de perinatale opvolging:

- **Vervulling van basisbehoeften**

De vervulling van basisbehoeften van de ouders en het gezin (financiële zekerheid, huisvesting, ...) dienen bij voorkeur preconceptioneel, uiterlijk in de loop van de zwangerschap aandacht te krijgen van de zorgverlener. Zonder vervulling van deze behoeften is denken over ouderschap en de noden van de baby bijzonder moeilijk.

- **Sociale steun (dankzij o.a. verlofmogelijkheden)**

De mate waarin (aanstaande) ouders sociale steun ervaren, blijkt een grote impact te hebben op perinatale veerkracht. Het is dan ook aanbevolen om hierop in te zetten én ervoor te zorgen dat zorgcontinuïteit wordt ervaren van zwangerschap tot 2 jaar na de bevalling, zonder dat ouders ervaren er na verloop van tijd alleen voor te staan. Er wordt aangeraden om aandacht te hebben voor verschillende vormen van steun (Nuyts et al., 2021):

- partnerrelatie: de kwaliteit van de relatie heeft een grote impact op het welbevinden van beide ouders;
- persoonlijke netwerken: grootouders, familie en naasten kunnen een belangrijke rol spelen bij het bieden van praktische en emotionele ondersteuning;
- peer-ondersteuning: het kunnen delen van ervaringen en het leren kennen van andere ouders die zich in dezelfde fase bevinden, kan erg ondersteunend zijn. Dit kan zowel via laagdrempelige ontmoetingsmomenten (bv. van spel) als via meer specifieke methodieken zoals Centering Pregnancy en Centering Parenting (zie verder);
- steun vanuit hulpverlening: hulpverleners kunnen een belangrijk bron van steun betekenen tijdens de perinatale periode mits aandacht voor zorgcontinuïteit. Relaties met hulpverleners zijn meestal tijdelijk, terwijl (aanstaande) ouders vaak nood hebben aan vertrouwensfiguren waar zij langer op kunnen terugvallen.

Door de mogelijkheden voor ouderschapsverlof uit te breiden kan de beschikbaarheid van sociale steun voor sommige gezinnen vergroten. De mogelijkheid om ouderschapsverlof te kunnen verdelen onder partners kan helpend zijn. Ook een verlofstelsel voor grootouders kan een grote toegevoegde waarde hebben. Voor ouders die aan het werk zijn, kan ook een flexibele en ondersteunende werkcontext (bv. in geval van afwezigheid omwille van ziekte van het kind) ervoor zorgen dat ouders hun veerkracht kunnen herwinnen. Ook de inzet van kraamzorg en andere initiatieven ter ondersteuning van het gezin (bv. ondersteuning 's nachts aan huis, huishoudelijke hulp) kunnen betekenisvol zijn.

- **Informatie**

Er wordt aanbevolen om (aanstaande) ouders kwaliteitsvol te informeren over ouderschap en de ontwikkeling van een kind, t.v.v. het ondersteunen van realistische verwachtingen t.a.v. ouderschap. Uit een bevraging die gebeurd is bij moeders werd aangegeven dat prenatale voorbereiding vooral gericht is op de bevalling en zeer weinig op de periode nadien. Zorgactoren geven aan dat verschillende kanalen dienen worden ingezet om (aanstaande) ouders te bereiken, m.n. websites, groepsbijeenkomsten (bv. workshops) of één-op-één-contacten. Verder brachten zorgactoren aan dat het wenselijk is reeds in het onderwijs aandacht te hebben voor ouderschap en dit thema bespreekbaar te maken, bv. gekoppeld aan lessen seksuele opvoeding (Nuyts et al., 2021).

- **Centering Pregnancy en Centering Parenting**

Centering Pregnancy is een vorm van verloskundige groepszorg voor ongeveer 8-10 vrouwen die zich ongeveer in dezelfde zwangerschapsfase bevinden. Naast somatische opvolging van de zwangerschap wordt sterk ingezet op het stimuleren van zelfzorg, het verschaffen van degelijke informatie, de voorbereiding op het ouderschap en groepsondersteuning. De groepszorg zet sterk in op interactie tussen de deelnemers en wordt begeleid door een medisch deskundige (vaak verloskundige) en een co-begeleider (vaak een andere discipline) (Reyns, 2016).

Uit onderzoek blijkt dat zeker bij aanstaande moeders met een lage sociaal-economische status, allochtone vrouwen en tieners effectieve gedragsveranderingen worden bereikt, wat leidt tot betere perinatale uitkomsten op langere termijn. Daarnaast is er de vaststelling dat de vrouwen elkaar beter leren kennen en aldus het sociale netwerk wordt verstevigd. Verder bieden de groepsmomenten de mogelijkheid om een vertrouwensrelatie met de zorgverleners op te bouwen wat de drempel verlaagt om moeilijkheden bespreekbaar te maken (Reyns, 2016).

Binnen Vlaanderen lopen reeds verschillende projecten die inzetten op de ontwikkeling en uitbouw van dit aanbod, vaak in samenwerking met Expertisecentra Kraamzorg, prenatale consultatiebureau's, wijkgezondheidscentra, Huizen van het Kind, Zorgactoren geven aan dat het belangrijk is om deze projecten beleidsmatig en financieel te ondersteunen. De vraag wordt gesteld om minimum per eerstelijnszone een aanbod te organiseren, doch daarbij rekening te houden met de socio-demografische kenmerken van de regio en de bereikbaarheid met het openbaar vervoer.

In aansluiting op Centering Pregnancy wordt aanbevolen om na de bevalling in te zetten op Centering Parenting. Binnen Centering Parenting worden 6-8 ouders met kinderen van ongeveer dezelfde leeftijd samengebracht met zorgverleners voor sessies die anderhalf tot 2 uren duren. Het programma loopt gedurende de eerste 2 levensjaren van het kind. Inhoudelijk gaat het om een heel interactieve methodiek waarbij ouders actief betrokken worden bij de opvolging van de ontwikkeling van hun kind, waarbij ervaringen gedeeld kunnen worden en samen kan worden gezocht. Zorgverleners ondersteunen de sessies, faciliteren de gesprekken en zetten in op het empoweren van de ouders. Ouders leren van elkaar en blijken het erg te waarderen om te kunnen connecteren met andere gezinnen. Er blijken vaak duurzame relaties en vriendschappen te ontstaan. Zeker bij ouders die weinig ondersteunend netwerk hebben, kan dit aanbod een grote meerwaarde bieden.

- **Screening en detectie**

Binnen het onderzoek "Veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap" (Nuyts et al., 2021) wordt het belang van systematische detectie m.b.t. mentaal welbevinden en veerkrachtondersteuning onderstreept. Belangstelling voor het mentaal welzijn van de aanstaande ouders heeft op zich reeds een belangrijke preventieve waarde. Het houdt bovendien een signaal in dat fysieke en mentale gezondheid onlosmakelijk verbonden zijn.

Binnen het project 'Perinatale Mentale Gezondheid' wordt het protocol ter screening en detectie van psychische problemen tijdens de perinatale periode uitgerold (Van Damme et al., 2018). Hierbij wordt zo vroeg mogelijk (bij voorkeur voor de 16^{de} week van de zwangerschap) een belangrijke functie aan de huisarts, gynaecoloog of een andere zorgverlener toegekend in het opsporen van kwetsbaar

ouderschap per **psychosociaal assessment**. M.b.t. dit psychosociaal assessment werden de krachten gebundeld met het project 'Born In Belgium Pro' (gefinancierd door het R.I.Z.I.V.). De sterktes van in beide projecten gehanteerde instrumenten werden geïntegreerd in 1 digitale tool die kan worden gekoppeld aan bestaande elektronische patiëntendossiers van o.a. algemene ziekenhuizen, alsook online-platformen die worden gebruikt door eerstelijnsprofessionals. Het V.E.N.P.M.G. ondersteunt de ambitie om de tool te implementeren in heel Vlaanderen. Hiermee wordt tegemoet gekomen aan de vraag van professionals om te vermijden dat er in Vlaanderen verschillende tools worden gebruikt om psychische en andere kwetsbaarheidsfactoren (bv. armoede, cultuur sensitieve noden,...) op te sporen. Verder biedt de tool de mogelijkheid tot integratie van de sociale kaart ter ondersteuning van het verwijzlandschap. Er wordt aanbevolen om in te zetten op de implementatie van deze tool in Vlaanderen i.s.m. betrokken federale partners.

Screening op angst en depressie gebeurt volgens het protocol voor het eerst op 20 à 21 weken zwangerschap. Indien er uit de screening kwetsbaar ouderschap blijkt, dan is het van belang het aanstaande gezin te omringen met een multidisciplinair perinataal zorgteam. Dit houdt een samenwerking in tussen onder meer de vroedvrouw, Kind & Gezin en kraamzorg (indien aanwezig).

Een aantal aandachtspunten m.b.t. screening en detectie worden door zorgverleners benoemd:

- Naast het beschikken over gepaste tools om noden te detecteren, is het belangrijk te investeren in een vertrouwensrelatie met (aanstaande) ouders om een veilige context te creëren om over moeilijkheden te spreken. Mede omwille hiervan genieten **huisbezoeken** de voorkeur.
- Het is belangrijk om postnataal aandacht te hebben voor screening, detectie en warme doorverwijzing. In het bijzonder in de periode van 6 weken tot 2 jaar na de geboorte worden hierin hiaten benoemd. Er wordt opgemerkt dat na de eerste 3 maanden vaak andere zorgactoren betrokken zijn bij het gezin dan daarvoor (bv. naast opvolging door huisarts, van opvolging door vroedvrouw en gynaecoloog, naar opvolging door Kind & Gezin en pediatr). Er wordt gepleit voor meer **continuïteit in opvolging tot de leeftijd van 2 jaar**.
- Daarnaast wordt vastgesteld dat kwetsbare gezinnen kort na de geboorte tussen de mazen van het net glippen en geen contact meer hebben met zorg (bv. huisarts of Kind & Gezin). Een deel hiervan doet evenmin beroep op kinderopvang. Schoolplicht is er pas vanaf 5 jaar. Net dan worden jonge ouders geconfronteerd met nieuwe (organisatorische) uitdagingen, zoals de combinatie van werk en gezinsleven, slapeloze nachten, enz. die een voedingsbodem vormen voor een verminderde draagkracht. Dit heeft tot gevolg dat zeer zorgwekkende gezinssituaties vaak pas aan het licht komen in het kleuteronderwijs en dat hier grote kansen worden gemist om preventiever aan de slag te gaan en gezinnen te blijven "vasthouden". Het verdient aanbeveling een **kader** te ontwikkelen waarin gezinnen blijvend worden opgevolgd dankzij het **verzekeren van contacten met zorgverleners**.
- Kind & Gezin biedt consulten aan tot 30 maanden. Deze bieden kansen om breed te kijken naar kind, ouder, ouderschap en context. De lokale teams werden versterkt met o.a. een psychopedagogische functie die gezinnen en collega's ondersteunt in vragen, behoeften en problemen over ouderschap en opvoedingsondersteuning, van basisondersteuning tot ondersteuning bij verontrusting. Vanuit de praktijk wordt aangegeven dat er onverminderd dient ingezet te worden op **opleiding en ondersteuning** van teamleden om gericht signalen te detecteren, moeilijkheden bespreekbaar te maken en zo nodig warm door te verwijzen. Daarnaast is er nood om tijdens **consultaties** over meer **tijd** te beschikken om emotioneel welzijn in gesprek te brengen.

- Ook de kinderopvang wordt als belangrijke actor beschouwd om in staat te stellen signalen van verstoord emotioneel welzijn op te pikken bij kind/ouder(s). Een **basisdeskundigheid I.M.H.** zou ingebed moeten zijn in de werking van **kinderopvang**. Zorgactoren leren werken met de informatiekaart 'Signaleren en ondersteunen ouder-kind relatie' (Babykennis Academie, n.d.) zou hiertoe een interessante methodiek kunnen zijn.
 - Verder wordt aangegeven dat knowhow m.b.t. screening en detectie ook relevant is voor eerstelijnspsychologen en mobiele psychiatrische crisisteam (zie verder).
 - Naast aandacht voor psychisch welbevinden van de (aanstaande) moeder wordt aandacht gevraagd voor het psychisch welbevinden van de **partner**.
 - Er wordt aanbevolen expliciet in te zetten op detectie van **regulatieproblemen, ontwikkelingsproblemen** en **hechtingsproblemen** bij de **baby**. Dit veronderstelt basiscompetenties inzake I.M.H. bij basiszorgverleners en gespecialiseerde competenties bij medewerkers in de geestelijke gezondheidszorg om degelijk zorginschattingen te kunnen maken. Aansluiting zoeken bij de opleidingsinitiatieven van de netwerken geestelijke gezondheid (cf. opleiding 'Train the trainer' I.M.H.) wordt hier als aanbeveling geformuleerd.
 - Er wordt aanbevolen P.M.G. te integreren in **consultaties voor persoonlijk prenataal advies** en **sessies ter voorbereiding op geboorte en ouderschap** als onderdeel van de reguliere perinatale opvolging.
- **Uitbouw lokale/regionale onthaalpunten**

Verschillende zorgactoren komen in aanraking met kwetsbare gezinnen. Daarnaast werpen de inzet op screening en detectie van psychische problemen en andere kwetsbaarheidsfactoren alsook de reeds aangeboden opleidingen aan perinatale zorgactoren hun vruchten af. De ervaring leert intussen dat het vervolgens betrokken zorgactoren en (aanstaande) ouders ontbreekt aan duidelijkheid m.b.t. het overeenkomstig verwijzingslandschap. Zorgactoren geven aan dat de **uitbouw van lokale/regionale onthaalpunten voor kwetsbare gezinnen** erg helpend zou zijn om met zorgvragen aan de slag te gaan. Verschillende functies zouden vanuit deze onthaalpunten vorm kunnen krijgen:

- organiseren van systematisch zorgoverleg;
- betrekken en versterken van het informele netwerk van de (aanstaande) ouders;
- bundelen van intersectorale expertise;
- start van zorgtrajecten;
- concretiseren van samenwerkingsafspraken;
- aanklappend werken waar aangewezen (ook bij milde klachten);
- ondersteunen van zorgcontinuïteit;
- zorgcoördinatie;
- brug maken naar zorg voor specifieke noden (zorggarantie, PONDO, ...).

Zorgverleners benoemen een aantal aandachtspunten m.b.t. de uitbouw van lokale/regionale onthaalpunten:

- Partners uit de 1^{ste} lijn geven aan dat zij hier momenteel niet op georganiseerd zijn, hiertoe nog geen duidelijk beleidsmatig mandaat hebben en/of momenteel weinig ondersteuning krijgen vanuit lokale besturen en eerstelijnszones (cf. ook impact COVID-19-pandemie). Er

wordt aanbevolen dat een **lokaal beleid** m.b.t. de **eerste 1000 dagen** wordt **onderschreven door lokale besturen en eerstelijnszones**.

- Jeugdhulpverleners geven aan dat zij geen mandaat hebben voor vraagverheldering en diagnostiek en daarom nood hebben aan een vlotte en toegankelijke samenwerking met medewerkers geestelijke gezondheidszorg (kind- en volwassenperspectief). Er wordt aanbevolen om in te zetten op een vlotte **samenwerking** tussen de **lokale teams van Kind & Gezin, de teams van 1G1P en de gespecialiseerde perinatale geestelijke gezondheidszorg**.
 - Bovenstaande samenwerking is niet enkel van belang i.f.v. toegang tot zorg, doch ook i.f.v. **zorgcontinuïteit**. Partners uit de 0^{de} en 1^{ste} lijn geven aan dat binnen hun preventief aanbod zorgcontinuïteit wordt gerealiseerd waarbij zeer kwetsbare gezinnen langdurig ondersteuning krijgen. Hierbij blijven ouders zich bv. na een psychiatrische behandeling richten tot de Huizen van het Kind, lokale spel- en ontmoetingsruimtes, Daar is men evenwel vaak zoekende hoe om te gaan met psychiatrische problemen, wat men wel of niet kan verwachten van ouders, welke ondersteuning wenselijk is, ... Inzet op lokale en regionale intersectorale samenwerking kan **expertisedeling** bevorderen en de drempel voor basiszorgverleners verlagen om **advies of ondersteuning** van partners uit de geestelijke gezondheidszorg te vragen.
 - Beleidsmatig kunnen de onthaalpunten ondersteund worden via de **perinatale netwerken**. In deze regionale netwerken worden in eerstelijnszones de somatische perinatale zorg, de perinatale sociaal maatschappelijke zorg voor welzijn en de perinatale mentale zorg met elkaar verbonden.
- **Warme doorgeleiding**

In een gesprek tussen ouders en zorgverlener kan kwetsbaar ouderschap aan het licht komt. Het in kaart brengen van het eigen netwerk kan er toe leiden dat professionele hulp niet steeds vereist is, doch dat het signaal wordt gegeven dat steun zoeken oké is. Indien nodig is het cruciaal voor de ouders en de zorgverlener in kwestie dat er kan worden doorgeleid naar een nabije zorgverlener. De zorgverlener in kwestie dient niet gelijk een antwoord of oplossing aan te bieden, maar wel een poort te openen naar verdere zorgverlening.

Eerder dan van doorverwijzen, spreken we van **doorgeleiden**. Hierbij is het opzet om zo efficiënt mogelijk een één-op-één contact tussen de ouder en een coördinerende zorgverlener tot stand te brengen. Er moeten minimale drempels zijn om tot de zorgverlening te geraken. Idealiter is de zorgverlener direct beschikbaar om het gesprek aan te gaan (bv. de maatschappelijk werker, vroedvrouw, ... die in het kantoor naast de gynaecoloog zit). Zoniet contacteert de coördinerende zorgverlener (die al langer betrokken is bij het gezin) zelf de ouders en hoeven de ouders daarvoor niet het initiatief te nemen.

Het geniet de voorkeur door te geleiden naar een **reeds betrokken professionele zorgverlener** bij het gezin (als steunfiguur die al een vertrouwensrelatie heeft met het gezin). Warme doorgeleiding en samenwerking met partners gespecialiseerd in P.M.G. kan beschouwd worden als een interventie op zich die de nodige omkadering vraagt. Uit de praktijk blijkt dit een belangrijk onderdeel te zijn in het zorgtraject opdat (aanstaande) ouders die kampen met psychische noden ook daadwerkelijk kunnen aanhaken bij het gepaste zorgaanbod. Zowel ouders als zorgverleners benoemen hier een aantal belangrijke uitdagingen. Bij huisartsen, gynaecologen en pediaters primeert vaak de medische focus en wordt vaak aandacht voor psychische zorg alsook ondersteuning bij doorverwijzing als een gemis ervaren (Nuyts et al., 2021). Teamleden van Kind & Gezin, vroedvrouwen en kraamverzorgenden formuleren vaak de moeilijkheid dat voor doorverwijzing naar specifieke actoren binnen de geestelijke gezondheidszorg een verwijzing van een arts noodzakelijk is. Het is

dan bijzonder afhankelijk van de relatie met en inschatting van de arts of deze verwijzing wordt gerealiseerd. Bij de implementatie van overeenkomstige zorgpaden wordt aanbevolen dat bijkomende **zorgactoren** het **mandaat** krijgen om **gerichte aanmeldingen en doorgeleidingen** te ondersteunen.

Mede omwille van bovenstaande wordt aanbevolen om na te gaan of de doorgeleiding werd gerealiseerd. Tevens staat niet iedere (aanstaande) ouder met psychische klachten open voor behandeling. Zorgmijding, angst om gescheiden te worden van de baby, stigma, ... kunnen hier een rol spelen (Nuyts et al., 2021). Zorgactoren geven aan dat **aanklampend werken** belangrijk is, doch **tijdsintensief**. Het is belangrijk om tijd te kunnen investeren om een vertrouwensrelatie op te bouwen.

Tot slot wordt de **financiële drempel** benadrukt voor (aanstaande) ouders om in behandeling te gaan. Voor de uitbouw van de zorgpaden is een samenwerking met zelfstandige psychologen belangrijk. Dit vraagt een financieel kader waarbij de kostprijs voor de zorggebruiker haalbaar is en de psycholoog een billijke vergoeding ontvangt.

- **Operationele perinatale netwerken**

Om kwalitatieve perinatale zorg en doorgeleiding te kunnen realiseren, dienen perinatale netwerken toegankelijk te zijn. Het betreft een samenwerking van organisaties die in team de gewenste ondersteuning kunnen bieden rond een gezin. Er is sprake van ketenzorg, waarbij de betrokken organisaties proberen samen de geïntegreerde zorg te dragen. Deze samenwerking kan vorm krijgen over de grenzen van de eerstelijnszone heen, in samenwerking tussen meerdere eerstelijnszones.

Het gespecialiseerd aanbod P.M.G. dient aan te sluiten bij de reeds bestaande pre- en postnatale zorgpaden en dient zichtbaar en transparant te zijn. Betrokken actoren dienen een goed zicht te hebben op het perinataal zorgaanbod en te weten hoe, wanneer en met wie ze in de regio kunnen samenwerken. Hiertoe is het belangrijk dat er wordt ingezet op het organiseren van regionale en multidisciplinaire trefdagen zodat zorgactoren elkaar leren kennen. Ook de systematische organisatie van een regionaal multidisciplinair (casus-)overleg mét financiële vergoeding, kan de uitbouw van de regionale zorgpaden ondersteunen.

Bijkomende randvoorwaarde tot geïntegreerde zorg is gegevensdeling binnen regionale multidisciplinaire teams, evenals het inschakelen van een regionale perinatale coördinator ter verbinding met de regionale zorgpaden en het V.E.N.P.M.G., continu kwaliteitsassessment van alle betrokken zorgactoren betrokken binnen het perinatale mentale zorgpad en een aangepast financieringsmodel voor opvolging van een zwangerschap en de periode tot minstens 2 jaar na de geboorte (Nuyts et al., 2021).

- **Aanbod dichtbij huis**

De perinatale periode is bij uitstek een periode waarbij een jong gezin vaak het **comfort van de thuiscontext** verkiest. Tegen het einde van de zwangerschap kan het veranderende lichaam, vermoeidheid, ... van de zwangere verplaatsingen minder voor de hand liggend maken. Na de geboorte vraagt een verplaatsing met de baby bijkomende organisatie en vergt de bevalling een periode van herstel. Het is ook goed voor een pasgeboren baby om in eenzelfde omgeving te blijven om te wennen aan de omgeving, de geuren, het licht en alle andere zintuigelijke prikkels verbonden aan een bepaalde plek.

Een aanbod dichtbij huis versterkt het **vraaggericht** en **op maat** werken met een gezin. Een hulpverlener aan huis wordt ertoe aangezet om te vertrekken vanuit de eigen unieke situatie van het

gezin, de reeds aanwezige zorgpartners en het eigen netwerk. In de thuissituatie is het ook makkelijker om dit **eigen netwerk** te ontmoeten en hun ondersteuning te faciliteren. Het werken dicht bij huis, in aanwezigheid van de baby die veel van een volwassene vraagt, helpt om de connectie met de dagelijkse realiteit van het ouderschap te behouden en in de momenten van contact tussen ouder en baby te kunnen interveniëren op een manier die co-regulatie bij ouder en baby bevorderen. Meestal lukt het de (toekomstige) ouders om de uitdagingen rondom het ouderschap het hoofd te bieden. Soms is bijkomende zorg nodig. Soms is het niet evident dit als (mede)ouder zelf (tijdig) te (h)erkennen of soms herkennen zij dit wel maar weten ouders, binnen het huidige landschap, niet waar ze terecht kunnen met hun vragen. Hulp in de eigen omgeving biedt het voordeel vele betrokkenen op een niet-intrusieve manier te bereiken en al doende de cognities ten aanzien van hulpverlening om te buigen. Op deze manier kan gewerkt worden aan het samen creëren van een hulpvraag.

De 0^{de} en 1^{ste} lijn zijn een vanzelfsprekende context voor het gezin. De ontwikkeling van de baby speelt zich af in het dagelijkse leven van de gezinnen en hun directe omgeving. In de nabijheid hiervan dient ondersteuning plaats te vinden. Hierbij dient aangemerkt dat zeker in de eerste maanden uit huis gaan met de baby een opgave op zich is.

- **Beschikbaarheid eerstelijnspsychologische functie**

Sommige algemene ziekenhuizen werken samen met een **psycholoog** verbonden aan de materniteit. De psycholoog zet hierbij in op volgende interventies:

- screening en detectie van psychische problemen;
- vraagverheldering;
- opbouw van informeel en professioneel netwerk;
- kortdurende interventies, bv. normaliseren en kaderen van psychische klachten en psycho-educatie;
- ondersteuning bij regulatieproblemen van de baby;
- veerkrachtgerichte interventies, zoals Triple P, stressregulatie,...

Eerstelijnspsychologen formuleren de nood aan een **nomenclatuur** voor deze zorg zodat er geen financiële drempels zijn voor (aanstaande) ouders. Ze vragen de mogelijkheid om dit aanbod **poliklinisch** te kunnen inzetten ter ondersteuning van de zorgcontinuïteit voor en na opname. Verder wordt aangegeven dat het wenselijk is dit **zorgaanbod toegankelijk** te maken binnen **alle algemene ziekenhuizen met een materniteit**. Op deze manier wordt een belangrijk brug in het zorgpad gerealiseerd.

Tot op heden blijkt weinig te worden doorverwezen naar geconventioneerde eerstelijnspsychologen. Hierbij spelen vermoedelijk volgende knelpunten een rol:

- onbekendheid bij (aanstaande) ouders en perinatale zorgactoren over het aanbod;
- onduidelijk in welke mate eerstelijnspsychologen voldoende expertise hebben om met perinatale noden aan de slag te gaan;
- bezorgdheid dat 8 consulten niet steeds volstaan;
- 45 minuten/sessie wordt als tekort ervaren.

Van hieruit worden een aantal **aanbevelingen** geformuleerd. Eerstelijnspsychologen dienen:

- kennis te hebben van het regionaal perinataal zorglandschap. Inzet op relaties en netwerkvorming (interdisciplinair en intersectoraal) is van belang;
- de mogelijkheid te hebben om beide ouders alsook de baby bij de behandeling te kunnen betrekken en dit onafhankelijk of men werkt voor een netwerk geestelijke gezondheid volwassen of kinderen en jongeren;
- een basisopleiding P.I.M.H. te hebben en de mogelijkheid tot het volgen van intervisie of casusoverleg.

Ook de eerstelijnspsycholoog van 1G1P wordt benoemd als belangrijke actor in dit zorgaanbod. Voor perinatale zorgverleners is het momenteel niet duidelijk wanneer ze best naar wie doorverwijzen. Er liggen zeker nog kansen om deze zorgvormen verder op mekaar af te stemmen en vorm te geven.

- **Competenties bij uitoefenen van basiszorg**

Zorg voor het psychisch welzijn hoeft niet uit hele grote gesprekken te bestaan of direct naar gespecialiseerde zorg te leiden. Het kan gaan om erkenning van de situatie, waarderen luisteren naar de ander, aandacht geven, vragen hoe het met de ander gaat (meer dan alleen het medische aspect), vertrouwen geven en samen zoeken naar een oplossing. Een tip kan waardevol zijn indien deze binnen een vertrouwensrelatie wordt gegeven. Cruciaal in het contact van de zorgverlener met het gezin is de vraag hoe en in welke mate bij te dragen tot continue, stabiele gehechtheidsrelaties. De competenties van de zorgverleners situeren zich op 3 terreinen (Vliegen & Verhaest, 2020):

- Ways of knowing, bv.:
 - onderkennen van een medisch probleem door de kinderarts;
 - praktische adviezen over de fysieke verzorging van de baby door de zorgkundige;
 - basiskennis over ontwikkelingspsychologische concepten als de primaire moederlijke preoccupatie, the parenthood constellation,
- Ways of being, bv.:
 - eerder meevoelend dan belerend;
 - betrokken zijn op, zich verplaatsen in de interne wereld van de ouder(s), baby en siblings;
 - ambassadeur zijn van speelse interacties.
- Ways of doing, bv.:
 - de nog ongeboren baby aanwezig stellen;
 - niet enkel praten over de baby, maar de baby rechtstreeks toespreken, spiegelen;
 - zo nodig de ouders hierin meenemen en helpen mentaliseren;
 - een voorbeeldfunctie opnemen of voorleven;
 - meervoudige partijdigheid: ook de ouders, anderen in hun gevoelens en noden kennen;
 - werken vanuit een traumasensitief denkkader;
 - het netwerk vormgeven of uitbreiden door steunfiguren in de eigen omgeving en andere zorgverleners te engageren;
 - zo nodig doorgeleiden naar een 2^{de} of 3^{de} lijns aanbod;
 - zo nodig vanuit betrokkenheid doorspreken over verontrusting;
 - inzet op veerkrachtversterkende interventies (cf. bv. in basiszorgverlening).

- **Aandacht voor specifieke doelgroepen**

Voor specifieke doelgroepen is er een goede samenwerking nodig tussen perinatale zorgpartners en zorgpartners met specifieke expertise in het ondersteunen van deze doelgroepen, waaronder:

- ouders van te vroeg geboren baby;
- alleenstaande moeders;
- ouders die te maken hadden met zwangerschapsverlies of verlies van hun baby na de geboorte;
- ouders van baby met aangeboren afwijkingen;
- ouders met middelengebruik;
- ouders met E.P.A.-problematiek;
- ouders met een verstandelijke beperking;
- ouders in maatschappelijk kwetsbare situaties (bv. tienerouders, ouders zonder papieren, ...);
- ouders met een dreigende uithuisplaatsing van het kind.

Hierbij dient evenwel nuancering te worden aangebracht. Niet een feitelijke gebeurtenis, situatie of een psychiatrisch label is bepalend voor de veerkracht van ouders en hun baby, bv.:

- samen op verhaal komen bij een vroeggeboorte kan het ouderschap versterken;
- een alleenstaande moeder kan zich in haar context beter voelen dan een moeder met partner die zich in het ouderschap alleen voelt;
- een medeouder met een verslavingsproblematiek kan zorgzaam zijn tegenover de moeder door tijdens de zwangerschap een behandeling te hervatten, zodat de moeder haar ongerustheid over de afhankelijkheid van haar partner kan loslaten;
- een zwangerschap en geboorte kunnen aanleiding geven tot het doorbreken van transgenerationale problemen, vanuit de wil het anders te doen dan de eigen ouders.

- **Verontrusting en zorggarantie**

Zorgactoren brengen aan dat de verbinding tussen zorggarantie en zorg voor P.I.M.H. nog sterker kan worden uitgebouwd. Zorggarantie richt zich tot een heel specifieke doelgroep waarbij er sprake is van verregaande verontrusting rond de veiligheid en ontwikkeling van het jonge kind (vanaf de prenatale periode tot 3 jaar). Vaak gaat het om gezinnen:

- waarbij er sprake is van complexe problemen op verschillende levensdomeinen (bv. ernstige verslavingsproblemen, psychiatrische problematieken, intrafamiliaal geweld,...);
- die over weinig sociaal netwerk beschikken;
- waarbij er een grote bezorgdheid is t.a.v. de veiligheid en ontwikkeling van het kind;
- waarbij reguliere begeleiding, ondersteuning en training niet volstaat om de veiligheid en ontwikkelingskansen van het kind te borgen.

Zorggarantie heeft als primaire focus om snel een oplossing te vinden die de veiligheid en ontwikkeling van het kind garanderen en waarbij vanaf de start naar een oplossing op lange termijn wordt toegewerkt. Waar het kan wordt uithuisplaatsing vermeden en wordt ingezet op oplossingen binnen het gezin en de context, doch waar noodzakelijk wordt ingezet op verblijf bij een pleeggezin of verblijfsmodule waar het gezinsklimaat primeert (Vandeurzen & Van Mulders, 2018).

Zorgactoren gespecialiseerde in P.M.G. vinden het belangrijk hierbij aan te geven dat het kampen met een psychiatrische problematiek niet betekent dat ouders niet in staat zijn om hun ouderrol

goed op te nemen. Verder zal bij ernstige perinatale psychische problemen nog steeds zorg voor moeder én baby het uitgangspunt zijn. Bv. voor de behandeling van een postpartumpsychose zal de voorkeur worden gegeven aan een gezamenlijke opname van moeder en baby binnen een M.B.E..

Reeds enkele jaren investeren partners binnen zorggarantie in de samenwerking met partners zoals algemene ziekenhuizen, lokale teams van Kind & Gezin, partners in de geestelijke gezondheidszorg, Vanuit de praktijk worden kansen en knelpunten geformuleerd om deze manier van werken verder te versterken.

In het werkveld wordt vaak gewerkt met de methodiek ‘Signs of Safety’ (Opgroeien, n.d.). **‘Signs of Safety’** betreft een oplossingsgerichte manier van werken waarbij het zoeken naar een balans tussen risico’s en veiligheid centraal staat. Er wordt met zeer concrete doelstellingen aan de slag gegaan, met betrokkenheid van alle gezinsleden en met sterke inzet op de uitbouw van een samenwerkingsrelatie. Aan de hand van methodieken wordt er toegewerkt naar een effectief veiligheidsplan vanuit de alledaagse leefomstandigheden rond het kind, waarbij veiligheid gegarandeerd blijft op moeilijke momenten (Opgroeien, 2021). Zorgactoren geven aan dat deze manier van werken houvast geeft, doch **hand in hand** dient te gaan met **ondersteuning** van **P.I.M.H.** om “goed genoeg ouderschap” mogelijk te maken. Daarbij wordt ook verwezen naar het **‘KINGS-model’** (Kind in een Gezond Systeem). Uitgangspunt hierbij is een behandeling voor kinderen én hun ouders via een geïntegreerde traumaverwerkingsmethode. De behandeling richt zich tot gezinnen waarbij sprake is van interpersoonlijk trauma, van generatie tot generatie, vaak binnen een context van mishandeling, misbruik en verwaarlozing en waarbij emotieregulatieproblemen op de voorgrond staan (Wanders & Ploeg, n.d.). Er wordt gepleit voor een verdere vertaalslag van deze manier van werken o.v.v. ‘Intenco’ in het Vlaams zorglandschap. In praktijk ziet men zich geconfronteerd met ouders met een ernstige traumatische voorgeschiedenis die zijn sporen nalaat in het leven van vandaag en getriggerd wordt in het aangaan van een relatie met de eigen kinderen. Kunnen samenwerken met partners uit de geestelijke gezondheidszorg met zowel volwassenexpertise als I.M.H.-expertise is essentieel. Momenteel wordt een sterk tekort ervaren in betaalbare gespecialiseerde zorg met dergelijke gebundelde expertise.

Verder wordt aangegeven dat het essentieel is dat deze zorg beschikbaar is in contexten waar (aanstaande) ouders nu reeds komen (C.K.G.’s, C.I.G.’s, ...). Dergelijke context biedt het voordeel dat naast directe interventies t.a.v. de ouder, ook jeugdhulpverleners expertise aangereikt krijgen bij het omgaan met deze gezinnen. Er wordt aanbevolen om een **brug** te bouwen tussen **jeugdhulp en geestelijke gezondheidszorg** met een duidelijke inzet op **betaalbare gespecialiseerde P.I.M.H.-expertise** die **inrechend** kan worden **ingezet**.

Gespecialiseerde zorg

Als gedifferentieerde generalistische basiszorg op maat van moeder, baby en gezin onvoldoende bescherming biedt ten voordele van een evenwicht tussen draagkracht en draaglast, is doorgeleiding naar en inpassing van een gespecialiseerd aanbod van toepassing. In die gezinnen dient basiszorg te worden versterkt met een gespecialiseerd aanbod op de 2^{de} en 3^{de} lijn. Dergelijke gespecialiseerde perinatale mentale gezondheidszorg vereist **uitgebreide kennis en begrip** betreffende (National Collaborating Centre for Mental Health, 2018):

- identificatie van perinatale mentale gezondheid(sproblemen);

- behandeling van psychopathologie bij de ouders;
- risico's en voordelen van medicatie tijdens de zwangerschap;
- emotionele en fysieke veranderingen horende bij zwangerschap, geboorte en postpartum;
- ontwikkelingsaspecten horende bij het ouderschap;
- ontwikkeling van baby tot infant;
- gehechtheidspatronen;
- interventies betreffende co-regulatie tussen ouder en baby (bv. video-interactiebegeleiding);
- het perinataal zorglandschap, teneinde geïntegreerde zorg te realiseren.

Deze specifieke expertise dient niet enkel ingebed te zijn binnen psychiatrische diagnostiek en handelen, maar eveneens binnen een psychotherapeutisch denken waar systeem-, gedrags- en psychodynamische therapie de evidente, maar zeker niet exclusieve partners zijn. Om persoonlijke groei en duurzame veranderingen in relaties te genereren is naast kennis ook het zoekend begrijpen van de psychotherapie nodig, als houvast voor hulpverleners voor zowel interventie als reflectie.

Voor de ernstig zieke moeders of extreem overbelaste gezinnen is het noodzakelijk dat er gespecialiseerde behandelmodules voorhanden zijn op de 2^{de} en 3^{de} lijn, waarbinnen deze kennisaspecten optimaal in teamverband worden aangewend.

Het gespecialiseerde aanbod dient niet enkel aanwezig te zijn tijdens het postpartum, maar dient het volledige peripartum te bestrijken met bijzondere aandacht voor zorgcontinuïteit. Wanneer bv. een zwangerschap met veel ambivalentie beladen is of wanneer er alleen maar leegte is i.p.v. verlangen naar de baby, kan het zeer zinvol zijn om reeds een aanmeldingsgesprek te organiseren in een gespecialiseerd perinataal team of een thuisbehandeling op te starten. Er kunnen sessies met een eerder psycho-educatief karakter worden aangeboden (bv. over the motherhood constellation). Bij inschatting van een verhoogd risico op decompensatie kunnen daarnaast tijdig lijnen worden uitgezet naar psychiatrische begeleiding, psychotherapeutische ondersteuning en/of Amberbegeleiding.

De aanbevelingen tot gespecialiseerde zorg steunen net als alle andere aanbevelingen op de principes van **matched, stepped, wraparound en joint care**; en de leidende principes (zie eerder). De wenselijkheid en haalbaarheid van sommige van de **leidende principes** vormen bij de aanbodvormen op de 2^{de} en 3^{de} lijn evenwel ook een eigen verhaal. Deze worden in het kader van het gespecialiseerd aanbod bijkomend toegelicht als kwaliteitskenmerken van zorg:

- **Proportioneel universalisme**

Het gespecialiseerd aanbod betreft een aanpak die zicht richt op alle burgers (universeel), maar met een verschillende intensiteit voor bepaalde doelgroepen (proportioneel).

- **Dichtbij huis**

In lijn van het proportioneel universalisme verdient het aanbeveling om in eerste instantie de inbreng van de 2^{de} en 3^{de} lijns zorgaanbieder toe te voegen aan het reeds aanwezige zorgaanbod op de vindplaats (cf. verder o.v.v. liaison functie). Blijkt dit onvoldoende, dan kan in tweede instantie opgeschaald worden naar een andere module op 2^{de} en 3^{de} lijn. Of deze module een nieuwe (en vaak grotere) verplaatsing met zich meebrengt dan wel op de vindplaats wordt aangeboden, hangt af van:

- de module (residentiële opname versus thuisbehandeling);
- de doelstelling (bv. het ondersteunen van de ouder-kind interactie vanuit een C.G.G. kan op de vindplaats, terwijl een psychotherapeutisch gesprek met de moeder over haar eigen geschiedenis zich eerder leent voor een afspraak in het centrum);
- de (nog prille) leeftijd van de baby;

- de (actuele) draagkracht van de ouder(s) (bv. wanneer een moeder met postnatale depressie een terugval kent, biedt de therapeut van het C.G.G. tijdelijk aan om aan huis te komen).

Globaal genomen wordt gestreefd naar een 'assertive community treatment'. De behandeling gebeurt maximaal in de vertrouwde omgeving. De situatie van het gezin geldt als vertrekpunt en niet het vaststaande kader van een centrum of afdeling. Er wordt vraaggericht gewerkt waarbij ouders en steunfiguren uit de eigen omgeving mee de regie bepalen (Devisch, 2017). Deze werkwijze pleit voor een soepele toepassing van de behandelmodules en interventies op de 2^{de} en 3^{de} lijn waarbij wordt nagegaan of het kerngezin in zijn geheel kan participeren, broers en zussen van baby/infant ook betrokken kunnen worden,

Dit streven neemt niet weg dat in sommige situaties toch een residentiële opname aangewezen is. Dit is bv. het geval bij psychopathologie die niet veilig kan behandeld worden in de thuissituatie of wanneer het aanwezige netwerk niet langer over voldoende draagkracht beschikt om de ouder(s) en baby de nodige ondersteuning te bieden. Ook in dergelijke situaties blijft het belangrijk om afwegingen te maken. Kiezen we (enkel) voor het vaststaand kader en expertise van een M.B.E.? Of gaan we flexibeler om met het gegeven van een opname en creëren we mogelijkheden waar de nabijheid of de link met de vertrouwde omgeving meer behouden kan blijven (bv. opname voor baby en beide ouders in een C.I.G. met therapeutisch inreaching aanbod, gezinsopname op diensten waar zowel volwassen- als kinder-en jeugdpsychiatrie aanwezig zijn, ...)?

Bij de toepassing van elke aanbodsform op de 2^{de} en 3^{de} lijn is afstand en bereikbaarheid een relevante factor. Dit pleit alleszins voor een optimale geografische spreiding over heel Vlaanderen van perinatale teams in de C.G.G.'s en van poliklinisch ambulante begeleiding, thuisbehandelings-, dagbehandelings- en opnamevoorzieningen vanuit de expertisecentra op de 3^{de} lijn. Bovendien is er ook sprake van psychologische afstand. Wanneer een gezin kan overgaan naar een andere lijn van hulpverlening binnen een bestaand regionaal netwerk waarbij er duidelijk tekenen zijn van goede samenwerking en wederzijds vertrouwen tussen de hulpverleners, werkt dit het vertrouwen van de ouder in de nieuwe hulpverlener in de hand (epistemisch vertrouwen).

- **Kort op de bal**

Behandelmodules dienen rekening te houden met de bijzondere context van het peripartum, de verschillende tijds-kaders van de zwangerschap, het verloop van de ontwikkeling van de baby, een tekort aan emotionele beschikbaarheid van de moeder voor de noden van de baby en de noodzaak om sneller te antwoorden op het appél dat wordt gedaan. Met het oog op al deze aspecten dienen gespecialiseerde behandelaars nauw samen te werken met verschillende zorgverleners op de andere lijnen (Royal College of Psychiatrists, 2015). Ziektebeelden tijdens het peripartum kunnen in een tijdspanne van een aantal dagen verschuiven van milde depressieve of angstige klachten tot een uitgesproken psychiatrisch ziektebeeld (Royal College of Psychiatrists, 2015). Het is dan ook cruciaal dat een snelle toeleiding naar een intensievere behandelmodule kan plaatsvinden (bv. van een focusgerichte behandeling in een C.G.G. naar een thuisbehandelingsteam van een M.B.E.). De risico's voor de baby op korte en lange termijn vereisen een lage drempel tot interventie (Royal College of Psychiatrists, 2015).

Gezien het belang van preventie, een zwangerschap slechts 9 maanden duurt en de baby zich in een razendsnel tempo ontwikkelt, is het zeer gewenst dat de zorgverlening voor een (aanstaande) moeder zo snel mogelijk tot stand komt. Snel handelen wanneer kwetsbare kernen aan het licht komen, verhoogt de kans dat noden effectief en efficiënt worden beantwoord. Uit de klinische praktijk

ervaren zorgverleners dat snelle en kortdurende interventies vaak effectiever zijn dan langere en intensievere behandelingen die pas na 1 maand wachttijd van start kunnen gaan. In dit denken sluiten we ook aan bij het vijf-gesprekkenmodel (Stoffer, 2005). Met enkele gespecialiseerde interventies kort op de bal kunnen er grote veranderingen worden verwezenlijkt. Bv. een moeder die de klik tot mentaliseren maakt, beseft dat ze met intrusieve gedragingen t.a.v. de baby niet enkel reageert op de signalen van deze feitelijke baby, maar ook reageert op een onverwerkt trauma uit het verleden. Om deze klik te installeren hoeft het trauma uit het verleden niet aangepakt te worden in een intensieve langdurige behandeling, maar kan een interventie kort op de bal reeds de interactie met de baby hiervan vrijwaren. Ook wanneer sprake is van een transgeneratieel onveilig hechtingspatroon, is deze redenering en handelwijze van toepassing.

Er is nood aan voldoende capaciteit in alle zorgvormen gespecialiseerde zorg teneinde matched care, expertisedeling en samenwerking met de 1^{ste} lijn te realiseren en zodoende 'unmet need' en 'overmet need' te vermijden. Wanneer een zorgkundige bv. in voeling is met een gezin, kan deze beoordelen of de veerkracht van een zorggebruiker nog voldoende is, dan wel intensievere hulp vereist.

- **Kortdurend als het kan**

Vaak kunnen enkele therapeutische sessies gegeven door een psychotherapeut met expertise in P.I.M.H. en met ervaring in het vijf-gesprekkenmodel (Stoffer, 2005) volstaan om een proces van verinnerlijking bij de ouders op gang te brengen en de communicatie en interactie met de baby tot een meer interpersoonlijk gebeuren te maken. De tijdelijke toevoeging van een gespecialiseerde therapeut met expertise in P.I.M.H. aan de zorgverlener uit de basiszorg of gespecialiseerde zorg (bv. i.g.v. E.P.A.), kan ervoor zorgen dat deze zorgverlener met de begeleiding van het gezin weer verder kan. Doch ontbreekt op heden een kader en mandaat om in te schatten wanneer het ouderschap "goed genoeg" is, dan wel om indicatie tot verlenging voor te stellen.

Ook bij andere interventies is het opzet zo kort mogelijk te werken (bv. de focusgerichte ouder-babybehandeling), doch zo lang als nodig op maat van de zorggebruiker om een duurzaam effect te realiseren dat standhoudt wanneer de afspraken worden beëindigd. Dit impliceert dat er in zekere mate sprake moet zijn van verinnerlijking van een bepaald thema, van een standvastig competentiegevoel bij de ouders of een toegenomen relationeel welbevinden. De lengte van deze behandelinterventie kan zeer variabel zijn. Richtinggevend kan zijn: 5 sessies voor kortdurend aanbod, 8-10 sessies voor intermediair aanbod en 20 sessies voor langdurig aanbod (telkens a rato van 45-60 minuten). Soms kan de herschikking van de posities in het gezin in deze fase voor een bepaald gezinslid als belastend worden ervaren en kan erkenning hiervoor en het faciliteren van de communicatie hierover via enkele sessies volstaan. Soms vindt de hulpvraag zijn oorsprong in de eigen hechtingsgeschiedenis - mogelijk ook hechtingsstoornis - van de ouder. Wil de hechting tussen de hulpvragende ouder en de baby gevrijwaard blijven of ontdaan worden van deze kwetsuren, dient de therapeut ook met zorg om te gaan met de hechtingsaspecten in de therapeutische relatie (met een groter aantal sessies tot gevolg).

Overeenkomstig P.I.M.H. en joint care ligt ook bij de aanbodvormen op de 2^{de} en 3^{de} lijn de focus (minimaal) op de ouder, baby en dyade. "Minimaal" want de realiteit is complexer dan dat. Er is bv. ook nog de dyade tussen de ouders, de betekenis die de komst van de baby heeft voor broers of zussen en de veelheid van opvattingen die in de directe omgeving van het gezin kan leven over goed ouderschap. Het is wenselijk dat de aandacht voor al deze aspecten reeds op het niveau van de basiszorg plaatsvindt. Mogelijk kan exploratie op de 2^{de} en 3^{de} lijn van de invloed van deze aspecten, communicatie hierover en de inpassing in een behandelplan hierbij een noodzakelijke aanvulling zijn. Bij verontrusting is deze therapeutische benadering slechts mogelijk wanneer een reeds aanwezige partner in het netwerk over voldoende zorggarantie voor de baby en broers en zussen waakt.

Overeenkomstig P.I.M.H. stelt zich bij de keuze voor en vormgeving van het gespecialiseerd aanbod een drievoudige vraag. Wat is nodig voor de moeder/ouder? Wat is nodig voor de baby? Wat is nodig voor de relatie? De gewenste deskundigheid situeert zich op deze 3 terreinen. Soms hebben teams in 2^{de} of 3^{de} lijn hun deskundigheid meer in de ene of andere richting uitgebouwd en dient er sprake te zijn van een complementaire samenwerking. Alleszins is het van belang met al deze componenten rekening te houden, waarbij ook de volgorde een rol kan spelen. Een moeder kan bv. de boodschap dat haar baby het contact met haar mist - t.g.v. haar verplichte bedrust - pas horen wanneer zij zich gehoord voelt in haar extreme vermoeidheid of verlamme angst om geen goede moeder te zijn. Hierbij hebben volwassenen- en kindertherapeuten elkaar nodig: volwassenetherapeuten ter erkenning van de draagkracht van de moeder en kindertherapeuten om de noden van het kind vast te houden en op een gepaste manier aanwezig te stellen.

Zorgmodules gespecialiseerde zorg

O.b.v. wetenschappelijke literatuur en Vlaamse praktijkervaringen worden **5 zorgmodules** weerhouden voor Vlaanderen:

- Module 1: Poliklinische / ambulante module;
- Module 2: Outreachende / thuisbehandelingsmodule;
- Module 3: Liaison / verbindende en versterkende module;
- Module 4: Daghospitalisatie / dagbehandelingsmodule;
- Module 5: Residentiële module.

In Vlaanderen worden momenteel gespecialiseerde semi-residentiële zorg en residentiële zorg aangeboden. De 'mother and baby units' omschreven door Royal College of Psychiatrists vormen een parallel voor de huidige residentiële zorg in de M.B.E.'s in Vlaanderen (**module 5**). De P.M.G.T.'s vormen een parallel voor de ambulante / semi-residentiële zorg in Vlaanderen (**modules 1 - 4**), aangeboden door zowel de M.B.E.'s ('Centrum Moeder en Baby' te Sint-Denijs-Westrem en 'Moeder & Baby' te Zoersel) als de centra perinatale psychiatrie (U.Z. Gent en U.P.C. K.U. Leuven). Bovendien krijgt **module 1** momenteel in Vlaanderen invulling door 8 C.G.G.'s (Adentro te Gent, Kruidtuin te Brussel, De Drie Stromen te Wetteren, Kempen te Turnhout en Geel, De Pont te Mechelen, Mandel & Leie te Kortrijk, VAGGA te Antwerpen en Zoersel; en Vlaams-Brabant Oost te Leuven en Aarschot). Sommige van deze C.G.G.'s bieden ook de **modules 2 en 3** aan. Dit geeft volgend overzicht:

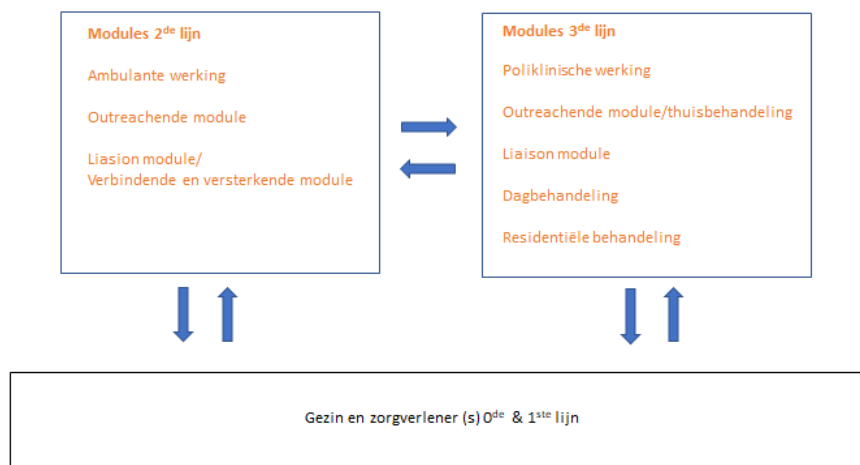
Zorgmodule	2 ^{de} lijn	3 ^{de} lijn
Module 1 – Poliklinische / ambulante module	+	+
Module 2 – Outreachende / thuisbehandelingsmodule	+	+
Module 3 – Liaison / verbindende en versterkende module	+	+
Module 4 – Daghospitalisatie / dagbehandelingsmodule		+
Module 5 – Moeder-Baby hospitalisatie / residentiële module		+

Jarenlange ervaring binnen de 2^{de} en 3^{de} lijn in Vlaanderen en bovenstaande denkkaders leren dat de modules als een raderwerk moeten fungeren, weergegeven als volgend organisatorisch denkkader:



Bovenstaande piramide toont dat, met de modules 1, 2 en 3 aan de basis, de vermaatschappelijking van zorg ook op het niveau van het gespecialiseerd aanbod van toepassing is. Hierop wordt breed en grootschalig ingezet. In verhouding zal er meer nood zijn aan semi-residentiële modules dan aan residentiële modules.

Het is belangrijk dat het therapeutisch aanbod (met schakelmogelijkheden tussen de modules) op de 2^{de} en 3^{de} lijn goed op elkaar afstemt en er een vlotte wisselwerking plaatsvindt. De eerder getoonde figuur op pag. 19 illustreert hoe de gespecialiseerde hulpverlening met elkaar dient te interageren ingebed in de bestaande geestelijke gezondheidszorg, alsook in de hele 1^{ste} en 2^{de} lijns gezondheidszorg. De zorgmodules worden aan deze figuur toegevoegd:



Omwille van de integratie van het aanbod in 2^{de} en 3^{de} lijn worden de multidisciplinaire poliklinische module en liaison module (waarbij polikliniek en liaison eerder de associatie met een ziekenhuissetting oproepen) verruimd naar multidisciplinaire poliklinische / ambulante module en liaison / verbindende en versterkende module (zie verder).

Het bovennoemde model van Royal College of Psychiatrists biedt tevens handvatten naar capaciteitsorde, overeenkomstig bovenstaande modules:

P.M.G.T. (modules 1-4 op 3^{de} lijn):

- Royal College of Psychiatrists stelt dat 4% (3-5%) nood heeft aan begeleiding vanuit semi-residentiële/ambulante zorg; 1 semi-residentieel/ambulant zorgteam is noodzakelijk per 6.000-10.000 bevallingen.
- Omrekening naar de Vlaamse populatie geeft 2.720 (aanstaande) moeders en (ongeboren) baby's met ernstige pathologie; en 7-11 Vlaamse teams om de zorgnoden te behartigen.

Residentiële zorg (module 5 op 3^{de} lijn):

- Royal College of Psychiatrists stelt dat er nood is aan 0.4 bedden/1000 bevallingen.
- Omrekening naar de Vlaamse populatie geeft 27.2 bedden noodzakelijk om 270 opnames per jaar (4 opnames/1000 bevallingen per jaar) te verzorgen.

Bij bovenstaande omrekening is het evenwel belangrijk te benadrukken dat er inhoudelijk verschillen zijn met de huidige organisatie van het Vlaams zorgaanbod en dat er bijgevolg een vertaalslag dient te gebeuren naar de Vlaamse realiteit. Daarbij wordt het belang herhaald van de regionale zorgpaden als belangrijke hoekstenen, die aangestuurd worden vanuit de P.M.G.-expertisecentra en waarbij samenwerking tussen de 1^{ste}, 2^{de} en 3^{de} lijn wordt gerealiseerd.

We geven tenslotte aan niet te beschikken over referentiecijfers voor wat betreft de ambulante zorg op de 2^{de} lijn (voor matige problemen en ernstige problemen in een niet-acute fase).

In wat volgt worden de 5 modules toegelicht.

- **Module 1: Poliklinische / ambulante module**

Omdat de drempel om hulp te zoeken voor vrouwen met perinatale psychische moeilijkheden vaak hoog is, moet er een goed toegankelijke ambulante werking zijn. Deze kan deel uitmaken van een polikliniek van een expertisecentrum of M.B.E., maar ook van een perinataal aanbod in een C.G.G.. Afhankelijk van de zorgbehoefte en de ernst van de hulpvraag kunnen er verschillende interventies worden ingezet. De multidisciplinaire samenstelling van het gespecialiseerde ambulante team staat hiervoor garant. Het betreft een therapeutisch aanbod waarbij de duur van de zorgperiode variabel is, afhankelijk van de aard van de hulpvraag en de daarbij geïndiceerde methodiek. Zowel psychiatrische begeleiding als verschillende vormen van psychotherapie kunnen worden toegepast (psychodynamische, cognitieve gedragstherapie, angstregulatie, etc.), evenals gespecialiseerde coachingstrajecten aangeboden door psychiatrisch verpleegkundigen.

- **Module 2: Outreachende / thuisbehandelingsmodule**

Voor wat betreft de outreachende / thuisbehandelingsmodule kunnen verschillende zorgactoren een complementaire rol opnemen m.b.t. perinatale mentale zorgnoden:

- Mobiele crisisteam (2A-teams)

In een acute fase is het vaak aangewezen beroep te kunnen doen op een mobiel crisisteam (2A-team). Mobiele crisisteamen kunnen snel interveniëren (aansluitend bij het belang van vroege interventies), kunnen snel een inschatting maken van de psychiatrische problematiek van de (aanstaande) ouder en kunnen gedurende een korte periode meerdere keren aan huis behandeling aanbieden (met een afbouw in frequentie na de acute fase). Waar noodzakelijk kunnen zij een verder zorgtraject initiëren (ambulant, thuisbehandeling, opname,...). Door het bieden van zorg aan huis, kan er een inschatting worden gemaakt van de draagkracht van het persoonlijk steunsysteem en het professioneel netwerk.

Een mobiel crisisteam is niet gespecialiseerd in perinatale mentale zorg, maar kan hiervoor samenwerken met de 2^{de} en 3^{de} lijn. Mobiele crisisteams dienen evenwel notie te hebben van het belang van de ouder-kind relatie. Bijkomend dienen zij in staat te zijn basisobservaties uit te voeren. Om deze crisiszorg verder uit te bouwen, is inzetten op wissellieren en expertisedeling aangewezen.

- Sessies aan huis vanuit het C.G.G.

C.G.G.-therapeuten kunnen in afspraak met het gezin aan huis gaan voor moeder-babysessies ter ondersteuning van de onderlinge afstemming en relatievorming.

- Thuisbehandeling vanuit de 3^{de} lijn

De module die vanuit de 3^{de} lijn wordt aangeboden is bedoeld voor moeder-baby dyades waarvoor een residentiële opname (nog) niet noodzakelijk is of waarvoor de drempel naar opname te groot is en waarvoor het aanbod van andere netwerkpartners ontoereikend is (conform revalidatie-overeenkomsten M.B.E. met Vlaamse overheid). Het opzet van deze module is om, via intensieve multidisciplinaire behandeling aan huis, het functioneren van de dyade te verbeteren zodat een opname van de dyade in de residentiële module, indien mogelijk, kan worden voorkomen.

Belangrijke pijlers binnen de outreachende / thuisbehandelingsmodule zijn:

- ondersteunen van moeder en partner in het opbouwen van vertrouwen in het ouderschap en bij de integratie van de baby;
- ondersteunen van de gehechtheidsrelatie van de baby;
- opbouwen van een zorgnetwerk rond het gezin;
- ondersteunen van de zorgpartners betrokken bij de zorg voor moeder, partner en gezin;
- psychotherapeutisch behandelen van het gehele systeem vanuit systemisch, gedragstherapeutisch en/of psychodynamisch kader, waarin er vanuit overdrachtsrelaties kan worden gewerkt rondom hechting van ouders en baby's.

Bijzondere aandacht gaat uit naar stressfactoren die de hechtingsrelatie onder druk zetten zoals kindfactoren (bv. regulatieproblemen, medische complicaties, ...), ouderfactoren (bv. angst, depressie, trauma, ...), omgevingsfactoren (bv. sociale kwetsbaarheid, relatiemoeilijkheden, intrafamiliaal geweld, ...) en factoren gerelateerd aan de bevalling (bv. controleverlies, stress of dissociatie, gecompliceerde bevalling, ...). Daarnaast is het belangrijk om te focussen op veerkrachtondersteunende factoren. In overleg met de ouders wordt gezocht naar een ingangspoor voor behandeling die het meeste aansluit bij de noden van moeder, partner, baby en gezin en de mogelijkheden van de omgeving om een ondersteunende functie op te nemen.

Deze intensieve vorm van behandeling aan huis veronderstelt naast degelijke algemene kennis van psychopathologie, specifieke expertise in perinatale volwassenpathologie en -psychotherapie (P.M.H.) én specifieke expertise m.b.t. de mentale wereld van een baby in zijn/haar omgeving (I.M.H.) (zie verder: psychotherapeutische interventies). Het behandelend team is multidisciplinair samengesteld: verpleegkundige/vroedvrouw met specifieke expertise in P.I.M.H. uit de gespecialiseerde zorg, perinataal arts/psychiater en perinataal psycholoog/psychotherapeut. Op geregelde tijdstippen vindt er overleg plaats met het gezin en hun reeds aanwezige hulpverleners om de zorg af te stemmen i.f.v. een optimale behandeling. Het reeds bestaande zorgnetwerk wordt zoveel mogelijk ingezet (m.n. het informele netwerk, het multidisciplinair perinataal zorgteam met huisarts,

vroedvrouw, gynaecoloog, kraamverzorgende en teamlid Kind & Gezin, de eerstelijnspsycholoog, de psychotherapeut, het C.G.G., de psychiater, het mobiel crisisteam, ...).

De ervaring leert dat samenwerking en expertisedeling erg bufferend zijn om het gezin de nodige ondersteuning te bieden en om opname te voorkomen. Waar nodig kan het evenwel aangewezen zijn om door te schakelen naar een opname en dient men opnametoeleidend aan de slag te gaan. Royal College of Psychiatrists geeft aan dat 4/1000 vrouwen hoe dan ook een opname nodig zal hebben omwille van een ernstig toestandbeeld dat niet veilig kan worden behandeld in de thuissituatie.

Een directe verbinding met de (semi-)residentiële behandeling is heel belangrijk om vlot te kunnen schakelen tussen de modules (matched care en zorgcontinuïteit), om voldoende perinatale expertise op te bouwen en te kunnen terugvallen op intervisie. Moeders ervaren het als een belangrijke meerwaarde dat het zorgaanbod afgestemd kan worden op hun variërende noden.

- **Module 3: Liaison / verbindende en versterkende module**

Liaison betekent 'verbinding maken met'. De term liaison wordt hier niet specifiek voorbehouden voor een ziekenhuissetting en omvat elke samenwerkingsvorm tussen zorgpartners over de lijnen heen, waarbij een hulpverlener vanuit een hogere lijn een aanbod dat reeds in uitvoering is komt ondersteunen op een lagere lijn. Binnen een ziekenhuisomgeving kan deze module de invulling krijgen van het begeleiden van een zwangere of bevallen vrouw op de materniteit, neonatale afdeling of P.A.A.Z.. In een bredere perinatale context kan een zorgverlener uit de 3^{de} lijn een collega uit de 2^{de} lijn ondersteunen of een zorgverlener uit de 2^{de} lijn een zorgverlener uit de 1^{ste} lijn ondersteunen (zie verder: (verplaatste) kortdurende klinische interventie).

- **Module 4: Daghospitalisatie / dagbehandelingsmodule**

De Royal College of Psychiatrists en N. S. W. Department of Health benoemen in hun richtlijnen niet de mogelijkheid van daghospitalisatie (module 4). Dit is afwijkend van wat in wat volgt wordt aanbevolen. De invulling van de dagbehandelingsmodule voor **zwangere vrouwen** wordt gebaseerd op de uitwerking ervan in het Erasmus MC te Rotterdam alsook elders in Nederland (Paarlberg et al., 2015; Raats & Van Ravesteyn, 2015; Van Ravesteyn et al., 2018). De invulling van de dagbehandelingsmodule voor **moeder-kind dyades** wordt gebaseerd op de invulling in beide M.B.E.'s.

In wat volgt hebben de aanbevelingen inzake dagbehandeling betrekking op behandeling die vertrekt vanuit de psychiatrische problematiek van de ouder. Afdelingen voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie worden hier niet vermeld, vermits deze primair vertrekken vanuit een psychiatrische problematiek van het kind (om uiteraard ook te werken met de ouder).

Dagbehandeling is aangewezen wanneer een **dragende omgeving** nodig is in het zoeken naar een ritme met de baby of het dragen van het ongeboren kind en de vele veranderingen die hiermee gepaard gaan. Deze dragende omgeving bestaat uit de aanwezigheid van andere (aanstaande) moeders, begeleiders en een aansluitend therapieprogramma voor moeder en baby.

Wij geloven sterk dat de verdere uitbouw van mogelijkheden tot daghospitalisatie zal leiden tot een kortere opnameduur in een residentiële module. Aangezien er in dagbehandeling een sterke link met de natuurlijke context van het jonge gezin wordt behouden, is het mogelijk om zodra het kan terug te schakelen naar de thuissituatie en minder intensieve vormen van hulpverlening. Belangrijk in de organisatie van dagbehandeling is het rekening houden met de nabijheid van zorg. Die nabijheid garandeert immers zorgcontinuïteit. Moeders en baby's die naar een dagbehandeling komen dienen enkele keren per week een verplaatsing te maken.

Er onderscheiden zich naargelang de doelgroep 2 vormen van dagbehandeling.

Aan **dagbehandeling voor zwangere vrouwen** kunnen vrouwen vanaf 12 weken zwangerschap deelnemen. De behandeling vindt plaats gedurende 1 dag/week (of eventueel 2 halve dagen/week). Er wordt een vast programma gehanteerd waarbij onder leiding van een sociaalverpleegkundige thema's m.b.t. de zwangerschap, aanstaand ouderschap en het hebben van psychische klachten wordt besproken. Daarnaast wordt er ook cognitieve gedragstherapie, psychomotore therapie en sensorische integratie-therapie aangeboden (Raats & Van Ravesteyn, 2015; Van Ravesteyn et al., 2018). Verder lijkt het ons zinvol om in de organisatie van deze dagbehandeling voor zwangere vrouwen de eerder beschreven ideeën vanuit Centering Pregnancy mee te nemen en voor de gehele behandeling een psychotherapeutische insteek te nemen waarbij er in een overdrachtsrelatie met een hulpverlener met specifieke P.I.M.H.-expertise stilgestaan kan worden bij wie de baby in de buik van de moeder zou kunnen zijn en de fantasieën of fantoombelden die de ouders hierbij hebben.

De **dagbehandeling voor moeder-kind dyades** die vanuit de 3^{de} lijn wordt aangeboden is gericht op volgende doelstellingen:

- behandeling van de moeder;
- observatie en verzorging van de baby;
- begeleiding van de moeder bij de verzorging van haar baby (interpretatie van signalen die de baby geeft, psycho-educatie en opvoedingsbegeleiding);
- begeleiding van het gezin (ondersteunen en betrekken van de medeouder, erkennen en inzetten van de medeouder als hechtingsfiguur, ...);
- opzetten van een (professioneel, familiaal, ...) zorgnetwerk in het leefmilieu van de moeder dat het gezin kan ondersteunen na het ontslag van de dyade uit de dagbehandeling.

Verder leert de ervaring binnen de dagbehandeling in beide M.B.E.'s dat er bij de indicatiestelling rekening dient te worden gehouden met de mate waarin een moeder in de mogelijkheid is om taken in de thuiscontext (huishouden, zorg voor oudere kinderen, ...) op te nemen in combinatie met de dagbehandeling of hierin ondersteund wordt door het eigen netwerk.

Voor de dagbehandeling komen moeders samen met hun baby's, gedurende enkele maanden, 2 dagen/week naar het expertisecentrum. Binnen de behandeling wordt er samen op zoek gegaan naar de noden van de moeder, de medeouder en de baby. De behandeling kent een multidisciplinaire en psychotherapeutische aanpak. Er worden verschillende soorten therapieën aangeboden, door verschillende soorten therapeuten (ergotherapeut, psychomotorisch therapeut, beeldende therapeut, kinderverzorgster, begeleidster, psycholoog en psychiater). De psychotherapeutische aanpak vertaalt zich verder in het werken vanuit een overdrachtsrelatie en het samen met mama/medeouder en baby zoeken naar een subjectief en uniek antwoord op het lijden. Dankzij het in contact komen met andere moeders beseffen moeders dat ze niet alleen met problemen worstelen.

Het verdient aanbeveling dagbehandeling of thuisbehandeling te combineren met geografisch toegankelijke groepsbehandeling, daar waar gezinnen reeds komen (zie verder).

• **Module 5: Residentiële module**

De invulling van de residentiële module wordt gebaseerd op de invulling ervan in beide bovennoemde richtlijnen alsook op de jarenlange praktijkervaring van de M.B.E.'s in Vlaanderen. Er onderscheiden zich naargelang de doelgroep 2 vormen van hospitalisatie.

Hospitalisatie van zwangere vrouwen op een psychiatrische afdeling binnen een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis is mogelijk tijdens het 1^{ste} en 2^{de} trimester van de zwangerschap. Hier kan outreachende 2^{de} of 3^{de} lijns ondersteuning aan deze afdelingen een belangrijke ondersteuning vormen in het leveren van kwalitatieve zorg voor de aanstaande mama (zie verder: (verplaatste) kortdurende klinische interventie). De laatste 4 weken van de zwangerschap kan een moeder opgenomen worden op een M.B.E. ter overbrugging naar de bevalling en met als doel om na de bevalling enkele maanden door te werken. Het is meestal niet aangewezen om zwangere vrouwen te vroeg in de zwangerschap op te nemen in een M.B.E. omdat het programma gericht is op aanwezigheid van de baby en vaak als te confronterend wordt ervaren door zwangere vrouwen. Het is van belang hierbij onder de aandacht te brengen dat zorgcontinuïteit en zorggarantie binnen de residentiële zorg in deze fase een uitdaging is, met risico op breuken in de zorg voor vrouwen tussen het 3^{de} trimester van de zwangerschap en de bevalling. De veiligheid van hoogzwangere vrouwen kan onvoldoende worden gegarandeerd op een psychiatrische afdeling binnen een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis.

Hospitalisatie voor moeder-kind dyade's is gericht op het opnemen van moeders met ernstige psychiatrische toestandsbeelden, die niet adequaat en/of veilig in de thuissituatie kunnen worden behandeld en hun baby. Tijdens de hospitalisatie wordt psychiatrische, medische, verpleegkundige, psychologische en sociale zorg voor zowel moeder als kind geleverd. Er wordt enerzijds ingezet op het welzijn van de moeder en adequate behandeling en herstel van het ernstige psychiatrische toestandsbeeld. Anderzijds ligt de focus op de moeder-kind relatie en het beantwoorden aan de lichamelijke, emotionele en ontwikkelingsnoden van het kind (Royal College of Psychiatrists, 2015). Zo wordt de moeder begeleid bij de verzorging van haar baby (interpretatie van signalen die de baby geeft, psycho-educatie, opvoedingsbegeleiding) (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2019). Verder heeft een hospitalisatie binnen een M.B.E. ook als doel het gehele gezin te betrekken en te begeleiden. Dit kan bv. in de vorm van relatietherapie of het betrekken van de medeouder in de therapieën met de baby. Er wordt ingezet op het erkennen van de medeouder als hechtingsfiguur en het hem/haar geven van een duidelijke plek, als belangrijke pijler in herstel. Tenslotte wordt ingezet op het opzetten van een (professioneel, familiaal, ...) zorgnetwerk in het leefmilieu van de moeder dat het gezin kan ondersteunen na het ontslag van de dyade uit de afdeling (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2019).

Voor de residentiële module verblijven moeders samen met hun baby's, gedurende enkele maanden, in een opname unit ingebed in een psychiatrisch centrum. De huidige M.B.E.'s worden bijgevolg deels federaal en deels Vlaams gefinancierd. De opname unit heeft een erg specifieke infrastructuur met onder meer aparte kamers voor elke moeder, babykamers, badkamers voor moeders, aangepaste badkamers voor de verzorging van de baby, een grote speelmat voor de gemeenschappelijke spelmomenten en baby-massage en een studio die rooming-in mogelijk maakt. De unit is huiselijk en babyvriendelijk ingericht. Verder worden infrastructuur en faciliteiten gebruikt van het psychiatrisch centrum voor onder meer lichaamsgerichte therapieën, creatieve therapieën, gesprekstherapieën met de hele groep en maaltijden uit de grootkeuken.

Binnen de opname wordt er samen op zoek gegaan naar de noden van de mama, de medeouder en de baby. De behandeling kent een multidisciplinaire en psychotherapeutische aanpak. Er worden verschillende soorten therapieën aangeboden, door verschillende soorten therapeuten (ergotherapeut, psychomotorisch therapeut, beeldende therapeut, kinderverzorgster, begeleidster, psycholoog en psychiater). De psychotherapeutische aanpak vertaalt zich verder in het werken vanuit een overdrachtsrelatie en het samen zoeken met mama/medeouder en baby naar een subjectief antwoord op het lijden. Dankzij het in contact komen met andere moeders beseffen moeders dat ze

niet alleen met problemen worstelen. Verder bieden de groepsdynamische processen waardevolle input voor psychotherapie.

Royal College of Psychiatrists geeft aan dat 4 op 1000 vrouwen nood zal hebben aan een opname omwille van postpartum psychose en alle ernstige, complexe toestandsbeelden die een opname noodzakelijk maken. Vertaald naar Vlaanderen betekent dit bij een geboortecijfer van 68.000 bevallingen: 270 opnames/jaar. De ervaring in de huidige M.B.E.'s leert dat, naast het toestandsbeeld van de moeder, de draagkracht van de omgeving een belangrijke factor is om in rekening te brengen bij het overwegen van een opname. Opname van de moeder dient te gebeuren samen met de baby om separatie in het belang van de hechting en de ontwikkeling van het kind te vermijden. Bovendien hebben problematieken in het postpartum vaak ook te maken met de baby zelf en de moeilijkheid om een band te ervaren met de pasgeborene. Inzetten op de relatie tussen moeder en baby vormt in die zin vaak de hoeksteen van de behandeling. Wanneer het beter gaat met de baby bekrachtigt dit het zelfvertrouwen van de moeder en verdwijnen depressieve klachten naar de achtergrond.

Een M.B.E. bestaat idealiter uit 6 tot maximaal 10 bedden. Kleinere eenheden zijn niet te rechtvaardigen gezien dit niet kosteneffectief zou zijn, alsook onvoldoende klinische activiteit zou genereren om de nodige kennis en vaardigheden te onderhouden om kwalitatieve zorg te bieden aan moeders en hun kind (Royal College of Psychiatrists, 2015).

Interventies gespecialiseerde zorg

Binnen de 5 modules kunnen verschillende interventies worden aangeboden. Vanuit wetenschappelijk onderzoek en praktijkervaring worden **10** soorten **interventies** geduid. Deze opsomming is niet-exhaustief. Daarnaast kunnen sommige interventies ook in de 1^{ste} lijn worden opgenomen. In wat volgt wordt evenwel gefocust vanuit het perspectief van de gespecialiseerde zorg. Onderstaande interventies dienen in functie van de noden van het (aanstaande) gezin ingezet te kunnen worden met behulp van een eenvoudig financieringsmodel. Complexe financieringsmodellen en registratiesystemen ter validatie van de verschillende interventies zijn te vermijden.

- **Interventie 1: consultatieve functie**

De eerste stap van het gespecialiseerde zorgpad is aanmelding. Deze stap wordt het best vormgegeven in de SAFE START richtlijnen (N. S. W. Department of Health, 2009). De consultatieve functie heeft 3 vormen: triage, professioneel casusoverleg en multidisciplinair casusoverleg.

Triage na aanmelding vormt een belangrijke ondersteuning in een vlotte wisselwerking tussen de 1^{ste}, 2^{de} en 3^{de} lijn. Wanneer er bij de uitvoering van een zorgprogramma op maat bij de ouders of de reeds betrokken zorgverlener(s) een nood ontstaat aan het verkrijgen van degelijk advies inzake P.I.M.H., kan dit worden verkregen via de consultatieve functie. De gespecialiseerde zorg op 2^{de} lijn en 3^{de} lijn dient een belangrijke rol op te nemen als toegangspoort voor zorgverleners uit 1^{ste} en 2^{de} lijn betrokken in de zorg van gezinnen in nood (of voor deze gezinnen in nood zelf) (N. S. W. Department of Health, 2009). Wanneer een gezin wordt aangemeld is het belangrijk dat de zorgvraag goed wordt getaxeerd en op het juiste zorgniveau belandt. Dit veronderstelt een grote vertrouwdheid met elkaars werking en mogelijkheden. Wordt een vraag voor de 3^{de} lijn aangemeld bij een C.G.G., dan triert een C.G.G. de vraag ter antwoord naar de 3^{de} lijn (of omgekeerd).

Vragen kunnen zowel betrekking hebben op de preconceptionele fase als het peripartum. De coördinator ontvangt de vraag en zal naargelang de vraag inschatten of hij/zij deze zelf kan beantwoorden, dan wel dient door te verwijzen naar de geëigende hulpverlener binnen het team.

Bij het **professioneel casusoverleg** wordt geprobeerd de adviesvrager à la carte te bedienen aan de telefoon. Dit impliceert dat de geraadpleegde hulpverlener over een goede klinische expertise én uitstekende kennis van het regionale zorglandschap beschikt. Indien een perinataal behandelteam bekendheid en geloofwaardigheid heeft opgebouwd, wordt vaak op dit team beroep gedaan vanuit epistemisch vertrouwen (zie begrippenlijst). Dit vertrouwen fungeert als een sterke facilitator om bv. een uitbreiding van een netwerk door te voeren, een hulpvraag bij de ouders zelf tot stand te brengen of op te schalen naar een hogere lijn van hulpverlening.

Zowel zorgaanbieders op de 2^{de} als de 3^{de} lijn kunnen deze consultatieve functie uitvoeren. Afhankelijk van de ernst van de noden kan een keuze gemaakt worden tussen 2^{de} en 3^{de} lijn. Een goede samenwerking tussen beiden is van belang opdat de vraag snel op de juiste plek terechtkomt. De uitvoerders van de consultatieve functie kunnen zo gewenst coachend aanwezig blijven. Deze consultatieve functie behoeft een financieel kader.

- **Interventie 2: participatie aan multidisciplinair casusoverleg**

Een eerste invulling van multidisciplinair casusoverleg bestaat erin dat professionals uit de perinatale zorg- en hulpverlening elkaar regionaal over de lijnen van hulpverlening treffen om kennis en ervaring te delen a.d.h.v. **anoniem casusmateriaal (casusoverleg)**. Het overleg heeft een ondersteunende functie t.a.v. zorgpartners op de 0^{de} en 1^{ste} lijn, die zowel cognitief als innerlijk worden gesterkt. Het overleg kan ervoor zorgen dat de betrokken hulpverleners met specialisten van gedachten wisselen over complexe (prenatale) casi. Het casusoverleg betreft een vorm van intervisie en vertrekt vanuit de beleving van hulpverleners. Het 'weten' staat hierbij niet voorop, wel een gezamenlijk spreken, uitwisselen, ondersteunen, Het overleg wordt vanuit de 2^{de} en 3^{de} lijn georganiseerd en gemodereerd, met casusinbreng vanuit de 0^{de} en 1^{ste} lijn.

Binnen verschillende regio's wordt momenteel casusoverleg georganiseerd. De financiële basis hiervoor ontbreekt evenwel.

Een tweede invulling bestaat erin dat een zorgverlener op de 0^{de} of 1^{ste} lijn bij de begeleiding van een gezin een noodzaak kan ervaren aan het organiseren van een **zorgoverleg**, in regel **in aanwezigheid van de ouder(s)**. Deze noodzaak kan verband houden met onvoldoende onderlinge afstemming tussen de zorgpartners en/of voortkomen uit het zoeken met de ouders naar de nodige condities voor meer welbevinden, ontwikkelingskansen en veerkracht. Ook steunfiguren uit de eigen context kunnen met akkoord van de ouders aansluiten. Een kader waarin beschreven staat wie kan deelnemen aan het overleg en wie hierbij welke rol heeft, dient te worden opgesteld. De organisatie van een zorgoverleg ligt bv. in handen van een lokaal team van Kind en Gezin, 1G1P, zorggarantie, O.C.M.W. of sociale dienst van een ziekenhuis. Hulpverleners van de 2^{de} en 3^{de} lijn worden uitgenodigd om een inhoudelijke bijdrage te leveren en expertise binnen te brengen zonder de zorg of behandeling direct over te nemen. Ze ondersteunen de 0^{de} en 1^{ste} lijn door te onderstrepen wat deze reeds goed doen, door te benoemen dat hun werk en hun 'aanwezigheid' erg belangrijk zijn en door adviezen te geven over welke specifieke interventies nog helpend zouden kunnen zijn. De ervaring leert dat het louter opnemen van 2^{de} en 3^{de} lijns hulpverleners in het zorgplan reeds een krachtige werking heeft. Hulpverleners van de 0^{de} of 1^{ste} lijn voelen zich ondersteund en gezinnen voelen zich zowel ernstig genomen als gerustgesteld.

Beide vormen van multidisciplinair casusoverleg vinden reeds plaats. Ook hiervoor ontbreekt evenwel een financiële basis.

- **Interventie 3: klinisch specialistische inschatting**

Hierbij zijn de 'SAFE START' richtlijnen (N. S. W. Department of Health, 2009) en de 'Recommendations for the provision of services for childbearing women' (Royal College of Psychiatrists, 2015) complementair aan elkaar en vormen ze een meerwaarde voor elkaar.

Indien een klinisch specialistische inschatting noodzakelijk is, is de eerste vraag vooral hoe acuut het probleem is. Indien het om een acuut probleem gaat (bv. bij psychose of andere ernstige perinatale mentale toestandsbeelden waar snelle inschatting noodzakelijk is) dient er overgegaan te worden tot een urgente biopsychosociale inschatting, met de opmaak van een zorgplan. Dit vereist expertise in P.I.M.H.. Indien nodig dient een O.C.J. of V.K. te worden ingeschakeld. Wanneer er geen dringende inschatting nodig is, doch een belangrijk toestandsbeeld aanwezig is, dient alsnog zo snel mogelijk een inschatting te gebeuren. Indien een nood tot begeleiding wordt geïdentificeerd, dient een zorgplan te worden uitgewerkt in onderlinge toestemming met de (aanstaande) ouder.

- **Interventie 4: (verplaatste) kortdurende klinische interventie**

Vaak wordt gemerkt dat er noden zijn die vragen om een meer gespecialiseerde interventie, zonder dat deze altijd intensief en langdurig hoeft te zijn. Door als therapeut met expertise in P.I.M.H. (en ruggensteun van een team) voor ong. 5 behandelingen aan te sluiten bij ouder-babyafspraken in de 0^{de}, 1^{ste} of 2^{de} lijn, kunnen reeds de nodige veranderingen worden ingezet of zelfs geïnstalleerd en kan er verder worden gebouwd op de overdrachten met reeds aanwezige hulpverleners.

Kortdurende klinische interventies kunnen bv. prenataal worden ingezet of een genuanceerd antwoord bieden op ongerustheid over veiligheid en ontwikkeling van baby's.

De perinatale werkingen in de C.G.G.'s bevinden zich hierbij in een tussenpositie. Enerzijds kunnen zij nood hebben aan versterking vanuit de 3^{de} lijn voor specifieke expertise (bv. slik- of voedselinnameproblemen bij de baby). Anderzijds kunnen ze vanuit eigen expertise in P.I.M.H. instaan voor ondersteuning en versterking van de zorgpartners op de 0^{de} en 1^{ste} lijn.

In sommige situaties kan het belangrijk zijn snel op de hulpvraag in te gaan en het aanbod zo dicht mogelijk bij de thuissituatie te organiseren. Door hulp te bieden in de vertrouwde omgeving van het gezin, kunnen vaak dynamieken worden geobserveerd die zeer verhelderend zijn en de te zoeken toegangspoort zijn naar het gezin. Ook maakt een huisbezoek een laagdrempelige en spontane ontmoeting met een medeouder mogelijk, daar waar deze niet tot in een centrum zou geraken.

Naast de thuissituatie, moet het voor deze interventie ook mogelijk zijn te interveniëren op andere vindplaatsen (bv. materniteit, neonatale afdeling, M.I.C., pediatrie, polikliniek, Huis van het Kind of P.A.A.Z.). Samen met het gezin dient te worden gezocht naar de meest geschikte locatie.

- **Interventie 5: focusgerichte ouder-kind behandeling**

In het zorgprogramma van een gezin kan op een gegeven moment een specifiek thema op de voorgrond komen. Dit thema kan de beleving van de baby, de opbouw van een band en het dagelijks functioneren van de ouders en de baby in de weg staan. Door op ambulante basis in een aantal afspraken met een gespecialiseerd team dit thema onder de loep te nemen, kunnen het welbevinden en de ontwikkelingskansen van ouder en baby worden gevrijwaard of hersteld.

Vaak bevindt dit aanbod zich op de grens tussen preventie en curatie (lichte problemen). Ook bij matige en ernstige problemen (in een niet-acute fase) heeft dit aanbod een grote preventieve waarde. Door een gepaste uitvoering kan het een toereikend antwoord zijn op de aanwezige zorgbehoefte en escalatie voorkomen. 2^{de} en 3^{de} lijn dienen intensief samen te werken om de ernst van de problematiek goed in te schatten en elkaar de hand te reiken om een adequaat aanbod te bieden zowel bij matige als ernstige problematiek.

Door de aanwezigheid van volwassenen- en kindertherapeuten, de toevoeging van een volwassenenpsychiater en de samenwerking met logopedisten en psychomotore therapeuten kan op maat van het gezin een oudergericht, babygericht en interactiegericht aanbod worden gerealiseerd. Indien een gelijktijdig aanbod van kinder- en volwassenentherapeuten mogelijk is (waarbij kan worden geschakeld tussen dyadisch werken en individuele aandacht voor ouder(s) en baby) kunnen binnen max. 15-20 sessies belangrijke doelen worden bereikt. Bij sommige hulpvragen volstaan slechts enkele sessies om het gezin op weg te helpen in de transitie waarin het zich bevindt.

Deze focusgerichte behandeling krijgt momenteel reeds invulling in een beperkt aantal C.G.G.'s. Om deze interventie te realiseren is het van belang dat er binnen elke regio een C.G.G. met Moeder & Babywerking is, waarbij een volwassenenpsychiater deel uitmaakt van het team (wiens functieomschrijving verder wordt gedefinieerd).

- **Interventie 6: intensieve ambulante groepsbehandeling**

Een intensief ambulant therapeutisch groepsaanbod vanuit de gespecialiseerde 2^{de} en 3^{de} lijn is zowel noodzakelijk tijdens de zwangerschap als het postpartum. Dit verschilt van het groepsaanbod dat in de 1^{ste} lijn wordt georganiseerd, waarbij ontmoeting centraal staat.

Het verdient aanbeveling om de ideeën van Centering Pregnancy en Centering Parenting door te trekken naar de modules op de 2^{de} en 3^{de} lijn. Peer-support en lotgenotencontact kunnen als een belangrijke hefboom fungeren op vlak van ondersteuning en herstel van de mentale gezondheid. Daarnaast spreekt een groepsaanbod het mentaliserend vermogen aan van een (aanstaande) ouder. Het contact met en de dynamieken tussen (aanstaande) ouders zorgt ervoor dat volwassenen zicht krijgen op hun eigen gevoelsleven en gedachten. Dit mentaliserend vermogen van een ouder en daarmee samenhangend de nieuwsgierigheid naar de interne wereld van een kind, zijn belangrijke ingrediënten in het opbouwen van een veilige hechting met een kind.

Groepsprogramma's maken om deze redenen deel uit van verschillende modules **op de 2^{de} en 3^{de} lijn**. Ze kunnen gelinkt zijn aan de focusgerichte ouder-babybehandeling in een C.G.G. en vormen ook een vast onderdeel bij dagbehandeling of residentiële behandeling. Ook hier is evenwel een cross-over mogelijk: 2^{de} of 3^{de} lijnhulpverleners zouden bv. kunnen participeren aan groepsprogramma's die op de 1^{ste} lijn worden aangeboden en op deze manier hun specifieke expertise binnenbrengen. Bij **groepsaanbod op locatie** kunnen ouders en hun baby's op een locatie waar ze sowieso reeds komen (vindplaatsen) deelnemen aan groepsessies rond een specifiek thema gerelateerd aan P.I.M.H.. Dit groepsaanbod kan over de lijnen heen worden georganiseerd door verschillende partners op verschillende locaties (M.B.E.'s, C.G.G.'s, C.I.G.'s, C.K.G.'s, algemene ziekenhuizen, Huizen van het kind, ...), in samenwerking met hulpverleners met expertise in P.I.M.H.. Er wordt multidisciplinair gewerkt, onderling expertise binnen gebracht en ondersteund waar nodig. Er wordt op maat gewerkt, doordat zorggebruikers deelnemen aan groepen die qua thema aansluiten bij hun specifieke noden.

- **Interventie 7: combipoli psychiatrie en kinder- en jeugdpsychiatrie**

De combipoli is een samenwerking tussen de afdelingen volwassenenpsychiatrie en kinder- en jeugdpsychiatrie/psychologie naar het voorbeeld van het Erasmus MC te Rotterdam. De afdeling biedt diagnostiek en behandeling aan ouders (meestal moeders) met psychiatrische problematiek en hun kinderen tot 4 jaar. Meestal is er een vermoeden van een verstoorde ouder-kind relatie en/of ontwikkelingsproblemen van het kind. Het diagnostische traject bestaat uit een aantal afspraken waarin de ouder-kind interactie wordt geobserveerd, de kindgebonden factoren en de ontwikkeling van het kind in kaart worden gebracht en beschermende en risicofactoren worden geïnventariseerd (Paarlberg et al., 2015). Binnen deze combipoli kan naast de individuele behandeling het volgende

behandelaanbod bestaan: ouderbegeleiding, individuele ouder-kindbehandeling, moeder-kinddagbehandeling en moeder-kindgroepspsychotherapie.

- **Interventie 8: psychiatrisch kraambed**

Het psychiatrisch kraambed (of klinisch kraambed op psychiatrische gronden) is een multidisciplinaire klinische voorziening voor het preventief observeren en werken t.a.v. de jonge moeder en haar pasgeborene meteen na de bevalling (naar voorbeeld van de afdeling 'zwangerschap & psychiatrie' van het Erasmus MC te Rotterdam). Het biedt de mogelijkheid om mogelijke complicaties gebonden aan de psychiatrische stoornis of het psychiatrische beeld dat reeds voor de bevalling aanwezig was alsook ten gevolge van medicatie vroegtijdig te onderkennen (Paarlberg et al., 2015). De belangrijkste indicaties voor opname zijn onder meer: een verhoogd risico op een postpartum psychose, een voorgeschiedenis met ernstige psychiatrische complicaties postpartum, nood tot opstart lithium en observatie en ondersteunen van de moeder-kindinteractie bij twijfels over ouderschap.

- **Interventie 9: psychotherapeutische behandeling P.I.M.H.**

Voor gespecialiseerde psychotherapeutische behandeling tijdens de perinatale periode is naast een gedegen vooropleiding in algemene psychopathologie en psychotherapie, specifieke expertise onontbeerlijk in perinatale volwassenpathologie én Infant Mental Health. Veel gebruikte kaders en interventies hierbij zijn: Inside Story, Ghosts in the nursery & Angels in the nursery, EMDR, polyvagaaltheorie, floortime, video-interactiebegeleiding, babymassage en Motherhood constellation, naast het inzetten van systeemtherapeutische behandeling (zie verder). Afhankelijk van de noden van de (aanstaande) moeder, haar baby en haar gezin wordt op maat een ingangspoort genomen. De algemene insteek is behandeling van de (aanstaande) moeder en partner, inzet op co-regulatie en de hechtingsrelatie met de baby en ondersteunen van de ontwikkelingsnoden en de mentale gezondheid van de baby. Binnen de behandeling wordt verondersteld dat de therapeut een actieve rol kan opnemen in het behandelproces als hechtingsfiguur die holding biedt, een ervaren gids is, ouders vergezelt en valideert in hun nieuwe rol. Kenmerkend voor deze interventie is het belang ervan in het dagelijks leven van de (aanstaande) ouders en de baby. Het voeden van de baby, spelmomenten, verzorgingsmomenten, troosten, zoeken naar slaapritme,... vormen een belangrijke basis om met ouders in het moment zelf aan de slag te gaan. Binnen een residentiële opname en dagbehandeling is het sociotherapeutisch klimaat dan ook een belangrijke pijler binnen de behandeling. Bij thuisbehandeling vormt vanzelfsprekend de actuele leefcontext van het gezin het uitgangspunt.

- **Interventie 10: systeemtherapeutische behandeling**

Perinatale mentale problemen spelen zich af binnen een systeem. Een systeemtherapeutische benadering is bijgevolg belangrijk.

Gezinsbehandeling richt zich ook tot de partner, onder meer om deze te erkennen als hechtingsfiguur en een duidelijke plek geven. Daarnaast speelt een medeouder vaak een essentiële rol in het mogelijk ontwikkelen van perinatale problematiek bij de moeder (Raphael-Leff, 1985). Het doelgericht behandelen van de medeouder (partnertherapie) is dan ook een belangrijke pijler in herstel.

Systeemtherapeutische behandeling moet mogelijk zijn in alle modules. Op heden zijn hiervoor te weinig middelen.

Om in bovenstaande interventies de uitbouw van kwalitatieve perinatale geestelijke gezondheidszorg te garanderen die snel schakelt vanuit de 1^{ste} lijn naar behandeling op de 2^{de} en 3^{de} lijn is een duidelijk **kader en verloning van de psychiatrische functie** binnen perinatale geestelijke gezondheidszorg vereist.

Behandelingen van een postnatale problematiek (post-partumdepressie, angststoornis, psychose, ...) worden gequoteerd als acuut en kortdurend. De perinatale psychiater moet naast bestaande nomenclatuur voor polikliniek en liaison, in de mogelijkheid worden gesteld onder meer aan te sluiten op **multi- en transdisciplinair overleg, te reflecteren op casusniveau, expertise toe te voegen en telefonisch advies te geven aan collega's**.

In het kader van **thuisbehandeling** neemt de psychiater eenzelfde takenpakket op als de psychiater van een mobiel crisisteam: face-to face contacten, huisbezoeken, opmaken en aansturen van behandelplan, aansturen van multidisciplinaire teams en intervisie, beleid inzake tenlasteneming door mobiel team en doorverwijsbeleid, rapportering in- en outtake en multidisciplinair teamverslag, overleg netwerkpartners en kwaliteitsbevordering.

In een **M.B.E.** moet de psychiater voor zowel opname als dagbehandeling het takenpakket conform een A-bed ten laste nemen, waar het opnieuw gaat om dringende hulpverlening met een kortdurend karakter voor moeder en baby, waar eveneens de partner wordt meegenomen en het de facto vaak gaat over een gezinsbehandeling.

In een **C.G.G.** omvat de functie van de volwassenenpsychiater medicamenteuze behandeling, sensibilisering van ouder(s) / steunfiguren over aanwezige pathologie, consultfunctie t.o.v. andere zorgpartners (waaronder huisarts), inschatten van indicaties voor toeleiding naar de 3^{de} lijn, warme toeleiding en inschatten van de duur van werkverlet.

OVERZICHT AANBEVELINGEN TOT POPULATIEGERICHTE ACTIES

Aanbeveling	Middelen
Opzetten laagdrempelig veerkrachtondersteunend (groeps-)aanbod (universele preventie) met <ul style="list-style-type: none"> • laagdrempelige onthaalfunctie (fysiek en in tijd) • toeleiding kinderopvang, kraamzorg, ... • moedergroepen • spel- en ontmoetingsruimtes • ... via integratie in minimaal en met zekere regelmaat aan te bieden basisaanbod in Huizen van het Kind	Uitbreiding ter realisatie overeenkomstig aanbod

Aanbevelingen tot populatiegerichte acties m.b.t. communicatie en ontsluiten van sociale kaart komen verderop respectievelijk aan bod in de aanbevelingen tot het communicatie- en opleidingsbeleid.

OVERZICHT AANBEVELINGEN TOT GENERALISTISCHE BASISZORG

Aanbeveling	Middelen
<p>Screening en detectie Afname psychosociaal assessment bij elke zwangere in eerste contact perinatale zorg (ten laatste 16 weken zwangerschapsduur, cf. Born in Belgium)</p> <p>Zorgpad screening en detectie perinatale mentale stoornissen</p> <ul style="list-style-type: none"> • implementatie en/of borging bestaand zorgpad (zwangerschap tot 6 weken na bevalling) • uitbreiding zorgpad tot 2 jaar na bevalling • integratie screening en detectie bij medeouder • integratie screening en detectie op ontwikkelingsproblemen en regulatieproblemen bij baby (K&G, huisarts, kinderarts, ...) <p>Ontwikkeling van een kader waarin gezinnen blijvend worden opgevolgd dankzij het verzekeren van contacten met zorgverleners.</p>	<p>Uitbreiding:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nomenclatuur voor afname psychosociaal assessment • nomenclatuur voor toeleiding passende zorg- en/of hulpverlening • ter realisatie overeenkomstig aanbod
<p>Onthaalpunten en zorgcoördinatie Opzetten lokale/regionale onthaalpunten in eerstelijnszones voor kwetsbare ouders ter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ondersteuning initiatie zorgtrajecten • ondersteuning zorgcoördinatie en zorgcontinuïteit • verbinding naar zorg voor specifieke noden (Zorggarantie, PONDO, ...) via: • uitbouw onthaalpunten i.s.m. perinatale somatische en geestelijke professionals <p>Onderschrijven lokaal beleid m.b.t. ‘Eerste 1000 dagen’ door lokale besturen en eerstelijnszones</p> <p>Verbinden lokale/regionale onthaalpunten met somatische zorg, welzijnsactoren en netwerken geestelijke gezondheid (regionale zorgpaden) via perinatale netwerken</p>	<p>Uitbreiding:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nomenclatuur voor systematisch intersectoraal overleg • ter realisatie overeenkomstig aanbod
<p>‘Nest-rond-het-nest’ Faciliteren steun als beschermende factor perinatale veerkracht, op vlak van:</p> <ul style="list-style-type: none"> • relatie met partner • persoonlijk netwerk (grootouders, familie en naasten) • ondersteuning door peers (zie verder) • ondersteuning vanuit zorg- en hulpverlening <p>via:</p>	<p>Uitbreiding ter realisatie overeenkomstig aanbod</p>

<ul style="list-style-type: none"> • faciliteren geboorteverlof medeouder • uitbreiden mogelijkheden en faciliteren opname ouderschapsverlof (incl. medeouder) • faciliteren grootouderverlof • faciliteren van veerkrachtondersteuning in werkcontext ouder(s) • faciliteren van kraamzorg e.a. initiatieven ter ondersteuning gezin (ondersteuning 's nachts aan huis, huishoudelijke hulp, ...) 	
<p>Groepsaanbod Uitbreiden aanbodsvormen ter voorbereiding op geboorte en ouderschap, ondersteuning veerkracht en P.I.M.H.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centering Pregnancy • Centering Parenting <p>via:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aansluiten bij pilootproject Centering-based Group Care van R.I.Z.I.V. (4 pilootsettings in Brussel) • aansluiten bij Europees project 'GC 1000' • realiseren minimum aanbod per eerstelijnszone rekening houdende met sociodemografische kenmerken en bereikbaarheid met openbaar vervoer 	<p>Uitbreiding:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nomenclatuur voor groepsaanbod • ter realisatie overeenkomstig aanbod
<p>Faciliteren dat bestaand basiszorgaanbod (door o.a. vroedvrouw, Kind & Gezin, eerstelijnspsycholoog, zorggarantie, 1G1P) maximaal en daadwerkelijk al tijdens de zwangerschap inzetbaar is.</p>	<p>Uitbreiding ter realisatie overeenkomstig aanbod</p>

OVERZICHT AANBEVELINGEN TOT GESPECIALISEERDE ZORG

Aanbeveling	Middelen
<p>Geïntegreerd zorgpad Uitbreiden Amberbegeleiding aan huis door Centra voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning opdat in elke regio voldoende capaciteit tot eerdere aanmelding en onmiddellijke opstart tijdens de laatste zwangerschapsmaanden volgens nood.</p> <p>Uitbreiden consultatieve functie Integreren Moeder & Babywerking als kerntaak van C.G.G.'s</p> <p>Beschikbaar maken van alle behandelmodules gelijkwaardig gespreid in heel Vlaanderen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • poliklinische / ambulante module • outreachende / thuisbehandelingsmodule • liaison / verbindende en versterkende module 	<p>45 afdelingen * 2 Amberbegeleidingen per jaar voor elke afdeling = 80 (7301.72 €/Amber + 5% werkingsmiddelen)</p> <p>Uitbreiding:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ter realisatie modules en interventies, met: • consultatieve functie • V.T.E. C.G.G.'s voor integratie Moeder & Babywerking in alle C.G.G.'s • nomenclatuur voor multidisciplinair overleg

<ul style="list-style-type: none"> • daghospitalisatie / dagbehandelingsmodule • residentiële module <p>fungerend als raderwerk aan zorg met intensieve samenwerking tussen basiszorg en gespecialiseerde zorg.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • nomenclatuur voor casuoverleg • nomenclatuur voor kortdurende klinische interventie
<p>Verontrusting en zorggarantie</p> <p>Geïntegreerde zorg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • via realiseren van samenwerkingsmodellen Opgroeien, perinatale somatische partners en partners geestelijke gezondheid (kinderen en jongeren/volwassenen) e.a. betrokken instanties (justitie, politie, ...) • met concrete verbinding zorgpartner gespecialiseerde P.I.M.H. <p>KINGS-model (Kind in een Gezond Systeem):</p> <ul style="list-style-type: none"> • vertaalslag naar Intenco in Vlaanderen i.s.m. Opgroeien en gespecialiseerde partners P.I.M.H. (geestelijke gezondheidszorg en verslaving) • realiseren samenwerkingsmodel "geïntegreerde zorg": concrete verbinding perinatale zorgpaden P.I.M.H. <p>Mogelijkheid zorg P.I.M.H. inzetten op plaatsen waar nu reeds kwetsbare gezinnen worden ondersteund</p>	<p>Financieringsmodel opdat zorg P.I.M.H. gegarandeerd en complementair kan worden ingezet</p>
<p>Psychiatrische functie binnen perinatale geestelijke gezondheidszorg</p>	<p>Uitbreiding nomenclatuur voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • casusgebonden multi- en transdisciplinair overleg, specifiek voor de perinatale psychiatrische discipline • verloning volgens de barema's van de psychiatrische functie binnen het mobiel crisisteam voor thuisbehandeling • verloning volgens de barema's van A bedden voor M.B.E.'s

TRAJECT MIDDELENGEBRUIK EN PSYCHISCHE COMORBIDITEIT

ONDERBOUWING TOT AANBEVELINGEN

Prenataal gebruik van middelen houdt een belangrijk gezondheidsprobleem in voor moeder en kind. Het verhoogt het risico op een spontane abortus, prematuriteit, laag geboortegewicht en neonataal abstinentiesyndroom bij het kind. Op langere termijn spreekt men van fysieke, cognitieve, gedragsmatige en emotionele ontwikkelingsdeficits bij het kind (American College of Obstetrics and Gynecologists, 2015). De nadelige effecten van het gebruik van verslavende middelen zijn het meest onderzocht voor alcohol en tabak en wijzen op een verhoogd risico op gedragsproblemen en verminderde schoolse prestaties bij de kinderen. Het meest gekende syndroom t.g.v. alcoholgebruik in de zwangerschap is het foetaal alcohol syndroom, dat gepaard gaat met groeiretardatie, karakteristieke faciale kenmerken en neurocognitieve beperking (cognitieve beperking, leerproblemen, executieve problemen, geheugenproblemen, vertraagd visuo-spatiaal redeneren, vertraagde taalontwikkeling, hyperactiviteit, emotieregulatieproblemen, ...) die leiden tot significante beperkingen m.b.t. het dagelijks functioneren. Prenataal gebruik van marihuana wordt geassocieerd met executieve problemen en verminderd intellectueel presteren bij lagere schoolkinderen en adolescenten. Alhoewel wordt aangenomen dat prenataal gebruik van amfetaminen en cocaïne een negatieve impact heeft op de ontwikkeling van het kind, neemt men ook aan dat de effecten ervan gedeeltelijk kunnen worden gemedieerd door de opvoeding. Daarentegen is de associatie van gebruik van opiaten in de zwangerschap en de ontwikkeling van het kind minder eenduidig, terwijl de vervangingstherapie met methadone en buprenorphine geen aantoonbare negatieve impact heeft op de groei, taalvaardigheden, sensorische en intellectuele ontwikkeling of temperament van het kind (Guille & Aujla, 2019).

Indirect heeft parentaal middelengebruik ook een invloed op de familiale relaties, de partnerrelatie en de moeder-kind interacties, in het bijzonder op de hechting. Parentaal middelengebruik verhoogt het risico dat het kind blootgesteld wordt aan stress, trauma en geweld t.g.v. mentale problemen van de ouder, huishoudelijk geweld, criminaliteit en verwaarlozing (Guille & Aujla, 2019). Zorgverleners dienen bij het organiseren van zorg voor (toekomstige) mama's die middelen gebruiken en/of afhankelijk zijn van middelen zich bewust te zijn van de complexiteit van de leefwereld van deze vrouwen en hun sociale, psychische en fysieke problemen om hen te kunnen bijstaan met aangepast advies en ondersteuning tijdens de hele perinatale periode (World Health Organization, 2014). Deze complexe en multifactoriële problemen worden vaak nog versterkt door ernstige psychosociale problemen zoals problemen met huisvesting en financiële problemen. Een specifieke groep betreft een groep mama's met mentale beperkingen die extra zorg en ondersteuning nodig hebben. Dit betekent dat de context van de (toekomstige) (vaak kansarme) ouders niet enkel mee in rekening moet worden gebracht. Daarnaast dient een duurzaam, langdurig zorgtraject te worden opgebouwd dat rekening houdt met de chroniciteit van de problemen en levensomstandigheden.

Bijzondere aandacht moet worden besteed aan het detecteren van middelengebruik bij (toekomstige) moeders en hun partners en het organiseren van laagdrempelige, aanklappende doch niet-stigmatiserende en -discriminerende zorg. Al te vaak wordt gezien dat deze doelgroep (obstetrische) zorg vermijdt, als gevolg van schaamte- en schuldgevoelens; maar ook uit schrik voor beoordeling en plaatsing van hun kinderen. De risico's van gebruik van middelen en de voordelen van behandeling dienen op een niet-veroordelende, empathische manier zowel mondeling als schriftelijk te worden

gecommuniceerd, rekening houdend met leeftijd, taal, opleidingsniveau en cultuur van de ouder(s) (World Health Organization, 2014).

De huidige zorg is te sterk gefragmenteerd, waardoor zorgcontinuïteit onvoldoende kan worden gegarandeerd. Dit moet beter kunnen in het belang van de (aanstaande) moeder en haar (ongeboren) kind. Botsende belangen t.g.v. het opsplitsen van zorg, enerzijds voor de middelenaafhankelijke ouder binnen de (volwassen) verslavingszorg en anderzijds voor het kind binnen de kinder- en jeugdhulpverlening, leiden tot weinig op elkaar afgestemde zorg. Er worden niet enkel problemen gezien m.b.t. uitwisselen van informatie, verantwoordelijkheden m.b.t. zorgopname en verdelen van financiële middelen, maar tevens ook in ethische verschillen m.b.t. de aangeboden zorg.

Prevalentie

Tot op heden ontbreken cijfers voor Vlaanderen m.b.t. middelengebruik in de perinatale periode. Amerikaans onderzoek naar de prevalentie van middelengebruik vindt een prevalentie van 5,5% voor alcohol en druggebruik in de periode van conceptie tot geboorte (Kotelchuck et al., 2017). Dit stemt overeen met gegevens uit de Amerikaanse studie van Vesga-López et al. (2008), die een prevalentie vonden van respectievelijk 3,6% voor alcohol en 1,6% voor illegale middelen. Een Australische enquête (Australian Institute of Health and Welfare, 2020) vindt eveneens een prevalentie van 1,8% voor illegaal middelengebruik in de perinatale periode, waarbij vaak sprake is van polidruggebruik. Guille en Aujla (2019) geven aan dat het gebruik van tabak, alcohol en illegale middelen toeneemt in de Verenigde Staten, met meer dan een verdubbeling van gebruik voor marihuana en bijna een verdubbeling voor opiaten tijdens de zwangerschap in de periode van 2015 tot 2017.

De World Health Organization (2020) toont aan dat Europa in vergelijking met andere werelddelen de hoogste prevalentie van alcoholgebruikstoornissen kent, met 3,5% bij vrouwen in het algemeen. Er wordt geschat dat 25,2% van de zwangere vrouwen in Europa alcohol blijft gebruiken tijdens de zwangerschap, met als gevolg een tweemaal hogere geschatte prevalentie voor F.A.S. (namelijk 3,74 op 100.000 geboortes), dan in andere regio's van de World Health Organization. F.A.S. is de ernstigste vorm van F.A.S.D.. Voor F.A.S.D. bedraagt dit 198,2/10.000 geboorten in Europa. Vlaamse cijfers (Hoppenbrouwers, Guérin, Roelants, Van Leeuwen, & Desoete, 2011) geven aan dat 32,6% van de Vlaamse vrouwen alcohol drinkt gedurende de zwangerschap en 43,3% tijdens de borstvoedingsperiode. Een grote meerderheid (89,3%) van deze vrouwen drinkt minder dan wekelijks één standaardglas alcohol. Evenwel gaf 9,7% van de zwangere vrouwen aan 1 tot 6 standaardglazen alcohol te consumeren per week.

Middelengebruik: een alleenstaand feit of niet?

Cijfers van de Belgische geestelijke gezondheidszorg (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2021) geven aan dat de meest voorkomende diagnose voor een opname in een psychiatrisch ziekenhuis en P.A.A.Z. in Vlaanderen voor volwassen mannen een middelengerelateerde (alcohol, medicatie en illegale drugs) aandoening is. Bij vrouwen is dit na depressie de meest voorkomende diagnose (bijna 20% van de opnames in 2018). Hierbij wordt opgemerkt dat middelengerelateerde aandoeningen dikwijls bij andere diagnoses als nevendiagnose worden vermeld. Een enquête (Australian Institute of Health and Welfare, 2020) bevestigt dat er een sterke associatie is tussen illegaal druggebruik en geestelijke gezondheidsproblemen (zoals (manisch) depressieve stoornissen, angststoornissen en psychoses) in de perinatale periode. Enerzijds wordt middelengebruik soms als coping mechanisme gebruikt bij bv. depressie of trauma. Anderzijds kan

middelengebruik bepaalde psychische aandoeningen triggeren. De diagnoses worden dan vaak als aparte diagnoses gezien, terwijl er eerder sprake is van een samenhang. Hoewel de prevalentie van bipolariteit in de algemene bevolking laag is (0.6% type I en 0.4% type II; life timeprevalentie van 2.4%) (Rowland & Marwaha, 2018), gaat deze stoornis vaak hand in hand met middelengebruik. Minstens 40% van de mensen met een bipolaire stoornis (type 1) gebruikt middelen. Alcohol en cannabis zijn de meest gebruikte middelen, gevolgd door cocaïne en opiaten (Cerullo & Strakowski, 2007). Zwangerschap vormt een opportuniteit voor deze vrouwen en hun partners om hun patroon van alcohol en ander middelengebruik te veranderen (World Health Organization, 2014).

WENSELIJK BELEID

Voorliggende aanbevelingen volgen de eerder omschreven leidende principes en organisatie van basiszorg tot gespecialiseerde zorg voor alle ouders in de perinatale periode. De problematiek van middelengebruik en psychische comorbiditeit vraagt echter specifieke aanvullingen en uitbreidingen. Naast een aantal uitdagingen m.b.t. basiszorg en gespecialiseerde zorg (zie verder), zijn er overkoepelende uitdagingen:

- Voor deze (toekomstige) ouders is het vaak een uitdaging om het **kindperspectief** te blijven zien, omdat ze zo gefocust zijn op hun eigen (gezondheids)problemen (ouderperspectief). Als zwakste schakel in het hele proces moet er voldoende aandacht blijven voor de veiligheid en integriteit van (ongeboren) kinderen. Het kindperspectief mag op geen enkel moment uit het oog worden verloren. De 'Kindreflex' kan hierbij een nuttig hulpmiddel zijn en zou voor elke hulpverlening een automatisch aandachtspunt moeten worden.
- **Samenwerking en netwerking** van expertise is de basis van elke goed lopende zorg. Hulpverleners dienen voldoende op de hoogte te zijn van het lokale aanbod van hulpverleningspartners (of op een gemakkelijke wijze toegang te hebben tot deze informatie) en welke expertise daar aanwezig is. Doorverwijzing, overleg en samenwerking met deze partners én de ouders zijn cruciaal. Ook het eigen netwerk van de vrouw (en partner), zowel op persoonlijk als professioneel vlak, moet in kaart worden gebracht en betrokken blijven.
- Of de zorg succesvol landt, zal mee bepaald worden door de mate waarop de **autonomie** en de medeverantwoordelijkheid van ouders toegelaten worden. Ouders moeten maximaal betrokken worden in de wegging van de problemen, het plan van aanpak en de besluitvorming. Door deel uit te maken van het proces, hun eigen proces, zal hun veerkracht toenemen en vergroot de kans op een succesvolle aanpak.

Generalistische basiszorg

Er is nood aan **meer specifieke basiszorg** voor deze doelgroep, rekening houdend met het **afhaken van zorg**.

(Toekomstige) moeders met middelengerelateerde problemen ervaren - naast eerder omschreven emoties - bijkomende stress in de perinatale periode. Naast middelenafhankelijkheid is er vaak

sprake van comorbide psychologische/psychiatrische problemen. Ze weten dat de middelen waarvan ze afhankelijk zijn niet goed zijn voor hun kind, maar negatieve hulpverleningservaring, beperktere contextuele steun, een eigen problematische opvoedingssituatie en/of psychosociale problemen (financiële problemen, slechte huisvesting, werkloosheid/invaliditeit, ...) zorgen ervoor dat ze wantrouwend staan tegenover zorgverleners. Ze verdwijnen onder de radar uit angst voor verlies van hun kinderen, terwijl ze beseffen dat zorgverleners bezorgd zijn over hun gebruik en de effecten ervan op de foetus en het (jonge) kind. Ze voelen zich beschaamd en schuldig. Beschermende factoren, zoals praktische en emotionele steun, ontbreken vaak. Extra inzetten op basiszorg en opzetten van een (informeel en professioneel) netwerk dat praktische en emotionele ondersteuning kan bieden is cruciaal en bij uitstek belangrijk voor deze doelgroep.

Hulpverleners dienen op een respectvolle (niet-stigmatiserende, niet-discriminerende, niet-oordelende) en aanklappende (maar niet-dwingende) manier om te gaan met deze toekomstige ouders. De manier waarop zorgverleners omgaan met hun bezorgdheid is in grote mate bepalend voor de motivatie en het bijkomende engagement die ouders aan de dag leggen om hulp toe te laten om met hun afhankelijkheid van middelen om te gaan. Het verslavende karakter van middelen maakt dat stoppen zonder professionele begeleiding vaak niet lukt.

Ernstige psychiatrische aandoeningen (psychotische aandoeningen, bipolaire stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen) die samengaan met middelenafhankelijkheid vormen een extra uitdaging voor de zorgverlening. Hun psychische kwetsbaarheid staat therapietrouw vaak in de weg, met nefaste gevolgen voor de eigen gezondheid en die van hun kind.

Psychische problemen, inclusief afhankelijkheid van middelen, kan interfereren met goede zorg voor de baby. Het mentaliserend vermogen van de ouders kan hierdoor afgenomen zijn, wat de hechting en sensitief opvoeden bemoeilijkt. Aandacht en begrip voor deze complexe problematiek vanuit elke betrokken zorgverlener is cruciaal. Veelal zijn veel verschillende actoren betrokken op deze gezinnen met gevaar op tegengestelde adviezen en aanpakken. Er is nood aan zorgcontinuïteit in tijd en samenwerking van volwassenzorg en kinder- en jeugdzorg door een beperkt aantal zorgverleners.

Bij ernstige problemen is er nood aan een multidisciplinair team (volwassenen en kind/jeugd) met ervaring en continuïteit. De doelgroep zou vanuit hun vlijmscherp aanvoelen, onervaren hulpverleners op het verkeerde been kunnen zetten.

Gezinsgerichte preventieve zorg

- Het opbouwen van een vertrouwensband vraagt tijd en begint best zo vroeg mogelijk (bij voorkeur preconceptioneel of ten laatste antenataal). Prenataal kan het meest winst worden geboekt, zodat de leef- en gezinssituatie tegen de bevalling stabiel genoeg is om de kansen van ouders mét hun baby op een mooie start te verhogen.
- In de verslavingszorg zijn mensen van vruchtbare leeftijd in behandeling (met al dan niet een kindrewens). Zorgverleners moeten worden aangemoedigd en praktische tools worden aangereikt om dit thema (waaronder anticonceptie) actief te bevragen en door te verwijzen indien nodig.
- Elke zorgverlener (0^{de} - 3^{de} lijn) moet niet alleen attent zijn voor deze problematiek, maar tevens in staat zijn om te screenen naar middelengebruik, te motiveren tot verdere hulp en

gericht door te verwijzen. Kennis van de problematiek en de zorg die hiervoor bestaat, zou overal gekend én beschikbaar moeten zijn.

Gespecialiseerde zorg gericht op ouder, problematiek en ouderschap

Er bestaat in Vlaanderen heel wat hulpverlening met expertise ter zake maar deze is onvoldoende geografisch gespreid om aan de zorgvraag te kunnen beantwoorden. Laagdrempelige zorg (ambulante en residentiële therapeutische zorg voor gezinnen, contact met bestaand netwerk en eventuele andere kinderen, ...) wordt best regionaal georganiseerd.

AANBEVELINGEN TER REALISATIE WENSELIJK BELEID

Van preventie op maat tot zorg op maat

Universele preventie is gericht op het grote publiek of een hele populatie die niet is geïdentificeerd op basis van individueel risico. Universele preventie richt zich enerzijds op het ontraden van gebruik van verslavende middelen (zoals roken, alcohol, drugs, niet-voorgeschreven of overmatig gebruik van psychoactieve middelen); en anderzijds op het belang van gebruik van anticonceptiva.

- Er is nood aan een universele preventiecampagne t.a.v. het brede publiek ter sensibiliseren en informeren over de schadelijkheid van alcoholgebruik tijdens zwangerschap en borstvoeding. Hiertoe kan een kort filmpje worden verspreid via sociale media (door o.a. gesponsorde berichten) en eventueel ook andere media. Ervaring leert dat vrouwen voor en tijdens de zwangerschap tegenwoordig vaak informatie zoeken via groepen op Facebook e.a. online fora over zwangerschap en borstvoeding. Er wordt concreet voorgesteld om de tekst in een [bestaand Noors campagnefilmje](#) te vertalen naar het Nederlands. Dit filmpje brengt op een positieve, niet stigmatiserende manier de boodschap dat alcoholgebruik tijdens de zwangerschap niet oké is. Er zijn ook variaties op dit filmpje beschikbaar. Het is wenselijk een aangepaste eindpancarte te voorzien met een doorverwijzing voor vrouwen waarbij het niet lukt om met alcohol (en/of druggebruik) te stoppen.
- Er dient te worden ingezet op universele screening van zwangere vrouwen m.b.t. middelen- en alcoholgebruik en (psychoactieve) medicatie in het heden en verleden. Dit dient te gebeuren bij intake en herhaaldelijk tijdens de zwangerschap a.d.h.v. gevalideerde instrumenten (zoals AUDIT met aangepaste waarden voor zwangerschap en ASSIST voor screening op alcohol, tabak, misbruik van psychoactieve medicatie en illegale drugs). De interactieve 'me-ASSIST' tool kan hier eventueel voor worden gebruikt (Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs, n.d.). Sensibilisering en educatie van zorgverleners hierover is nodig, waarbij het van belang is te weten naar waar door te verwijzen bij een positieve screening.

Selectieve preventie is gericht op individuen of een subgroep van de bevolking waarvan het risico op de ontwikkeling van psychische stoornissen, waaronder problematisch middelengebruik, tijdens de perinatale periode significant hoger is dan gemiddeld. Deskundigheidsbevordering van zorgverleners is nodig d.m.v. opleidingen en trainingen om kennis en attitude m.b.t. middelenafhankelijkheid en ouderschap te verbeteren, alsook om de aandacht te focussen op het kindperspectief. Door kennis

te bevorderen en samenwerking te verbeteren kan men zorgverleners meer vertrouwen geven in het leren omgaan met deze complexe gezinnen. Binnen deze opleidingen en trainingen dient er aandacht te worden besteed aan volgende thema's:

- De 'Kindreflex' stimuleert zorgverleners om ouderschap te bespreken met ouders. Vanuit preventief standpunt is het wenselijk dit uit te breiden naar gesprekken over kinderwens, anticonceptie en toekomstvisie bij vrouwen op vruchtbare leeftijd die middelen gebruiken.
- De attitude t.a.v. zwangere vrouwen en moeders met afhankelijkheidsproblemen vereist een begripvolle en respectvolle houding van de zorgverlener. Negatieve houdingen van zorgverleners dragen bij tot een verminderd gevoel van empowerment bij patiënten met middelenaafhankelijkheid en een suboptimale behandeling. Negatieve attitudes zijn vaak ingegeven vanuit vooroordelen. Zo wordt er vaker aangenomen dat patiënten met middelenaafhankelijkheid niet gemotiveerd zijn om te veranderen, agressiever en/of manipulatiever zijn dan anderen.
Daarnaast dient ook aandacht te gaan naar de organisatie van de zorg, waarbij er niet enkel nood is aan multidisciplinaire omkadering, maar ook aan aandacht en tijd voor ondersteuning van teamleden die werken met deze vaak complexe problematiek.
- Sensibiliseringscampagnes (nieuwsbrief, folders, ...) t.a.v. perinatale zorgverleners moeten hen helpen om de weg naar correcte informatie te vinden en zo hun patiënten d.m.v. informatie en folders te kunnen bijstaan. Correcte en toegankelijke informatie (zoals beeldmateriaal en schriftelijk materiaal) over de impact van middelengebruik tijdens de zwangerschap op de foetus en het jonge kind dient beschikbaar te zijn, aangepast aan opleidingsniveau, taal en cultuur van (toekomstige) ouder(s). Bestaande informatie (bv. druglijn of website V.A.D.) dient op regelmatige tijdstippen te worden geüpdatet.
- Tenslotte dient aandacht te worden besteed aan anticonceptie en verantwoord ouderschap.
 - Anticonceptie zou ook bij deze vrouwen op vruchtbare leeftijd een vast gespreksonderwerp moeten zijn, in de drughulpverlening, de eerstelijnsgezondheidszorg en bij gynaecologische consulten. Niet als een kort fait divers maar in functie van een verantwoorde persoonlijke en maatschappelijk keuze. Projecten zoals '[Nu niet zwanger](#)' uit Nederland zijn good practices.
 - De vorm van anticonceptie moet aangepast worden aan de mogelijkheden en eigenheid van de situatie. Het eenvoudigweg verlenen van een voorschrift voor de pil is veelal geen correcte zorg.
 - Anticonceptie zou voor elke financieel kwetsbare vrouw gratis en vlot verkrijgbaar moeten zijn. De bijkomende tegemoetkoming voor anticonceptie tot 25 jaar is zeer positief, doch blijft het betalen van de meest geschikte anticonceptie ook daarna een probleem voor velen.

Geïndiceerde preventie is gericht tot vrouwen die voor, tijdens en na de zwangerschap middelen gebruiken, om de druggerelateerde schade zoveel mogelijk te beperken. Programma's gericht op hoog risicopatiënten zetten in op betere detectie, zorg en behandeling van (toekomstige) moeders en hun partners met middelenaafhankelijkheid. Dit impliceert **zorg op maat** die laagdrempelig, aanklampend, outreachend en bij voorbaat gratis is.

- Bij een positieve screening of een prenatale hulpvraag is het belangrijk dat de zorgverlening snel opstart, waardoor de kans op efficiënte en gerichte hulp vergroot. Zo kan het belangrijk zijn om reeds vroeg in de zwangerschap ouders in te schrijven op de vele wachtlijsten en aan te melden voor specifieke zorg (drughulpverlening, C.G.G., C.K.G., C.I.G., ...). Zo kan

- sommige zorg al opstarten in de (latere) zwangerschap waardoor preventie van uithuisplaatsing van de baby beter wordt nagestreefd.
- Het is belangrijk om drempelverlagend te werken en hierdoor ook uitval van zorg te vermijden.
 - Door vanuit de 2^{de} en 3^{de} lijn de brug te maken met de reguliere zorg in de 1^{ste} lijn, en vertrouwenspersonen uit de eigen context of ervaringsdeskundigen te betrekken, zal de samenwerking minder bedreigend overkomen. Transmurale zorg optimaliseren en deze tijdig invoeren, verhoogt de kans op succes.
 - Zorg en begeleiding wordt in de mate van het mogelijke gratis aangeboden. Indien onmogelijk, wordt gezocht naar mogelijke oplossingen zodat elk gezin de hulp krijgt die het nodig heeft.
 - Door outreachend te werken wordt zorg naar de zorggebruiker gebracht en sneller ingespeeld op behoeften.
 - Ziekenhuizen zijn erg zoekende naar de uitwerking van een beleid rond vrouwen die middelen gebruiken voor, tijdens en na de zwangerschap. Om een goede zorgcontinuïteit te bekomen, kan de samenwerking tussen diensten materniteit, neonatologie en (liaison)psychiatrie in de ziekenhuizen en de verslavings- en eerstelijnszorg in de regio worden verstevigd. De regionale zorgpaden 'Perinatale Mentale Gezondheid' en een zorgpad voor kwetsbare groepen met aandacht voor verslaving, dienen systematisch in ziekenhuizen te worden geïmplementeerd zodat zorgverleners sneller in actie kunnen komen. Anticonceptie en toekomstige kinderwens dienen onmiddellijk na de geboorte in gesprek te worden gebracht om snel opeenvolgende zwangerschappen te voorkomen. Het is van belang juist te informeren en na te gaan of er voldoende kennis is.
 - Prenatale start van een trajectondersteuner voor elk zwangere vrouw/gezin die binnen de screening op middelengebruik en verwante maatschappelijk kwetsbare factoren 'positief' scoort is wenselijk.
 - De ondersteuner zou de ouder(s) meer aanklampend kunnen opvolgen en in samenspraak met hen preventief een zorgnetwerk kunnen uitbouwen.
 - Bij het voorstellen, bespreken en opzetten van zorg, hanteert de ondersteuner het algemene principe van subsidiariteit afhankelijk van de zwangerschapsduur.
 - Binnen elk zorgaanbod, en dus ook binnen jeugdhulp, blijft subsidiariteit een gezond principe, zolang de veiligheid en de integriteit van het ongeboren kind niet in het gedrang komen.
 - Wanneer een situatie verontrustend wordt en de veiligheid en integriteit van de baby in het gedrang dreigen te komen, zou een trajectondersteuner de kans moeten hebben om deze van nabij op te volgen.
 - Een chronische problematiek vraagt een langdurige ondersteuning van een vertrouwenspersoon die durft aandacht vragen voor veranderende dynamieken in het gezin, naargelang het kind groeit.
 - Parel en GoiA zijn voorbeelden van good practices.
 - Verplichting tot opname en zorg kan vereist zijn.
 - Indien laagdrempelige zorg onvoldoende landt, kan het nodig zijn om zorg directiever te implementeren. Prenatale opname van de moeder kan soms een optie zijn, zowel voor psychische problemen als bij een addictieproblematiek. Dit is niet altijd prenataal op te leggen. Perinatale hulpverleners hebben behalve vrijwilligheid, geen tot nauwelijks opties om zorg te doen landen als begeleiden moeilijker wordt. Hierdoor gaat vaak kostbare tijd voor de ongeboren baby en het gezinssysteem verloren.

- Hiervoor moet echter een maatschappelijk draagvlak worden gecreëerd en een breed debat worden gevoerd.
- De begeleiding van deze doelgroep is voor zorgverleners vaak ook emotioneel zwaar. De organisaties binnen de gespecialiseerde perinatale zorg dienen daarom zelfzorg bij hun zorgpersoneel te faciliteren door bv. tools aan te reiken, vormingen en overlegmomenten hier rond te organiseren,

Verhogen van kennis en deskundigheid

Hiertoe worden volgende aanbevelingen geformuleerd:

- Stimuleren maatschappelijk debat om een duidelijke boodschap te geven aan burger en hulpverlening:
 - Het stigmatiserende beeld van verslavingszorg en mentale problematieken moet plaats ruimen voor begrip en openheid om hulp te bieden en kansen te geven.
 - Het werken met ervaringsdeskundigen kan hierin belangrijk en nuttig zijn.
- P.I.M.H. en middelengebruik dienen te worden geïntegreerd in specifieke basisopleidingen (zie verder). Daarnaast zou de basisopleiding van alle zorgberoepen moeten worden aangemoedigd om een lessenreeks 'maatschappelijke gezondheidszorg' (over o.a. verslavingszorg en psychiatrische problemen) en anticonceptie (zowel m.b.t. vereiste medische kennis als communicatievaardigheden) op te nemen in hun curriculum (niet als gastcollege of éénmalige voordracht). Hierin wordt er, vanuit proportioneel universalisme, gefocust op de zorg voor kwetsbare groepen in onze maatschappij.
- Ook actieve professionelen zouden op regelmatige basis verplichte bijscholing moeten volgen om voeling te krijgen met de bijzondere noden gekoppeld aan P.I.M.H. en perinataal middelengebruik (inclusief P.A.A.Z.).
- Er is nood aan het ondersteunen van reeds bestaande initiatieven die laagdrempelige zorg aanbieden op de 0^{de} lijn. Werkingen zoals straathoekwerkers, 'Buddy bij de Wieg', 'Domo', ... werken zeer laagdrempelig en outreachend naar gezinnen. Ze hebben doorgaans een positieve en ondersteunende invloed. Deskundigheidsbevordering zou de kwaliteit van deze zorg nog kunnen verbeteren.
- Er is nood aan een doorverwijstool voor kwetsbare zwangere vrouwen, zodat zorgverleners een overzicht krijgen van de regionale sociale kaart. Hiervoor wordt verwezen naar 'Born in Belgium Pro' (waarbij de sociale kaart werd geïntegreerd in de ontwikkelde tool) en de aanbeveling ter optimalisatie van de sociale kaart (zie verder). Binnen beiden dienen ook voorzieningen voor verslavingszorg met expertise in de perinatale periode te worden geïntegreerd.

Bestaand en goed werkend aanbod optimaliseren of consolideren

Bestaande en efficiënt werkende initiatieven moeten blijven bestaan en worden uitgebreid. Er wordt vooral gedacht aan:

- Kind & Gezin
Kind & Gezin wil bij elke zwangere een startgesprek verzorgen om kennis te maken met de noden van het gezin en om (toekomstige) ondersteuning af te stemmen met het gezin en

eventuele partners. Het traject met ouders kunnen starten n.a.v. een zwangerschap en/of geboorte is een positieve insteek, ook bij kwetsbare gezinnen. Bij kwetsbare zwangere vrouwen kan er, in afstemming met partners, tijdens de zwangerschap trajectondersteuning worden opgenomen met het oog op het verdere gezinstraject na de geboorte. Diverse functies vanuit het lokale team kunnen deze rol opnemen (verpleegkundige, gezinsondersteuner, sociaal werker of psychopedagoog). Gezien de aanwezigheid tot een kind naar school gaat, is Kind & Gezin in de mogelijkheid om, samen met partners, een gezin gedurende deze periode op te volgen.

- Opname en detox
 - Momenteel is er in Vlaanderen slechts 1 locatie ('ADIC' in Antwerpen) waar ouder(s) terecht kunnen voor een perinataal ontwenningprogramma. Baby's/kinderen worden mee opgenomen in het programma. Er wordt ingezet op het verbeteren van de ouder-kindrelatie, opvoeding en welzijn van het kind. Veiligheid rond gebruik in huis, oriëntatie en opzetten van verdere hulpverlening, 'Signs of Safety' (Opgroeien, n.d.) e.a. thema's worden behandeld. Er wordt aanbevolen om de verslavingszorg uit te breiden met meer moeder-kind bedden én om expertise rond moeder-kind zorg te ontwikkelen, zodat hulp en opname dicht bij huis kan worden aangeboden.
 - Er zijn al enkele organisaties in de verslavingszorg die op hun wachtlijsten voorrang geven aan zwangere vrouwen met afhankelijkheidsproblemen. Nu zijn de wachtlijsten te lang, terwijl tijd in deze periode kostbaar is om uithuisplaatsing van de baby te voorkomen. Ook na herval moet de vrouw meteen terug in begeleiding kunnen gaan en niet terug op een wachtlijst terechtkomen. Er wordt aanbevolen algemeen te adviseren om voorrang te geven aan zwangere vrouwen met afhankelijkheidsproblemen, zodat drughulpverleningsorganisaties hun beleid aanpassen.
 - Psychische zorg, waaronder ook ambulante en semiresidentiële zorg na detox, moet laagdrempeliger én lokaler beschikbaar zijn voor deze doelgroep. Ook opname kan best in eigen buurt, dicht bij de eigen context. Een betere afstemming en vlottere doorstroom van patiënten tussen verschillende zorginstanties is nodig.
 - Daarnaast moet er meer werk worden gemaakt van langdurige trajecten aan huis.

- Zorggarantie (dreigende) uithuisplaatsing jonge kind
 - Zorggarantie tracht om voor elke onderbouwde, geobjectiveerde vraag inzake (dreigende) uithuisplaatsing van een jong kind (-9 maanden tot 3 jaar) een onmiddellijk en kwaliteitsvol antwoord te bieden. Er wordt getracht om een kind niet te scheiden van zijn ouders indien uithuisplaatsing nog te vermijden is. Als een kind toch moet worden uithuisgeplaatst, moet dit zorgzaam en kwaliteitsvol gebeuren met oog voor continuïteit. De expertise en dynamiek om aandacht te hebben voor het jonge kind binnen de jeugdhulp is sterk toegenomen. Er wordt hierbij sterk ingezet op gedeelde besluitvorming. Ouders maken deel uit van het beslissingsproces en dragen hun verantwoordelijkheid als ouders. De inzet van casusfinanciering die flexibel kan worden ingezet maakt het mogelijk om trajecten op maat uit te werken voor jonge kinderen en hun gezin.
 - Het beter afstemmen met actoren buiten de jeugdhulp (zoals o.a. volwassenhulp en drughulpverlening), het leggen van meer bruggen met o.a. geestelijke

gezondheidszorg en het geven van meer expliciete aandacht aan kwetsbare zwangere vrouwen zijn wenselijk ter verdere optimalisering van zorggarantie.

- 1 Gezin 1 Plan

'1 Gezin 1 Plan' wordt in 2021 uitgerold over heel Vlaanderen om vanuit een gedeelde verantwoordelijkheid tussen alle betrokken hulpverleners snel en gecoördineerd de hulpvragen van gezinnen opnemen. Het gezin staat centraal en krijgt maximale regie vanuit een kracht- en oplossingsgerichte benadering. Het is de ambitie om binnen de maand minstens een perspectiefbiedend gesprek te organiseren.

'1 Gezin 1 Plan' is een belangrijke schakel tussen het basisaanbod en de meer gespecialiseerde hulpverlening en gaat aan de slag met gezinnen op meerdere levensdomeinen. Vanuit de teamwerking van '1 Gezin 1 Plan' treedt men als ankerfiguur op om continuïteit en coördinatie tussen verschillende hulpverleners te bewaken, ondersteunt men de gezinnen in het opmaken van een gezinsplan en organiseert men innovatieve, flexibele en vraaggestuurde hulpverlening.

Elk samenwerkingsverband beschikt over een eerstelijnspsychologische functie die gratis laagdrempelige en kortdurende psychologische ondersteuning aanbiedt.

- Veilig en omringd opgroeien van in de buik

In 2021 werd door het Agentschap Opgroeien (Kind & Gezin en Ondersteuningscentra Jeugdzorg Limburg) het project 'Veilig en omringd opgroeien van in de buik' opgestart. Het project duurt 1 jaar en focust eerst op regio Limburg, met de bedoeling om het project uit te breiden naar andere regio's in Vlaanderen.

Binnen het project kunnen professionals al van tijdens de zwangerschap een partnerschap aangaan met Agentschap Opgroeien. Er wordt getracht om met een oplossingsgerichte houding een partnerschap uit te werken met de professional, de ouders, hun netwerk en andere professionele partners rond het ongeboren kind. Er wordt een traject opgezet met duidelijke afspraken en planning waarbij de krachten van de verschillende betrokkenen worden gebundeld. Hierdoor kan het kind een veilige start maken en krijgt het ook goede ontwikkelingskansen op langere termijn binnen zijn eigen netwerk.

Wanneer er onvoldoende bereidheid is tot samenwerking en er een grote verontrusting is, dan wordt er duidelijk gecommuniceerd over de stappen die gezet zullen worden bij de geboorte. Een O.C.J. kan pas doorverwijzen naar het parket na de geboorte van een kind.

- Centra Kinderzorg en Gezinsondersteuning

C.K.G.'s richten zich op gezinnen met kinderen van 0 tot 12 jaar en hebben zowel mobiel, ambulant als residentieel aanbod. Daarnaast bieden zij zowel preventieve opvoedingsondersteuning aan als hulp aan gezinnen in crisissituaties en bij maatregelen van hoogdringendheid. Dit betekent dat er indien nodig kan worden geschakeld tussen aanbodsvormen.

Vanuit de C.K.G.'s kan er reeds tijdens de zwangerschap een Amberbegeleiding worden opgestart. Hierbij wordt 3x per week aan huis gegaan om samen met de ouders aan de slag te gaan rond veiligheid, verzorging, ontwikkeling, hechting en mentaliserende vaardigheden. Een aantal C.K.G.'s bieden een tuimelwerking aan. Binnen deze werking worden ouders, samen met hun kind en een groepje andere ouders en hun kinderen begeleid. De tuimelbegeleiding bestaat uit een aantal dagen per week groepsbegeleiding in het C.K.G. en de mogelijkheid tot een huisbezoek om de tips uit de groepswerking thuis toe te passen.

- Centra Integrale Gezinszorg
C.I.G.'s richten zich naar gezinnen die kwetsbaar zijn en/of problemen ervaren op allerlei levensdomeinen. Ze begeleiden (aanstaande) gezinnen zodat het basisrecht van ouders en kind om samen te leven wordt gerespecteerd. C.I.G.'s treden bij voorkeur zo vroeg als mogelijk op in het leven van het jonge kind. Naast contextbegeleiding in de thuissituatie bieden C.I.G.'s ook verblijf met contextbegeleiding aan. Ouders en hun kinderen worden samen opgevangen in leefgroep, studio of appartement. Er wordt een intensief traject op maat uitgewerkt dat verschillende aspecten kan omvatten: ouderbegeleiding, kindbegeleiding, gezins- en netwerkbegeleiding, financiële en administratieve ondersteuning, vorming en gezondheidscoördinatie. Naadloze overgang tussen contextbegeleiding en begeleiding in verblijf (e.o.) is mogelijk indien aangewezen.
- Er wordt ook verwezen naar vernieuwend aanbod binnen Organisaties Voor Bijzondere Jeugdzorg en C.K.G.'s inzake contextbegeleiding en residentieel verblijf van zwangere en/of ouder en kind (studiowerking, Contextbegeleiding in functie van Autonom Wonen en kleinschalige wooneenheden voor jonge of zwangere ouders met kind en eventuele partner).
- Intenco
'Intenco' (Intensieve Traumabehandeling en ContextOpname) is geïnspireerd op het Nederlands model 'KINGS', wat staat voor 'Kind in Gezond systeem'. 'Intenco' is een pilotoproject dat loopt in C.I.G. 'Sint Jan-Baptist' en C.I.G. 'De Shelter'. Binnen dit project worden ouders en kinderen samen opgenomen in een C.I.G. waarbij het de bedoeling is om elk lid van het gezin therapie te laten volgen, gezien kinderen met trauma vaak ouders met trauma hebben. Het verwerken van deze trauma's is belangrijk alvorens ouders in staat zijn om pedagogische vaardigheden aan te leren. 'Intenco' analyseert alle levensdomeinen om gezinnen te versterken op alle vlakken, om zodoende bij het finaliseren van het traject een nieuwe start te kunnen nemen.
- PONDO
 - 'PONDO' is een samenwerkingsverband tussen 'MaPa' (deelwerking van M.S.O.C. Vlaams-Brabant), 'Parel' en neonatologie van U.Z. Leuven Campus Gasthuisberg, C.K.G. 'De Schommel', Kind & Gezin en het V.K. Vlaams-Brabant. Het is een ondersteunend preventief netwerk dat samen met druggebruikende ouders op zoek gaat naar verantwoord ouderschap.
 - Er wordt aanbevolen tot uitbreiding van de 'PONDO' adviesgroepen naar de 4 Vlaamse provincies waarin dit nog niet is opgestart. Momenteel is 'PONDO' enkel in Vlaams-Brabant uitgebouwd. Een vast kernteam met vertegenwoordiging uit bovenstaande organisaties werkt, samen met de ouders, een plan uit waarbij de veiligheid van het (on)geboren kind en de kansen van ouders voorop staan, zelfs als er gebruik zou zijn. Ze hanteren hierbij de methodiek van 'Signs of Safety' (Opgroeien, n.d.).
 - 'PONDO' vraagt vooral een tijdsinvestering van de partners. Extra werkingsmiddelen zijn op dit moment niet voorhanden, maar zijn wel nodig om in alle provincies een eigen provinciaal 'PONDO' op te starten. De meeste organisaties die aansluiten zijn reeds in elke provincie werkzaam. Bovendien is er een visietekst en een praktische beschrijving van de werking voorhanden. Er zijn dus veel mogelijkheden om deze

werking verder uit te breiden of te vertalen naar andere nieuwe werkingen.
Bovendien zou dit een grote ondersteuning zijn voor de perinatale netwerken.

OVERZICHT AANBEVELINGEN TOT BELEID INZAKE MIDDELENGEBRUIK EN PSYCHISCHE
COMORBIDITEIT

Aanbeveling	Middelen
<p><i>Universele preventiecampagne rond schadelijkheid van alcoholgebruik tijdens zwangerschap en borstvoeding:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>vertaling Noors animatiefilmpje naar Vlaamse context (animeren, renderen en revisie)</i> • <i>verspreiding via (sociale) media via o.a. gesponsorde berichtgeving, met beoogd bereik van 350.000 pers.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>vertaling 700 € (10u werk aan 70 €/u)</i> • <i>verspreiding 5.000 €</i>
<p><i>Installatie en opstart 'PONDO' kernteam in 4 resterende Vlaamse provincies, met:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>praktische en logistieke coördinatie van de provincies bij opstart 'PONDO' gedurende het eerste jaar</i> • <i>medewerker 'PONDO' Vlaams-Brabant om de opstartende provincies inhoudelijk bij te staan en hulp- en zorgverleners te motiveren over de meerwaarde van het project</i> • <i>live symposium/infomoment a rato 1 uur 30 min, met 35 aanw. en 3 sprekers</i> • <i>filmpjes getuigenissen cliënten</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • 0,4 V.T.E. <i>inhoudelijk expert (0,1 V.T.E./prov.)</i> • 0,4 V.T.E. <i>medewerker 'PONDO'</i> • 1.200 € <i>organisatie live-gebeuren (sprekers en catering)</i> • 1.800 € <i>organisatie opname (audiotechnieker, cameraman en montage)</i> • 1.500 € <i>opname en montage 4 filmpjes tss. 30-60 sec.</i>
<p>Sensibiliseren zorg- en hulpverleners tot bespreken van anticonceptie, kinderpens en gezinsplanning met vrouwen in vruchtbare leeftijd die middelen gebruiken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>exploratie Nederlands project 'Nu niet zwanger' naar wenselijkheid en toepasbaarheid in Vlaanderen</i> 	<p>Uitbreiding ter realisatie exploratie</p>
<p>Lanceren populatiegerichte sensibiliseringscampagne ter destigmatisering middelengebruik bij zwangere vrouwen en moeders met afhankelijkheidsproblemen (en psychische comorbiditeit), in samenwerking met V.A.D. en Te Gek?!</p>	<p>Uitbreiding ter realisatie overeenkomstig aanbod</p>
<p>Ontsluiten van informatie over impact van prenataal middelengebruik op het (ongeboren)</p>	<p>Uitbreiding ter realisatie overeenkomstig aanbod</p>

<p>kind t.a.v. én op maat van (aanstaande) ouders:</p> <ul style="list-style-type: none"> • integreren in bestaande communicatiedragers (brochures, websites (bv. druglijn, V.A.D., ...)) • ontwikkelen audiovisueel materiaal (aangepast naar cognitieve mogelijkheden en cultuursensitief) 	
<p>Optimaliseren brug tussen jeugd- en volwassenzorg gezien perinatale zorg- en hulpverlening zowel werken met (toekomstige) ouders als voor (ongeboren) kinderen behelst:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vereenvoudigen aanmelding en doorverwijzing tussen beiden (bv. A-doc, M-doc, perinatale aanmelding gemandateerde voorzieningen, multidisciplinair overleg, ...) • versoepelen/beter afstemmen van jeugdzorg en volwassenzorg 	<p>Uitbreiding:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nomenclatuur professional (vooral in 1^{ste} lijn) voor vereiste tijd en/of expertise ter ondersteuning van complexe problematiek • ter realisatie overeenkomstig aanbod

AANBEVELINGEN TOT OPLEIDINGSBELEID

Focusgroepen en andere contacten met zorgprofessionals in het kader van het project ‘Perinatale Mentale Gezondheid’ bevestigden een nood aan opleiding bij zorg- en hulpverleners om dankzij overeenkomstige kennis en vaardigheden kwaliteitsvolle dienstverlening ter ondersteuning van perinatale mentale gezondheid te verlenen. Het bespreekbaar maken van psychische problemen vraagt tijd en het opbouwen van vertrouwen (Peeters et al., 2020). Het gaat daarbij niet alleen om het vertrouwen van de zorggebruiker om te durven spreken over moeilijkheden, maar ook over het zelfvertrouwen van zorgverleners om vragen te durven stellen en moeilijkheden bespreekbaar te maken. Daarnaast is er nood aan een toegankelijke en transparante sociale kaart in een steeds veranderend zorglandschap.

De finaliteit van voorliggende aanbevelingen betreft de verdere optimalisatie van basisopleidingen én voortgezette opleidingen van zorgprofessionals en het ontsluiten van een toegankelijk en kwalitatief verwijslandschap ter ondersteuning van veerkracht en P.I.M.H. in Vlaanderen.

Meer aandacht voor de detectie van verminderde veerkracht in bestaande basisopleidingen en navorming, en training op het gebied van bieden van een passende ondersteuning lijkt van essentieel belang (Rouhi et al., 2019; Smith et al., 2019). Opleiding is van belang om de nodige expertise te ontwikkelen rond psychosociaal welzijn in de perinatale periode (Nuyts et al., 2021).

Voor het formuleren van de aanbevelingen worden verschillende beleidslijnen onderscheiden:

- Opleidingsaanbod:
 - basisopleiding
 - voortgezette opleiding
 - permanente vorming
- Kwaliteitscriteria en erkenning
- Verwijslandschap en sociale kaart

BASISOPLEIDING

Vanuit het project EF41, *Veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap. Nieuwe uitdagingen voor de geestelijke gezondheidszorg tijdens de eerste 1000 dagen van het leven*, blijkt een tekort aan kennis en expertise met betrekking tot perinatale mentale gezondheid bij gezondheids- en welzijnswerkers. Ook vanuit de verschillende eindrapporten van het project ‘Perinatale Mentale Gezondheid’ blijken noodzaak en behoefte van zorgverleners aan opleiding.

Idealiter wordt de benodigde kennis in de basisopleiding van de verschillende beroepsgroepen aangeboden. Op die manier is het mogelijk alle toekomstige zorgverleners van specifieke beroepsgroepen een basis aan kennis en vaardigheden te geven op het gebied van P.I.M.H.. Ook kennis en vaardigheden inzake middelengebruik bij zwangere vrouwen en moeders dient te worden geïncorporeerd. Verslaving is geen keuze, doch een chronische ziekte waarbij bepaalde hersenstructuren zijn gewijzigd. De meeste vrouwen willen het beste voor hun (toekomstige) baby. Ze kunnen alle positieve steun en warme zorg van zorgverleners gebruiken.

Het is noodzakelijk dat professionals in opleiding die zullen werken binnen de geestelijke gezondheidszorg via hun basiscurricula handvatten krijgen voor het werken met de specifieke uitdagingen in de perinatale periode. Hun collega’s in opleiding die zullen werken binnen de somatische gezondheidszorg dienen op hun beurt via hun basiscurricula te worden gesterkt in hun

competenties en vaardigheden om ondersteuning van veerkracht, P.I.M.H. en overeenkomstige toeleiding naar sociale kaart te includeren in hun geïntegreerd zorgaanbod.

In onderstaande tabellen worden basisopleidingen opgesomd waarbij het essentieel wordt geacht kennis en/of vaardigheden inzake P.I.M.H. te incorporeren. Basisopleidingen betreffen alle erkende hogere opleidingen die gevolgd kunnen worden na het succesvol afronden van het secundair onderwijs. Dit is een professionele bachelor, een bachelor na bachelor, een graduaatsopleiding, een academische bachelor, een master en een master na master.

Onderstaande tabel bundelt prioritaire basisopleidingen waarvan het wenselijk is deze **op korte termijn** te verrijken met kennis en/of vaardigheden inzake P.I.M.H.:

Opleiding	Opleidingsniveau
Vroedkunde	Bachelor
Verpleegkunde	Bachelor en graduaat
Geneeskunde: gynaecologen, pediaters, huisartsen, psychiaters, neonatologen en fertiliteitsartsen	Master
Zorgkundige (kraamverzorgende, kinderverzorgende)	Graduaat
Klinische Psychologie	Master
Klinische Orthopedagogie	Master
Toegepaste psychologie	Bachelor
Verpleeg- en vroedkunde	Master

De daaropvolgende tabel bundelt basisopleidingen waarin in tweede instantie en dus **op langere termijn** meer kennis en/of vaardigheden rond P.I.M.H. zouden moeten worden opgenomen:

Opleiding	Opleidingsniveau
Gezinswetenschappen	Bachelor
Orthopedagogie	Bachelor
Pedagogie van het jonge kind	Bachelor
Sociale readaptatiewetenschappen	Bachelor
Ergotherapie	Bachelor
Toegepaste gezondheidswetenschappen	Bachelor
Logopedie en Audiologie, aanvullende opleiding preverbale logopedie	Bachelor
Sociaal werk	Bachelor
Sociale gezondheidszorg	Bachelor
Eerstelijnszorg	Bachelor na bachelor
Geestelijke gezondheidszorg	Bachelor na bachelor
Pediatrie en neonatologie	Bachelor na bachelor
Kaderopleiding verpleegkunde	Bachelor na bachelor
Orthopedagogisch management	Bachelor na bachelor
Zorgmanagement	Bachelor na bachelor
Perinatale Coaching	Bachelor na bachelor

Revalidatiewetenschappen en kinesitherapie, afstudeerrichtingen bij kinderen en psychomotoriek	Bachelor en Master
Pedagogie	Master
Seksuologie	Master
Public Health	Master

VOORTGEZETTE OPLEIDING

Zoals eerder aangegeven blijkt een tekort aan kennis en expertise met betrekking tot perinatale mentale gezondheid bij gezondheid- en welzijnswerkers. Het is aanbevolen dat professionals zich verdiepend verrijken met kennis en vaardigheden ter ondersteuning van veerkracht en P.I.M.H. via het volgen van voortgezette opleidingen (bv. opleiding Basiskennis Perinatale Psychiatrie en Infant Mental Health, postgraduaat Perinatale coach, ...), naast de gevolgde basisopleiding.

De voortgezette opleiding, wenselijk te volgen door de professional, is afhankelijk van diens rol in de zorg- of hulpverlening. Er worden 2 types van voortgezette opleiding onderscheiden:

- Voortgezette opleidingen die ervoor zorgen dat een professional over een basis aan kennis en/of vaardigheden ter ondersteuning van P.I.M.H. en veerkracht beschikt. Deze **perinatale mentale basiszorgverlener** kan screenen, de triage helpen maken naar de juiste behandelaar en de eerste psychische zorg bieden.
- Voortgezette opleidingen die ervoor zorgen dat een hulpverlener ook gespecialiseerde kennis en/of vaardigheden ter ondersteuning van P.I.M.H. en veerkracht op kan doen. Deze **gespecialiseerde perinatale hulpverlener** is in staat om gespecialiseerde psychische behandeling te bieden aan gezinnen (infant en/of volwassene) met psychische problemen in de perinatale periode.

De kennis en vaardigheden die aan bod dienen te komen binnen de voortgezette opleiding zijn enerzijds de basiskennis die de professional gemist zou hebben in zijn/haar basisopleiding (in afwachting van verrijkte basiscurricula) en anderzijds de meer verdiepende of gespecialiseerde kennis en vaardigheden die de professional nodig heeft in zijn/haar specifieke werkcontext.

Naargelang de overeenkomstige beroepsgroep wordt er onderscheid gemaakt in leerdoelen. Zo zal voor de ene beroepsgroep de nadruk liggen op het aanbieden van gesprekstechnieken terwijl voor een andere beroepsgroep de nadruk zal liggen op het aanbieden van medische kennis van een zwangerschap.

Als opleidingsnetwerk beoogt het V.E.N.P.M.G. zelf ook actief bij te dragen tot voortgezette opleiding door het aanbieden van een kwalitatief blended opleidingsaanbod voor professionals met accreditatie. Op korte termijn worden hierbij volgende acties aanbevolen:

- Geïnspireerd op verschillende binnen- en buitenlandse ‘mass online open courses’ wordt aanbevolen dat het V.E.N.P.M.G. online leermateriaal ontwikkelt en beheert voor prioritaire beroepsgroepen. Deze kunnen vervolgens mede worden ingezet ter verrijking van basisopleidingen. Hiermee wordt op korte termijn het bereiken van een grote groep zorgprofessionals beoogd.

Er wordt aanbevolen te starten met een pilootfase ter ontsluiten van online leer materiaal t.a.v. begeleiders in de kinderopvang. Begeleiders in de kinderopvang staan op de eerste rij om te observeren hoe een kind het doet, aanvullend op het verhaal van ouders. Wanneer begeleiders vanuit een concreet aanknopingspunt bij het kind een bezorgdheid in gesprek brengen met de ouder komt dit veelal niet bedreigend over gezien hun vertrouwensband, betrokkenheid en oprechte bezorgdheid. Ondersteuning van de betrokkenheid van begeleiders bij P.I.M.H. via het aanreiken van kennis en vaardigheden is wenselijk. De finaliteit van deze voortgezette opleiding is niet het scholen tot experts inzake P.I.M.H.. Met deze opleiding wordt wel beoogd dat begeleiders:

- inzicht hebben in de impact van kinderopvang op het emotioneel welzijn van ouder(s) (impact van de zoektocht naar kinderopvang, loslaten bij werkhervatting, ...)
 - empowered worden als essentieel onderdeel van het steunend netwerk van ouder(s)
 - in staat zijn signalen van verstoord emotioneel welzijn op te pikken bij kind/ouder(s)
 - in staat zijn om deze signalen bespreekbaar te maken in team en met ouder(s)
 - in staat zijn om ouder(s) door te geleiden naar een basiszorgverlener
- Het V.E.N.P.M.G. organiseert een fysieke opleiding voor de mobiele crisisteams in Vlaanderen. Hiermee wordt op korte termijn zowel de huidige deskundigheid in geestelijke gezondheidszorg uitgebreid inzake P.I.M.H., als bijgedragen tot de capaciteit om overeenkomstige zorgvragen op te nemen. Dankzij een éénmalige financiële hefboom kunnen de teams binnen de 3 jaar worden opgeleid met initiëring van intervisie en supervisie. Om de continuïteit op langere termijn verder te garanderen zou er kunnen worden gewerkt met een permanente vorming volgens het concept 'Train the trainer', waarbij medewerkers van de mobiele crisisteams de nodige vaardigheden aangereikt krijgen om hun nieuwe collega's op te leiden inzake P.I.M.H..
- Op heden wordt de driedaagse opleiding 'Basiskennis Perinatale Psychiatrie en Infant Mental Health', die inzet op het verwerven van specifieke kennis en vaardigheden m.b.t. P.I.M.H., georganiseerd in een samenwerking tussen RINO Vlaanderen, Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie, Vlaamse Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie, WAIMH Vlaanderen en het V.E.N.P.M.G.. Ter verkenning van de toekomstige organisatie en professionalisering van deze opleiding wordt aanbevolen hiervoor een specifieke medewerker te kunnen aanstellen. De klinici die vanuit het V.E.N.P.M.G. in samenwerking met RINO Vlaanderen de opleiding organiseren, doen dit als extra taak bij hun reguliere werkzaamheden. Dit leidt ertoe dat zij minder uren voor de directe zorgverlening beschikbaar zijn. Het organiseren van een goede opleiding kost veel tijd. Indien een specifieke medewerker deze organisatie op zich kan nemen kan deze ook de verdere professionalisering van de opleiding behartigen.

PERMANENTE VORMING

Permanente vorming zorgt ervoor dat een professional de mogelijkheid krijgt om zich steeds verder te ontwikkelen en om op de hoogte te zijn van de meest recente wetenschappelijke inzichten binnen het werkkterrein. Onder permanente vorming wordt begrepen: het aanleren van kennis en vaardigheden ter ondersteuning van veerkracht en P.I.M.H via opleidingen volgens het concept 'Train the trainer', ondersteuning van teams op de werkvloer, intervisie en supervisie (bv. door

interdisciplinaire casusbespreking). Het volgen van intervisie en supervisie zijn noodzakelijke voorwaarden tot kwaliteitsvolle beroepsuitoefening. Het zorgt voor een reflectie op het eigen dagelijks werk en is een stimulans om kennis up to date te houden. Omdat het continu up to date houden van kennis, multidisciplinaire afstemming en reflectie op het eigen werk (zelfzorg, zelfbewustzijn) zeer waardevol worden geacht, wordt aanbevolen deelname aan permanente vorming maximaal te faciliteren (bv. door vergoeding voor deelname of compensatie van tijd).

Daarnaast beoogt het V.E.N.P.M.G. als opleidingsnetwerk zelf actief bij te dragen tot het ondersteunen van permanente vorming. Op korte termijn worden hierbij 2 acties aanbevolen:

- Professionals uitten in contacten met het project 'Perinatale Mentale Gezondheid' bij herhaling de nood aan handvatten ter ondersteuning van veerkracht en P.I.M.H. in hun dienstverlening. Er wordt aanbevolen dat het V.E.N.P.M.G. deze handvatten op korte termijn ontwikkelt onder de vorm van gebalde documentatie (A4-document); en laagdrempelig ontsluit (bv. via de website van het V.E.N.P.M.G.) t.a.v. de prioritaire beroepsgroepen (cf. eerste tabel pag. 81).
- Er wordt aanbevolen dat het V.E.N.P.M.G. bijdraagt ter ondersteuning van de opleiding 'Born in Belgium Pro'. Gezien zowel in het project 'Perinatale Mentale Gezondheid' als het project 'Born in Belgium Pro' het psychosociaal assessment deel uitmaakt van geïntegreerde perinatale zorg, werden de krachten gebundeld tot het gebruik van eenzelfde instrument ter identificatie van psychosociale risicofactoren bij zwangere vrouwen in beide projecten. In november 2021 vond de kick-off plaats van de tool 'Born in Belgium Pro' in Vlaanderen. Hieruit zal meer dan waarschijnlijk een directe noodzaak ontstaan tot ondersteuning van de opleiding van zorgprofessionals die de tool wensen te gebruiken, aanvullend op de geboden ondersteuning vanuit het R.I.Z.I.V. tot training van zorgprofessionals in gesprekstechnieken en technische implementatie van de tool. De training is reeds ontwikkeld, doch door de uitbreiding van Brussel naar Vlaanderen wordt verwacht dat de groep trainers uitgebreid zal moeten worden om aan de vraag vanuit de ziekenhuizen te kunnen voldoen. De nieuwe tool omvat handvatten die het gesprek tussen de zorgprofessional en de zwangere vrouw kunnen helpen om potentiële kwetsbaarheden te identificeren en zorg op maat voor te stellen. Verder ondersteunt het instrument de communicatie en zorgcontinuïteit tussen zorgverleners en kan het worden gekoppeld aan elektronische patiëntendossiers en digitale platformen gebruikt door basiszorgverleners. Gegevensbescherming is daarbij gewaarborgd. Tenslotte wordt voor de uitbouw van dit instrument samengewerkt met de sociale kaart zodat zorgpartners die met de tool aan de slag gaan zicht hebben op het lokaal zorgaanbod dat tegemoet kan komen aan de specifieke noden van de zwangere vrouw.

KWALITEITSCRITERIA EN ERKENNING

Nuyts et al. (2021) bevelen aan dat gezondheids- en welzijnswerkers hun kennis en expertise m.b.t. veerkrachtondersteuning en perinatale mentale gezondheid moeten kunnen uitbreiden via een verdiepende opleiding, welke ingebed is in een kwaliteitswet en/of professioneel portfolio.

Momenteel ontbreekt het in Vlaanderen aan kwaliteitscriteria voor en erkenning van zorgprofessionals die borg staan voor een kwalitatief zorgaanbod ter ondersteuning van veerkracht

en P.I.M.H.. Dit tekort is er zowel m.b.t. nieuwe professionals die instromen op de arbeidsmarkt als m.b.t. professionals die al jaren actief zijn in het werkveld.

Om in de toekomst een kwalitatief professioneel aanbod te kunnen borgen, beveelt het V.E.N.P.M.G. aan dergelijke kwaliteitscriteria te formuleren, waartoe volgende aanzet wordt geformuleerd:

Kwaliteitscriteria m.b.t.:

1. **Basisopleiding:** professionals die opgenomen worden in het zorgaanbod P.I.M.H. dienen minimaal een basisopleiding succesvol afgerond te hebben uit de tabellen op pag. 81.
2. **Voortgezette opleiding:** vereiste voortgezette opleiding zal verschillen naargelang een erkenning tot perinatale mentale basiszorgverlener of gespecialiseerde perinatale hulpverlener.
3. **Permanente vorming:** professionals die opgenomen worden in het zorgaanbod P.I.M.H. dienen bereid te zijn om deel te nemen aan intervisie en/of supervisie. De vereiste invulling en intensiteit hiervan zal verschillen naargelang een erkenning tot perinatale mentale basiszorgverlener of gespecialiseerde perinatale hulpverlener.
4. **Een beroepsaansprakelijkheidsverzekering** hebben of hieronder vallen binnen de organisatie waar men tewerkgesteld is.
5. Aangesloten zijn bij een **beroepsvereniging**.
6. **Klinische ervaring:** professionals die een te bepalen minimum aantal jaren actief zijn op het terrein van P.I.M.H. (zonder een basisopleiding uit de tabellen op pag. 81) en aan criteria 2, 3 en 4 voldoen kunnen opgenomen worden in de sociale kaart rond P.I.M.H., nadat een commissie van experts het dossier heeft goedgekeurd. Ook hier zal de vereiste voortgezette opleiding verschillen naargelang een erkenning tot perinatale mentale basiszorgverlener of gespecialiseerde perinatale hulpverlener.

Dergelijke criteria kunnen vervolgens de objectiveerbare basis vormen tot een erkenning van de expertise van zorgprofessionals ter ondersteuning van veerkracht en P.I.M.H.. Idealiter wordt deze erkenning toegekend door een door de overheid gemandateerd orgaan. De meerwaarde van een erkenning tot bijzondere beroepsbekwaamheid, mede als criterium tot integratie in de overeenkomstige sociale kaart, kan inspireren.

Ervaringsdeskundigheid is een meerwaarde, doch onvoldoende als enig te hanteren kwaliteitscriterium tot het aanbieden van een zorg- en hulpverleningsaanbod rond P.I.M.H..

In nauwe samenwerking met desocialekaart.be kunnen bovenstaande criteria de oefening begeleiden om hulp- en zorgverleners op te nemen in de sociale kaart rond P.I.M.H. en het zorgaanbod hieromtrent overzichtelijker te maken. Voor verdere acties zal het beleid afgewacht worden dat vanuit de Vlaamse overheid hierop zal worden geformuleerd.

Op het gebied van kwaliteitsvolle zorg voor moeder en kind bestaan al een aantal kwaliteitslabels. Zo is er het federaal Baby Friendly Hospital Initiative, het label 'borstvoedingsvriendelijke organisatie' van het Expertisecentrum Kraamzorg De Bakermat in samenwerking met Stichting Zorg voor Borstvoeding in Nederland; en het Good Practice Logo van de Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen. Er wordt aanbevolen te exploreren in hoeverre kwaliteitsvolle dienstverlening ter ondersteuning van P.I.M.H. onderdeel kan zijn van deze kwaliteitslabels.

VERWIJSLANDSCHAP EN SOCIALE KAART

Naast eigen kennis en/of vaardigheden inzake P.I.M.H. is het zowel voor gebruikers als professionals belangrijk om duidelijk te hebben op welke (collega) professionals beroep kan worden gedaan ter ondersteuning van P.I.M.H. (vroedvrouw, eerstelijnspsycholoog, psychotherapeut, ...) mét garanties voor kwalitatieve zorg. Zowel vanuit het project 'Perinatale Mentale Gezondheid' als vanuit het project 'Veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap' blijkt het Vlaamse verwijslandschap inzake veerkracht en P.I.M.H. erg versnipperd en onoverzichtelijk. Dit in combinatie met het gebrek aan controle op de kwaliteit en effectiviteit van dit beschikbare zorgaanbod, maakt het voor gezondheids- en welzijnswerkers en (aanstaande) gezinnen moeilijk om aansluiting te vinden met het bestaande zorgaanbod (Nuyts et al., 2021).

De Vlaamse sociale kaart biedt de mogelijkheid om erkende en niet erkende zorgaanbieders inzake perinatale mentale gezondheid op een overzichtelijke en duurzame manier te ontsluiten met een zoekfunctie per regio. Ter optimalisatie van de Vlaamse sociale kaart m.b.t. P.I.M.H. kan worden samengewerkt met WAIMH Vlaanderen vanuit eenzelfde lopende optimalisatie m.b.t. Infant Mental Health. Het V.E.N.P.M.G. beoogt op termijn het departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin te adviseren over de opname van gezondheidsverstrekkers die niet door de overheid erkend zijn of aanbieder zijn van niet door de ziekteverzekering terugbetaalde (alternatieve) geneeswijzen.

Het V.E.N.P.M.G. en WAIMH Vlaanderen exploreerden in voorbereiding mogelijke stappen:

- naar analogie met het werk van de infant-referenten voor I.M.H. maken de projectcoördinatoren i.s.m. de netwerken geestelijke gezondheid provinciale lijsten van gesubsidieerd, terugbetaald aanbod m.b.t. perinatale mentale gezondheid. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de lessons learned en lijsten van diensten, zorg- of hulpverleners met expertise in perinatale psychische zorg, die werden opgebouwd voor de werking van de Expertisecentra Kraamzorg als contact- en onthaalpunt voor acute perinatale psychische zorg tijdens de COVID-19-crisis. Ook het project 'Veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap. Nieuwe uitdagingen voor de geestelijke gezondheidszorg in de eerste 1000 dagen van het leven' levert voorbereidend werk. Het biedt een overzicht van het veerkracht-ondersteunend zorgaanbod tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap in 3 eerstelijnszones en een indeling bruikbaar voor de rest van Vlaanderen. Een telefonische bevraging van eerstelijnspsychologen biedt inzichten op de opleiding, de affiniteit en het aanbod op het gebied van perinatale mentale gezondheid.
- WAIMH Vlaanderen en het V.E.N.P.M.G. kunnen een gezamenlijke oproep doen naar niet erkende privé-initiatieven ter ondersteuning van respectievelijk I.M.H. en perinatale mentale gezondheid. Op basis van te bepalen criteria kunnen WAIMH Vlaanderen en het V.E.N.P.M.G. vervolgens fungeren als diensten die het departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin adviseren over de opname van gezondheidsverstrekkers die niet door de overheid erkend zijn of aanbieder zijn van niet door de ziekteverzekering terugbetaalde (alternatieve) geneeswijzen.
- De Vlaamse sociale kaart formuleert vanuit zijn expertise een voorstel van trefwoorden en rubrieken m.b.t. perinatale mentale gezondheid voor professionals en niet-professionals. Na toets bij het V.E.N.P.M.G. en WAIMH Vlaanderen worden beiden bepaald en geïmplementeerd.

Het is wenselijk om op korte termijn vanuit bovenstaande exploratie een optimalisatie van de sociale kaart op te starten en te implementeren in samenwerking met de Vlaamse sociale kaart, inclusief het maken van afspraken naar blijvende actualisatie van de overeenkomstige databank. Op die manier wordt gevolg gegeven aan een eerste verkennend gesprek hierover met de coördinator van de sociale kaart én een bij herhaling aangegeven nood van professionals. Binnen het project 'Perinatale Mentale Gezondheid' werd daarnaast door professionals de nood geuit aan een telefonische hulplijn waar men terecht kan met vragen ter ondersteuning van zorggebruikers inzake perinatale mentale gezondheid. Eerder dan een nieuwe lijn te installeren, is het wenselijk in te zetten op een meer optimale ontsluiting van bestaande kanalen. Dit betreft bv. kanalen toegespitst op het verlenen van dringende hulp en hulp buiten de normale werkuren van artsen en andere voorzieningen. Ook de bestaande aanspreekfunctie binnen de netwerken geestelijke gezondheidszorg onder de vorm van de netwerkpunten die via de telefoon zorg- en hulpverleners helpen bij het vinden van de juiste (perinatale) mentale zorg kunnen optimaler worden ontsloten via de sociale kaart. Net als de Expertisecentra Kraamzorg, bieden ook zij een belangrijke meerwaarde in het ondersteunen van het overzichtelijk maken van de verschillende partners in het veld.

OVERZICHT AANBEVELINGEN TOT OPLEIDINGSBELEID

Aanbeveling	Middelen
<p>Verrijking prioritaire basisopleidingen met kennis en/of vaardigheden</p> <ul style="list-style-type: none"> inzake Parent Infant Mental Health inzake middelengebruik bij zwangere vrouwen en moeders <p><i>Pilootfase met 1 basisopleiding:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>verkennings- en sensibiliseringsronde t.a.v. overeenkomstige onderwijsinstellingen</i> <i>inventariseren curricula</i> <i>formuleren leerdoelen tot optimalisatie curricula</i> <i>stofferen content tot optimalisatie curricula</i> <i>feedbackronde content t.a.v. overeenkomstige beroepsverenigingen en onderwijsinstellingen</i> <i>up to date houden van content</i> 	<p>0,5 V.T.E. expert</p>
<p>Aanbod voortgezette opleiding met kennis en/of vaardigheden inzake P.I.M.H.:</p> <p><i>Pilootfase ter ontsluiten online leermateriaal t.a.v. begeleiders in de kinderopvang:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>ontwikkelingskost door leerpartner</i> <i>formuleren leerdoelen</i> <i>stofferen script</i> <i>feedbackronde script t.a.v. doelgroep</i> <i>up to date houden van content</i> <i>werkingsbudget</i> 	<p>50.000 € 1 V.T.E. expert</p> <p>15.000 €</p>

<p><i>Fysieke opleiding aan de in totaal 400 hulpverleners verbonden aan de mobiele crisisteam in heel Vlaanderen (zowel binnen de netwerken volwassenen als kinderen en jongeren):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>organisatie opleiding</i> • <i>geven 0,5 opleidingsdag aan alle hulpverleners (groepjes van max. 20 personen)</i> • <i>geven 3 opleidingsdagen (ter verrijking voor die medewerkers met behoefte, a rato ongeveer 1/3 van hele team)</i> • <i>opzetten poule van experts die intervisie kunnen geven aan medewerkers van de crisisteam, ter verplichte intervisie hele team 3 en 6 maanden na het volgen van de opleiding</i> <p>Professionalisering opleiding 'Basiskennis Perinatale Psychiatrie en Infant Mental Health'</p>	<p>0,75 V.T.E. expert <i>2 opleiders x 0,5 dagen x 20 groepen = 20 dagen</i> <i>2 opleiders x 3 dagen x 7 groepen = 42 dagen</i> Totaal 62 dagen = 0,25 V.T.E. expert</p> <p><i>(valt onder organisatie opleiding)</i></p> <p>0,5 V.T.E. expert</p>
<p>Aanbod permanente vorming ter ondersteuning kennis en/of vaardigheden inzake P.I.M.H.:</p> <p>Facilitering van deelname aan intervisie en supervisie</p> <p><i>Ontwikkeling handvatten ter ondersteuning P.I.M.H. door prioritaire beroepsgroepen, met ontsluiting via de website van het V.E.N.P.M.G.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>stoffer content</i> • <i>grafische vormgeving en copywriting</i> <p><i>Opleiding zorgprofessionals tot gebruik digitale tool 'Born in Belgium Pro' ter identificatie psychosociaal kwetsbare situaties bij zwangere vrouwen</i></p>	<p>Uitbreiding nomenclatuur voor deelname aan interdisciplinaire casusbespreking</p> <p>0,3 V.T.E. expert 10.000 €</p> <p>0,5 V.T.E. expert</p>
<p><i>Exploratie van de modaliteiten tot erkenning van de bekwaamheid van zorgprofessionals ter ondersteuning van P.I.M.H., met bijhorend bepalen van kwaliteitscriteria, met onder meer het Agentschap Zorg en Gezondheid, betrokken beroepsgroepen en onderwijsinstellingen.</i></p>	<p>0,5 V.T.E. expert</p>
<p><i>Optimalisatie van de sociale kaart t.a.v. zowel (aanstaande) ouders als zorgprofessionals, van preventief veerkrachtgericht aanbod t.e.m. behandel mogelijkheden P.I.M.H., in samenwerking met de Vlaamse sociale kaart.</i></p>	<p>0,5 V.T.E. expert</p>
<p><i>Exploratie integratie ondersteuning P.I.M.H in bestaande kwaliteitslabels</i></p>	<p>0,3 V.T.E. expert</p>

AANBEVELINGEN TOT ONDERZOEKSBELEID

Het Vlaams Expertise Netwerk Perinatale Mentale Gezondheid fungeert als onderzoeksnetwerk dat kwalitatief en innovatief onderzoek i.v.m. perinatale mentale gezondheid ontwikkelt en ondersteunt via het formuleren van beleidsrelevante onderzoeksprojecten en -programma's. Om een onderzoeksbeleid te kunnen neerzetten, wordt aanbevolen binnen het uitbreidingsbeleid structurele financiering voor onderzoek te voorzien.

Vanuit het formuleren van de aanbevelingen ontstaat de nood aan onderzoek ter verdere evidence, practice en experience based onderbouwing van de zorgorganisatie en ter monitoring van de effecten van de aanbevelingen, waaronder het effect van:

- intensieve thuisbehandeling ter voorkoming van opname;
- sensibilisering en bewustwording van maatschappij en gezondheids- en welzijnswerkers;
- het overdragen van expertise naar zorgpartners op de 0^{de} en 1^{ste} lijn via kortdurende participatie aan reeds ingezette begeleidingen.

Er wordt vertrokken van algemene beleidslijnen van de overheden betreffende na te streven doelstellingen, om onderzoeksvragen naar voor te schuiven vertaald naar het perinataal zorglandschap. Actueel wordt zowel vanuit de eerste lijn (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2017) als vanuit de geestelijke gezondheidszorg (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, 2021) het concept 'Quadruple Aim' gehanteerd om richting te geven aan beleid:

- De eerste pijler omvat het **populatieperspectief** waarbij de verbetering van de (mentale) gezondheid van de bevolking en verbeterde gezondheidsvaardigheden uitgangspunten zijn;
- De tweede pijler omvat een verbetering van de **kwaliteit van de zorg**. Uitgangspunt is integratie tussen wetenschappelijke onderbouwing (evidence based), praktijkervaring van zorgaanbieders (practice based) en hoe de zorg ervaren wordt door zorggebruikers en hun context (experience based);
- De derde pijler zet in op verbeterde **werkomstandigheden** voor zorgverleners met daarbij aandacht voor vorming en ondersteuning;
- De vierde pijler heeft betrekking op **kosteneffectiviteit** en gaat dus over een effectieve inzet van de beschikbare budgetten op zorgmodaliteiten en specifieke hulpverlening die een duidelijke meerwaarde creëren.

Er is nood aan een (neutrale, niet-belanghebbende) onderzoeksinstelling om met onderzoeksvragen aan de slag te gaan. Om onderzoeksvragen te stofferen wordt reeds inhoud aangebracht in wat volgt.

- **Snelheid van interventies**

Het belang om snel te kunnen interveniëren werd herhaaldelijk geformuleerd. Een vrijwel onmiddellijke klinische interventie is effectiever dan een intensievere module waarop een maand moet worden gewacht (Westen, Mulder, Kroon, & Delespaul, 2020), bv. wanneer een gespecialiseerde zorgverlener in 5 afspraken een begeleiding van een basiszorgverlener gaat versterken. Om snel te interveniëren is voldoende capaciteit noodzakelijk. Verder onderzoek naar het effect van snelle interventie op het ziekteproces en de veerkracht van de ouder en de hechtingsrelatie en het ontwikkelingsproces van het kind is belangrijk. Mogelijke onderzoeksvraag kan bv. zijn of een vroege

interventie kan voorkomen dat een licht ziektebeeld verschuift naar een matig ziektebeeld; en een matig ziektebeeld verschuift naar een ernstig ziektebeeld? Wordt het herstelproces korter? Wordt de ontwikkeling van het kind gevrijwaard?

- **Zorgorganisatie van ambulante zorg op de 2^{de} lijn**

Een psychotherapeutisch aanbod op de 2^{de} lijn is momenteel slechts sporadisch aanwezig in Vlaanderen. Behoudens het aanbod in enkele gespecialiseerde privé-praktijken bieden op heden in Vlaanderen een aantal C.G.G.'s een perinatale werking aan. Dit gebeurt op initiatief van de directies van deze C.G.G.'s zonder de beschikking over specifieke middelen. Het C.G.G. overleg infants dat sinds 2011 samenkomt om te reflecteren over kwaliteitsvolle infanthulpverlening, bracht volgend overzicht van het C.G.G.-aanbod P.M.G. in Vlaanderen in kaart:

- 8 C.G.G.'s voorzien in een aanbod voor de allerkleinsten en hun ouders vanaf de zwangerschap tot 1, 3 of 4 jaar. De maximale leeftijd varieert tussen de C.G.G.'s.
- Gemeenschappelijk aan het aanbod in alle C.G.G.'s is de nadruk op afstemming en interactie tussen ouder en baby. 1 C.G.G. kiest hierbij om telkens aan huis te gaan. In de andere C.G.G.'s vinden de afspraken in regel in het centrum plaats en is outreaching uitzonderlijk.
- P.I.M.H. geldt als het algemeen denkkader. De mate waarin daarbij ook ruimte wordt geboden aan psychische moeilijkheden van de ouder en ouders ook een persoonlijk traject kunnen doormaken, is beperkt. Krachtens P.I.M.H. wordt in alle 8 C.G.G.'s kort op de bal gespeeld betreffende het interactie- en babygericht aanbod. Het volwassenengericht aanbod voor de ouder hinkt achterop zowel wat de beschikbaarheid van volwassenentherapeuten als volwassenenpsychiaters betreft. 1 CGG vertrekt van het idee dat bij aanmelding van een cliënt de noden van het hele gezin - dus ook perinatale noden - bekeken worden. Doch ook hier blijft sprake van 2 snelheden.
- De perinatale teams bestaan allen uit kinderpsychologen, aangevuld met een kinderpsychiater (1 C.G.G.), een logopedist (1 C.G.G.), een maatschappelijk werker (3 C.G.G.'s), volwassenentherapeuten (2 C.G.G.'s) en volwassenenpsychiaters (2 C.G.G.'s). Bij de bevraging spreken alle teams de wens uit om het multidisciplinair karakter van hun team te kunnen uitbreiden.
- In V.T.E. uitgedrukt valt vooral de kleinschaligheid op van de teams. Deze varieert van 0,35 tot 1 V.T.E. waarbij 1 C.G.G. met 2,2 V.T.E. de uitzondering is. In dit laatste C.G.G. wordt de keuze gemaakt om in het Infant team vraaggestuurd te werken. Vermits momenteel de perinatale aanmeldingen ruim de helft uitmaken van alle aanmeldingen wordt de helft van de V.T.E. aan de perinatale hulpvragen toebedeeld. 1 C.G.G. heeft supplementair 0,7 V.T.E. vrijgemaakt ter ondersteuning van het C.I.G. voor de opgenomen moeders en baby's.
- In de 3 C.G.G.'s die reeds langer dan 3 jaar over een perinataal aanbod beschikken, werd voor de periode mei 2020 – mei 2021 de perinatale instroom geregistreerd. Dit levert de volgende data op:
 - C.G.G. 1: 14 aanmeldingen afkomstig van 9 soorten zorgpartners voor 0,8 V.T.E.
 - C.G.G. 2: 36 aanmeldingen afkomstig van 18 soorten zorgpartners voor 1 V.T.E.
 - C.G.G. 3: 84 aanmeldingen afkomstig van 19 soorten zorgpartners voor 2,2 V.T.E.
 Hierbij kan nog aangemerkt dat de soorten zorgpartners vaak door meerdere individuen zijn vertegenwoordigd.

- **Zorgorganisatie van (semi-)residentiële zorg**

Ook hier kan een onderzoekskader dat vertrekt vanuit evidence, practice en experienced based onderbouwing helpen om de zorgorganisatie van de semi-residentiële zorg richting te geven. Eerder in deze tekst is beschreven welke modellen en inhoudelijke praktijken zorgactoren essentieel vinden voor de organisatie van de zorg. Hier worden nog enkele aspecten belicht waar partners gezamenlijk onderzoek naar willen uitzetten.

Zoals eerder aangegeven is er evidence based onderbouwing vanuit Royal College of Psychiatrists dat 1 (residentiële) M.B.E. adviseert (met min. 6 - max. 10 bedden) per 15.000 tot 20.000 bevallingen (0,4 bedden/1.000 bevallingen) en 1 P.M.G.T. per 6.000 tot 10.000 bevallingen. De organisatie van de (semi-)residentiële zorg van Vlaanderen stemt niet geheel overeen met deze in Groot-Brittannië, doch de richtlijn van Royal College of Psychiatrists kan worden beschouwd als een indicator en bevestiging dat in Vlaanderen de **capaciteit onvoldoende** is. Ook de wachttijden voor de andere modules, met name dag- en thuishandeling, zijn een signaal van beperkte capaciteit.

M.b.t. de module opname wordt ook ruimte gevraagd om deze **inhoudelijk** verder vorm te geven door met meer flexibele en laagdrempelige vormen van opname te experimenteren. Er wordt gepleit voor een grotere variatie in opnamemogelijkheden, zodat ook opname van de medeouder of van het hele gezin niet bij voorbaat wordt uitgesloten, maximaal in nabijheid van de natuurlijke omgeving van het gezin.

Tenslotte wordt gevraagd naar de verdere uitbouw van een **complementair aanbod** op het niveau van de 3^{de} lijn. Vanuit de eigen historische en regionale context, praktijkervaring en/of wetenschappelijke onderbouwing, werden in de Werkgroep Traject P.M.G. interessante verschillen in visie vastgesteld als opportuniteiten tot wederzijdse bevruchting en bouwstenen om het zorglandschap verder vorm te geven. Het verdient aanbeveling verder samen in te zetten op verbinding en visieontwikkeling ten einde een kwalitatief gespecialiseerd aanbod te realiseren met aandacht voor de verschillende fasen van de perinatale periode en garanties tot voldoende capaciteit en bereikbaarheid van het aanbod.

- **Effectiviteit van thuisbehandeling**

Met de module thuisbehandeling bereikt een M.B.E. 8x zoveel gezinnen met 1 V.T.E. dan binnen de module opname. Ook kan uit jarenlange ervaring en uit cijfers vanuit de 2 M.B.E.'s worden besloten dat de module thuisbehandeling 5x zo goedkoop is dan het behandelen van een gezin binnen een residentiële setting. Het is dan ook belangrijk te onderzoeken hoe degelijke **indicatiestelling** kan gebeuren tot thuisbehandeling, dagbehandeling of toeleiding naar een residentiële opname. Er wordt verwacht dat een opname onvermijdelijk zal zijn bij de meest ernstige ziektebeelden en/of bij situaties waarbij de draagkracht van het persoonlijke en professionele netwerk onvoldoende blijkt. Een adequate formulering van onderzoeksvragen hieromtrent is belangrijk. Op heden zijn er reeds langere tijd 2 thuisbehandelingsprojecten lopende vanuit de M.B.E.'s. Ervaringsgerichte kennis kan vanuit deze centra worden aangeleverd.

- **Naar een onderbouwde implementatie van zorg**

Het huidige uitbreidingsbeleid biedt belangrijke middelen tot het realiseren van een kwaliteitsvol perinataal mentaal zorgaanbod, waarbij onder meer het therapeutisch aanbod op de 2^{de} lijn homogeen over heel Vlaanderen wordt aangeboden, de liaison functie van de 2^{de} en 3^{de} lijn t.a.v. de 0^{de} en 1^{ste} lijn uitvoerbaar wordt gemaakt en tegemoet wordt gekomen aan de blijvende nood aan

opnamecapaciteit. Om tot een effectieve samenwerking met de 0^{de} en 1^{ste} lijn (incl. jeugdhulp) te komen, is het essentieel dat de omschreven interventies vanuit de verschillende modules kunnen worden gerealiseerd (bv. multidisciplinair casusoverleg, participatie aan zorgoverleg en begeleidingen die reeds in uitvoering zijn).

We onderstrepen nogmaals dat de huidige beschikbare **capaciteit** van perinatale mentale zorg **ruim onvoldoende** is om aan de vraag te voldoen; en dit zowel binnen de **generalistische basiszorg** als de **gespecialiseerde zorg**. Er wordt gevraagd om de 5 modules in heel Vlaanderen beschikbaar te stellen, waarbij deze fungeren als raderwerk aan zorg met intensieve samenwerking tussen basiszorg en gespecialiseerde zorg, volgens subsidiariteitsprincipe en vermaatschappelijking van zorg. Er wordt gevraagd naar **zorgvuldige implementatie en monitoring** van de inzet van middelen om op Vlaams niveau te onderzoeken hoe deze modules zich ten aanzien van elkaar **verhouden** (indicatiestelling en samenwerking) en hoe de noden aan (dyadische) moeder-kind bedden versus de noden aan gezinsbedden kunnen worden onderkend. Zodoende kunnen alle verzamelde gegevens als leidraad fungeren voor verdere beleidsbeslissingen.

Naast prioritering op basis van het subsidiariteitsprincipe, is het wenselijk epidemiologische data te hanteren ter onderbouwing van een optimale spreiding van alle modules in heel Vlaanderen. In lijn van public mental health dienen de capaciteitsnoden voor de hele doelgroep, rekening houdend met het aanbod op alle lijnen, in kaart te worden gebracht. In verband met het gespecialiseerd aanbod dienen ook de 5 modules in aanmerking te worden genomen. Bij dit laatste bieden de aanbevelingen van Royal College of Psychiatrists de nodige handvaten.

Het uitbreidingsbeleid impliceert dat een periode van transitie wordt ingegaan waarin telkenmale bij voorkeur wordt gezocht naar een optimale samenwerking tussen de 1^{ste}, 2^{de} en 3^{de} lijn, met een combinatie van de eerste 3/4 modules. In de meest ernstige situaties zal een opname onafwendbaar en noodzakelijk zijn. De transitieperiode dient te worden benut om het effect na te gaan van de behandelmodules op elkaar, het effect van de intensivering van de samenwerking die naar verwachting door de implementatie van de modules op gang zal komen, de impact die de implementatie zal hebben op de indicatiestelling en de impact die het zal hebben op de vraag naar nieuwe, nog beter passende vormen van zorg en optimale verdeling. Zowel cliënten die gespecialiseerde zorg krijgen als cliënten die uitsluitend generalistische basiszorg krijgen, moeten worden meegenomen in het onderzoek. Er wordt geadviseerd zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek te doen. Effectiviteitsonderzoek dient bij voorkeur te gebeuren door een externe instantie.

Verder wordt het belang van **coördinatie** onderstreept over de modules heen ten einde zorgcontinuïteit en cliëntgerichte samenwerking te realiseren. Hier kunnen nog heel wat verbeterpunten worden geformuleerd. Om dit te realiseren dient het beleid van de Vlaamse en federale overheid en bijhorende investeringen van middelen nog meer op elkaar te worden afgestemd. Hiertoe is de voorbije jaren een belangrijke aanzet genomen, doch verdere voortgang en omkadering zijn nodig.

- **Onderzoek naar middelengebruik en de gevolgen hiervan**

Momenteel ontbreekt kwalitatief en kwantitatief (prevalentie en incidentie) onderzoek naar middelengebruik tijdens de zwangerschap en de gevolgen hiervan (F.A.S.D., N.A.S., ...) in Vlaanderen. Een betere registratie van de minimale ziekenhuisgegevens wat betreft dit thema zou bv. betekenisvol zijn. Het verstrekken van gericht cijfermateriaal en zorgnoden zal politici en professionals in de zorg ondersteunen in het opstellen van de nodige zorg. Door eventuele risicogroepen of specifieke problemen te identificeren kan preventief materiaal meer op maat worden ontwikkeld.

- **Onderzoek naar trefwoorden sociale kaart**

In een pilootstudie met een universitaire partner kan onderzoek worden gedaan naar het gebruik van zoektermen om nog duidelijker zicht te krijgen op de trefwoorden waarop zowel zorgprofessionals als gezinnen zoeken. Op basis hiervan kunnen vervolgens de in de sociale kaart gebruikte trefwoorden worden verfijnd dan wel aangevuld om zodoende het zorgaanbod zo dicht mogelijk te brengen naar wie er naar op zoek is, zowel binnen de sociale kaart als via andere digitale wegen.

- **Onderzoeksprogramma ‘Veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap. Nieuwe uitdagingen voor de geestelijke gezondheidszorg tijdens de eerste 1000 dagen van het leven.’**

Tenslotte wordt verwezen naar het eindrapport ‘Veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap. Nieuwe uitdagingen voor de geestelijke gezondheidszorg tijdens de eerste 1000 dagen van het leven.’ (Nuyts et al., 2021). Dit rapport omvat een voorstel van onderzoeksprogramma met onderzoekslijnen en onderzoeksvragen om ‘Veerkracht in de eerste 1000 dagen van het leven’ vanuit een bewijs-gestuurde praktijk te implementeren. Er onderscheiden zich 4 onderzoekslijnen:

- Sensibilisering en bewustwording van de maatschappij en gezondheids- en welzijnswerkers
- Optimalisatie van het perinatale mentale zorgpad
- Nagaan van kosteneffectiviteit
- Datamanagement

Het rapport levert een overzicht van onderzoektopics binnen de 4 geformuleerde relevante onderzoekslijnen. Hierin kan een verdere ordening worden aangebracht in functie van prioritaire onderzoeksvragen en haalbaarheid.

OVERZICHT AANBEVELINGEN TOT ONDERZOEKSBELEID

Aanbeveling	Middelen
Kwalitatief onderzoek naar zorgnoden bij zorggebruikers en professionals, met specifieke aandacht voor de organisatie van gespecialiseerde (na)zorg bij middelengebruik.	Uitbreiding ter realisatie onderzoek
<i>Onderzoek naar trefwoorden die zorggebruikers en professionals gebruiken, om binnen de sociale kaart</i>	25.000 €

<i>overeenkomstig aanbod ter ondersteuning van veerkracht en P.I.M.H. te vinden</i>	
<p>Onderzoek ter verdere evidence, practice en experience based onderbouwing van de zorgorganisatie en ter monitoring van de effecten van de aanbevelingen, waaronder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - onderzoek naar regionale spreiding opname-locaties over Vlaanderen, ter wetenschappelijke onderbouwing van gespecialiseerd aanbod - onderzoek naar het effect van intensieve thuisbehandeling ter voorkoming van opname - onderzoek naar het effect van sensibilisering en bewustwording van maatschappij en gezondheids- en welzijnswerkers 	Uitbreiding ter realisatie onderzoek

AANBEVELINGEN TOT COMMUNICATIEBELEID

Het Vlaams Expertise Netwerk Perinatale Mentale Gezondheid beoogt een kwalitatief communicatiebeleid:

- ter sensibiliseren inzake parent infant mental health
- ter destigmatiseren inzake parent infant mental health
- om te fungeren als betrouwbare bron voor het centraliseren van nieuwe en ontsluiten van bestaande onderbouwde kwaliteitsvolle informatie inzake parent infant mental health

Het communicatiebeleid beoogt volgende doelgroepen:

- (aanstaande) ouders vanaf preconceptie tot 2 jaar
- zorgprofessionals

Om bovenstaande doestellingen t.a.v. de omschreven doelgroepen te realiseren, worden in wat volgt aanbevelingen geformuleerd tot een communicatiebeleid.

ONTWIKKELEN VISUELE IDENTITEIT V.E.N.P.M.G.

De huidige benaming van het Vlaams Expertise Netwerk Perinatale Mentale Gezondheid is noch voluit noch als afkorting vlot in gebruik. De naam dekt evenmin de i.f.v. het uitbreidingsbeleid gehanteerde verbrede scope op veerkrachtondersteuning en parent infant mental health.

Daarnaast werd onder meer in voorbije pro-actieve communicatie (bv. op social media n.a.v. vaderdag, moederdag, Internationale Dag van de Vroedvrouw, ...), bij activiteiten binnen het project 'Perinatale Mentale Gezondheid' en in participatie aan de hoorzitting in de Commissie voor Welzijn Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding (d.d. 9/6/'21) een huisstijl voor het V.E.N.P.M.G. gemist als professionele en visuele versterking van de identiteit van het netwerk die in de toekomst ook dient bij te dragen tot de herkenbaarheid ervan.

Om tegemoet te kunnen komen aan deze reeds meermaals ervaren nood aan een huisstijl voor het V.E.N.P.M.G., wordt aanbevolen een **communicatiepartner** in te schakelen ter:

- ontwikkeling van een naam voor het V.E.N.P.M.G.
- ontwikkeling van een logo voor het V.E.N.P.M.G.
- ontwikkeling en/of bepaling van andere deelaspecten van de huisstijl voor het V.E.N.P.M.G. zoals kleur, lettertype, fotografie(stijl), header en footer ('Zit je met vragen? Surf naar ...')

ONTWIKKELEN WEBSITE V.E.N.P.M.G.

Het V.E.N.P.M.G. fungeert onder meer als expertise netwerk inzake perinatale mentale stoornissen, inclusief stoornissen in het gebruik van alcohol en illegale middelen. Daarnaast fungeert het ook als

opleidingsnetwerk dat kwaliteitsvolle opleidingen ter ondersteuning van perinatale mentale gezondheid aanbiedt en/of ontsluit aan gezondheidswerkers; en dat zorggebruikers en hun context sensibiliseert ter destigmatisering en bespreekbaar maken van perinatale mentale gezondheid, inclusief ter bevordering van het zoeken van hulp.

Om dit functioneren verder te professionaliseren, wordt aanbevolen een website te ontwikkelen voor het V.E.N.P.M.G.. Deze website zal fungeren als betrouwbare bron voor het centraliseren van nieuwe en het ontsluiten van bestaande onderbouwde kwaliteitsvolle informatie inzake parent infant mental health.

De prioritaire doelgroep van de website betreft zorgprofessionals. De website beoogt onder meer het aanbieden van eigen inhoud waarbij het perspectief van ervaringsdeskundigheid van bij aanvang wordt meegenomen (naast het toeleiden naar bestaande websites voor professionals), het toeleiden naar inschrijving op en ontsluiten van een te ontwikkelen nieuwsbrief vanuit het V.E.N.P.M.G., het ontsluiten van en toeleiden naar kwaliteitsvolle (online) opleidingen en wetenschappelijk onderzoek, het toeleiden naar contactgegevens van het V.E.N.P.M.G., het toeleiden naar de Vlaamse sociale kaart, ...

Als expertise netwerk stelt het V.E.N.P.M.G. zich pro-actief consulteerbaar op t.a.v. de organisaties waarnaar het linkt vanuit de eigen website, opdat inhoud waar nodig en wenselijk onderling kunnen worden verrijkt. Zo kan bv. ook verdere samenwerking groeien met checkjzelf.be, als educatieve website van het Vlaams Instituut Gezond Leven met informatie en handvatten voor burgers ter ondersteuning van hun mentaal welbevinden en veerkracht. Eenzelfde exploratie ter integratie van de thematiek P.I.M.H. en veerkrachtondersteuning in de perinatale periode op samenveerkrachtig.be kan bv. worden verkend.

Voor zorggebruikers geldt de website als portaalpagina tot thematische toeleiding naar bestaande webpagina's voor zorggebruikers.

Bijzondere aandacht gaat hierbij uit naar een toeleiding naar de online zelfhulptool over perinatale depressie in de antenatale fase en online zelfhulptool en psycho-educatie voor postnatale depressie, angst en postnatale verlieservaringen, ontwikkeld binnen het project 'Perinatale Mentale Gezondheid'. De online zelfhulptool over perinatale depressie biedt zelfhulp m.b.t. de thema's ouderschap, omgaan met gevoelens, mijn gedachten, mijn relaties, zelfzorg en positiviteit en houvastplan. De tool is sensibiliserend en drempelverlagend in het zoeken naar hulp. Dankzij een aanbod in blended hulpverlening en unguided vorm kan de tool fungeren als een add-on in de reguliere zorg.

Daarnaast worden zorggebruikers ook in het bijzonder toegeleid naar wolkinmijnhoofd.be, de site in beheer van vzw 'Wolk in mijn hoofd', waarvan enkele van de leden ook deel uitmaken van het V.E.N.P.M.G. en waarmee nauw wordt samengewerkt.

Via diverse vindplaatsen als Huizen van het Kind, wachtruimtes en -plaatsen, ontmoetingsruimtes, ... wordt laagdrempelige toeleiding gefaciliteerd naar de website per QR-code, al dan niet gekoppeld aan sensibiliseringscampagnes (zie verder).

ONTWIKKELEN SENSIBILISERINGSMATERIAAL EN -CAMPAGNES

In 2016 lanceerde het Agentschap Zorg en Gezondheid een sensibiliseringscampagne in samenwerking met o.a. Kind & Gezin, de M.B.E.'s en de toenmalige Associatie Beeldvorming Geestelijke Gezondheid.



De campagne zette in op de algemene beeldvorming rond post-partumdepressie ter destigmatisering en bespreekbaar maken ervan; en het informeren van (aanstaande) ouder(s), hun omgeving en zorgverstrekkers. De campagne wilde ertoe bijdragen dat signalen van een post-partumdepressie worden opgepikt, een adequate behandeling wordt opgestart en/of doorverwezen wordt naar gepaste hulpverlening.

Het ontwikkelen van sensibiliseringsmateriaal en -campagnes blijft in de toekomst opportuun. Voor de beeldvorming en het ontsluiten ervan, zal gebruik worden gemaakt van de ontwikkelde huisstijl van het V.E.N.P.M.G.. In eerste instantie wordt gedacht aan de ontwikkeling van videomateriaal ter ondersteuning van P.I.M.H., dat bv. kan worden gebruikt in social mediaberichtgeving en/of op beeldschermen in wachtzalen van perinatale zorgactoren, apotheken, Daarnaast is het opportuun in te zetten op een campagne ter sensibilisering inzake ambivalente gevoelens eigen aan het ouderschap en normalisering van het vragen van hulp. Met dergelijke campagne kan de omgeving van (aanstaande) ouder(s) worden gesensibiliseerd tot zowel het bevragen van (aanstaande) ouder(s) hoe het echt met hen gaat, als tot het aanbieden van mentale, fysieke en praktische ondersteuning.

Via campagnes en materialen kan per QR-code worden toegeleid naar de website van het V.E.N.P.M.G. voor meer informatie en toeleiding.

Zorgactoren geven aan dat sociale media van perinatale (zorg-)actoren (Agentschap Opgroeien, Huizen van het Kind, algemene ziekenhuizen, kinderopvang, ...) gebruikt kunnen worden als kanalen om campagnes te verspreiden. Dit vraagt een effectief communicatiebeleid waarbij niet enkel de inhoud dient te worden uitgewerkt, maar tevens dient te worden afgestemd inzake communicatiestrategieën.

Verder wordt gepleit voor gerichte sensibiliseringsacties naar specifieke professionals zoals huisartsen, kinderartsen en gynaecologen.

ONTWIKKELEN MEDIAGIDS V.E.N.P.M.G.

Tot op heden werden beperkt afspraken gemaakt onder de leden van het V.E.N.P.M.G. wat betreft perscontacten. Een aantal leden stelden zich met een overeenkomstig contactgegeven beschikbaar om reactief en thematisch te worden gecontacteerd in geval van persvragen. Het ontwikkelen van een kader voor perscontacten en/of woordvoering onder de vorm van een mediagids is wenselijk.

OVERZICHT AANBEVELINGEN TOT COMMUNICATIEBELEID

Aanbeveling	Middelen
<p><i>Ontwikkelen visuele identiteit V.E.N.P.M.G., met inschakelen van een communicatiepartner ter:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>ontwikkeling van een naam voor het V.E.N.P.M.G.</i> • <i>ontwikkeling van een logo voor het V.E.N.P.M.G.</i> • <i>ontwikkeling en/of bepaling van andere deelaspecten van de huisstijl voor het V.E.N.P.M.G. zoals kleur, lettertype, fotografie(stijl), header en footer</i> • <i>inhoudelijke coördinatie en feedback</i> 	<p>7.500 €</p> <p>7.500 €</p> <p>35.000 €</p> <p>V.T.E. expert</p>
<p><i>Lanceren van een website voor het V.E.N.P.M.G.:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>ontwikkeling i.s.m. communicatiepartner met functionaliteiten voor inschrijving op en ontsluiten van nieuwsbrief, ontsluiten online leermateriaal, filmmateriaal, toeleiding per QR-code, ...</i> • <i>inhoudelijke coördinatie en stoffering</i> • <i>beheer na ontwikkeling</i> 	<p>150.000 €</p> <p>V.T.E. expert</p>
<p>Optimaliseren integratie thema's veerkrachtondersteuning en P.I.M.H. in bestaande communicatiedragers t.a.v. (aanstaande) ouders, met toeleiding naar de website van het V.E.N.P.M.G. via een QR-code voor meer informatie.</p>	<p>Uitbreiding ter realisatie aanbod</p>
<p>Lanceren van populatiegerichte sensibiliseringscampagnes ter ondersteuning van veerkracht en P.I.M.H., met te bepalen regelmaat.*</p>	<p>Uitbreiding ter realisatie aanbod</p>
<p>Aanhaken bij bestaande terugkerende events om populatiegericht te sensibiliseren inzake de thematieken veerkrachtondersteuning en P.I.M.H (bv. initiatieven (n.a.)v. 10-daagse van de Geestelijke Gezondheid, Te Gek!?, Rode Neuzen Dag, Staten-Generaal Geestelijke Gezondheidszorg, Dag van de Vroedvrouw, ...).</p>	<p>Uitbreiding ter realisatie aanbod</p>

*Een bijkomende aanbeveling tot een populatiegerichte sensibiliseringscampagne, werd toegevoegd in de beleidsaanbevelingen inzake middelengebruik.

AANBEVELING TOT ONDERSTEUNENDE STRUCTUUR

Het Vlaams Expertise Netwerk Perinatale Mentale Gezondheid werd in 2018 opgericht als onderdeel van het project 'Perinatale Mentale Gezondheid' in Vlaanderen, gesubsidieerd door het Agentschap Zorg en Gezondheid (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2021). De centrale doelstellingen van het project zijn:

- de implementatie van het protocol 'screening en detectie van psychische problemen tijdens de perinatale periode';
- de uitbouw van regionale zorgpaden, verder bouwend op het eindrapport van 2018.

Sinds 2020 wordt het voortbestaan van het V.E.N.P.M.G. op vraag en onafhankelijk van projectsubsidie geborgd en gefaciliteerd onder voorzitterschap van Kind & Gezin (intussen Agentschap Opgroeien).

Het Vlaams Expertise Netwerk Perinatale Mentale Gezondheid was initieel voornamelijk samengesteld met partners uit de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg; en beoogde onderstaande doelstellingen. Gezien de samenwerking met het Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid (V.L.O.G.G.) worden hieronder tevens de doelstellingen van het V.L.O.G.G. beschreven die in dit kader relevant zijn.

V.E.N.P.M.G.	V.L.O.G.G.
<ul style="list-style-type: none"> - klinisch netwerk dat de implementatie opvolgt van zowel het protocol ter identificatie van depressie en angststoornissen in de perinatale periode als het overeenkomstig zorgpad binnen bestaande regionale netwerken - expertisenetwerk dat het beleid i.v.m. de preventie, detectie, diagnostiek en behandeling van perinatale mentale stoornissen ontwikkelt - opleidingsnetwerk dat kwaliteitsvolle opleidingen ter ondersteuning van perinatale mentale gezondheid aanbiedt aan gezondheidswerkers; en dat zorggebruikers en hun context sensibiliseert ter destigmatisering en bespreekbaar maken van P.M.G. - onderzoeknetwerk dat kwalitatief en innovatief onderzoek i.v.m. perinatale mentale gezondheid ontwikkelt en ondersteunt 	<p>Gewenste resultaten P.M.G. 2021 (Ministerieel Besluit):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. aanzet duurzaam samenwerkingsverband m.b.t. P.M.G. 2. organisatie netwerkevents P.M.G.-I.M.H. 3. bijdrage Vlaams Geestelijke Gezondheidscongres '21 4. regionale verschillen in kaart brengen en aanpakken met actieplan voor regio's waar doelstellingen niet worden gehaald <p>Concept van enkele relevante strategische doelstellingen van de organisatie uit de fusie van het V.L.O.G.G. en het Steunpunt Geestelijke Gezondheid:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. We organiseren en faciliteren regionale en Vlaamse samenwerkingsverbanden die bouwen aan betere geestelijke gezondheid (bv. ondersteuning netwerken geestelijke gezondheid en netwerkoverstijgend werken voor specifieke doelgroepen).

<p>Werkgroepen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Opleiding - Verslaving - Psychosociaal Assessment - Communicatie - Traject P.M.G. - Project P.M.G. 	<ol style="list-style-type: none"> 2. We ontwikkelen en versterken het beleid inzake geestelijke gezondheid als partner van beleidsmakers op verschillende niveaus en in diverse maatschappelijke sectoren voor alle burgers. 3. We zijn het toegankelijk, kwalitatief en deskundig aanspreekpunt en informatiepunt als het gaat over geestelijke gezondheid en zijn daarvoor gekend. 4. We zetten in op beeldvorming over en met mensen met een psychische kwetsbaarheid om zo psychische problemen bespreekbaar te maken in alle domeinen van de samenleving.
---	---

Inzetten op perinatale mentale gezondheid vraagt ondersteuning vanuit een duurzaam beleid. Het uitbreidingsbeleid biedt belangrijke hefboomen om te evolueren van project-denken naar duurzaam traject-denken ter ondersteuning van P.M.G.. De opdrachten en bijhorende tijdsinvestering voor de leden van het V.E.N.P.M.G. evolueerden sterk onder impuls van de aankondiging van het uitbreidingsbeleid en de éénmalige middelen, onder meer ter oplevering van voorliggend rapport. De opvolging van de aanbevelingen en de toegekende middelen t.e.m. implementatie en borging zullen op hun beurt een aanzienlijke tijdsinvestering vragen van het V.E.N.P.M.G.. De leden geven dan ook de nood aan tot verdere professionalisering van het V.E.N.P.M.G. met behulp van verschillende hefboomen:

- het formuleren van een strategisch plan met aangepaste missie, visie en doelstellingen om de realisatie van de toekomstige uitdagingen van het traject conform te aanbevelingen te ondersteunen, opgemaakt door de leden in afstemming met de Vlaamse overheid;
- personele middelen ter ondersteuning van het aanzienlijk engagement van de leden, wiens tijdsinvestering verbonden aan opdrachten vanuit deelname aan het V.E.N.P.M.G. tot op heden onbezoldigd is, bovenop de opdrachten voor de eigen werkgevers (met uitzondering van procesbegeleiders V.L.O.G.G. en projectcoördinatoren P.M.G.);
- evolueren naar een verbrede samenstelling van het V.E.N.P.M.G. naar analogie van de verbrede samenstelling van de tijdelijke Werkgroep Traject P.M.G. (t.o.v. het huidig V.E.N.P.M.G.), gezien de ervaren meerwaarde van het formuleren van aanbevelingen vanuit alle betrokken lijnen en disciplines;
- het maken van meer expliciete intersectorale verbindingen, verbindingen P.I.M.H. en verbindingen met relevante federale overlegorganen, waaronder:
 - o eerstelijnszones;
 - o ziekenhuisnetwerken;
 - o netwerken geestelijke gezondheid kinderen en jongeren; en volwassenen;
 - o perinatale netwerken;
 - o medewerkers I.M.H. (Crosslink, Connect, ...);
 - o Werkgroep perinataliteit en het jonge kind van het Comité voor het Geestelijk Gezondheidsbeleid voor Kinderen en Jongeren.

Ter bovenstaande professionalisering werd zowel in bijeenkomsten van de Werkgroep Traject P.M.G. als van het V.E.N.P.M.G. de mogelijkheid overwogen te kandideren tot partnerorganisatie van de Vlaamse overheid. Op heden zijn noch de mogelijkheid noch de consequenties duidelijk ter grondige overweging van dergelijke kandidaatstelling en dient hierover verder met het Agentschap Zorg en Gezondheid te worden geëxploreerd. In afwachting hiervan en van eventueel andere mogelijkheden om de werking met middelen versterkt te zien, wordt voorkeur gegeven aan de uitbouw van het V.E.N.P.M.G. als formeel samenwerkingsverband.

OVERZICHT AANBEVELINGEN TOT ONDERSTEUNENDE STRUCTUUR

Aanbeveling	Middelen
<p>Versterking V.E.N.P.M.G.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • als netwerk van partners rond gemeenschappelijke missie en visie • governance op Vlaams niveau, incl. voorzitterschap als onderdeel takenpakket • met te bepalen strategische doelstellingen conform nieuwe uitdagingen verbonden aan traject, in dialoog met weerhouden bestuur 	<p>Financiering V.T.E.'s:</p> <ul style="list-style-type: none"> • met blijvende rol voor procesbegeleiders V.L.O.G.G. en projectcoördinatoren P.M.G. • ter coördinatie V.E.N.P.M.G. en werkgroepen (verslaving, opleiding, communicatie, psychosociaal assessment) • ter realisatie van strategische doelstellingen, door o.a.: inzet van inhoudelijke expertise en beleidsmatige en lokale verbinding met onder meer netwerken geestelijke gezondheid (kinderen en jongeren/volwassenen) en perinatale netwerken

LITERATUURLIJST

- Agentschap Zorg en Gezondheid (2017). *Conferentie eerstelijnszorg. Reorganisatie van de eerste lijn in Vlaanderen*. Retrieved 2021, from [extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.zorg-en-gezondheid.be%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fatoms%2Ffiles%2FCELZ%2520beleidstekst%2520hervorming%2520eerstelijnszorg.pdf&clen=1282999&chunk=true](https://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.zorg-en-gezondheid.be%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fatoms%2Ffiles%2FCELZ%2520beleidstekst%2520hervorming%2520eerstelijnszorg.pdf&clen=1282999&chunk=true)
- Agentschap Zorg en Gezondheid (2019). *Revalidatie-overeenkomst Moeder-baby-eenheid*. Retrieved 2021, from <https://www.zorg-en-gezondheid.be/de-overeenkomsten-met-voorzieningen-met-revalidatieovereenkomst>
- Agentschap Zorg en Gezondheid (2021). *Vlaams Expertise Netwerk Perinatale Mentale Gezondheid*. Retrieved 2021, from <https://www.zorg-en-gezondheid.be/vlaams-expertise-netwerk-perinatale-mentale-gezondheid>
- American College of Obstetrics and Gynecologists (2015). Committee opinion no. 633: Alcohol abuse and other substance use disorders: ethical issues in obstetric and gynecologic practice. *Obstetrics and gynecology*, 125(6), 1529-1537.
- Australian Institute of Health and Welfare (2020). *National Drug Strategy Household Survey 2019 Australian Government*. Retrieved 2021, from <https://www.aihw.gov.au/about-our-data/our-data-collections/national-drug-strategy-household-survey/2019-ndshs>
- Babykennis Academie (n.d.). *Informatiekaart. Signaleren en ondersteunen ouder-kind relatie*. Retrieved 2021, from [extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fassets.ncj.nl%2Fdocs%2F2aff25d4-1211-474d-85a3-fe4b0cddf822.pdf&chunk=true](https://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fassets.ncj.nl%2Fdocs%2F2aff25d4-1211-474d-85a3-fe4b0cddf822.pdf&chunk=true)
- Bergink, V., Rasgon, N., & Wisner, K. L. (2016). Postpartum Psychosis: Madness, Mania, and Melancholia in Motherhood. *The American journal of psychiatry*, 173(12), 1179-1188.
- Bion, W.R. (1984). *Second Thoughts: Selected Papers on Psychoanalysis*. London: Karnac.
- Cameron, E. E., Sedov, I. D., & Tomfohr-Madsen, L. M. (2016). Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 206, 189-203.
- Capuzzi, E., Caldiroli, A., Ciscato, V., Zanvit, F. G., Bollati, V., Barkin, J. L., et al. (2020). Is in vitro fertilization (IVF) associated with perinatal affective disorders? *Journal of Affective Disorders*, 277, 271-278.
- Centre for Mental Health and London School of Economics (2014). *The costs of perinatal mental health problems*. Retrieved 2021, from <https://www.centreformentalhealth.org.uk/>
- Cerullo, M. A., & Strakowski, S. M. (2007). The prevalence and significance of substance use disorders in bipolar type I and II disorder. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 2(29).
- College Perinatale Zorg (2021). *Gezamenlijke aanpak: Pledge preconceptiezorg ondertekend*. Retrieved 2021, from <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/nieuws/gezamenlijke-aanpak-pledge-preconceptiezorg-ondertekend/>
- Datta, J., Palmer, M. J., Tanton, C., Gibson, L. J., Jones, K. G., Macdowall, W., et al. (2016). Prevalence of infertility and help seeking among 15 000 women and men. *Human Reproduction*, 31(9), 2108-2118.
- Dennis, C. L., Falah-Hassani, K., & Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 210(5), 315-323.

- Devisch, I. (2017). *Het empathisch teveel. Op naar een werkbare onverschilligheid*. Amsterdam: De Bezige Bij.
- Easter, A., Bye, A., Taborelli, E., Corfield, F., Schmidt, U., Treasure, J., et al. (2013). Recognising the symptoms: how common are eating disorders in pregnancy? *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 21(4), 340-344.
- Erikson, E. H. (1959). Identity and the life cycle: Selected papers. *Psychological Issues*, 1, 1-171.
- Fara (n.d.). *Wat is de Fara visie op de Real Care Baby?* Retrieved 2021, from <https://www.fara.be/kinderwens/real-care-baby/wat-de-fara-visie-op-de-real-care-baby>
- Farren, J., Jalbrant, M., Falconieri, N., Mitchell-Jones, N., Bobdiwala, S., Al-Memar, M., et al. (2020). Posttraumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: a multicenter, prospective, cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(4), 367.e1-367.e22.
- Farren, J., Jalbrant, M., Falconieri, N., Mitchell-Jones, N., Bobdiwala, S., Al-Memar, M., et al. (2021). Differences in post-traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage or ectopic pregnancy between women and their partners: multicenter prospective cohort study. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 57(1), 141-148.
- Farren, J., Mitchell-Jones, N., Verbakel, J.Y., Timmerman, D., Jalbrant, M., & Bourne, T. (2018). The psychological impact of early pregnancy loss. *Hum Reproduction Update*, 24(6), 731-749.
- Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (2021). *Blikvanger: Geestelijke gezondheidszorg*. Retrieved 2021, from <https://www.gezondbelgie.be/nl/blikvanger-gezondheidszorg/geestelijke-gezondheidszorg/geestelijke-gezondheidszorg-voor-volwassenen/de-meest-voorkomende-hoofddiagnose-in-pz-en-paaz-voor-volwassenen>
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery. A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14(3), 387-421.
- Gameiro, S., Boivin, J., Dancet, E., Emery, M., Thorn, P., Van den Broeck, U., et al. (2016). Qualitative research in the ESHRE Guideline 'Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction - a guide for staff'. *Human Reproduction*, 31(8), 1928-1929.
- Gavin, N. I., Meltzer-Brody, S., Glover, V., & Gaynes, B. N. (2015). Is population-based identification of perinatal depression and anxiety desirable? A public health perspective on the perinatal depression care continuum. In: J. Milgrom, & A. W. Gemill (Eds.). *Identifying perinatal depression and anxiety: Evidence-based practise in screening, psychosocial assessment, and management* (pp. 11-31). Wiley Blackwell.
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and gynecology*, 106(5 Pt 1), 1071-1083.
- Gentile, S., & Fusco, M. L. (2017). Untreated perinatal paternal depression: Effects on offspring. *Psychiatry Research*, 252, 325-332.
- Gezondheid en Wetenschap (2021). *Gezond zwanger worden*. Retrieved 2021, from <https://www.gezondeidenwetenschap.be/richtlijnen/preconceptieadvies>
- Goodman, J. H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of advanced nursing*, 45(1), 26-35.
- Guille, C., & Aujla, R. (2019). Developmental Consequences of Prenatal Substance Use in Children and Adolescents. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 29(7), 479-486.

- Heckman, J. J. (2013). *James Heckman changes the equation for American prosperity*. Retrieved 2021, from https://heckmanequation.org/www/assets/2014/05/F_Heckman_Brochure_041515.pdf
- Hoppenbrouwers, K., Guérin, C., Roelants, M., Van Leeuwen, K., & Desoete, A. (2011). *Alcoholgebruik voor en tijdens de zwangerschap en in de periode van borstvoeding*. Retrieved 2021, from <https://steunpuntwvg.be/images/swvg-1-feiten-en-cijfers/25-alcoholgebruik-zwangerschap-borstvoeding>
- House of Commons Health and Social Care Committee (2019). *First 1000 days of life. Thirteenth Report of Session 2017-19*. Retrieved 2021, from https://publications.parliament.uk/pa/cm201719/cmselect/cmhealth/1496/149603.htm#_idTextAnchor000
- Institute of Medicine and National Research Council (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Kiani, Z., Simbar, M., Hajian, S., Zayeri, F., Shahidi, M., Ghare Naz, M. S., et al. (2020). The prevalence of anxiety symptoms in infertile women: a systematic review and meta-analysis. *Fertility Research and Practice*, 6, 7.
- Kiani, Z., Simbar, M., Hajian, S., & Zayeri, F. (2021). The prevalence of depression symptoms among infertile women: a systematic review and meta-analysis. *Fertility Research and Practice*, 7(1), 6.
- Knijff, E. M., Bijma, H. H., Koch, B. C. P., & Simons, S. H. P. (2017). *Psychofarmaca en peripartum*. Landelijk Kenniscentrum Psychiatrie en Zwangerschap.
- Korenromp, M. J. (2006). *Parental adaptation to termination of pregnancy for fetal anomalies*. Retrieved 2021, from <https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/9774/index.htm;jsessionid=3B54F812C0E78F9C9FE1ABA75D6FB061?sequence=6>
- Kotelchuck, M., Cheng, E. R., Belanoff, C., Cabral, H. J., Babakhanlou-Chase, H., Derrington, T. M., et al. (2017). The Prevalence and Impact of Substance Use Disorder and Treatment on Maternal Obstetric Experiences and Birth Outcomes Among Singleton Deliveries in Massachusetts. *Maternal and Child Health Journal*, 21(4), 893-902.
- Lieberman, A. F., Padrón, E., Van Horn, P., & Harris, W. W. (2005). Angels in the nursery: The intergenerational transmission of benevolent parental influences. *Infant Mental Health Journal*, 26(6), 504-520.
- McAllister-Williams, R. H., Baldwin, D. S., Cantwell, R., Easter, A., Gilvarry, E., Glover, V., et al. (2017). British Association for Psychopharmacology consensus guidance on the use of psychotropic medication preconception, in pregnancy and postpartum 2017. *Journal of Psychopharmacology*, 31(5), 519-552.
- Milgrom, J., & Gemmill, A. W. (2015). *Identifying Perinatal Depression and Anxiety: Evidence-based Practice in Screening, Psychosocial Assessment and Management*. Wiley Blackwell.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2021). *Pledge Preconceptionele gezondheid*. Retrieved 2021, from <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/wp-content/uploads/2021/06/Pledge-preconceptionele-gezondheid.pdf>
- Montagnoli, C., Zanconato, G., Cinelli, G., Tozzi, A. E., Bovo, C., Bortolus, R., et al. (2020). Maternal mental health and reproductive outcomes: a scoping review of the current literature. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 302(4), 801-819.
- Munk-Olsen, T., Munk Laursen, T., Mendelson, T., Pedersen, C. B., Mors, O., & Mortensen, P. B. (2009). Risks and predictors of readmission for a mental disorder during the postpartum period. *Archives of general psychiatry*, 66(2), 189-195.

- National Collaborating Centre for Mental Health (2018). *The Perinatal Mental Health Care Pathways. Full implementation Guidance*. Retrieved 2021, from https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/nccmh/perinatal/nccmh-the-perinatal-mental-health-care-pathways-full-implementation-guidance.pdf?sfvrsn=73c19277_2
- National Collaborating Centre for Mental Health (2018). *Antenatal and Postnatal Mental Health: The NICE Guideline on Clinical Management and Service Guidance. Updated edition*. Retrieved 2021, from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/evidence/full-guideline-pdf-4840896925>
- Nuyts, T., Crombag, N., Verbeke, E., Hermans, S., Luyten, J., & Bogaerts, A. (2021). *Veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap. Nieuwe uitdagingen voor de geestelijke gezondheidszorg tijdens de eerste 1000 dagen van het leven*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- N. S. W. Department of Health (2009). *SAFE START Guidelines: Improving Mental Health Outcomes for Parents & Infants*. New South Wales: N. S. W. Department of Health.
- O'Hara, M. W., & Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best practice & research. Clinical obstetrics and gynaecology*, 28(1), 3-12.
- Opgroeien (n.d.). *Signs of Safety*. Retrieved September 12, 2021, from <https://www.jeugdhulp.be/signs-of-safety/signs-of-safety>
- Paarlberg, M., Wennink, H., & Lambregtse-van den Berg, M. (2015). Hoofdstuk 37 Expertisebehandelcentra voor psychiatrie en zwangerschap. In: M. Lambregtse-van den Berg, I. van Kamp, & H. Wennink (Eds.). *Handboek psychiatrie en zwangerschap* (pp. 375-386). Utrecht: De Tijdstroom.
- Paschetta, E., Berrisford, G., Coccia, F., Whitmore, J., Wood, A. G., Pretlove, S., et al. (2014). Perinatal psychiatric disorders: an overview. *American journal of obstetrics and gynecology*, 210(6), 501-509.
- Peeters, H., Van Parys, A. S., Clauwaert, E., Vercaeren, G., Everaert, C., Decroos, V., et al. (2020). *Eindrapport van het project 'Perinatale Mentale Gezondheid (PMG)'. Periode 15 Dec 2018 - 14 Dec 2019*.
- Reyns, M. (2016). *Centering Pregnancy*. Retrieved 2021, from <http://www.expoo.be/sites/default/files/atoms/files/Centering%20pregnancy.pdf>
- Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (2021). *Overeenkomst tussen het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en het netwerk geestelijke gezondheid XXX betreffende de financiering van de psychologische functies in de eerstelijns via netwerken en lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden*. Retrieved 2021, from https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/overeenkomst_versterkt_psychologisch_zorgaanbod_voor_iedereen.pdf
- Roseboom, T. (2018). *De eerste 1000 dagen - Het fundamentele belang van een goed begin vanuit biologisch, medisch en maatschappelijk perspectief*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Rowland, T. A., & Marwaha, S. (2018). Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, 8(9), 251-269.
- Royal College of Psychiatrists (2015). *College Report CR197: Perinatal mental health services: Recommendations for the provision of services for childbearing women*. London: Royal College of Psychiatrists.
- Russell, E. J., Fawcett, J. M., & Mazmanian, D. (2013). Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(4), 377-385.

- Shorey, S., Chee, C. Y. I., Ng, E.D., Chan, Y.H., Tam, W. W. S., & Chong, Y. S. (2018). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, *104*, 235-248.
- Shulman, C. (2016). *Research and Practice in Infant and Early Childhood Mental Health*. Switzerland: Springer.
- Stern, D., & Menzel, B. (1996). The Motherhood Constellation. *Contemporary Psychology: A Journal of Reviews*, *41*(5), 499-500.
- Stoffer, R. (2005). *Het vijf-gesprekkenmodel. Een handleiding*. Utrecht: Eburon.
- Sutter-Dallay, A.-L., Glangeaud-Freudenthal, N. M.-C., Guedeney, A., & Riechler-Rössler, A. (2016). *Joint Care of Parents and Infants in Perinatal Psychiatry*. Switzerland: Springer.
- Szkodziak, F., Krzyżanowski, J., & Szkodziak, P. (2020). Psychological aspects of infertility. A systematic review. *The Journal of international medical research*, *48*(6), 300060520932403.
- Van Damme, R., Van Parys, A. S., Vogels, C., Roelens, K., & Lemmens, G. (2018). *Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen: richtlijn als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad*. Gent, Brussel: UZ Gent, Universiteit Gent, Karus, Vlaanderen is zorg.
- Van den Broeck, U., Emery, M., Wischmann, T., & Thorn, P. (2010). Counselling in infertility: individual, couple and group interventions. *Patient Education and Counseling*, *81*(3), 422-428.
- Vandeurzen, J., & Van Mulders, S. (2018). *Zorggarantie bij uithuisplaatsing van jonge kinderen in Vlaanderen*. Retrieved 2021, from https://www.jeugdhulp.be/sites/default/files/documents/180529_rondzendbrief_werf_2_zorggarantie.pdf
- Van Haeken, S., Braeken, M. A. K. A., Nuyts, T., Franck, E., Timmermans, O., & Bogaerts, A. (2020). Perinatal Resilience for the First 1,000 Days of Life. Concept Analysis and Delphi Survey. *Frontiers in psychology*, *3*(11).
- Vesga-López, O., Blanco, C., Keyes, K., Olfson, M., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2008). Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Archives of general psychiatry*, *65*(7), 805-815.
- Vlaamse Regering (2019). *Decreet betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod*. Retrieved 2021, from <https://codex.vlaanderen.be/Zoeken/Document.aspx?DID=1031696¶m=inhoud&ref=search&AVIDS=>
- Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (n.d.). *Me-ASSIST*. Retrieved 2021, from [VAD me-ASSIST](#)
- Vliegen, N., & Rexwinkel, M. (2011). Hoofdstuk 3.2 Moeder en vader worden. De geboorte van het ouderschap en het gezin. In: M. Rexwinkel, M. Schmeets, C. Pannevis, & B. Derkx (Eds.). *Handboek Infant Mental Health*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Vliegen, N., & Verhaest, Y. (2020). *Vroege ontwikkeling alle kansen geven*. Kalmthout: Pelckmans Pro.
- Wanders, F., & Ploeg, C. (n.d.). *KINGS. Kind IN Gezond Systeem. Behandeling voor kinderen, jongeren en hun ouders (geïntegreerde traumaverwerkingsmethode)*. Retrieved 2021, from <https://docplayer.nl/152037254-Kings-kind-in-gezond-systeem-behandeling-voor-kinderen-jongeren-en-hun-ouders-geintegreerde-traumaverwerkingsmethode.html>
- Waugh, C. E., & Koster, E. H. W. (2015). A resilience framework for promoting stable remission from depression. *Clinical Psychology Review*, *41*, 49-60.

- Wesseloo, R., Burgerhout, K. M., Koorengevel, K. M., & Bergink, V. (2015). [Postpartum psychosis in clinical practice: diagnostic considerations, treatment and prevention]. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 57(1), 25-33.
- Westen, K. H., Mulder, C. L., Kroon, H., & Delespaul, P. (2020). De ggz in Oost-Lille: inspiratie voor de praktijk van netwerkzorg in de ggz. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 62(6), 465-471.
- Westra, X., Rijnders, M., Crone, M., & Detmar, S. (2021). *Economische Evaluatie CenteringPregnancy in Nederland*. Leiden: TNO Public.
- Winnicott, D.W. (1984). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment. Studies in the Theory of Emotional Development*. London: Routledge.
- Wischmann, T. (2020). Psychological impact of infertility and assisted reproduction. In: R.M. Quatraro, & P. Grussu (Eds.) *Handbook of perinatal clinical psychology - From theory to practice*. New York: Routledge.
- Wisner, K. L., Sit, D. K. Y., Mcshea, M. C., Rizzo, D. M., Zoretich, R. A., Hughes, C. L., et al. (2013). Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA psychiatry*, 70(5), 490-498.
- World Health Organization (2014). *Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy*. Retrieved 2021, from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548731>
- World Health Organization (2020). *Alcohol consumption and sustainable development: fact sheet on Sustainable Development Goals (SDGs): health targets*. Retrieved 2021, from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340806/WHO-EURO-2020-2370-42125-58041-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization (2021). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013 - 2030*. Retrieved 2021, from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., et al. (2009). The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology, 2009. *Human Reproduction*, 24(11), 2683-2687.
- Zeanah, P., Stafford, B., Nagle, G., & Rice, T. (2005). *Addressing Social-Emotional Development and Infant Mental Health in Early Childhood Systems*. Retrieved 2021, from <https://eric.ed.gov/?id=ED496853>

BEGRIPPENLIJST

- **Derde lijn:**
Dit is de 'supergespecialiseerde' zorg, geleverd in een aantal centra door specialisten die een bijkomende opleiding volgden. Enkele voorbeelden zijn: vruchtbaarheidscentra, psychiatrische ziekenhuizen, universitaire ziekenhuizen, genetisch onderzoek, ...
- **Eerste lijn:**
Basiszorg die buiten de muren van een ziekenhuis aan een zorgbehoevende verstrekt wordt (door een huisarts, Kind & Gezin, Centrum voor Algemeen Welzijnswerk, eerstelijnspsycholoog, kinesitherapeut, ...).
- **Epistemisch vertrouwen:**
De bereidheid/openheid om nieuwe kennis in jezelf op te nemen omdat ze betrouwbaar is, voor jou persoonlijk relevant is en je kan gaan helpen in je leven.
- **Ernstige psychiatrische aandoening:**
Een ernstige psychiatrische aandoening is een aandoening met impact op verschillende levensdomeinen en waarbij vermindering van de symptomen niet leidt tot verbetering op de andere levensdomeinen. Het gaat om mensen die langdurig nood hebben aan geïntegreerde intersectorale zorg.
- **Geïntegreerde zorg:**
Een zorg (gaande van gezondheidsbevordering, ziektepreventie, intake, inschaling van de zorg, diagnose van de ziekte, zorgbegeleiding, medische behandeling, ondersteuning, herstel en zorg bij het levenseinde) waarin het aanbieden, het beheren en het organiseren ervan samen worden gebracht tot een naadloos geheel.
- **Medeouder:**
De medeouder betreft de andere ouder of mede-hechtingsfiguur voor het kind. Deze hechtingsfiguur binnen het niet-professioneel netwerk van de ouder, is niet enkel ondersteunend en te betrekken bij het ontbreken van een 'medeouder'. Ook in de context van gedeeld ouderschap kan deze hechtingsfiguur het ouderschap van de ouder(s) haalbaar maken.
- **Nulde lijn:**
Zorgverleners en diensten die dienstverlening aanbieden met een zo laag mogelijke drempel. Voorbeelden hiervan zijn mantelzorg en ondersteuning via ontmoetingsruimtes, maar ook crisiscentra geven aan zich op de nulde lijn te situeren. Zij willen zorgverlening zonder drempels aanbieden, zoals bv. telefonische hulpverlening waar men ook anoniem een vraag kan stellen.
- **Perinatale mentale gezondheid:**
Perinatale mentale gezondheid heeft betrekking op de mentale gezondheid van zowel ouder(s) als kind in de perinatale periode.
- **Subsidiariteitsprincipe:**
Zorgactoren bieden eerst de meest persoonsgerichte, effectieve, efficiënte, minst ingrijpende en meest kortdurende zorgvorm aan die mogelijk en nodig is.
- **Tweede lijn:**
Dit betreft tot op zekere hoogte gespecialiseerde zorg. Deze zorg wordt vaak in een ziekenhuis verschaft, doch wordt ook ambulantly buiten de muren van het ziekenhuis aangeboden (bv. kinderartsen, gynaecologen, Centra Geestelijke Gezondheidszorg, residentiële opvang binnen het Centrum voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning, Centrum Integrale Gezinszorg, ...).

- **Veerkracht:**
Veerkracht wordt gedefinieerd als een proces naar een groter welbevinden in de vorm van persoonlijke groei, familie balans, aanpassing of acceptatie, wanneer geconfronteerd met stressors, uitdagingen of tegenspoed. De aanwezigheid van veerkracht attributen zoals sociale ondersteuning, self-efficacy, gevoel van meesterschap en zelfvertrouwen vergroten het vermogen om veerkrachtig te zijn en zijn preventief naar mentale gezondheidsproblemen (Van Haeken et al., 2020). In het algemeen wordt verondersteld dat iemand veerkrachtig is als deze persoon in staat is om om te gaan met uitdagingen, stress en tegenslagen waarmee hij/zij geconfronteerd wordt (Waugh & Koster, 2015). Het is een groei- of aanpassingsproces met het vermogen om na een periode van verstoring terug te keren naar een stabiele toestand.
- **Vermaatschappelijking van zorg- en hulpverlening:**
Vermaatschappelijking van de zorg- en hulpverlening beoogt een verschuiving binnen de zorg- en hulpverlening waarbij gestreefd wordt naar een eigen zinvolle plek in de samenleving voor alle mensen met al hun mogelijkheden en kwetsbaarheden. Het is met andere woorden een verhaal van inclusie. Specifieke aandacht gaat hierbij naar mensen met een beperking, chronisch zieken, kwetsbare ouderen, mensen in armoede, ... Indien nodig worden mensen hierbij ondersteund en verloopt deze ondersteuning zoveel mogelijk geïntegreerd in de samenleving. Deze ondersteuning wordt uitgebouwd met respect voor de eigen krachten en mogelijkheden van de gebruiker en zijn omgeving. Het doel van de vermaatschappelijking is het creëren van verbondenheid (er zijn voor elkaar als het nodig is) en het (letterlijk) bouwen aan een samenleving waarin eenieder zijn zinvolle plaats heeft, door het enorme menselijke kapitaal dat in de samenleving aanwezig is, te mobiliseren.
- **Zorgaanbieder:**
Een persoon die beroepshalve zorgen of diensten in de (eerstelijns)zorg verleent aan een persoon met een zorgnood. Deze persoon kan zowel zelfstandig als in dienstverband deze zorgen aanbieden. Het kan gaan over zorgaanbieders uit de algemene sociale dienstverlening, lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg, thuiszorg, relaties en seksualiteit, opleiding/werkloosheid/ tewerkstelling, huisvesting, rechtshulp en justitie, kinderen en gezinnen (dienstverlening en voorzieningen Kind & Gezin en jeugdhulp, groeipakket,...), jongeren, jeugdhulpverlening), ouderen, personen met een handicap, personen met een migratieachtergrond, armoede en kansarmoede, samenlevingsopbouw, overheden gerelateerd aan het welzijns- en gezondheidsveld, gezondheidsvertrekkers erkend door K.B.78.

LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN

- C.A.W.: Centrum Algemeen Welzijnswerk
- C.G.G.: Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg
- C.I.G.: Centrum Integrale Gezinszorg
- C.K.G.: centrum kindzorg en gezinsondersteuning
- E.L.P.: eerstelijnspsycholoog
- E.P.A.: Ernstige Psychiatrische Aandoening
- F.A.S.: Foetaal Alcohol Syndroom
- F.A.S.D.: Foetaal Alcohol Spectrum Disorder
- I.M.H.: Infant Mental Health
- M.B.E.: Moeder-Baby Eenheid
- M.I.C.: Maternal Intensive Care
- M.S.O.C.: Medisch Sociaal Opvangcentrum
- N.O.P.: Neonatologie, Obstetrie en Pyschiatrie
- O.C.J.: Ondersteuningscentrum jeugdzorg
- P.A.A.Z.: Psychiatrische Afdeling in een Algemeen Ziekenhuis
- P.I.M.H.: Parent Infant Mental Health
- P.M.G.: Perinatale Mentale Gezondheid
- P.M.G.T.: perinataal mentaal gezondheidsteam
- P.O.P.: Pediatrie, Obstetrie en Psychiatrie
- R.I.Z.I.V.: Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
- T.O.P.: Termination Of Pregnancy
- V.E.N.P.M.G.: Vlaams Expertise Netwerk Perinatale Mentale Gezondheid
- V.K.: Vertrouwenscentrum Kindermishandeling
- V.L.O.G.G.: Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid
- V.T.E.: Voltijds Equivalenten

BIJLAGE: ORGANISATIE STAKEHOLDERSTOETS

De aanbevelingen werden per 2 online meetings voorgelegd aan een ruime groep van stakeholders.

Op 15 juli 2021 werd hiertoe een 'Save-the-date' verstuurd.

De eigenlijke uitnodiging met bijhorende online vergaderlinken werd verzonden op 15 september 2021:

UITNODIGING: 20 of 21 September 2021

Toetsen van beleidsvoorstellen ter ondersteuning van perinatale mentale gezondheid in Vlaanderen

Het Vlaams Expertise Netwerk Perinatale Mentale Gezondheid (VEN PMG) werd in 2018 opgericht ter verdere ondersteuning van perinatale mentale gezondheid in Vlaanderen.

Belangrijke doelstellingen hierbij zijn:

- de implementatie van de richtlijn tot screening en detectie van psychische problemen tijdens de perinatale periode
- de uitbouw van regionale zorgpaden

Meer informatie over het VEN PMG vindt u [hier](#).

In 2021 werkte een versterkte werkgroep binnen het VEN PMG aan beleidsvoorstellen voor een uitbreidingsbeleid perinatale mentale gezondheid vanaf 2022. Het betreft een visie op het wenselijk beleid en wat daarvoor nodig is. Er wordt vertrokken van een brede focus: van ambulant tot residentieel, van preventieve (veerkracht-) ondersteuning tot curatie, van preconceptie tot het kind 2 jaar is (eerste 1000 dagen), met aandacht voor het mentaal welzijn van het (aanstaande) gezin en in aansluiting met het bestaande zorgaanbod.

De werkgroep wil deze voorstellen **aftoetsen bij stakeholders**, vooraleer ze worden overgemaakt aan minister Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding. U ontvangt daarom deze uitnodiging.

Wanneer: **maandag, 20 september 2021 van 10.30u tot 12u OF;**
dinsdag, 21 september 2021 van 9u tot 10.30u
De dialoogsessies worden opgenomen zodat u ze nadien op vraag kan bekomen.

Waar: online, toegang via link op bovenstaande datum naar keuze

Voor wie: perinatale stakeholders (geestelijke en somatische zorg)

Kostprijs: gratis

Met vragen kan u terecht bij:

- Evelyne Deguffroy (Agentschap Opgroeien): evelyne.deguffroy@opgroeien.be of 0473 59 16 01
- Elke Frans (Agentschap Zorg en Gezondheid): elke.frans@vlaanderen.be of 02 553 09 71
- Marie-Jeanne Schoofs (Agentschap Opgroeien): marie-jeanne.schoofs@opgroeien.be of 0496 59 15 46 (jaarverlof t.e.m. 16/9)

We hopen u te mogen ontmoeten op deze dialoogsessie!

In functie van een maximaal bereik van stakeholders, werd de uitnodiging via verschillende kanalen verspreid. De leden van de Werkgroep Traject P.M.G. maakten de uitnodiging persoonlijk bekend in hun eigen netwerken (waaronder t.a.v. contacten in Algemene en Universitaire Ziekenhuizen, zorggarantie, 1G1P, Huizen van het Kind, ...). Daarnaast werd de uitnodiging per email verzonden naar volgende lijst van stakeholders, opgesteld door de leden van bovennoemde Werkgroep:

- Berrefonds
- Coördinatoren Netwerken geestelijke gezondheid kinderen en jongeren
- Coördinatoren Netwerken geestelijke gezondheid volwassenen
- Diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg (kraamzorg)
- Domus Medica
- Expertisecentra Kraamzorg
- Fara
- Gezondheid en Wetenschap
- Intersectorale medewerkers Agentschap Opgroeien

- Opleidingshoofden vroedkunde
- Organisatie perinatale themadagen voor mobiele crisisteam
- PATH-project
- Procesbegeleiders P.M.G. Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid
- Psychopedagogen Agentschap Opgroeien
- Steunpunt Geestelijke Gezondheid
- Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
- Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen
- Vlaams Expertisecentrum voor Kindermishandeling
- Vlaams Expertise Netwerk Perinatale Mentale Gezondheid
- Vlaams Instituut Gezond Leven
- Vlaams Instituut Voor de Eerste Lijn
- Vlaamse sociale kaart
- Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen
- Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
- Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde
- WAIMH-Vlaanderen