

---

## **Screening en triage van perinatale psychische problemen**

**Optimaliseren van de indicatiestelling en triage  
bij perinatale geestelijke gezondheidsproblemen en  
optimaliseren van de samenwerkingsafspraken  
tussen de betrokken zorgactoren op de verschillende zorgniveaus**

---

Leonie Miserez

Leontien Jansen

Annick Bogaerts

KU Leuven

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin  
Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven  
Tel 0032 16 37 34 32  
E-mail: [swvg@kuleuven.be](mailto:swvg@kuleuven.be)  
Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

**STEUNPUNT  
WELZIJN  
VOLKSGEZONDHEID &  
GEZIN**

Publicatie nr. 2026/08

SWVG-Rapport 65

Titel rapport: Screening en triage van perinatale psychische problemen: Optimaliseren van de indicatiestelling en triage bij perinatale geestelijke gezondheidsproblemen en optimaliseren van de samenwerkingsafspraken tussen de betrokken zorgactoren op de verschillende zorgniveaus

Promotor: prof dr. Annick Bogaerts

Copromotor: dr. Leontien Jansen

Onderzoeker: Leonie Miserez

KU Leuven

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. De Vlaamse Overheid kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.

#### Het consortium SWVG

| <i>Deelnemende instellingen - Dagelijks bestuur</i>         |  |                                                   |
|-------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------|
| <b>KU Leuven</b>                                            |  |                                                   |
| · LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy          |  | Prof. dr. Anja Declercq<br>Prof. dr. Koen Hermans |
| · Instituut voor Sociaal Recht                              |  | Prof. dr. Johan Put                               |
| · HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving     |  | Prof. dr. Tine Van Regenmortel                    |
| <b>UGent</b>                                                |  |                                                   |
| · Vakgroep Marketing, Innovatie en Organisatie              |  | Prof. dr. Kaat De Pourcq                          |
| · Vakgroep Sociaal Werk en Sociale Pedagogiek               |  | Prof. dr. Griet Roets                             |
| · Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg               |  | Prof. dr. Jeroen Trybou                           |
| <b>Vrije Universiteit Brussel</b>                           |  |                                                   |
| · Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen            |  | Prof. dr. Johan Vanderfaeillie                    |
| <b>Universiteit Antwerpen</b>                               |  |                                                   |
| · Faculteit Sociale Wetenschappen                           |  | Prof. dr. Koen Decancq                            |
| <i>Partnerinstellingen</i>                                  |  |                                                   |
| <b>Universiteit Hasselt</b>                                 |  |                                                   |
| · Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen              |  | Prof. dr. Wim Pinxten                             |
| <b>Thomas More Hogeschool</b>                               |  |                                                   |
| · Unit Mens & Welzijn                                       |  | Dr. Peter De Graef                                |
| <b>Arteveldehogeschool</b>                                  |  |                                                   |
| · Sociaal Werk                                              |  |                                                   |
| <b>Hogeschool Gent</b>                                      |  |                                                   |
| · Onderzoekscentrum 360° Zorg en Welzijn                    |  |                                                   |
| <b>UC Leuven-Limburg</b>                                    |  |                                                   |
| · Research & Expertise - Expertisecentrum Health Innovation |  |                                                   |
| <b>Karel De Grote hogeschool</b>                            |  |                                                   |
| · Onderzoek en maatschappelijke dienstverlening             |  |                                                   |
| <b>Hogeschool PXL</b>                                       |  |                                                   |
| · Expertisecentrum PXL Social Work Research                 |  |                                                   |
| <b>Odisee co-hogeschool</b>                                 |  |                                                   |
| · Studiegebied Sociaal-Agogisch Werk                        |  |                                                   |
| <b>KeFor</b>                                                |  |                                                   |
| · Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg              |  |                                                   |
| <i>Coördinatie en secretariaat</i>                          |  |                                                   |
| Coördinator SWVG                                            |  | Dr. Kathleen De Cuyper                            |
| Administratieve ondersteuning                               |  | Manuela Schröder<br>Lut Van Hoof                  |

## Rapport 65

Juli 2026

### Screening en triage van perinatale psychische problemen: Optimaliseren van de indicatiestelling en triage bij perinatale geestelijke gezondheidsproblemen en optimaliseren van de samenwerkingsafspraken tussen de betrokken zorgactoren op de verschillende zorgniveaus

Onderzoeker: Leonie Miserez<sup>1</sup>  
Promotor: prof. dr. Annick Bogaerts<sup>1</sup>  
Copromotor: dr. Leontien Jansen<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Departement Ontwikkeling en Regeneratie, REALIFE-onderzoeksgroep, KU Leuven

<sup>2</sup>Departement Neurowetenschappen, Onderzoeksgroep Maatschappelijke Geestelijke Gezondheidszorg, KU Leuven

## Samenvatting

### Situering en doelstellingen

Perinatale psychische problemen vormen een belangrijk volksgezondheidsprobleem. Ongeveer één op de vijf vrouwen ervaart psychische klachten tijdens de perinatale periode. Ook bij partners worden gelijkaardige prevalentiecijfers gerapporteerd. Psychische kwetsbaarheid blijkt bovendien vaak reeds vóór de zwangerschap aanwezig te zijn en kan tijdens de perinatale periode verder versterkt worden. Tegelijk creëert de frequente opvolging van zorgverleners tijdens de zwangerschap en het postpartum belangrijke opportuniteiten voor vroegdetectie, tijdige ondersteuning of doorverwijzing naar gepaste hulp.

De organisatie van het perinatale geestelijk gezondheidsaanbod in Vlaanderen verloopt momenteel binnen een complex en gefragmenteerd zorglandschap met verschillende betrokken actoren, zorgniveaus en initiatieven. Hierdoor ontstaan uitdagingen inzake samenwerking, indicatiestelling en doorverwijzing.

De doelstellingen van dit project waren dan ook als volgt:

1. Wat is het aanbod en de spreiding van perinatale geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen?
2. Hoe gebeurt de triage en indicatiestelling voor de verschillende zorgentiteiten binnen de perinatale geestelijke gezondheidszorg (ambulante, outreachende, thuis-, dag- en residentiële behandeling) in Vlaanderen?

3. Welke parameters, screeningsinstrumenten en criteria kunnen bijdragen tot een gedeelde besluitvorming over indicatiestelling en triage, inzake perinatale psychische problemen, tussen zorg- en welzijnsactoren op verschillende zorgniveaus?
4. Op basis van de resultaten van de eerste drie onderzoeksvragen, welke aangepaste of nieuwe samenwerkingsafspraken kunnen gemaakt worden tussen voorzieningen om de toegang tot perinatale geestelijke gezondheidszorg en de continuïteit van zorgtrajecten te verbeteren?

### Methodologie

Het onderzoek werd uitgevoerd binnen de drie Limburgse netwerken geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (Reling, Noolim en Ligant). Voor dit project werd gebruikgemaakt van een mixed-method design.

In een eerste onderzoeksfase werd een matrix ontwikkeld en gevalideerd om het perinatale gezondheidsaanbod in kaart te brengen. Deze matrix werd vervolgens ingevuld door zorgactoren uit de Limburgse netwerken via een online vragenlijst.

In een tweede onderzoeksfase werd gedurende één maand een kwantitatieve monitoring uitgevoerd van zorgvragen binnen de drie Limburgse GGZ-netwerken. Hierbij werden door de zorg- en welzijnsactoren uit de betrokken netwerken zowel perinatale zorgvragen als zorgvragen binnen de bredere reproductieve leeftijdsgroep geregistreerd.

In een derde onderzoeksfase werden focusgroepen georganiseerd met zorgverleners inzake hun ervaringen met screening en doorverwijzing van perinatale psychische problemen bij koppels.

De resultaten werden verder verfijnd via member checks en een netwerkevent met zorg- en welzijnsactoren uit de Limburgse GGZ-netwerken.

### Belangrijkste resultaten

De registratie van het perinataal psychisch zorgaanbod binnen de Limburgse GGZ-netwerken toont aan dat het aanbod voor het grootste deel zich situeert in grotere steden, zoals Hasselt, Sint-Truiden en Tongeren en het aanbod wordt voornamelijk georganiseerd door klinisch psychologen. Het aanbod bestaat hoofdzakelijk uit zorgverlener-geleide, fysieke contactmomenten, terwijl volledig digitale initiatieven beperkt aanwezig zijn. De meest voorkomende problematieken waarvoor zorgaanbod beschikbaar is, betreffen depressieve symptomen en angstklachten.

De resultaten van de kwantitatieve monitoring van zorgvragen binnen de Limburgse GGZ-netwerken tonen aan dat tijdens de registratieperiode in totaal 60 aanmeldingen afkomstig waren van personen in de perinatale periode, waarvan het merendeel zich in de postpartumperiode bevond ( $n = 52$ ). Daarnaast werden 971 aanmeldingen geregistreerd binnen de reproductieve leeftijdsgroep buiten de perinatale periode. De meeste aanmeldingen vanuit de perinatale populatie gebeurden binnen een psychiatrisch ziekenhuis (31.8%), gevolgd door het mobiel crisisteam (13.6%) en de Centra Geestelijke Gezondheidszorg (12.1%). Het merendeel van de aangemelde personen had de Belgische nationaliteit (91.1%). Bij de meeste aanmeldingen vond de eerstvolgende actie plaats op de locatie van aanmelding (72.4%), meestal in de vorm van een intakegesprek (53.8%), behandeling of opname (41%). Voor het grootste deel van de aanmeldingen vond deze vervolgactie binnen één maand plaats (86.1%). Ambulante begeleiding kwam significant vaker voor als eerstvolgende actie binnen de perinatale populatie in vergelijking met de reproductieve populatie (46.7% - 17.9%). De meest voorkomende primaire aanmeldingsklachten binnen de perinatale populatie waren depressieve symptomen (30.4%), middelengebruik (23.6%), angst (12.5%), problematische gezinssituatie (6/56: 10.7%) en suïcide-

gedachten-en plannen (5/56: 8.9). De analyse van psychiatrische crisis en urgentie om actie te ondernemen toont aan dat bij het grootste deel van de aanmeldingen geen urgentie aanwezig was (38.3%). Een beperkt aantal aanmeldingen werd geclassificeerd als de hoogste vorm van urgentie (4.3%). Er werd geen significant verschil gevonden in de totale crisis-score tussen de perinatale populatie en de reproductieve leeftijdsgroep. Wel werd binnen de perinatale populatie een hogere bereidheid tot behandeling vastgesteld, ten aanzien van de aanmeldingen vanuit de bredere reproductieve populatie.

De focusgroepen met 18 zorgverleners brachten verschillende ervaringen, barrières en facilitatoren naar voren met betrekking tot screening en doorverwijzing van perinatale psychische problemen. Zorgverleners maakten gebruik van uiteenlopende screeningstools, zoals de Whooley-vragen en de EPDS, al gebeurde screening vaak ook op basis van klinische inschatting of een 'niet-pluisgevoel'. De resultaten werden geclusterd tot vijf centrale thema's: samenwerking, gebrek aan kennis, structurele beperkingen, mandaat en toegang tot zorg. Zorgverleners benadrukten het belang van multidisciplinaire samenwerking, zorgafstemming en laagdrempelig contact tussen hulpverleners. Tegelijk werden tekorten ervaren in kennis over screening, kennis over psychische problemen bij partners en beschikbare doorverwijsmogelijkheden. Daarnaast werden tijdsdruk, beperkte financiering, administratieve belasting, onduidelijkheid over verantwoordelijkheden en wachttijden ervaren als belangrijke belemmeringen inzake de screening en doorverwijzing van perinatale psychische problemen. Ook taboe, schaamte en het ontbreken van een vertrouwensrelatie bemoeilijkten het bespreekbaar maken van psychische klachten en dus de screening ervan. De member check bevestigde deze thema's en benadrukte bijkomend het belang van het informele netwerk rond de (aanstaande) ouders.

De feedback uit het netwerkevent bevestigde dat screening en doorverwijzing van perinatale psychische problemen plaatsvinden binnen een gefragmenteerd en complex zorglandschap. Zorgverleners gaven aan dat het detecteren en interpreteren van signalen niet vanzelfsprekend verlopen en benadrukten de nood aan een sterkere ondersteuning van de eerste lijn in vroegdetectie, motivering van gezinnen en gerichte doorverwijzing. Daarnaast werd gewezen op een gebrek aan overzicht van het beschikbare zorgaanbod en onduidelijkheid over doorverwijsmogelijkheden, wat de toeleiding naar gepaste zorg bemoeilijkt. De deelnemers benadrukten het belang van geïntegreerde samenwerking, zorgcoördinatie en laagdrempelige, outreachende zorg. Ook stigma, schaamte en angst voor mogelijke gevolgen van hulpverlening werden benoemd als belangrijke drempels voor gezinnen om psychische problemen bespreekbaar te maken. Verder werd gewezen op de beperkte capaciteit binnen het gespecialiseerde geestelijke gezondheidsaanbod en de lange wachtlijsten, waardoor een kloof ontstaat tussen detectie en effectieve behandeling. Tot slot werd het beter benutten en afstemmen van bestaande databronnen gezien als een belangrijke opportuniteit voor monitoring en opvolging van zorgtrajecten.

Vier bevindingen staan centraal in dit rapport: (1) structurele beperkingen in toegankelijkheid en inclusiviteit van het zorgaanbod, (2) vroegdetectie - en interventie versterken, (3) de complexiteit en ernst van perinatale psychische problematiek vanuit een life course perspectief en (4) beperkte focus op partners van (aanstaande) moeders binnen de perinatale zorg.

Het huidige perinatale GGZ-landschap wordt gekenmerkt door een gebrek aan geïntegreerde samenwerking en continuïteit van zorg over verschillende zorgniveaus heen, als ook met het bredere GGZ-netwerk. Screening en doorverwijzing verlopen vaak weinig uniform en zijn sterk afhankelijk van lokale samenwerkingsverbanden en individuele expertise. Tegelijk ervaren zorgverleners nood aan duidelijke richtlijnen, ondersteuning en multidisciplinaire samenwerking.

### Conclusie

De resultaten van dit project tonen aan dat perinatale GGZ niet alleen onder druk staat door capaciteitsproblemen, maar vooral door een gebrek aan kennis, geïntegreerde zorg en continuïteit over zorgniveaus en sectoren heen.

Op basis van deze bevindingen worden verschillende beleidsaanbevelingen geformuleerd, die als volgt kunnen samengevat worden:

- Ontwikkel het perinatale geestelijke gezondheidsaanbod als een geïntegreerd zorgcontinuüm over eerste, tweede en derde lijn, met afgestemde gedeelde verantwoordelijkheid en zorgcontinuïteit;
- Vermijd geïsoleerde investeringen (bv. alleen screening); kies voor structurele financiering en langetermijnvisie;
- Versterk thuisnabije, gezins- en contextgerichte zorg, met multidisciplinaire en outreachende perinatale teams;
- Verminder geografische en socio-economische ongelijkheden via eerstelijnsversterking, blended care en betere netwerkafstemming met ook integratie van perinatale zorgverleners;
- Ontwikkel duidelijke, gedeelde richtlijnen voor screening, triage en opvolging, gekoppeld aan reële vervolgmogelijkheden;
- Investeer in tijd, opleiding en competentieversterking van perinatale eerstelijnsactoren;
- Erken en organiseer zorg rond de complexiteit en specifieke aard van perinatale problematieken;
- Veranker een gezinsgerichte benadering, met structurele betrokkenheid van perinatale zorgverleners en partners;
- Verbeter monitoring, data-koppeling en informatie-uitwisseling ter ondersteuning van beleid en praktijk.

Dit project vormt een belangrijke bouwsteen voor de verdere ontwikkeling en implementatie van een meer coherent georganiseerd systeem van perinatale GGZ in Vlaanderen.

## Inhoud

|                                                                                                                          |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Inleiding</b>                                                                                                         | <b>11</b> |
| <b>Hoofdstuk 1      Doelstellingen</b>                                                                                   | <b>15</b> |
| <b>Hoofdstuk 2      Conceptueel kader</b>                                                                                | <b>17</b> |
| 2.1    Public health                                                                                                     | 17        |
| 2.2    Getrapt zorgmodel WHO                                                                                             | 18        |
| 2.3    Operationalisering in de Vlaamse context                                                                          | 19        |
| 2.3.1   PERINET matrix                                                                                                   | 19        |
| 2.3.2   EF_41-model                                                                                                      | 21        |
| 2.3.3   Ligant Wegwijzer                                                                                                 | 22        |
| 2.3.4   Sociale kaart                                                                                                    | 23        |
| 2.3.5   Internationale praktijkvoorbeelden                                                                               | 23        |
| <b>Hoofdstuk 3      Methodologie</b>                                                                                     | <b>25</b> |
| 3.1    Het GGZ-netwerk in Limburg als blauwdruk                                                                          | 25        |
| 3.2    Design                                                                                                            | 26        |
| 3.3    Rekrutering                                                                                                       | 26        |
| 3.4    Doelstelling 1: zorgaanbod in kaart brengen                                                                       | 26        |
| 3.4.1   Design                                                                                                           | 26        |
| 3.4.2   Ontwikkeling voorlopige matrix (Deel 1)                                                                          | 26        |
| 3.4.3   Focusgroep ter validatie van de voorlopige matrix (Deel 2)                                                       | 27        |
| 3.4.4   Vragenlijst zorgaanbod (Deel 3)                                                                                  | 28        |
| 3.5    Doelstelling 2: de zorgvragen in kaart brengen via monitoring                                                     | 29        |
| 3.5.1   Design                                                                                                           | 30        |
| 3.5.2   Datacollectie                                                                                                    | 30        |
| 3.5.3   Data-analyse                                                                                                     | 32        |
| 3.6    Doelstelling 3: het in kaart brengen van ervaringen van zorgverleners bij het screenings-<br>en doorverwijsproces | 33        |
| 3.6.1   Design                                                                                                           | 33        |
| 3.6.2   Datacollectie                                                                                                    | 33        |
| 3.6.3   Data-analyse                                                                                                     | 34        |
| 3.6.4   Member check                                                                                                     | 34        |
| 3.7    Netwerkevent                                                                                                      | 34        |
| 3.8    Ethische aspecten                                                                                                 | 35        |

|                    |                                                                                                 |           |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Hoofdstuk 4</b> | <b>Resultaten</b>                                                                               | <b>37</b> |
| 4.1                | Doelstelling 1: zorgaanbod in kaart brengen                                                     | 37        |
| 4.1.1              | Feedback focusgroep matrix                                                                      | 37        |
| 4.1.2              | Registratie van het perinataal psychisch zorgaanbod                                             | 40        |
| 4.2                | Doelstelling 2: Zorgvragen via monitoring                                                       | 42        |
| 4.3                | Doelstelling 3: Ervaringen van zorgverleners inzake het screenings-en doorverwijsproces         | 52        |
| 4.3.1              | Deelnemers                                                                                      | 52        |
| 4.3.2              | Manier van screenen naar perinatale psychische problemen                                        | 52        |
| 4.3.3              | Barrières en facilitatoren ten aanzien van het screenings-en doorverwijsproces                  | 53        |
| <b>Hoofdstuk 5</b> | <b>Discussie</b>                                                                                | <b>61</b> |
| 5.1                | Structurele beperkingen in toegankelijkheid en inclusiviteit van het zorgaanbod                 | 61        |
| 5.2                | Vroegdetectie-en interventie versterken                                                         | 62        |
| 5.3                | Complexiteit en ernst van perinatale psychische problematiek binnen het life course perspectief | 63        |
| 5.4                | Beperkte focus van partners binnen de perinatale zorg                                           | 65        |
| <b>Hoofdstuk 6</b> | <b>Beleidsaanbevelingen</b>                                                                     | <b>67</b> |
| <b>Hoofdstuk 7</b> | <b>Conclusie</b>                                                                                | <b>75</b> |
| <b>Referenties</b> |                                                                                                 | <b>77</b> |
| <b>Appendix</b>    |                                                                                                 | <b>83</b> |

## **Lijst Tabellen**

|          |                                                                                  |     |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabel 1  | Zorgpartners focusgroep matrix                                                   | 94  |
| Tabel 2  | Beroepsgroepen                                                                   | 94  |
| Tabel 3  | Type organisatie                                                                 | 95  |
| Tabel 4  | Zorgaanbod per zorglijn                                                          | 95  |
| Tabel 5  | Deelgenomen partners                                                             | 97  |
| Tabel 6  | Socio-demografische gegevens                                                     | 98  |
| Tabel 7  | Professionele status perinatale periode – reproductieve leeftijd                 | 100 |
| Tabel 8  | Geplande acties perinatale periode                                               | 100 |
| Tabel 9  | Geplande acties door de zorgverlener perinatale periode – reproductieve leeftijd | 101 |
| Tabel 10 | Eerder zorggebruik perinatale periode                                            | 101 |
| Tabel 11 | CTRS subschaal bereidheid                                                        | 102 |
| Tabel 12 | Deelnemers netwerkevent – monitoring                                             | 102 |
| Tabel 13 | Deelnemers focusgroep                                                            | 104 |
| Tabel 14 | Deelnemers member check                                                          | 105 |

## **Lijst Figuren**

|           |                                                                          |    |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------|----|
| Figuur 1  | Getrapt zorgmodel WHO                                                    | 18 |
| Figuur 2  | Getrapt zorgmodel WHO – PERINATALE periode                               | 19 |
| Figuur 3  | PERINET zorgaanbod - Limburg                                             | 20 |
| Figuur 4  | EF_41 sjabloon                                                           | 21 |
| Figuur 5  | Ligant wegwijzer                                                         | 22 |
| Figuur 6  | Zorgaanbod Oostenrijk                                                    | 24 |
| Figuur 7  | Geografische indeling van de drie Limburgse GGZ-netwerken                | 25 |
| Figuur 8  | Werkingsgebied                                                           | 41 |
| Figuur 9  | Geregistreerde problematieken waarvoor een zorgaanbod geregistreerd werd | 42 |
| Figuur 10 | Drie populaties monitoring                                               | 43 |
| Figuur 11 | Aanmeldingen per locatie perinatale populatie – algemene populatie       | 44 |
| Figuur 12 | Woonsituatie perinatale periode – reproductieve leeftijd                 | 45 |
| Figuur 13 | Primaire en secundaire aanmeldingsklacht tijdens de perinatale periode   | 47 |
| Figuur 14 | Aanmeldingsklachten per locatie                                          | 48 |
| Figuur 15 | CTRS uit de perinatale populatie en de reproductieve populatie           | 49 |
| Figuur 16 | Verdeling CTRS per locaties                                              | 50 |
| Figuur 17 | Verdeling CTRS per aanmeldingsklacht                                     | 51 |

## Lijst Afkortingen

|          |                                                                                                                     |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BiB-tool | Born in Belgium tool                                                                                                |
| CGG      | Centra Geestelijke Gezondheidszorg                                                                                  |
| CKG      | Centrum voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning                                                                      |
| COREQ    | Consolidated Criteria for Reporting Qualitative research                                                            |
| ECK      | Expertise Centrum Kraamzorg                                                                                         |
| ELP      | Geconventioneerd Klinisch Psycholoog of Orthopedagoog binnen de RIZIV-conventie<br>'eerstelijnspsychologische zorg' |
| GGZ      | Geestelijke Gezondheidszorg                                                                                         |
| HvhK     | Huis van het Kind                                                                                                   |
| IMA      | InterMutualistisch Agentschap                                                                                       |
| K & G    | Kind & Gezin                                                                                                        |
| KPC      | Kinderpsychiatrisch Centrum                                                                                         |
| MCT      | Mobiel Crisis Team                                                                                                  |
| MLZ      | Mobiel team Langdurige Zorg                                                                                         |
| MSOC     | Medisch Sociaal Opvang Centrum                                                                                      |
| NHS      | National Health Service                                                                                             |
| OCJ      | OndersteuningsCentrum Jeugdzorg                                                                                     |
| OPZC     | Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum                                                                                  |
| PAAZ     | Psychiatrische Afdeling in een Algemeen Ziekenhuis                                                                  |
| PIMH     | Parent Infant Mental Health                                                                                         |
| PZ       | Psychiatrisch Ziekenhuis                                                                                            |
| SD       | Standaard Deviatie                                                                                                  |
| SWVG     | Steunpunt Welzijn Volksgezondheid en Gezin                                                                          |
| VK       | Vertrouwenscentrum Kindermishandeling                                                                               |
| WHO      | World Health Organisation                                                                                           |

## Inleiding

De perinatale periode, gedefinieerd als de tijdspanne van conceptie tot twee jaar na de bevalling en vaak aangeduid als de eerste 1.000 dagen van het leven, vormt een belangrijke transitiefase in het leven van ouders en gezinnen (Refaeli et al., 2024). Deze periode wordt gekenmerkt door ingrijpende biologische, psychologische en sociale veranderingen zoals hormonale schommelingen (Fan et al., 2009), veranderingen in de partnerrelatie (Ter Kuile et al., 2021), maar ook de mogelijke herval of ontwikkeling van psychische problemen, zoals zwangerschap gerelateerde angsten of depressieve stoornissen (Al-abri et al., 2023; Dennis et al., 2017; O'Hara & Wisner, 2014)

In de perinatale periode ervaart ongeveer één op vijf vrouwen perinatale psychische klachten (Al-abri et al., 2023; Howard et al., 2014; O'Hara & Wisner, 2014) en dezelfde prevalentiecijfers worden in toenemende mate ook gerapporteerd bij partners van vrouwen in de perinatale periode (Challacombe et al., 2023; Leiferman et al., 2021). Echter, beginnen niet alle psychische klachten in de perinatale periode, zo toont onderzoek aan dat een aanzienlijk deel van de depressies na de bevalling reeds gestart zijn voor de zwangerschap (Howard et al., 2014; Wisner et al., 2013). Op Vlaams niveau voldoet één op de vijf volwassenen aan de criteria van een psychische stoornis in de afgelopen 12 maanden. Tijdens de reproductieve leeftijd, de leeftijd tussen 15 en 49 jaar (*Indicator Metadata Registry details*. z.d.), ontstaan heel wat psychische stoornissen, de helft van de personen die een depressie zal ontwikkelen, ontwikkelt deze tussen de leeftijd van 16 en 37 jaar (Bruffaerts et al., 2024). De perinatale periode vormt binnen deze bredere levensfase een bijkomende transitie die het ontstaan van psychische problemen kan triggeren of de impact van bestaande psychische problemen kan vergroten (Al-abri et al., 2023; Dennis et al., 2017; O'Hara & Wisner, 2014). Dit benadrukt dat de perinatale psychische gezondheid niet los kan worden gezien van de bredere levensfase en zich bovendien niet beperkt tot de vrouw alleen, maar ook betrekking heeft op de partner.

De prevalentie van psychische stoornissen in de perinatale periode is vergelijkbaar met deze in de brede reproductieve populatie, maar de impact ervan kan aanzienlijk zijn, zowel voor de moeder, partner, als ook voor het ongebooren kind. In lijn met de Developmental Origins of Health and Disease (DOHaD)-hypothese kan blootstelling aan ongunstige prenatale en postnatale omstandigheden, waaronder maternale en paternale psychische stoornissen, langdurige effecten hebben op de neurobiologische ontwikkeling, stressregulatie en latere gezondheid van het kind (Barker et al., 1986; Huizink, Mulder, & Buitelaar, 2004). Zo wordt stress bij de vrouw en partner geassocieerd met een verhoogd risico op sociale en psychische problemen en met verminderde cognitieve uitkomsten bij het kind op latere leeftijd (Challacombe et al., 2023; Coussons-Read, 2013). Daarnaast wordt perinatale depressie bij de vrouw in verband gebracht met ongunstige zwangerschapsuitkomsten, zoals een verhoogd risico op zwangerschapscomplicaties, vroeggeboorte, en een verminderde moeder-kindbinding (Bränn et al., 2024). Bovendien vormt maternale depressie een belangrijke risicofactor voor paternale depressie (Bränn et al., 2024), waarbij de aanwezigheid van psychische problemen bij beide ouders samenhangt met nog ongunstigere ontwikkelingsuitkomsten voor het kind (England & Leslie, 2009; Smythe et al., 2022).

Gemiddeld wacht men tien jaar vooraleer men professionele hulp zoekt in het kader van psychische problemen, waarbij attitude gerelateerde redenen zoals het zelf willen oplossen mede aan de basis liggen (Bruffaerts et al., 2024). Het hulpzoekgedrag bij perinatale psychische klachten kan ook beïnvloed worden door verschillende factoren, waaronder de norm die heerst dat men zich sterk moet voordoen en 'een

goede moeder' moet zijn, als ook de angst voor uithuisplaatsing van het kind (Webb et al., 2023). Waar men lang wacht tot het zoeken van professionele hulp, bieden de professionele contacten binnen de perinatale periode een grote opportuniteit voor vroegtijdige detectie en ondersteuning van de psychische gezondheid bij de vrouw én haar partner (NICE, 2014; World Health Organisation, 2022). De richtlijnen van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg in België (KCE) raden tien afspraken aan tijdens een eerste zwangerschap en zeven afspraken bij vrouwen die eerder bevallen zijn, met een vroedvrouw, gynaecoloog of huisarts (Gyselaers et al., 2015). De aanwezigheid van meerdere contactmomenten creëert ruimte voor systematische screening van psychische problemen. Daarnaast kan het longitudinale contact met de zorgverlener voor een herhaalde screening zorgen, met meer kans op detectie (Falek et al., 2022). In Vlaanderen wordt de perinatale zorg georganiseerd via een multidisciplinair zorglandschap waarin zowel eerstelijns- als tweedelijnszorgactoren betrokken zijn, waaronder vroedvrouwen, huisartsen, gynaecologen, kinderartsen, Kind & Gezin en kraamzorgorganisaties (PERINET et al., 2026; Plexus zorgnetwerk, 2025). Hierdoor kan de screening in verschillende zorgsettings plaatsvinden overeenkomstig met de internationale richtlijnen (Falek et al., 2022).

In Vlaanderen werden bovendien verschillende instrumenten en richtlijnen ontwikkeld om psychische kwetsbaarheden tijdens de perinatale periode vroegtijdig in kaart te brengen. Zo wordt aanbevolen om tijdens de zwangerschap gebruik te maken van de Born in Belgium-tool (BiB-tool). De BiB-tool bevat 13 psychosociale indicatoren aan de hand van 21 vragen. Het merendeel van deze vragen richt zich op sociale kwetsbaarheden zoals financieel en huisvesting, aangevuld met de Whooley-vragen voor het opsporen van depressieve klachten en de GAD-2 voor angstklachten (Amuli et al., 2021). De BiB-tool is nog niet wetenschappelijk gevalideerd. In de postnatale periode wordt aangeraden de Whooley-vragen en de GAD-2-vragen te gebruiken (Plexus zorgnetwerk, 2025).

Waar optimalisatie van samenwerking tussen verschillende zorgniveaus binnen het perinatale zorglandschap (nulde, eerste, tweede en derde lijn) noodzakelijk is, streven initiatieven zoals het interfederaal plan geïntegreerde zorg voor de perinatale periode naar een betere afstemming tussen zorg- en welzijnsactoren en naar een versterking van de continuïteit van zorg voor (aanstaande) ouders (*Perinataal Programma: 'Zorg en Ondersteuning Voor Zwangere Vrouwen, Hun Kinderen en Hun Gezin Tijdens de Eerste 1000 Dagen' | RIZIV*, 2024). Zo wordt, in lijn met een geïntegreerde zorgbenadering, gestreefd naar een betere afstemming tussen somatische en psychische gezondheidszorg binnen perinatale zorgpaden (World Health Organisation, 2009). De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) raadt dan ook aan om de zorg meer gemeenschapsgericht te organiseren en de rol van eerstelijnszorg en informele zorg te versterken (World Health Organisation, 2009). In Vlaanderen kreeg dit onder andere vorm via netwerken geestelijke gezondheidszorg (GGZ-netwerken, 20 voor volwassenen en 11 voor kinderen en jongeren), dit zijn geografisch afgebakende samenwerkingsverbanden die samenwerking stimuleren tussen eerstelijnszorg, ambulante en (semi-) residentiële gespecialiseerde geestelijk gezondheidsaanbod (tweede – en derde lijn) en andere welzijnsactoren (Vlaanderen, 2010). Deze netwerken faciliteren een geïntegreerd zorgaanbod waarin verschillende functies worden gerealiseerd, waaronder preventie, vroegdetectie en diagnosestelling (Vlaanderen, 2010).

Hoewel deze functies en structuren ook relevant zijn specifiek binnen de perinatale context, blijft de integratie van de perinatale zorgpraktijk binnen de GGZ een complexe uitdaging (Bauer et al., 2024). De aanwezigheid van meerdere zorgactoren en zorgniveaus maakt samenwerking essentieel, maar kan tegelijk leiden tot onduidelijkheid over rollen, verantwoordelijkheden en doorverwijzingsmogelijkheden (Webb et al., 2021). Om een efficiënt en toegankelijk perinataal zorgsysteem te realiseren met focus op preventie en vroegdetectie van psychische problemen bij de perinatale populatie zodat ernstige stoornissen voorkomen

kunnen worden (World Health Organisation, 2022), is inzicht nodig in het zorglandschap, de zorgvragen, en in de ervaringen van zorgverleners bij de screening en doorverwijzing, specifiek voor perinatale psychische problemen.



# Hoofdstuk 1

## Doelstellingen

Op basis van de hiaten en noden in het perinatale GGZ landschap, zoals hierboven beschreven, werden volgende doelstellingen geformuleerd.

Als eerste is een helder en concreet overzicht van het zorgaanbod nodig om gericht te kunnen doorverwijzen. Dit is een uitdaging inzake perinatale GGZ, omwille van een grote diversiteit aan actoren en zorgvormen (Departement zorg, 2021). Een eerste doelstelling betreft dan ook het in kaart brengen van het bestaande perinataal geestelijk gezondheidsaanbod en de geografische spreiding ervan.

Een tweede doelstelling betreft het analyseren van de huidige praktijken rond triage en indicatiestelling binnen perinatale GGZ. Het project onderzoekt hoe zorggebruikers vandaag worden doorverwezen naar verschillende zorgentiteiten, zoals ambulante begeleiding, outreachende thuiszorg, dagbehandeling en residentiële opname, en welke actoren hierbij betrokken zijn.

Een derde doelstelling betreft het identificeren van relevante parameters, screeningsinstrumenten en criteria die kunnen bijdragen tot een meer uniforme en onderbouwde besluitvorming rond triage en indicatiestelling van perinatale psychische problemen.

Tot slot heeft het rapport als doel om, op basis van deze inzichten, aanbevelingen te formuleren voor verbeterde samenwerkingsafspraken tussen zorgactoren om te komen tot een geïntegreerd zorgmodel en netwerkvorming inzake perinatale GGZ, zodat gezinnen sneller de juiste zorg op het juiste moment ontvangen.

De onderzoeksvragen binnen dit project werden in overleg met de stuurgroep (bestaande uit vertegenwoordigers van de Vlaamse Overheid en Opgroeien) als volgt geformuleerd:

1. Wat is het aanbod en de spreiding van perinatale geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen?
2. Hoe gebeurt de triage en indicatiestelling voor de verschillende zorgentiteiten binnen de perinatale geestelijke gezondheidszorg (ambulante, outreachende-thuis-, dag- en residentiële behandeling) in Vlaanderen?
3. Welke parameters, screeningsinstrumenten en criteria kunnen bijdragen tot een gedeelde besluitvorming over indicatiestelling en triage, inzake perinatale psychische problemen, tussen zorg- en welzijnsactoren op verschillende zorgniveaus?
4. Op basis van de resultaten van de eerste drie onderzoeksvragen, welke aangepaste of nieuwe samenwerkingsafspraken kunnen gemaakt worden tussen voorzieningen om de toegang tot perinatale geestelijke gezondheidszorg en de continuïteit van zorgtrajecten te verbeteren?



## Hoofdstuk 2

### Conceptueel kader

De bovenstaande vier onderzoeksvragen werden beantwoord binnen een conceptueel kader, dat vertrekt vanuit internationale en theoretische benaderingen van de GGZ en dit conceptueel kader werd vervolgens geconcretiseerd aan de hand van bestaande Vlaamse praktijken.

Voor de ontwikkeling van dit conceptueel kader werd uitgegaan van een systematische verkenning van de literatuur rond perinatale GGZ. De focus ligt op het psychisch welzijn van de (aanstaande) ouders in de perinatale periode, gedefinieerd als de eerste 1000 dagen vanaf conceptie tot twee jaar na zwangerschap.

#### 2.1 Public health

Binnen de internationale literatuur wordt de GGZ steeds vaker benaderd vanuit een **public mental health perspectief**, waarbij de nadruk ligt op primaire preventie en een populatiegerichte aanpak van psychische gezondheid (Dykxhoorn et al., 2022). Deze benadering verschuift de focus van individuele zorgvragen naar bredere zorgbehoeften binnen de samenleving, waarbij zowel risico- als beschermende factoren in rekening worden gebracht (Bruffaerts et al., 2024).

**Population health management** bouwt hierop voort en operationaliseert deze benadering door zorg af te stemmen op specifieke doelgroepen. Het wordt omschreven als een persoonsgerichte, data gestuurde en proactieve aanpak om gezondheid en welzijn te verbeteren binnen een gedefinieerde populatie, waarbij rekening wordt gehouden met verschillen binnen die populatie als ook met de sociale determinanten van gezondheid (Cerezo-Cerezo et al., 2025).

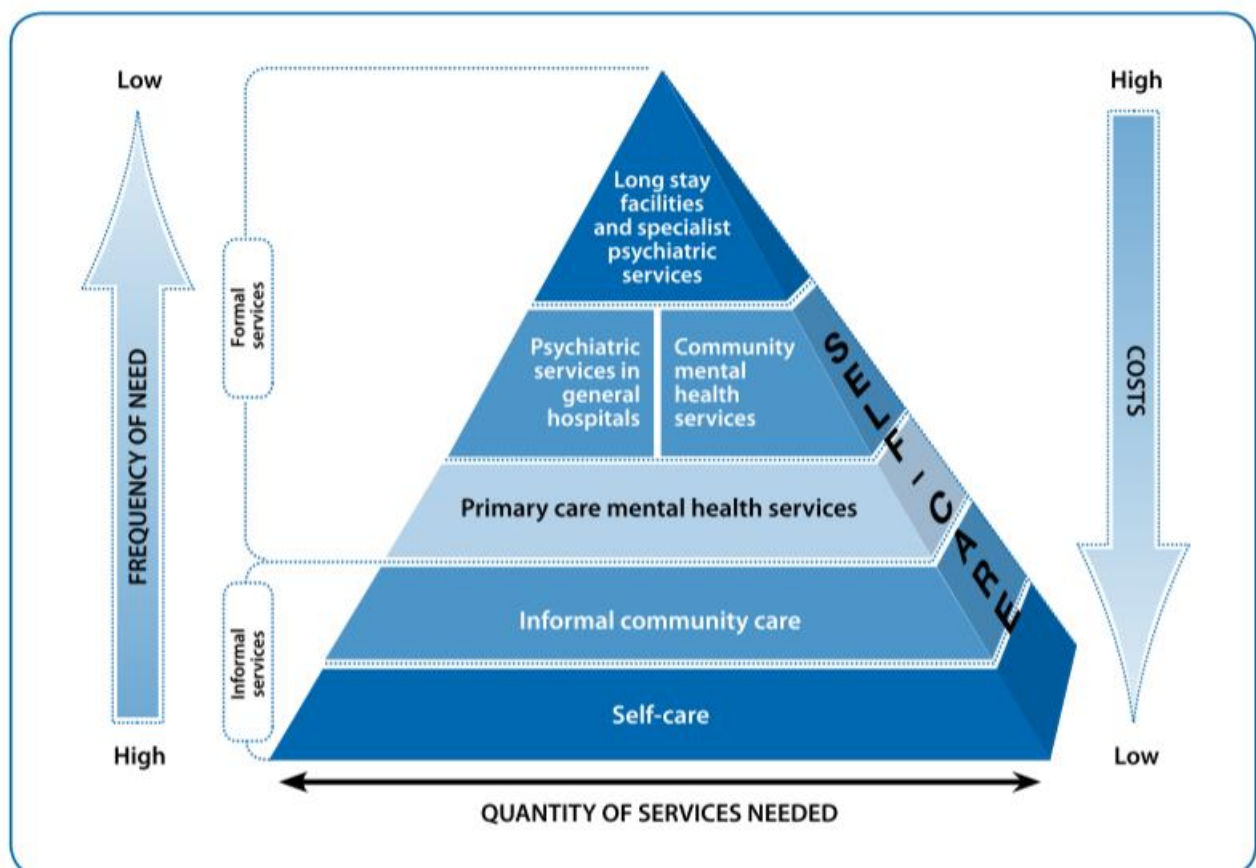
Het model van **value-based healthcare** sluit hierop aan (Porter & Teisberg, 2006). Volgens Khalil et al. (2025) betreft dit een patiëntgerichte benadering die gericht is op het verbeteren van gezondheidsuitkomsten in verhouding tot de kosten, met een focus op kwaliteit, efficiëntie en patiënttevredenheid. Daarbij wordt ingezet op klinische verbetering, kostenreductie en optimaal herstel, door zorgaanbieders te stimuleren om betere gezondheidsuitkomsten te realiseren in plaats van louter meer zorg te leveren.

De samenhang tussen deze drie benaderingen ligt in het feit dat public mental health en population health management richting geven aan *wat* bereikt moet worden, terwijl value-based healthcare richting geeft aan *hoe* deze zorg georganiseerd en geëvalueerd wordt (Cerezo-Cerezo et al., 2025; Dykxhoorn et al., 2022; Khalil et al., 2025). De focus is dan ook: (1) verbeteren van de psychische gezondheid van (aanstaande) ouders in de perinatale periode (het populatieperspectief) en (2) het waarborgen van de kwaliteit van zorg ("patient experience") (3) tegen de achtergrond van beheersbare kosten en (4) doeltreffende werkmodellen voor geïntegreerde zorg, met expliciete aandacht voor betrokkenheid en welzijn van professionals ("staff and carer wellbeing"). Deze quadruple aim (Kabinet Vandenbroucke, 2021), aangevuld met een vijfde aim: sociale rechtvaardigheid en inclusie (Quintuple aim – Mathenuy e.a., 2019) vormt een cruciale basis voor het realiseren van sterk populatiemanagement in de geïntegreerde aanpak van perinatale psychische problemen in Vlaanderen.

Binnen perinatale GGZ vertaalt dit zich dan ook in een zorgmodel dat vertrekt vanuit de noden en behoeften van (aanstaande) ouders, kinderen en hun context, eerder dan vanuit de logica van organisaties of disciplines (De Jonge et al., 2019).

## 2.2 Getrapt zorgmodel WHO

Een belangrijk internationaal referentiekader wordt gevormd door de WHO, die een getrapte benadering van zorg promoot. Een getrapt zorgmodel betekent dat de hulp stapsgewijs wordt opgebouwd startende met de minst intensieve en minst belastende zorg en/of behandeling, als deze onvoldoende helpt wordt overgegaan naar de volgende, intensievere stap. Het model geldt binnen de GGZ als de gouden standaard, waarbij de zorgnoden de basis vormen voor de indeling van de zorgverlening (zie [Figuur 1](#)). Dit model diende als basis voor de hervormingen binnen de GGZ in Vlaanderen (Vlaanderen, 2010; World Health Organisation, 2009).



Hoewel dit zorgmodel oorspronkelijk niet specifiek voor de perinatale periode werd ontwikkeld, wijzen Dennis & Dowswell (2013) op de potentiële effectiviteit ervan binnen deze context. De WHO bouwde hierop voort met de publicatie van een gids voor de integratie van perinatale psychische gezondheidszorg binnen moeder- en kindzorg (World Health Organisation, 2022), waarin het getrapt zorgmodel specifiek wordt toegepast op de perinatale periode (zie [Figuur 2](#)). Deze aanpak van het getrapt zorgmodel is terug te vinden in de richtlijnen van het National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2014). Deze richtlijn benadrukt het belang van een vroege en actieve screening tijdens de zwangerschap, gevolgd door een zorgtoeleiding die afgestemd is op de ernst en complexiteit van de problematiek, waarbij wordt

doorverwezen naar laagdrempelige eerstelijnszorg of, indien nodig, naar meer gespecialiseerde tweede- of derdelijnszorg.

Figuur 2 Getrapt zorgmodel WHO – perinatale periode



## 2.3 Operationalisering in de Vlaamse context

De bovenstaande conceptuele kaders worden in Vlaanderen vertaald naar concrete instrumenten en praktijken die zorgverleners ondersteunen bij het screenings-en doorverwijsproces binnen perinatale GGZ.

### 2.3.1 PERINET matrix

De PERINET matrix voor Parent Infant Mental Health (PIMH) werd ontworpen voor zorgverleners en zorgvragers om sneller de weg te vinden naar de geschikte perinatale zorgpartners (PERINET et al., 2026). PERINET is het expertisecentrum PIMH, dat een goed overzicht heeft van het volledige Vlaamse perinatale zorglandschap. De matrix geeft per thema (mentaal, praktisch, sociaal & medische ondersteuning) en per zorglijn (nulde tot derde lijn en crisis), de zorgverleners of organisaties weer die een aanbod hebben binnen perinatale GGZ. De thema's van deze matrix zijn gelinkt aan de psychosociale kwetsbaarheden die in de BiB-tool worden gebruikt zodat zorgverleners kunnen schakelen tussen beide (psychosociale kwetsbaarheden BiB-tool: depressie en angst, sociale steun, geweld, middelengebruik en gebruik van medicatie). Dit overzicht biedt een algemeen overzicht van zorgentiteiten (macroniveau) en is niet regio specifiek (zie appendix 1).

Naast dit algemene overzicht van zorgaanbieders heeft PERINET echter voor elke provincie ook een overzicht gemaakt van de lokale zorgaanbieders van perinatale zorg (zie [Figuur 3](#)).

De focus van het overzicht van deze PERINET-matrix, zowel de algemene matrix als diegene specifiek voor Limburg, ligt op de aanwezige aanbieders (mesoniveau). Dit maakt dat er nog geen zicht is op het effectieve aanbod dat de aanbieders geven (microniveau). Bijvoorbeeld, Connect Ligant is een aanbieder voor psychische ondersteuning op de eerste lijn, maar de specificatie van type zorgaanbod, wordt hier niet weergegeven.



Legende

**1G1P** 1 Gezin, 1 Plan

**BiB** (= Born in Belgium Professionals) 6 kwetsbaarheden: socio-economisch, sociale steun, depressie & angst, gebruik van medicatie, middelengebruik, geweld

**CAW** Centrum Algemeen Welzijnswerk

**CGG** Centrum Geestelijke Gezondheidszorg

**CIG** Centrum voor Integrale Gezinszorg

**CKG** Centrum voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning

**ECK** Expertise Centra Kraamzorg

**ECPP** Expertisecentrum Perinatale Psychiatrie

**ELP** Eerstelijnspsycholoog

**MBE** Moeder Baby Eenheid

**MCT** Mobiele Crisis Teams

**PAAZ** Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis

**vrvr** Voedvrouwen

## Zorgaanbod PIMH - Provincie Limburg

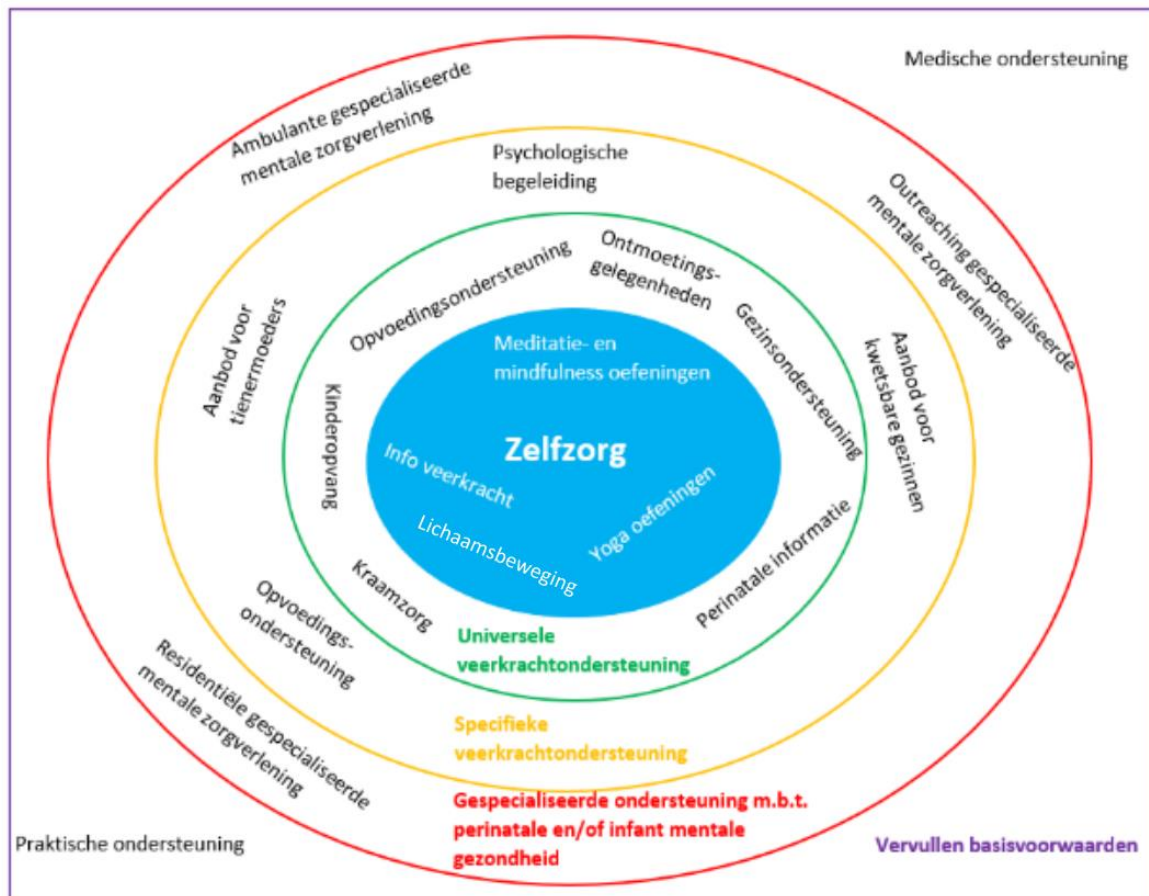
| Versie januari 2026                                                                                                        |                             | 0 de lijn                                                                                                                                                             | 1 ste lijn                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2 de lijn                                                                                                                                                                             | 3 de lijn                                                                                                                                                                                                                                       | Crisis                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mentale ondersteuning<br>Insteek volwassenen (PMG)<br>Insteek infants (IMH)<br><b>BiB:</b> depressie & angst               | <b>Ambulant/<br/>mobiel</b> | Informeel netwerk<br>Online aanbod<br>Veerkracht versterkende interventies                                                                                            | <a href="#">ECK De Kraamtuin</a><br><a href="#">ELP</a><br><a href="#">Kind en Gezin</a><br><a href="#">Mutualiteit</a><br><a href="#">Fara</a><br><a href="#">Klinisch psychologen</a><br><a href="#">Klinisch psychotherapeuten</a><br><a href="#">Klinisch ortho's</a><br><a href="#">Connect Ligant</a>                                                                          | <a href="#">Mobiele teams 2B</a><br><a href="#">CGG Kohesi</a><br><a href="#">CGG Integra</a><br><a href="#">Psychiatrische ziekenhuizen</a><br><a href="#">Solentra</a>              | <a href="#">Psychiatrische ziekenhuizen</a><br><a href="#">Moeder-Baby Zoersel</a><br><a href="#">Kleine K - UPC KU Leuven</a><br><a href="#">Liaison EPP Leuven</a><br><a href="#">Care ouder-infant Ligant</a><br><a href="#">Psychiaters</a> | <b>Huisartsenwachtpost</b><br><b>Mobiel Crisisteam</b><br><b>(Volwassenen)</b><br><b>Crisismeldpunt (K&amp;J)</b><br><b>Spoeddienst AZ</b><br><b>PAAZ Hasselt</b><br><b>PAAZ Genk</b><br><b>PAAZ Pelt</b><br><b>PAAZ Heusden</b> |
|                                                                                                                            | <b>Residentieel</b>         |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <a href="#">PAAZ Hasselt</a><br><a href="#">PAAZ Genk</a><br><a href="#">PAAZ Pelt</a><br><a href="#">PAAZ Heusden</a>                                                                | <a href="#">Psychiatrische ziekenhuizen</a><br><a href="#">KPC Genk</a><br><a href="#">Moeder-Baby Zoersel</a>                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                  |
| Praktische ondersteuning<br><b>BiB:</b> socio-economisch<br><b>BiB:</b> sociale steun                                      |                             | <a href="#">Buddy bij de Wieg</a>                                                                                                                                     | <a href="#">ECK De Kraamtuin</a><br><a href="#">Kraamzorg</a><br><a href="#">Mutualiteit</a><br><a href="#">OCMW</a>                                                                                                                                                                                                                                                                 | <a href="#">Sociale dienst AZ</a><br><a href="#">Sociale dienst PZ</a>                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                  |
| Sociale ondersteuning<br>Opvoedingsgerichte zorgvragen<br>Verontrusting<br><b>BiB:</b> sociale steun<br><b>BiB:</b> geweld |                             | <a href="#">Veilig en omringd in de buik</a><br><a href="#">Doetertoe</a><br><a href="#">Winstroom</a><br><a href="#">Baby Op Komst</a><br><a href="#">Home Start</a> | <a href="#">1G1P</a><br><a href="#">CAW Limburg</a><br><a href="#">ECK De Kraamtuin</a><br><a href="#">Huis van Kind</a><br><a href="#">Kind en Gezin</a><br><a href="#">Mutualiteit</a><br><a href="#">Vroegebegeleiding Weewils</a><br><a href="#">Zorggarantie jong kind</a><br><a href="#">VK</a><br><a href="#">Pleegzorg</a><br><a href="#">Thuisbegeleidingsdiensten VAPH</a> | <a href="#">CIG De Zeshoek</a><br><a href="#">CKG De Stap</a><br><a href="#">CKG Molenberg</a><br><a href="#">CKG De Hummeltjes</a><br><a href="#">Thuisbegeleidingsdiensten VAPH</a> |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                  |
| Medische ondersteuning<br><b>BiB:</b> gebruik van medicatie<br><b>BiB:</b> middelengebruik                                 |                             |                                                                                                                                                                       | <a href="#">Gynaecologen</a><br><a href="#">Huisartsen</a><br><a href="#">Eerstelijnsvoedvrouwen</a><br><a href="#">Pediater</a><br><a href="#">WGC</a>                                                                                                                                                                                                                              | <a href="#">Gynaecologen</a><br><a href="#">Pediater</a><br>Moeder-kind afdelingen (NICU, pediatrie, materniteit)                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                  |

Voor de aanklikbare versie, ga naar [www.perinet.be](http://www.perinet.be)

### 2.3.2 EF\_41-model

Een eerder uitgevoerd project vanuit het Steunpunt Welzijn en Volksgezondheid (SWVG), EF\_41 project, getiteld “*veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap. Nieuwe uitdagingen voor de geestelijke gezondheidszorg tijdens de eerste 1000 dagen van het leven.*” heeft het veerkracht – ondersteunend zorgaanbod tijdens en tot twee jaar na de zwangerschap ingedeeld vanuit het principe van preventieve interventies voor psychische gezondheid van Arango et al., (2018). Bijkomend werd medische en praktische ondersteuning toegevoegd als basisvoorwaarden voor veerkracht in de perinatale periode. Voor de methodologische achtergrond van dit model wordt verwezen naar het EF\_41 rapport (Nuyts et al., 2021). In tegenstelling tot de matrixen van PERINET toont dit EF\_41 sjabloon enkel het soort zorgaanbod (microniveau) en is hierin geen verdere verdeling gemaakt naar de aanbieders zoals bij de matrix van PERINET (meso – en macro niveau). Bijvoorbeeld, voor universele veerkracht ondersteuning kan opvoedingsondersteuning gegeven worden, maar werd er niet ingegaan op de specifieke aanbieder van opvoedingsondersteuning (zie [Figuur 4](#)). De koppeling van zorgaanbieder en -aanbod is dan ook essentieel om zicht te krijgen op perinatale GGZ op regionaal niveau.

Figuur 4 EF\_41 sjabloon



### 2.3.3 Ligant Wegwijzer

De Wegwijzer van het GGZ-netwerk Ligant biedt een vertaling, zij het niet specifiek perinataal, van het getrappt zorgmodel naar een regionale context (Limburg) en richt zich op kinderen, jongeren en hun ouders.

Deze tool ordent zorgaanbod volgens niveaus van de ernst van het psychisch probleem, gekoppeld aan de zorglijnen:

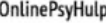
- Nulde lijn: voorkomen van problemen
- Eerste lijn: lichte tot matige problemen
- Tweede lijn: matig tot ernstige problemen
- Derde lijn: ernstige problemen
- Crisiszorg

De Wegwijzer biedt hiermee een praktische leidraad voor zorgtoeleiding binnen de regio Limburg (zie Figuur 5).

## Alles in kaart

Terug naar  
overzicht

Klik op de logo's om  
de website te bezoeken

| Voorkomen van problemen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Lichte tot matige psychische problemen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Matig tot ernstige psychische problemen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Ernstige psychische problemen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Crisis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><br><br><br> | <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> | <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> | <br><br><br><br><br><br><br><br><br> | <br><br><br> |

### **2.3.4 Sociale kaart**

Een meer algemene vertaling van het (G)G zorg- en welzijnsaanbod betreft de Sociale Kaart Vlaanderen. Dit is een online platform dat zowel zorgverleners als burgers informeert over het beschikbare zorg- en welzijnsaanbod in Vlaanderen en Brussel.

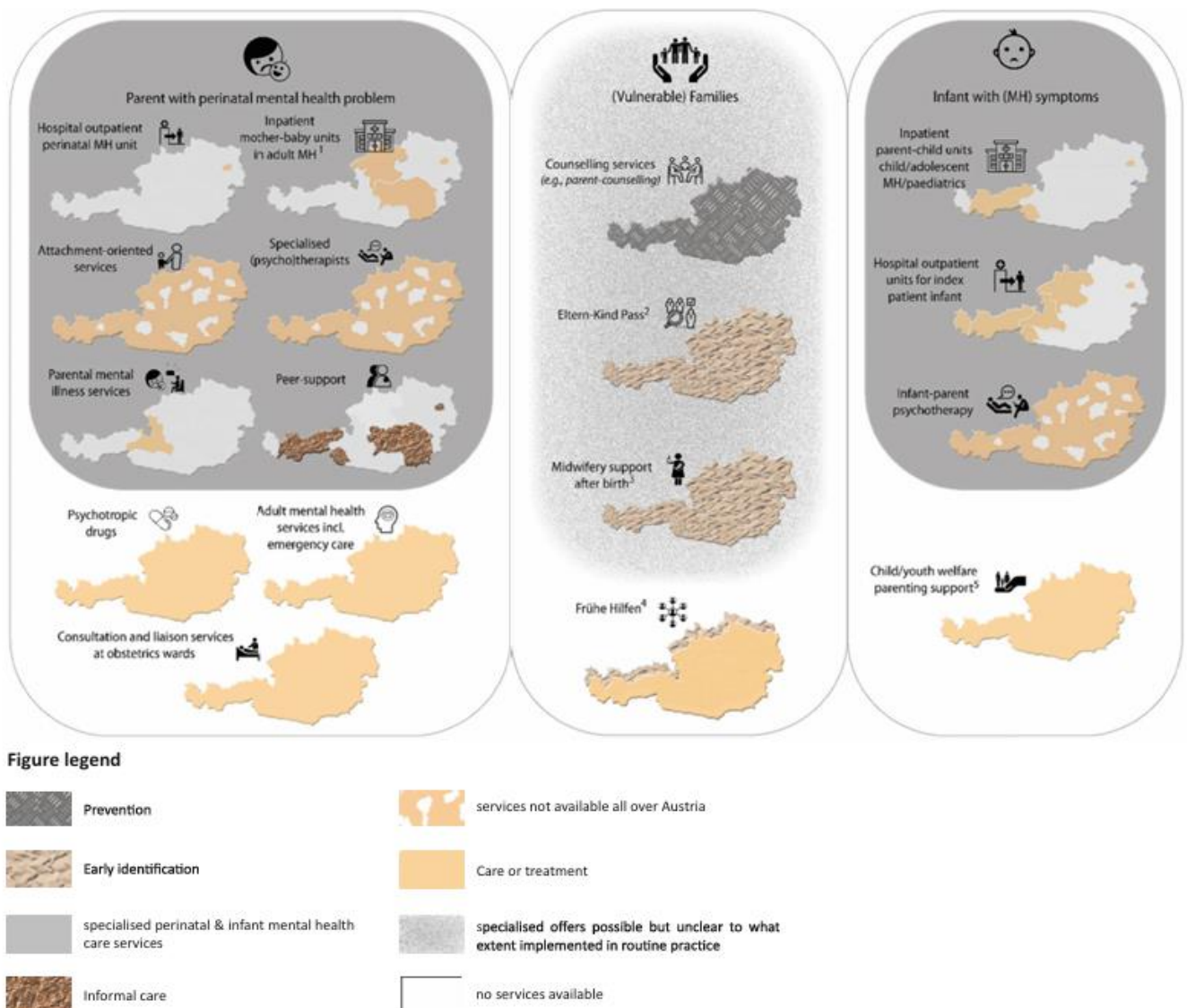
Gebruikers kunnen er informatie terugvinden over organisaties en zorgverleners, waaronder doelgroep, aanbod, contactgegevens en openingsuren. De Sociale Kaart biedt een breed overzicht van het zorg- en welzijnslandschap, waarvan het perinataal gezondheidsaanbod een onderdeel vormt (<https://www.desocialekaart.be/>).

### **2.3.5 Internationale praktijkvoorbeelden**

Een internationaal, visueel interessant, voorbeeld om het perinataal zorgaanbod in kaart te brengen is het artikel van Zechmeister-Koss et al., (2025). Zij brachten het aanbod van perinatale GGZ in Oostenrijk systematisch in kaart, met het oog op verdere zorgontwikkeling. Het formele zorgaanbod (professionele hulp) werd geclassificeerd langs een continuüm van preventie - tot behandeling van psychische problemen, waarbij een onderscheid werd gemaakt tussen gespecialiseerde perinatale zorg en algemene zorg.

De auteurs hanteerden een top-downbenadering. Dit houdt in dat dataverzameling bestaat uit publiek toegankelijke bronnen, zoals gezondheidsrapporten, websites en nationale statistieken.

De volgende kenmerken van het perinataal zorgaanbod werden in kaart gebracht: (1) naam van het aanbod, (2) naam van de aanbieder, (3) type aanbieder, (4) inhoud van het programma, (5) capaciteit, (6) primaire doelgroep, (7) mate van multidisciplinaire samenwerking, (8) financieringsstructuur. De resultaten werden visueel weergegeven op een kaart van Oostenrijk (zie Figuur 6).



Daarnaast werd op basis van de literatuur een classificatie van types zorgaanbod gevonden om de verschillende manieren waarop zorg wordt verleend te categoriseren. Er zijn drie grote groepen: 1) door een zorgverlener geleid aanbod (persoonlijk contact), 2) digitaal aanbod en 3) blended care. Bij een door een zorgverlener geleid aanbod is er een daadwerkelijk bestaand en persoonlijk contact tussen de zorgverlener en de cliënt. Dit kan zowel fysiek als online doorgaan. Bij een digitaal aanbod is er volledige sturing door technologie. Er is geen persoonlijk contact tussen de zorgverlener en de cliënt, bijvoorbeeld bij een app. Blended care is de combinatie van een digitaal aanbod en persoonlijk contact (Hohberg et al., 2022).

## Hoofdstuk 3

### Methodologie

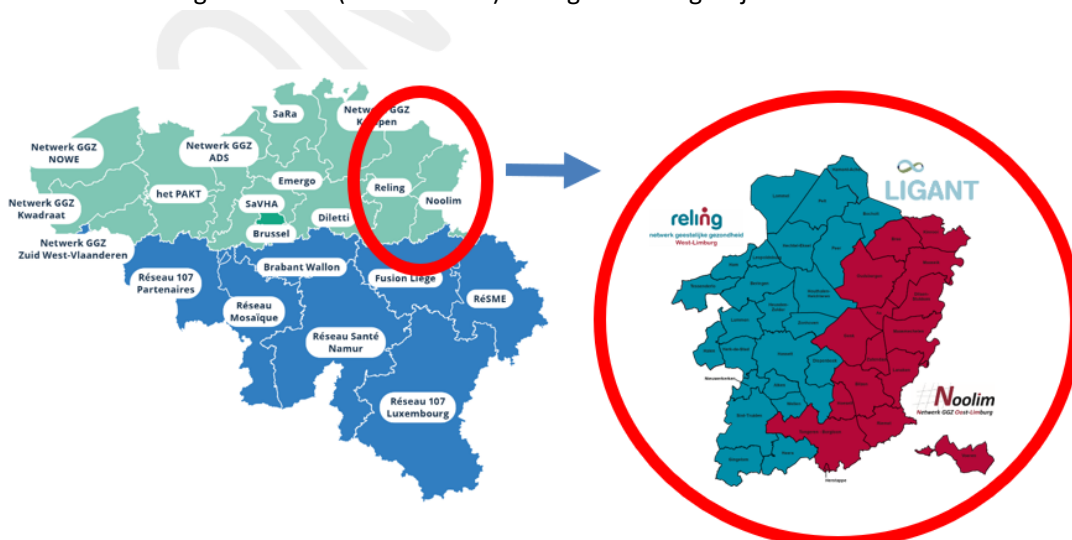
#### 3.1 Het GGZ-netwerk in Limburg als blauwdruk

In overleg met de stuurgroep van dit project werd beslist om de verschillende onderzoeksvragen binnen de hoofdstukken uit te werken binnen één GGZ-netwerk in Vlaanderen. Het zorgaanbod verschilt sterk tussen de verschillende GGZ-netwerken. Door te werken met één GGZ-netwerk kunnen gerichte actiepunten op netwerkniveau lokaal geïmplementeerd worden. Daarnaast kon er diepgaander geanalyseerd worden binnen het tijdsbestek van het project. Dit project geldt als een blauwdruk, zijnde een gestructureerd en overdraagbaar protocol, zodat methodologie, stappenplan en aanpak, van dit huidige project ook in de andere GGZ-netwerken toegepast kan worden.

Om een geschikt GGZ-netwerk voor dit project te selecteren, werden overlegmomenten georganiseerd met de netwerkcoördinatoren (centrale aanspreekpunten binnen GGZ-netwerk) uit Vlaanderen en met de procesbegeleiders van PERINET voor de betrokken regio's. Op die manier werd verzekerd dat elke Vlaamse provincie vertegenwoordigd was. Het doel was om tot een breed gedragen en weloverwogen selectie te komen van een GGZ-netwerk om de onderzoeksvragen binnen dit project grondig te kunnen beantwoorden.

Bij deze selectie was het essentieel om een GGZ-netwerk uit de 'middenmoot' te kiezen. Dit betekent een GGZ-netwerk dat op het gebied van perinatale zorg geen sterke voorloper of nakomer is. Zo werd bijvoorbeeld het volwassen GGZ-netwerk Diletti uitgesloten (provincie Vlaams-Brabant Oost), aangezien dit GGZ-netwerk reeds als pionier wordt gezien op het vlak van aanbod en organisatie van perinatale zorg. Onderzoek uitvoeren in dit netwerk riskeert het bestaande verschil met sommige andere netwerken te sterk vergroten. Uiteindelijk werd in overleg gekozen om dit onderzoek uit te voeren in de GGZ-netwerken van de provincie Limburg, omdat hier reeds een positieve evolutie inzake (re)organisatie van perinatale zorg werd geïnitieerd, doch met grote regionale uitdagingen.

De provincie Limburg bestaat uit drie GGZ-netwerken: twee voor volwassenen (Reling & Noolim) en één voor kinderen & jongeren (Ligant) (zie [Figuur 7](#)). De drie netwerken gaven hun akkoord om mee te werken binnen dit project. Gezien de brede definitie van de perinatale periode, die zich richt op de zorg van het ongeboren kind tot en met de leeftijd van twee jaar, de ouders en de interactie tussen beiden, is het essentieel dat binnen het project zowel het GGZ-netwerk Ligant (kinderen en jongeren) als de GGZ-netwerken Reling en Noolim (volwassenen) vertegenwoordigd zijn.



### **3.2 Design**

Voor dit project werd een mixed – method design opgezet waarbij de methodes zullen worden besproken per onderzoeksdoelstelling (hoofdstuk 3.4 tot en met 3.6).

### **3.3 Rekrutering**

Voor de rekrutering van deelnemers voor dit project werd een drie stappen – plan gehanteerd.

Stap 1: Het GGZ-netwerk leverde een overzicht van alle zorgactoren en/of organisaties die in aanmerking kwamen om deel te nemen aan (een deel van) het project.

Stap 2: De onderzoeksgroep vergeleek dit met de gegevens beschikbaar op de sociale kaart, de PERINET-matrix en de Ligant Wegwijzer.

Stap 3: In overleg met het netwerk werden ontbrekende zorgactoren en/of organisaties toegevoegd aan de rekruteringslijst.

Uiteindelijk werd via de communicatiemiddelen van de netwerkcoördinatoren en via flyers op sociale media, dit project bekend gemaakt om bijkomende deelnemers voor de verschillende deelprojecten te rekruteren. De rekrutering per onderzoeksvraag wordt in de volgende hoofdstukken concreter besproken.

### **3.4 Doelstelling 1: zorgaanbod in kaart brengen**

Het eerste doel was het in kaart brengen van het bestaande perinatale zorgaanbod inzake psychische kwetsbaarheden en problemen en de geografische spreiding ervan op netwerkniveau.

#### **3.4.1 Design**

Er werd een exploratory sequential design uitgevoerd, eerst een kwalitatief design gevolgd door een kwantitatief design, via volgende delen:

Deel 1: Op basis van het conceptueel kader vanuit hoofdstuk 2 werd een voorlopige matrix ontwikkeld.

Deel 2: De voorlopige matrix werd gevalideerd door relevante stakeholders met behulp van een focusgroep studie (kwalitatief design).

Deel 3: Het huidige perinataal psychisch zorgaanbod werd door zorgverleners in de matrix geregistreerd met behulp van een online vragenlijst (kwantitatief design).

#### **3.4.2 Ontwikkeling voorlopige matrix (Deel 1)**

De ontwikkeling van een voorlopige matrix gebeurde via de integratie van de bestaande theoretische modellen en de Vlaamse praktijkinstrumenten (Zie hoofdstuk 2). De structuur van de matrix kwam tot stand als volgt:

Er werd vertrokken vanuit de structuur van het getrappt zorgmodel zoals toegepast binnen de GGZ (World Health Organisation, 2009). Dit model vormde de basis voor de indeling van de matrix in zorglijnen (nulde

tot derde lijn en crisis). De wegwijzer van Ligant werd gebruikt om te definiëren voor welke doelgroep elke zorglijn bestemd is.

Daarna werd het type zorgaanbod inhoudelijk geconcretiseerd. Hiervoor gaf het EF\_41-model richting (Nuyts et al., 2021). De categorieën van het aanbod (zoals bijvoorbeeld opvoedingsondersteuning, psychologische begeleiding, ontmoetingsmogelijkheden) werden uit dit model afgeleid. Op die manier werd een inhoudelijke laag toegevoegd aan de matrix die beschrijft *wat* het aanbod precies inhoudt. Conform de aanbevelingen van de WHO werden zelfzorgversterkende interventies binnen elke zorglijn toegevoegd (World Health Organisation, 2009).

Vervolgens werd, de koppeling gemaakt met bestaande zorgaanbieders. Hiervoor werd gebruikgemaakt van de PERINET-matrix. De matrix integreert de zorgaanbieders door per zorglijn zowel individuele zorgverleners (zelfstandigen) als organisaties op te nemen.

Een bijkomende dimensie werd toegevoegd, namelijk het *type aanbod* (persoonlijk contact, digitaal of blended). Deze indeling is gebaseerd op internationale literatuur rond zorgmodaliteiten en laat toe om inzicht te krijgen in de wijze waarop zorg wordt aangeboden (Hohberg et al., 2022).

Om de link te leggen met doelstelling twee van dit project (zorgvragen in kaart brengen), werden de gehanteerde psychische problematieken uit de vragenlijst van hoofdstuk 3.5 gekopieerd in de voorlopige matrix. Op die manier kon worden geanalyseerd in welke mate de problematieken waarvoor een zorgaanbod bestaat binnen de GGZ in Limburg overeenkomen met de zorgvragen die door deze populatie werden gesteld.

Tot slot werden een aantal bijkomende elementen toegevoegd, waaronder locatie, looptijd (voor projectmatig aanbod), contactgegevens, een link naar online informatie van het aanbod en de hoofddoelgroep van de zorgverlener (namelijk al dan niet de perinatale periode).

Uiteindelijk resulteerde dit in de volgende categorieën van de voorlopige matrix: de doelgroep van het aanbod, de positionering binnen de zorglijn, het type aanbieder en organisatie, de aard en vorm van het aanbod, de problematieken waarop het aanbod gericht is, de geografische situering (postcode), de duur van het project (tijdelijk of structureel), het werkingsgebied, en aanvullende contactinformatie.

Deze voorlopige matrix werd ontwikkeld als werkdocument binnen het project en werd verfijnd doorheen deel 2.

### 3.4.3 Focusgroep ter validatie van de voorlopige matrix (Deel 2)

Vervolgens werd de voorlopige matrix gevalideerd door relevante stakeholders met behulp van een focusgroep studie.

#### 3.4.3.1 Datacollectie

Stakeholders binnen perinatale GGZ, waaronder zorgverleners en experts actief in de nulde tot en met derde lijn of crisiszorg, werden gerekruteerd via de netwerkcoördinatoren rekening houdend met deze inclusiecriteria. Zij werden uitgenodigd om deel te nemen aan een focusgroep waarin de voorlopige matrix werd geëvalueerd. Bij de samenstelling van de groep werd gestreefd naar een evenwichtige vertegenwoordiging van verschillende disciplines, waaronder vroedvrouwen, psychologen en stafmedewerkers uit perinataal gespecialiseerde organisaties (zoals het Expertisecentrum en PERINET). Deze samenstelling beoogde een representatieve spreiding van perspectieven binnen het zorglandschap, met het oog op het

verkrijgen van zowel praktijkgerichte inzichten als inzichten in de afstemming en interactie tussen verschillende zorgniveaus (klinische praktijk, organisatie en beleid). Daarnaast droeg de discussie bij aan het versterken van het draagvlak inzake het ontwikkelen van een netwerk overstijgend overzicht binnen het werkveld. De deelnemers konden hun perspectieven inbrengen en gezamenlijk prioriteiten formuleren voor de verdere ontwikkeling van de matrix.

De feedback werd verzameld aan de hand van een SWOT-analyse (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats). De deelnemers kregen de voorlopige matrix gepresenteerd, waarna zij gevraagd werden om sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen te identificeren binnen de context van perinatale GGZ. Er werd verduidelijkt dat sterktes en zwaktes betrekking hebben op intrinsieke kenmerken van de matrix, terwijl kansen en bedreigingen externe factoren binnen het zorglandschap omvatten die een gunstige dan wel ongunstige invloed kunnen uitoefenen op de matrix. Daarnaast werden gerichte sleutelvragen geformuleerd, waarbij onder meer werd bevraagd welke elementen in de matrix ontbraken en welke aanpassingen wenselijk werden geacht. De interviewgids die tijdens deze focusgroep werd gehanteerd, is opgenomen in appendix 2.

### 3.4.3.2 Data-analyse

De focusgroep werd opgenomen met een audiorecorder en vervolgens getranscribeerd. De analyse van het transcript, evenals de resultaten van de SWOT-analyse, werden besproken binnen het onderzoeksteam. Consensus werd hierbij gedefinieerd als overeenstemming binnen het onderzoeksteam over de voorgestelde aanpassingen op basis van de focusgroep resultaten. Enkel wanneer er akkoord was binnen het onderzoeksteam werden deze aanpassingen geïntegreerd in de verdere verfijning van de finale matrix (zie appendix 3). Tot slot werden de categorieën van de matrix omgezet naar een vragenlijst (hoofdstuk 3.4.4) met als doel perinatale GGZ in Limburg in kaart te brengen.

## 3.4.4 Vragenlijst zorgaanbod (Deel 3)

Als laatste werd het huidige perinataal psychisch zorgaanbod door zorgverleners in de matrix geregistreerd met behulp van een online vragenlijst.

### 3.4.4.1 Datacollectie

Een online vragenlijst werd ontwikkeld via LimeSurvey (LimeSurvey GmbH, z.d.) gericht op zorgverleners met een perinataal geestelijk gezondheidsaanbod in de regio Limburg. Zorgverleners kwamen in aanmerking voor deelname indien zij beschikten over een aanbod binnen de perinatale context gericht op de preventie of behandeling van psychische kwetsbaarheden of klachten en actief waren binnen de regio Limburg (nulde tot en met derde zorglijn en crisiszorg).

Om zorgverleners te selecteren werd gebruikgemaakt van de bestaande lokale overzichten van het zorgaanbod, waaronder de matrix van PERINET, de Ligant-wegwijzer en de sociale kaart. Op basis hiervan werden zorgverleners actief uitgenodigd om deel te nemen via e-mail en sociale media.

De vragenlijst bestond uit 12 items en was hoofdzakelijk opgebouwd uit gesloten meerkeuzevragen. De laatste twee vragen, met betrekking tot contactgegevens en website, waren open vragen. De volledige vragenlijst is opgenomen in appendix 4.

### 3.4.4.2 Data-analyse

Voor de analyse werd gebruik gemaakt van SPSS (versie 30.0.0.0). De gegevens uit de vragenlijst werden geanalyseerd aan de hand van beschrijvende statistiek met als doel een overzicht te bieden van de bestaande perinatale GGZ in de regio Limburg. De analyse gebeurde op basis van de beschikbare gegevens en cases werden niet verwijderd wanneer het antwoord onvolledig was.

Frequenties en percentages werden berekend, voor zowel doelgroep van het aanbod, de fase binnen de perinatale periode (zwangerschap of postpartum), de betrokken beroepsgroepen, het type organisatie, de geografische spreiding, het werkingsgebied, als ook de aard en tijdsduur van het aanbod (fysiek, online of hybride).

Het zorgaanbod werd daarnaast inhoudelijk onderverdeeld volgens zorglijnen (nulde, eerste, tweede en derde lijn en crisiszorg). Binnen elke zorglijn werden de verschillende types aanbod gegroepeerd en geanalyseerd op basis van hun frequentie en percentage binnen de betreffende zorglijn.

Ook de problematieken die zorgverleners behandelen binnen het aanbod werden gebundeld in categorieën, waarna het percentage ervan werd berekend van het totaal aantal registraties.

De geografische spreiding werd in kaart gebracht op gemeentelijk niveau. Daarnaast werd het werkingsgebied van het aanbod gecategoriseerd (gemeentelijk niveau, niveau van eerstelijnszones, netwerk/provinciaal niveau en breder) en beschrijvend geanalyseerd aan de hand van frequenties en percentages.

De resultaten worden gepresenteerd in tabellen en figuren ter ondersteuning van de interpretatie in hoofdstuk 4.1.2.

## 3.5 Doelstelling 2: de zorgvragen in kaart brengen via monitoring

Het doel was inzicht te verwerven in de aard van de zorgvragen van vrouwen en mannen<sup>1</sup> in de perinatale periode, de locatie waarin deze gesteld werden, de daaruit voortvloeiende acties en de kenmerken van de personen die de vragen stelden binnen het GGZ-netwerk in Limburg.

Het gebruikte instrument werd oorspronkelijk ontwikkeld voor een monitoring in de bredere populatie, vanuit de groep Public Health Psychiatry, onder leiding van Prof. Ronny Bruffaerts en Dr. Leontien Jansen. Voor dit project werden eveneens alle zorgvragen van de bredere populatie in Limburg verzameld en dus niet uitsluitend de perinatale zorgvragen. Deze keuze had twee belangrijke argumenten:

- 1) Het sluit aan bij de evidentie dat de perinatale periode een transitiefase is die niet los staat van de bredere reproductieve levensfase (15–49 jaar). Daarnaast ontstaat een aanzienlijk deel van de psychische stoornissen reeds vóór de zwangerschap (Howard et al., 2014; Wisner et al., 2013). Dit creëerde de mogelijkheid om perinatale zorgvragen te situeren binnen de bredere context van de reproductieve leeftijd en om verschillen en overeenkomsten tussen beide populaties te analyseren.
- 2) Door zorgvragen te verzamelen binnen de bredere populatie, konden ook perinatale zorgvragen geïdentificeerd worden die anders niet zouden worden gedetecteerd omdat zij binnen een niet –

---

<sup>1</sup> In dit rapport verwijzen de categorieën ‘vrouwen’ en ‘mannen’ naar het biologisch geslacht en niet naar genderidentiteit. Aangezien de gegevens werden aangeleverd op een anonieme manier door zorgverleners en niet rechtstreeks door personen, kon geen betrouwbare informatie worden verzameld over genderidentiteit.

perinatale context werden geuit, wat vaker het geval is voor partners van zwangere vrouwen of mee - ouders.

### 3.5.1 Design

Er werd een kwantitatieve monitoring opgezet om het type zorgvragen, de locaties waar deze werden gesteld, de hieruit voortvloeiende acties en de kenmerken van de personen die de vragen stelden systematisch in kaart te brengen (te monitoren), gedurende een afgebakende periode van vier weken.

### 3.5.2 Datacollectie

Alle zorgverleners die actief waren binnen de nulde tot derde lijn en onderworpen waren aan het beroepsgeheim (Belgisch Strafwetboek, art. 458) konden deelnemen aan de monitoring. Deelnemende zorgverleners werden gerekruteerd via de netwerkcoördinatoren en door het onderzoeksteam. De rekrutering van de perinatale zorgverleners verliep via een purposive sampling, waarbij er actief door de onderzoekers werd gerekruteerd. Perinatale zorgverleners zitten onvoldoende geïntegreerd in de standaard gebruikte communicatiemiddelen van de netwerkcoördinatoren en daarom werd de PERINET-matrix, de Ligant wegwijzer en de sociale kaart gebruikt om bijkomende perinatale zorgverleners te selecteren en te rekruteren binnen het GGZ-netwerk. Een algemene en een verdiepende infosessie werden georganiseerd om alle deelnemende zorgverleners te informeren over de procedure en methodologie van deze monitoring.

Elke aanmelding van elk individu met een zorgvraag in het kader van een psychische stoornis of kwetsbaarheid diende geregistreerd te worden door de betrokken zorgverlener, door middel van een gestructureerde online vragenlijst, gedurende één maand (zie appendix 5). De focus van de monitoring lag op de aanmeldingen waardoor er geen individuele personen werden geregistreerd. Personen werden bijgevolg niet individueel gevolgd doorheen hun zorgtraject. Dit kon resulteren in meerdere aanmeldingen door eenzelfde persoon bij meerdere zorgverleners of organisaties. Dit wordt echter als kracht van het project gezien, vermits elke aanmelding opnieuw werkbelasting en tijdsinvestering voor de betreffende zorgverlener betekent.

De vragenlijst werd zo kort mogelijk gehouden gericht op een maximale invultijd van vijf minuten, dit om de belasting op de deelnemende zorgverleners zo minimaal mogelijk te houden. De vragenlijst werd geïmplementeerd in LimeSurvey (LimeSurvey GmbH, z.d.) en was voor de zorgactoren toegankelijk via een anonieme URL-link of QR-code.

Specifieke vragen inzake de perinatale periode werden voor dit project in de GGZ-netwerken in Limburg toegevoegd, zoals de gezinssituatie, zwangerschapsduur, als ook de leeftijdscategorie van aanwezige kinderen. Vooraleer de registratieperiode van start ging werd het instrument verspreid binnen het GGZ-netwerk zodat, indien nodig, op basis van feedback de items aangepast of verfijnd konden worden gericht op de Limburgse GGZ-context.

Het finale instrument, gebruikt voor dit project, bevatte 22 items en bestond uit de volgende vijf delen:

1. Socio-demografische gegevens: de verzamelde informatie omvatte postcode, leeftijd, geslacht, partnerstatus, zwangerschapsstatus (van de patiënt of partner), aanwezigheid en leeftijd van kinderen, nationaliteit, inkomen, woonsituatie, professionele status en de aanwezigheid van een verstandelijke beperking.

In de vragenlijst werd ook gepeild naar de aanwezigheid van beschermende maatregelen. Hieronder vallen onder meer de beschermende observatiemaatregel (vroeger aangeduid als gedwongen opname), behandeling onder voorwaarden (bijvoorbeeld het verplicht innemen van medicatie, het volgen van therapie of het onderhouden van nazorgcontact) (Vandenbergh et al., 2024), en internering. Internering is van toepassing op personen met een psychische stoornis die een strafbaar feit hebben gepleegd en waarbij er een risico op herval bestaat (De Spiegeleir et al., 2025).

Daarnaast werd ook gekeken naar de betrokkenheid van bepaalde diensten. Dit omvatte gemandateerde voorzieningen, zoals het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling (VK) en het Ondersteuningscentrum Jeugdzorg (OCJ). Deze diensten beoordelen of overheidsingrijpen noodzakelijk is in situaties van verontrustende opvoedingsomstandigheden (Jeugdhulp Vlaanderen, 2018).

Tot slot werd ook de betrokkenheid van de Sociale Dienst Jeugdrechtsbank (SDJ) bevraagd. Deze dienst komt in beeld wanneer een kind of jongere zich in een traject van gedwongen hulpverlening bevindt (Jeugdhulp Vlaanderen, 2018).

2. Geplande acties door de zorgverlener: dit betrof de eerstvolgende actie na een aanmelding. Deze acties konden bestaan uit bijkomende informatievoorziening, een intakegesprek, de start van een behandeling of opname (ambulante begeleiding, opname, dagbehandeling), een mobiel traject, casusbespreking of doorverwijsacties met informatie omtrent de doorverwijslocatie en de wachttijd. Een open vraag werd toegevoegd zodat de deelnemende zorgverleners de reden voor doorverwijzing konden toelichten of konden aangeven waarom zij niet doorverwezen.
3. Aanmeldingsklacht: zowel de primaire als secundaire aanmeldingsklacht op symptoomniveau van de cliënt werden geregistreerd. Primaire aanmeldingsklachten zijn de voornaamste reden van aanmelding of hulpvraag, secundaire aanmeldingsklachten zijn bijkomende problemen die aanwezig zijn.
4. Eerder zorggebruik: dit omvatte eerdere opnames, dringende psychiatrische interventies als ook ambulante behandelingen en de periode(s) voorafgaand aan de aanmelding waarin deze vormen van zorg plaatsvond. Ook voorgaand gebruik van zelfhulp en voorschrift van psychotrope medicatie werd bevraagd.
5. Mate van psychiatrische crisis: de *Crisis Triage Rating Scale* (CTRS) (Bengelsdorf et al., 1984) werd gebruikt om de mate van crisis en de urgentie te meten om actie te ondernemen inzake een psychische kwetsbaarheid. De CTRS schat de mate van crisis in en de daaraan gekoppelde urgentie om professionele hulp te bieden. De schaal beoordeelt drie factoren: gevaar criterium, het beschikbare steunsysteem en de motivatie of bereidheid van de persoon om mee te werken aan diens voorgestelde behandeling. De som van deze drie sub scores bepaalt de crisisbeoordeling: een totaalscore van 9 of lager wijst op de noodzaak van een onmiddellijke interventie, terwijl het bij een score van 14 of 15 geen urgentie impliceert en de persoon bij voorkeur binnen de twee weken gezien dient worden. De score van 10 wijst op een hoge urgentie en dient de persoon binnen twee uur gezien te worden. Een score van 11 wijst op een medium urgentie en hiervoor dient de persoon binnen de 12 uur gezien te worden. Een score van 12 of 13 wijst op een lage urgentie waarbij het aanbevolen is om de persoon binnen 48 uur op te volgen.

### 3.5.3 Data-analyse

Voor de analyse van de kwantitatieve data werd gebruik gemaakt van SPSS (versie 30.0.0.0).

Voor de afbakening van de onderzoeksgroepen werd een onderscheid gemaakt tussen aanmeldingen tijdens de perinatale periode en aanmeldingen tijdens de reproductieve periode, die niet in de perinatale periode zaten. Personen werden opgenomen in de perinatale steekproef indien zijzelf of hun partner zwanger waren, of indien zij een kind hadden tussen nul en twee jaar. De reproductieve leeftijdsgroep werd gedefinieerd als personen tussen 15 en 49 jaar (conform de definitie van de WHO) en die niet in de perinatale periode zaten. Indien gegevens ontbraken voor leeftijd of zwangerschapsstatus, werden deze cases uitgesloten van de respectieve groepsindeling, aangezien deelnemers niet konden ingedeeld worden in een groep zonder deze informatie.

Daarnaast werden cases uit de perinatale steekproef verwijderd wanneer de betrokken personen niet tot de leeftijdscategorie van 15 tot 49 jaar behoorden of wanneer leeftijdsgegevens ontbraken, aangezien de vergelijking tussen leeftijdsgenoten werd gemaakt.

Voor de mate van crisis en de urgentie om actie te ondernemen inzake een psychische kwetsbaarheid werd een totaalscore berekend van de CTRS. De CTRS-totaalscore werd berekend door de som van de subcategorieën (gevaar criterium, bereidheid tot behandeling en, sociaal netwerk), waarbij lagere scores wijzen op een hogere urgentie (continue variabele, ratio). Daarnaast werd op basis van de vooraf bepaalde afkapwaarden een categorische, ordinale variabele geconstrueerd die de ernst van crisis indeelt in verschillende urgentiecategorieën zoals beschreven in Bengelsdorf et al. (1984), waarna de frequenties en percentages over de verschillende crisiscategorieën descriptief werden weergegeven.

Aanmeldings-en doorverwijslocaties werden geclusterd volgens zorglijn (nulde, eerste, tweede en derde lijn en crisiszorg), gebaseerd op de PERINET-matrix, om zo de zorgvragen-en trajecten te analyseren binnen het bredere zorgcontinuüm.

In eerste instantie werden beschrijvende analyses uitgevoerd om de geregistreerde zorgvragen, socio-demografische kenmerken, aanmeldingsklachten, voorgeschiedenis van zorggebruik, de mate van crisis en urgentie op basis van de CTRS en de geplande acties door zorgverleners in kaart te brengen (nominale variabelen). Voor continue variabelen, leeftijd en CTRS-totaalscore, werden frequenties en percentages gerapporteerd. Percentages werden berekend op basis van geldige observaties.

Voor de continue variabelen, leeftijd en CTRS-totaalscore, werd de verdeling van de data nagegaan aan de hand van de Shapiro-Wilk-test ( $p > 0.05$  indicatief voor normale verdeling), aangevuld met visuele inspectie van histogrammen en Q-Q plots. Bij een normale verdeling werden gemiddelden en standaarddeviaties gebruikt. Bij niet normaal verdeelde data werden mediaan en interkwartielafstand gebruikt.

Alle variabelen werden vergeleken tussen aanmeldingen tijdens de perinatale periode en aanmeldingen van de reproductieve leeftijdsgroep en hiervoor werd gebruikgemaakt van kruistabellen. Om na te gaan of er significante verschillen bestonden tussen beide groepen voor de nominale variabelen, werd een chi-kwadraat toets uitgevoerd. De assumpties voor de chi-kwadraattoets werden nagegaan, waaronder de onafhankelijkheid van observaties en voldoende verwachte frequenties per cel ( $>5$ ). Indien niet voldaan werd aan de assumpties werd gebruikgemaakt van de Fisher-exact toets. Het significantieniveau werd vastgelegd op  $p < 0.05$ . Voor de continue variabelen, leeftijd en CTRS-totaalscore, werd opnieuw de verdeling van de data nagegaan aan de hand van de Shapiro-Wilk-test ( $p > 0.05$  indicatief voor normale verdeling), aangevuld met visuele inspectie van histogrammen en Q-Q plots. Afhankelijk van de uitkomst

hiervan werd een onafhankelijke t-toets (bij normaal verdeelde data) of Mann – Whitney U test (bij niet-normaal verdeelde data) gebruikt.

De resultaten van de analyse worden gerapporteerd in tabellen en figuren in hoofdstuk 4.2.

### **3.6 Doelstelling 3: het in kaart brengen van ervaringen van zorgverleners bij het screenings-en doorverwijsproces**

De doelstelling was om de ervaringen (barrières en facilitatoren) van zorgverleners te exploreren bij het screenings-en doorverwijsproces van perinatale psychische problemen bij koppels tijdens de perinatale periode. Om de reeds bestaande resultaten van dit project vanuit doelstelling één en twee te versterken met de ervaringen van de zorgverleners in de praktijk werd gekozen om focusgroep studies op te zetten.

#### **3.6.1 Design**

Deze studie hanteert een interpretatief fenomenologisch onderzoeksdesign. Focusgroepen zijn de meest geschikte methode om een thema diepgaand te verkennen en de interacties tussen zorgverleners te observeren (Wensing et al., 2020), een interactie die essentieel is binnen de interdisciplinaire context van perinatale GGZ (Bayrampour et al., 2018).

De rapportage van dit deel van het project gebeurt aan de hand van de COnsolidated criteria for Reporting Qualitative research (COREQ) Checklist (zie appendix 6).

#### **3.6.2 Datacollectie**

Deelnemers van de focusgroep betroffen zorgverleners actief binnen de zorg voor de perinatale populatie van de eerste tot derde lijn, ongeacht het aantal jaren ervaring. Dit is in lijn met de principes van maximale variatie sampling, waarbij een brede waaier aan perspectieven geïncorporeerd wordt (Palinkas et al., 2015).

De studie startte met een “convenience sampling” om de oproep tot deelname breed te verspreiden binnen het GGZ-netwerk, via sociale media en e-mail. De dataverzameling en -analyse vond gelijktijdig plaats (Pailthorpe, 2017). Dit iteratieve proces stuurde de selectie van verdere deelnemers aan, waardoor de steekproefstrategie evolueerde naar een meer doelgerichte steekproeftrekking op basis van voortschrijdende analytische inzichten. Tot slot werd “snowball sampling” gehanteerd waarbij relevante collega’s van deelnemers werden uitgenodigd voor deelname aan de focusgroep. Elke deelnemer kon slechts aan één focusgroep deelnemen en de focusgroepen werden bijkomend georganiseerd totdat data-saturatie werd bereikt.

Een semi-gestructureerde interviewgids werd ontwikkeld. Er werd gebruik gemaakt van een interviewgids voor zorgverleners in de nulde tot en met de tweede lijn en één voor zorgverleners vanuit de meer gespecialiseerde context van de derde lijn of crisiszorg (zie appendix 7). Er werd geen pilot test uitgevoerd voor de interview gids maar deze werd wel uitvoerig besproken binnen het onderzoeksteam. Alle focusgroepen werden online uitgevoerd via Teams. Ze werden opgenomen en er werden notities bijgehouden. Na transcriptie werden de opnames verwijderd.

L.M. voerde de focusgroepen uit, op het moment van de datacollectie was zij PhD student en niet praktiserende vroedvrouw. Er was geen professionele of persoonlijke relatie tussen de deelnemers en de interviewer.

### **3.6.3 Data-analyse**

Een thematische analyse werd uitgevoerd, een analysemethode gericht op het systematisch identificeren, analyseren en rapporteren van terugkerende patronen (thema's) in kwalitatieve data, volgens de QUAGOL-methode, ontwikkeld door Dierckx de Casterle et al. (2012). L.M. voerde de data-analyse uit waarbij er na elke stap een terugkoppeling werd gemaakt met L.J. en op basis van die inzichten werd dit besproken met A.B.

De QUAGOL-methode bestaat uit twee fasen, die elk vijf stappen omvatten. De eerste stappen omvat de voorbereidende fase waarin de focusgroepen verbatim werden getranscribeerd en herhaaldelijk doorgenomen om vertrouwd te raken met de data. Voor elke focusgroep werd vervolgens een narratief verslag opgesteld waarin de kernboodschappen werden samengevat. Na drie focusgroepen werden individuele ideeënlijsten opgesteld, een gestructureerd document waarin per focusgroep de belangrijkste betekenisvolle ideeën en voorlopige concepten worden samengevat. Deze werden kritisch getoetst binnen de onderzoeksgroep, waarna een overkoepelende ideeënlijst werd ontwikkeld op basis van alle focusgroepen.

In fase twee werd het coderingsproces opgestart. Hierbij werd een coderingsschema opgesteld op basis van de ideeënlijsten en toegepast op relevante tekstfragmenten. Het finale coderingsschema is terug te vinden in appendix 8. Tijdens dit proces werden de codes voortdurend geëvalueerd en besproken binnen het onderzoeksteam om de analytische kwaliteit te waarborgen. Tot slot werd een overkoepelend analytisch kader ontwikkeld waarin de structuur en de centrale bevindingen van de focusgroepen werden samengebracht. Alle stappen werden iteratief uitgevoerd na elke focusgroep en vormden de basis voor een voorlopige inhoudsanalyse, die bijdroeg aan het verfijnen van het codeerschema en het bepalen van dataverzadiging. Het analyse platform NVivo (Lumivero, versie 15.3.2) begeleidde dit proces.

### **3.6.4 Member check**

In kwalitatief onderzoek kan er onderzoekers bias optreden aangezien de onderzoeker zowel data collector als ook de data analist is. Deze bias kan worden verkleind door de deelnemers actief te betrekken bij het onderzoeksproces, genaamd "member check". De volgende stappen van Birt et al. (2016) werden toegepast.

Na afloop van alle focusgroepen, werd de member check georganiseerd. De preliminaire resultaten werden getoond, aangevuld met citaten van de deelnemers vanuit de focusgroepen. Vervolgens werd een interactieve bespreking waarbij deelnemers werden gevraagd de resultaten te beoordelen. Alle vragen van deze member check zijn terug te vinden in appendix 9.

## **3.7 Netwerkevent**

De terugkoppeling van de resultaten vanuit het netwerk gebeurde door middel van een netwerkevent, georganiseerd in samenwerking met PERINET.

De terugkoppeling vanuit dit netwerkevent resulteerde tevens in bijkomende data voor verdere verfijning van de onderzoeksresultaten als ook de spreekwoordelijke 'meat on the bones' ter nuancering van de cijfermatige uitkomsten van de monitoring. Voor de resultaten met betrekking tot de monitoring van zorgvragen werd eerst een presentatie over de preliminaire resultaten gegeven tijdens dit netwerkevent. Vervolgens werden de deelnemers opgesplitst in kleine groepen, waarin zij aan de hand van vooraf

opgestelde vragen, op basis van een SWOT-analyse, gezamenlijk reflecteerden over deze resultaten en bijdroegen aan het formuleren van de beleidsaanbevelingen. Dit ging gepaard met een mondelinge discussie gemodereerd door de netwerkcoördinatoren.

Deze terugkoppeling werd eveneens toegepast voor de focusgroepen rond de ervaringen van zorgverleners met betrekking tot het screening- en doorverwijsproces van perinatale psychische problemen. Al deze feedback werd genoteerd door de drie onderzoekers en meegenomen in de discussie en verdere ontwikkeling van de aanbevelingen. De gebruikte template voor het netwerkevent is terug te vinden in appendix 10.

### **3.8 Ethische aspecten**

Dit onderzoek werd goedgekeurd door de Sociaal Maatschappelijke Ethische Commissie (SMEC) van Leuven (G-204-8615) op 13 januari 2025.

Voor de focusgroepen (hoofdstuk 3.4.3 en 3.6) werden alle deelnemers voorafgaand aan de focusgroepen geïnformeerd over het doel van het onderzoek, hun rechten en hoe de gegevens gebruikt zouden worden. Dit gebeurde via het ondertekenen van een geïnformeerd toestemmingsformulier. Daarnaast werd een vertrouwensverklaring ondertekend om de veiligheid te waarborgen dat wat binnen de focusgroep wordt besproken, niet buiten de groep wordt gedeeld. Deelnemers konden op elk moment hun deelname aan het onderzoek beëindigen.



## Hoofdstuk 4

### Resultaten

Dit hoofdstuk presenteert de resultaten van het onderzoek, opgebouwd volgens de verschillende onderzoeksdoelstellingen. De resultaten vloeien voort uit een onderzoeksopzet waarin zowel kwalitatieve als kwantitatieve methoden werden gecombineerd.

Bij de eerste doelstelling werd het zorgaanbod in kaart gebracht, waarbij zowel de validatie van de matrix via een focusgroep als de registratie van het zorgaanbod via een vragenlijst centraal staan (aanbodzijde). Vervolgens werden bij de tweede doelstelling de resultaten van de monitoring van de psychische zorgvragen gepresenteerd, met aandacht voor het type zorgvragen, de context waarin deze gesteld worden en de acties die hieruit voortvloeien (vraagzijde). Voor de derde doelstelling werden de ervaringen van zorgverleners met betrekking tot screening en doorverwijzing van perinatale psychische problemen besproken, gebaseerd op focusgroep studies (proceszijde). Deze data werden telkens aangevuld met feedback vanuit het netwerkevent.

#### 4.1 Doelstelling 1: zorgaanbod in kaart brengen

##### 4.1.1 Feedback focusgroep matrix

Dit deel presenteert de resultaten van de focusgroep die werd georganiseerd ter validatie van de voorlopige matrix.

De matrix werd ontwikkeld met als doel een gestructureerd overzicht te bieden van het perinatale geestelijke gezondheidsaanbod, waarbij zorgaanbieders en types zorgaanbod worden geordend volgens kenmerken zoals zorglijn, doelgroep en aard van het aanbod.

Om de voorlopige matrix te evalueren via een SWOT – analyse werd een multidisciplinaire groep van zorgpartners gerekruteerd, zie [Tabel 1](#). De focusgroep werd georganiseerd op 24 april 2025 en duurde één uur 45 minuten. Hieronder worden de hoofdthema's besproken die aan bod kwamen tijdens de focusgroep.

##### 1. Zorglijnen en structuur van de matrix

Binnen de focusgroep werd feedback gegeven op het gebruik van zorglijnen als structurerend principe. De deelnemers gaven aan dat dergelijke lijnen als te rigide worden ervaren en het risico op polarisering vergroten, wat haaks staat op het principe van geïntegreerde zorg. In plaats daarvan werd voorgesteld om te werken met meer dynamische modellen, zoals cirkels of gradaties van toegankelijkheid (bijvoorbeeld rechtstreeks versus niet-rechtstreeks toegankelijke zorg).

Daarnaast werd benadrukt dat zorgaanbieders niet zelf zouden moeten bepalen binnen welke categorie of zorglijn zij vallen. Een indeling op basis van de zwaarte of complexiteit van de hulpvraag (bijvoorbeeld licht, matig, zwaar) werd als meer passend beschouwd. Er werd ook gewezen op het feit dat initiatieven, zoals *'Buddy bij de wieg'* (De Kraamtuin, 2022) moeilijk te positioneren zijn binnen een model met zorglijnen omdat ze overkoepelend zijn over de zorglijnen en daardoor tussen de mazen van het net vallen.

*Citaat: “Er zijn gewoon meerdere organisaties die over meerdere lijnen werken en het is ook niet altijd duidelijk of ik eerste lijn of tweede lijn ben bijvoorbeeld. Zorglijnen staan eigenlijk haaks op geïntegreerde zorg en zorgt voor nog meer verkokering”*

### **2. Inhoudelijke afbakening en kwaliteitscontrole**

Een belangrijk discussiepunt betrof de inclusiecriteria van zorgverleners binnen de matrix. Deelnemers stelden de vraag of enkel erkende zorgverleners opgenomen moeten worden, of dat ook informele actoren, zoals coaches, doula's of yogabegeleiders een plaats kunnen krijgen. Hierbij werd gewezen op het risico op wildgroei indien er geen duidelijke kwaliteitscriteria worden gehanteerd.

Er werd brede consensus bereikt over het belang van kwaliteitsbewaking. Deelnemers gaven aan dat transparantie over kenmerken van zorgverleners, zoals diploma's, ervaring, wachttijden en doelgroep, essentieel is om gebruikers te ondersteunen in het maken van geïnformeerde keuzes.

Tegelijk werd benadrukt dat deze elementen niet noodzakelijk deel uitmaken van de matrix zelf, maar eerder betrekking hebben op de randvoorwaarden voor het gebruik en beheer op langere termijn (buiten scope van dit project). Zo werd gesuggereerd om systemen te voorzien die zorgverleners ondersteunen bij het actualiseren van hun gegevens en het waarborgen van de betrouwbaarheid van de informatie.

*Citaat: “Wat met projecten die tijdelijk zijn, hoe ga je dat controleren? Het is een full time job om hier mee bezig te zijn hè. Bijvoorbeeld ik ben een ELP-er en ik geef 6 keer groepslessen en ik stop er mee omdat er niet genoeg inschrijvingen zijn. De oplossing zou zijn dat je tweejaarlijks een mail uit stuurt om te controleren of het [het zorgaanbod in kwestie] bestaat”*

### **3. Integratie met bestaande tools**

De integratie met bestaande initiatieven werd zowel gezien als een kans dan als een uitdaging. De BiB-tool werd genoemd als een mogelijk platform om de matrix aan te koppelen. Een dergelijke koppeling biedt het voordeel dat het zorgaanbod kan worden afgestemd op de reeds gebruikte psychosociale indicatoren binnen de BiB-tool, wat de aansluiting bij bestaande praktijken kan versterken. Tegelijk brengt dit een belangrijke beperking met zich mee, namelijk dat de structuur en inhoud van de matrix afgestemd moeten worden op het formaat en de logica van de BiB-tool. Dit kan de flexibiliteit beperken om een eigen indeling of aanvullende categorieën, gebaseerd op de literatuur, te ontwikkelen die beter aansluiten bij de doelstellingen van dit project.

*Citaat: “Dat is een beperking van de BiB-tool dat er na de vlaggetjes men nog altijd opzoek moet gaan naar het aanbod, dus deze matrix zou een perfect karretje zijn om eraan te hangen, maar dan ben je wel beperkt tot de output en de structuur van de BiB-tool, wat niet altijd positief is.”*

Daarnaast werd verwezen naar de Psychéwijzer als een relevant voorbeeld, onder meer doordat dit gebaseerd is op het WHO-model waarbij er een opbouw is van zelfzorg naar informele en vervolgens naar formele zorg. Een koppeling met de Psychéwijzer, evenals met initiatieven zoals PERINET, werd als waardevol beschouwd.

De Sociale Kaart werd als moeilijk doorzoekbaar ervaren, maar deelnemers zagen mogelijkheden om de matrix te gebruiken als toegangspoort naar specifieke pagina's op de Sociale Kaart.

### **4. Type ondersteuning en naamgeving**

In de voorlopige matrix werd aangesloten bij de categorie-indeling van de PERINET-matrix, namelijk mentale, praktische, sociale en medische ondersteuning, met als doel een overzicht te bieden van welk type ondersteuning door welke zorgverleners wordt aangeboden.

Er werd gewezen op mogelijke verwarring rond het gebruik van brede categorieën zoals “mentale ondersteuning”. Dergelijke termen kunnen volgens de deelnemers misleidend zijn en onvoldoende duidelijkheid bieden over het concrete aanbod.

Daarom werd gesuggereerd om minder nadruk te leggen op deze ondersteuningstypes en meer op het specifieke type aanbod van zorgverleners. Heldere terminologie en duidelijke afbakening werden hierbij als essentieel beschouwd.

*Citaat: “De term mentale ondersteuning is afhankelijk van hoe de zorgverlener dit interpreteert. Het zou ook gevaarlijk zijn om hieronder bijvoorbeeld de vroedvrouw te zetten. Er zijn heel veel mensen die heel veel aanbieden en iedereen doet het goed maar het is ook gevaarlijk want dan denken mensen ‘ik ben naar de psycholoog gegaan’ en dan ga je uitzoeken en gaat het eigenlijk over een coach. Het belangrijkste is het concrete aanbod, dat is belangrijker dan hoe de ondersteuning genoemd wordt”*

## 5. SWOT-analyse

De focusgroep resultaten omvatten tevens een SWOT-analyse, een analysemethode waarbij sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen van de matrix systematisch in kaart werden gebracht.

*Sterktes* die werden geïdentificeerd zijn onder meer het bundelen van zorgaanbod op één centrale plaats, de mogelijkheid tot regionale overzichten en het verminderen van afhankelijkheid van individuele kennis van zorgverleners. Ook een filter- en zoekmogelijkheden en de holistische, intersectorale benadering werden als belangrijke meerwaarde genoemd.

*Zwaktes* betreffen onder andere het risico op fragmentatie door zorglijnen, de uitdaging om de tool actueel te houden en het risico op een te complexe of chaotische structuur. Ook het ontbreken van voldoende kwaliteitscontrole werd als aandachtspunt benoemd.

*Kansen* liggen in de integratie met bestaande tools, het verbeteren van toegankelijkheid van het aanbod. Daarnaast gaven de deelnemers aan dat het in kaart brengen van het aanbod, de toeleiding naar gepaste hulp kan versnellen. Ook voor zorgverleners kan een dergelijk overzicht van het zorgaanbod de samenwerking stimuleren, doordat zij op die manier beter zicht krijgen op elkaars aanbod.

*Citaat: “Voorlopig werken zorgverleners door eigen ervaring en netwerk, wie kennen ze dat bepaalde expertise heeft om iets te gaan oplossen of behandelen, je hebt wel uw vaste mensen maar als zorgverlener ben je niet altijd mee met nieuwe mensen of initiatieven in de buurt”*

*Bedreigingen* omvatten mogelijke overlap met bestaande initiatieven, onduidelijkheid over de meerwaarde van de matrix en het risico op verouderde of incorrecte informatie. Daarnaast werd gewezen op de moeilijkheid van een duidelijke doelgroep afbakening. Tot slot werd benoemd dat de connectie met bestaande screeningstools (bijvoorbeeld de BiB-tool) niet altijd mogelijk is. Deze bedreigingen kunnen worden gecounterd door in te zetten op de geïdentificeerde sterktes en kansen.

## 6. Grensbepaling van de doelgroep (perinataal)

Het belang van een duidelijke doelgroep afbakening werd onderstreept. De focus van deze matrix dient te liggen op de perinatale periode, waarbij de centrale vraag is of de hulpvraag gerelateerd is aan deze specifieke fase. Binnen deze afbakening werd voorgesteld om een onderscheid te maken tussen verschillende fasen, namelijk zwangerschapswens, zwangerschap en postpartum periode. De grensbepaling werd door de deelnemers als noodzakelijk beschouwd om de specialisatie van het perinatale in kaart te brengen, specifiek ten opzichte van de bredere GGZ, los van het feit dat de verbinding met de bredere GGZ belangrijk is.

*Citaat: “Die persoon is zwanger en zit in een kwetsbare periode dus het perinatale moet sowieso de focus zijn. Als je de grens niet trekt dan gaat het over elke volwassen vrouw en dan kan je iedereen meenemen.”*

## **7. Vorm en toegankelijkheid van de matrix indien implementatie in praktijk**

Mocht de matrix in een later stadium geïmplementeerd worden als werkinstrument was een onlineversie van de matrix de voorkeur, aangevuld met een beknopte papieren versie als geheugensteun voor gebruik tijdens consultaties. De matrix dient visueel aantrekkelijk, eenvoudig en intuïtief te zijn, met zowel kaart - als lijstweergaven.

Gebruiksvriendelijkheid werd als cruciaal benadrukt. De online matrix moet beschikken over filtermogelijkheden (bijvoorbeeld op locatie, klacht en doelgroep). Daarnaast moet het aanbod raadpleegbaar zijn op basis van regio, hulpvraag en toegankelijkheid.

*Citaat: “Beste zou zijn voor exclusief een online tool met filterfuncties, want anders krijg je het gegeven van sociale kaart met 17 pagina’s aan informatie”*

Een verplichte voorafgaande vragenlijst, waarbij zorgverleners eerst een aantal vragen invullen waarna de tool automatisch een gepast zorgaanbod voorstelt, werd door de deelnemers afgeraden. Dit omdat het een extra drempel is om snel het gevraagde zorgaanbod te krijgen. Indien de matrix echter beschikbaar zou worden gesteld voor burgers, werd een dergelijke voorafgaande vragenlijst wel als een waardevolle optie beschouwd.

Verder werd voorgesteld om zorgaanbieders de mogelijkheid te geven om rechtstreeks materialen, zoals flyers, te uploaden in de online matrix.

### **4.1.2 Registratie van het perinataal psychisch zorgaanbod**

Dit deel beschrijft de resultaten van de vragenlijst afgenomen bij zorgverleners met betrekking tot het huidige perinatale psychisch zorgaanbod in het GGZ-netwerk van Limburg dat de zorgverleners aanbieden. De resultaten geven een overzicht van de aard, spreiding en kenmerken van het zorgaanbod binnen het netwerk.

De vragenlijst werd verspreid op 9 juni 2025 en was beschikbaar tot en met 31 juli 2025. In totaal werd er 59 keer een perinataal geestelijk gezondheidsaanbod geregistreerd via de vragenlijst.

Ongeveer de helft van het aanbod dat geregistreerd werd, had als hoofddoelgroep individuen met perinataal psychisch probleem of kwetsbaarheid ( $n = 32/59$ : 52.2%), de andere helft had dit niet als hoofddoelgroep ( $n = 28/59$ : 49.1%). Indien het ging om een perinataal psychisch probleem of kwetsbaarheid is de zwangerschap ( $n = 29/57$ : 50.9%) en het postpartum ( $n = 28/57$ : 49.1) evenveel vertegenwoordigd als hoofddoelgroep, waarbij de overgrote meerderheid in beide categorieën zit ( $n = 27/31$ : 87%).

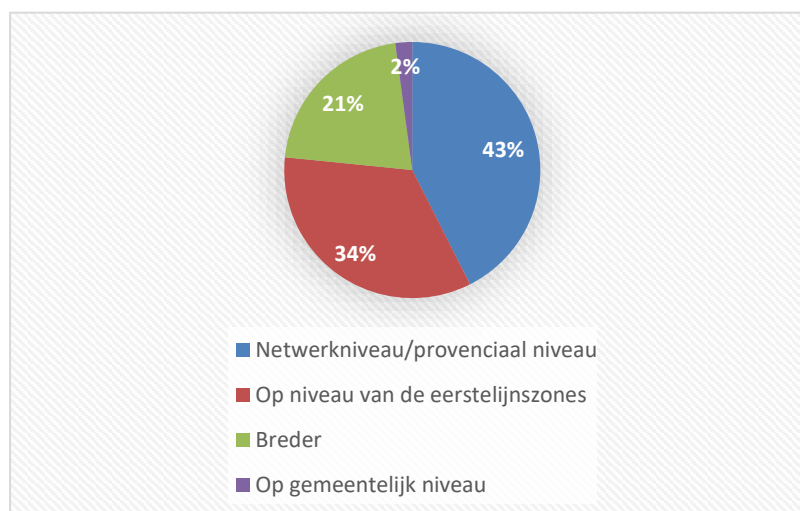
Klinisch psychologen werden het meest geregistreerd van de beroepsgroepen ( $n = 32/68$ : 47.1%), gevolgd door verpleegkundigen ( $n = 8/68$ : 11.8%) (zie Tabel 2). Privé-of groepspraktijken ( $n = 24/53$ : 45.3%) en psychiatrische ziekenhuizen ( $n = 10/53$ : 19.8%) werden het vaakst geregistreerd als type organisatie (zie Tabel 3).

Het zorgaanbod dat geregistreerd werd bevond zich vooral in de grotere gemeenten zoals Hasselt ( $n = 11/39$ : 28.2%), gevolgd door Sint – Truiden ( $n = 5/39$ : 12.8%), Tongeren ( $n = 4/39$ : 10.3%), Genk en Houthalen - Helchteren ( $n = 3/39$ : 7.7%), Neerpelt en Lanaken ( $n = 2/39$ : 5.1%). Daarna volgt Lommel,

Borgloon, s-gravenvoeren, Bilzen, Maaseik, Oudsbergen, Maasmechelen, Beringen, Lummen (n = 1/39: 2.6%).

Het zorgaanbod dat geregistreerd werd was het vaakst beschikbaar op netwerkniveau of provinciaal niveau (n = 20/47: 42.6%) (Figuur 8). De overgrote meerderheid van het geregistreerd aanbod betrof een blijvend project (n = 45/46: 97.8%), eenmaal werd gerapporteerd dat het om een tijdelijk project ging (mobiele herstelteams voor volwassenen) (2.2%), al werd hier verduidelijkt dat er nog geen einddatum is.

Figuur 8 Werkingsgebied



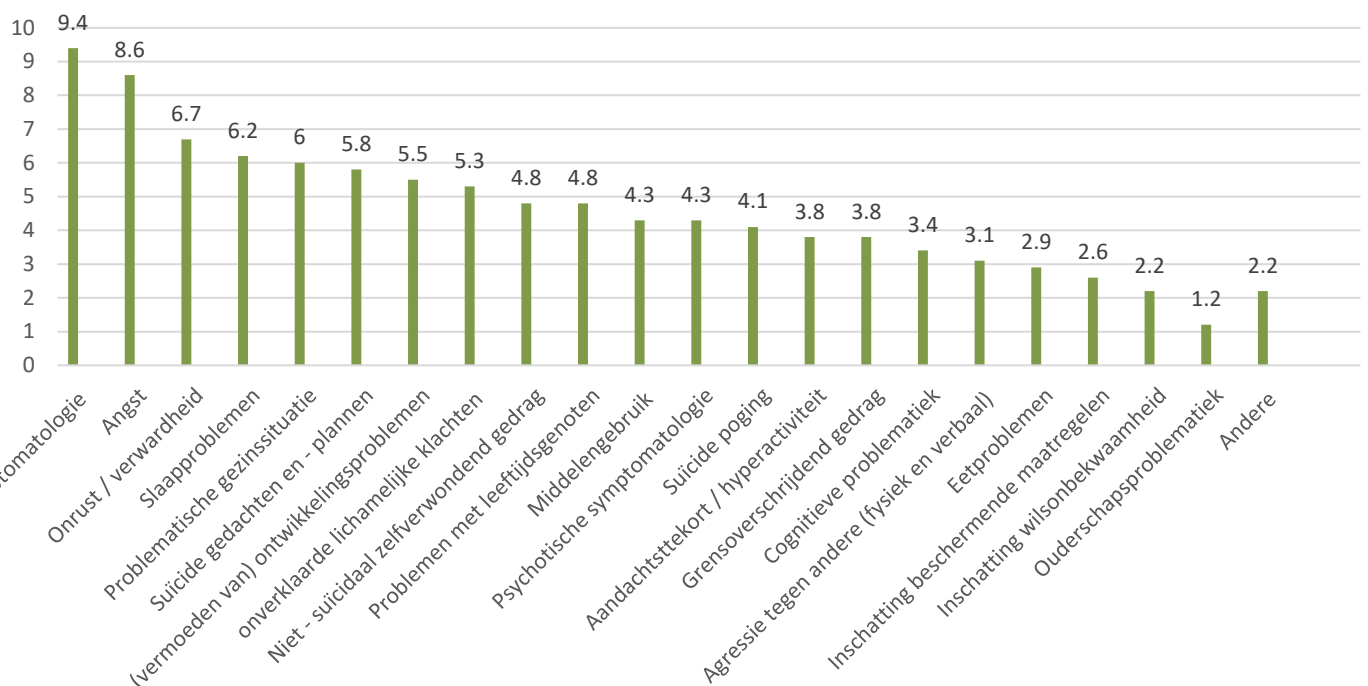
Noot: Percentage (%) van het werkingsgebied van het geregistreerde zorgaanbod door de zorgverleners uit GGZ - netwerk Limburg.

Het type aanbod dat de zorgverleners geregistreerd hebben, ging het vaakst om een zorgverlener geleid aanbod (persoonlijk contact) (n = 48/59: 81.4%) en drie keer ging het om een digitaal aanbod, waarbij er volledige digitale aansturing was (n = 3/59: 5.1%). Daarnaast ging het acht keer om een hybride aanbod (combinatie van beide) (n = 8/59: 13.5%). Indien het een door een zorgverlener geleid aanbod was, ging dit het meest om een fysiek contact (n = 48/68: 77.4%), eerder dan een online contact (n = 14/62: 22.6%). Over alle zorglijnen heen werd “zelfzorgversterkende interventies” als type aanbod percentueel het vaakst geregistreerd door zorgverleners actief bij crisiszorg (n = 20/66: 30.3%).

Het zorgaanbod dat werd geregistreerd door de zorgverleners bevond zich het vaakst in de eerste lijn (n = 149/378: 39.4%), gevolgd door de tweede lijn (n = 78/378: 20.6%), de nulde lijn (n = 67/378: 17.7%), crisiszorg (n = 66/378: 17.5%) en de derde lijn (n = 18/378: 4.8%) (Zie Tabel 4).

De meest geregistreerde problematieken waarvoor cliënten terecht kunnen in het gerapporteerde zorgaanbod zijn depressieve symptomen (n = 39/417: 9.4%), angst (n = 36/417: 8.6%), onrust/verwardheid (n = 28/417: 6.7%), slaapproblemen (n = 26/417: 6.2%) en problematische gezinssituatie (n = 25/417: 6.0%). Voor de resterende problematieken zie Figuur 9.

Figuur 9      Geregisteerde problematieken waarvoor een zorgaanbod geregistreerd werd

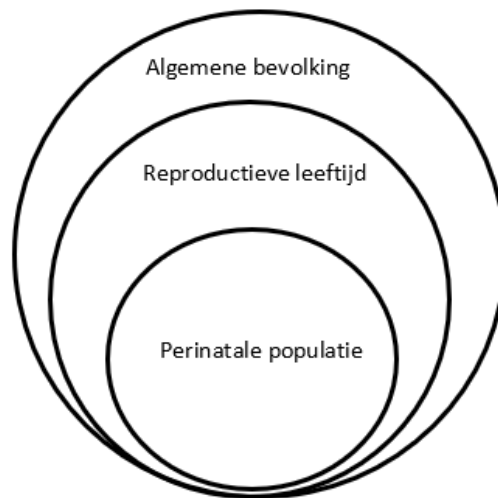


Noot: percentage (%) geregisteerde problematieken waarvoor cliënten terecht kunnen in het geregistreerd zorgaanbod in GGZ-netwerk Limburg.

## 4.2 Doelstelling 2: Zorgvragen via monitoring

In dit onderdeel worden de resultaten weergegeven van de kwantitatieve monitoring van zorgvragen binnen het GGZ-netwerk. Deze resultaten bieden inzicht in het type zorgvragen, de context waarin deze gesteld worden, de kenmerken van de betrokken personen en de acties die hieruit voortvloeien.

In dit deel wordt een duidelijk onderscheid gemaakt tussen twee deelpopulaties: de populatie op reproductieve leeftijd en de perinatale populatie. Deze twee populaties zijn onderdeel van de overkoepelende populatie, de algemene bevolking (zie [Figuur 10](#)). Deze indeling laat toe om de perinatale populatie niet geïsoleerd te beschouwen, maar systematisch te situeren ten opzichte van bredere populaties. Conceptueel kan dit worden voorgesteld als overlappende cirkels, waarbij de perinatale populatie een subgroep vormt binnen de populatie van de reproductieve leeftijd, die op haar beurt deel uitmaakt van de algemene populatie. Deze afbakening vormt een belangrijke analytische meerwaarde, aangezien ze toelaat om gerichte vergelijkingen te maken en zo uitspraken te doen over de specificiteit van de perinatale populatie ten aanzien van de andere groepen.



### Leeswijzer

De datacollectie waarop deze resultaten gebaseerd zijn, betreft een momentopname van vier weken (2–30 juni 2025). De data werden verzameld door de deelnemende zorgpartners (= locaties) binnen de GGZ-netwerken van Limburg, per nieuwe aanmelding in het kader van een psychisch probleem en/of kwetsbaarheid, en dus niet per individu.

De dataverzameling verliep volledig anoniem, waardoor geen koppeling mogelijk is met het individu of met de specifieke locatie van aanmelding. Per nieuwe aanmelding werden verschillende gegevens geregistreerd, waaronder socio-demografische kenmerken, de aanmeldingsklacht, het (voorafgaand) zorggebruik en de eerstvolgende acties. Daarnaast werden specifieke items met betrekking tot de perinatale periode opgenomen (uniek voor de GGZ – netwerken van Limburg). Er werden geen gegevens verzameld over de duurtijd en kwaliteit van behandeling of opname.

De mediane invultijd bedroeg 7 minuten.

Twee cases werden uit de perinatale dataset verwijderd voor vergelijkingen met de reproductieve populatie, aangezien de leeftijd lager was dan 15 jaar en onbekend. Bij analyses die uitsluitend betrekking hadden op de perinatale populatie werden deze cases wel behouden, aangezien hier de leeftijdsvergelijking niet gemaakt werd. Dit verklaart de verschillen in aantallen en percentages tussen de vergelijkende en de afzonderlijke analyses.

### Deelnemende zorgpartners

Binnen deze monitoring waren verschillende zorgpartners actief, verspreid over diverse zorgniveaus (zie [Tabel 5](#)).

Op het niveau van de eerste lijn omvatte dit het Wit-Gele Kruis, de Kring Zelfstandige Psychologen, het Huis van het Kind (HvhK), Kind & Gezin (K&G), en het Kruispunt.

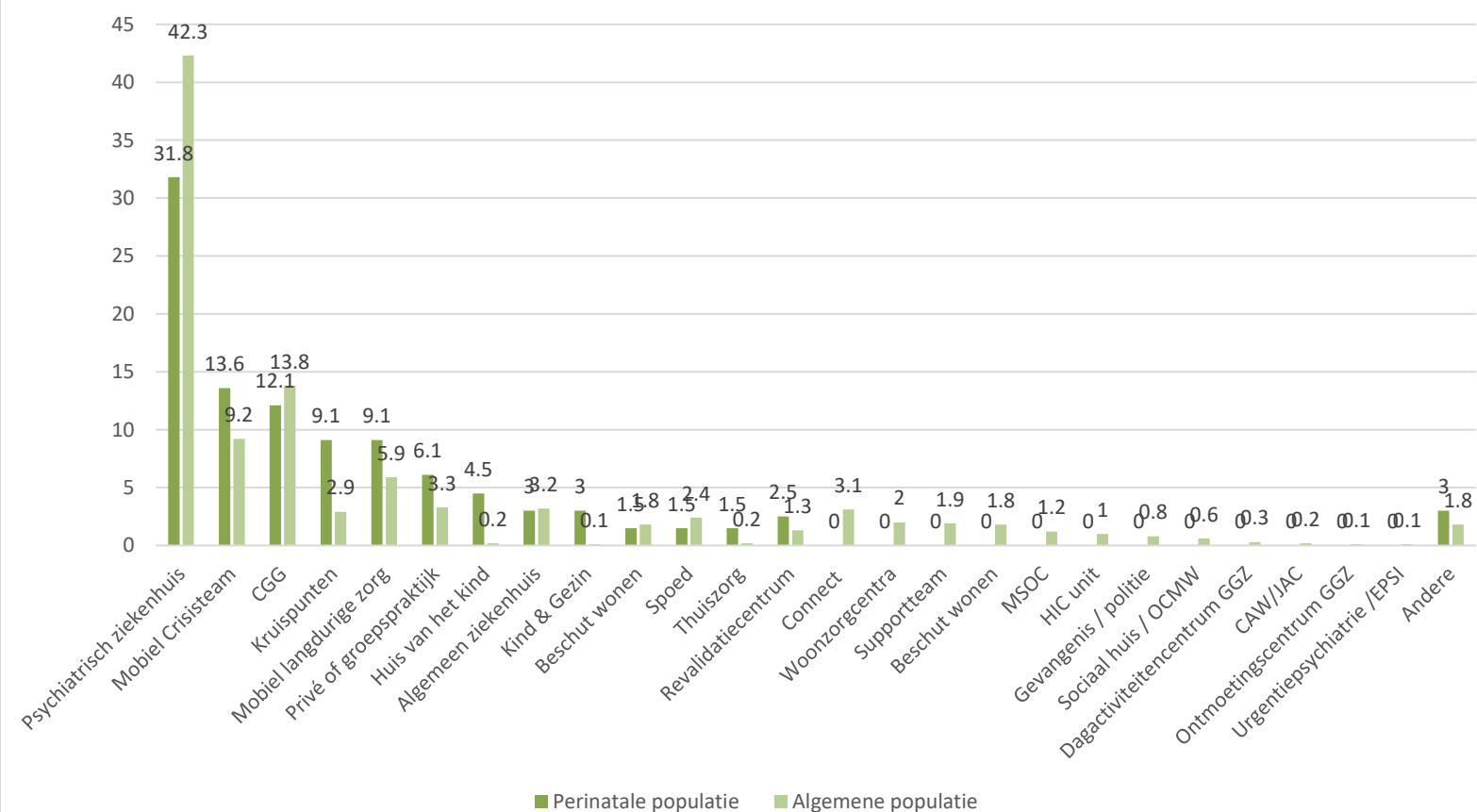
Binnen de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) participeerden CGG Kohesi en Integra Limburg. Daarnaast waren er verschillende mobiele teams actief, waaronder het Mobiel Team Dubbeldiagnose, het Mobiel Crisis Team (MCT), het Mobiel Herstel Team, een Mobiel Team Internering en het Ouder–Infant behandelteam.

Op het vlak van beschut wonen waren Vistha vzw en Beschut Wonen Noolim betrokken. Voor verslavingszorg werd geregistreerd door het Medisch Sociaal Opvangcentrum (MSOC) (Integra).

Tot slot maakten ook meerdere psychiatrische instellingen deel uit van de monitoring, met name Zorggroep Myna, Openbaar Psychiatrisch ZorgCentrum (OPZC) Rekem, het Kinderpsychiatrisch Centrum (KPC) Genk en Hasselt, en de Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis (PAAZ) van het Sint-Franciscusziekenhuis.

De top drie meest geregistreerde locaties van aanmeldingen van psychische klachten vanuit de algemene populatie waren: psychiatrisch ziekenhuis (n = 723/1709: 42.3%), CGG (n = 236/1709: 13.8%) en mobiel crisisteam (n = 158/1709: 9.2%). De locaties van aanmeldingen vanuit de perinatale populatie waren verschillend. Er werd het meest geregistreerd in een psychiatrisch ziekenhuis (n = 21/66: 31.8%), daarna volgden mobiel crisisteam (n = 9/66: 13.6%) en CGG (n = 8/66: 12.1%) (Zie [Figuur 11](#)). De meeste aanmeldingen in de perinatale periode werden geregistreerd op de derde lijn (n = 21/66: 31.8%). Voor de meeste aanmeldingen vanuit de perinatale periode waren er geen andere lopende aanmeldingen voor dezelfde problematiek op een andere locatie (n = 28/58: 48.3%), bij 16 aanmeldingen was dit onbekend (27.6%). Dit was vergelijkbaar met de gegevens vanuit de algemene populatie (niet aangemeld op andere locatie, n = 770/1713: 45%).

Figuur 11 Aanmeldingen per locatie perinatale populatie – algemene populatie



Noot: Percentage (%) van het totaal aantal aanmeldingen in GGZ-netwerken Limburg in het kader van een psychisch probleem of kwetsbaarheid bij personen binnen de perinatale periode tegenover de algemene populatie.

In totaal werd er 60 keer een aanmelding geregistreerd van vrouwen of mannen die zich ten tijde van de aanmelding in de perinatale periode bevonden. Acht aanmeldingen bevonden zich in de zwangerschap en

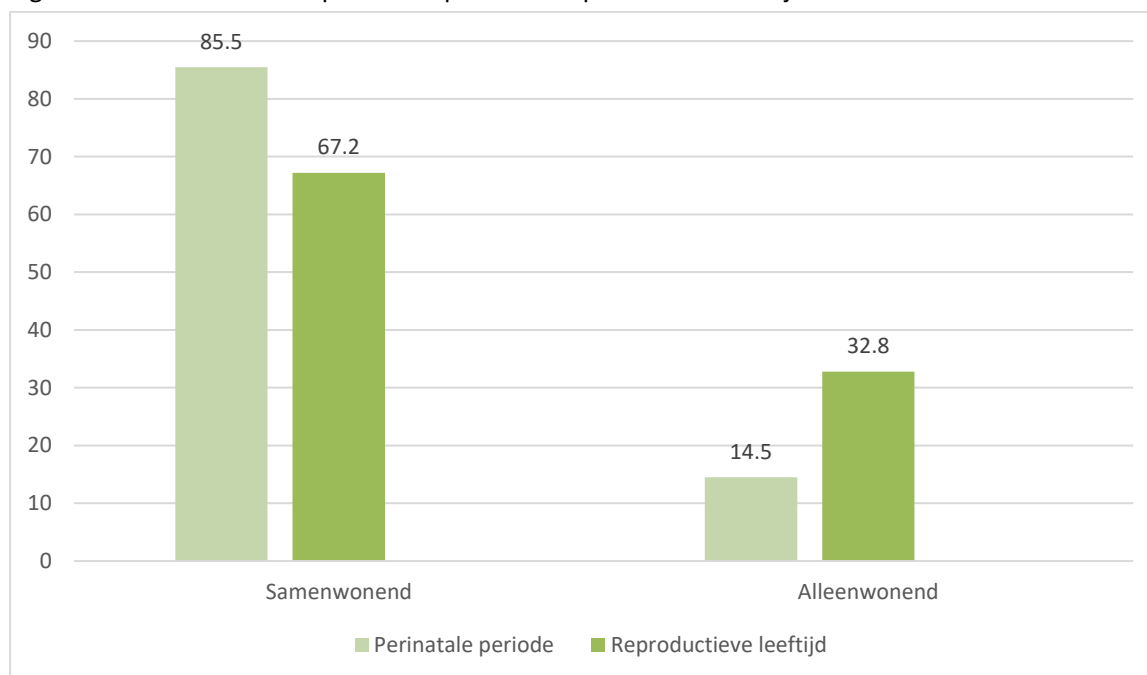
52 aanmeldingen in de postpartum periode tot maximaal twee jaar na de bevalling. Daarnaast werden er 971 aanmeldingen geregistreerd die zich in de reproductieve leeftijd bevonden, zonder dat ze zich in de perinatale periode bevonden.

### 1. Socio-demografische gegevens

In Tabel 6 staat een overzicht van de socio-demografische gegevens van de geregistreerde personen vanuit de perinatale populatie. De mediane leeftijd in deze groep was 30 jaar (interkwartielafstand 29). De meerderheid van de aanmeldingen betrof vrouwen (64,9%). Het merendeel van de aanmeldingen had de Belgische nationaliteit (91,1%). Daarnaast gaf 69,9% aan in een relatie te zijn, de meerderheid van de aanmeldingen (85,7%) woonde samen en de meerderheid (71,9%) beschikte over een eigen woning. Op vlak van inkomen kwam een vervangingsinkomen het meest voor (40,4%). Beschermende maatregelen waren bij de meerderheid niet van toepassing (80,7%), indien dit wel van toepassing was, was er vooral betrokkenheid van een gemandateerde voorziening (7,0%), zoals VK en OCJ.

Er was een significant verschil tussen aanmeldingen binnen de reproductieve periode en deze binnen de perinatale periode voor wat betreft de woonsituatie (zie Figuur 12). De personen aangemeld uit de perinatale populatie woonden vaker samen in plaats van alleen ( $p = 0.005$ :  $n = 47/55$ : 85.5% -  $n = 616/917$ : 67.2%). Met betrekking tot de professionele status was het percentage werkenden ( $n = 13/55$ : 23.6% -  $n = 162/917$ : 16.6%) en personen met een ziektestatuut ( $n = 21/55$ : 38.2% -  $n = 245/917$ : 25.2%;  $p = 0.012$ ) significant hoger bij de aanmeldingen uit de perinatale populatie (zie Tabel 7).

Figuur 12 Woonsituatie perinatale periode – reproductieve leeftijd



Noot: percentage (%) samenwonend en alleenwonend vergelijken tussen de aanmeldingen vanuit de perinatale periode en deze vanuit de reproductieve periode in GGZ-netwerk Limburg.

### 2. Geplande acties door de zorgverlener

Bij de meeste aanmeldingen uit de perinatale populatie vond een eerstvolgende actie plaats op de locatie van aanmelding (72,4%) (Zie Tabel 8). Een intakegesprek en start behandeling of opname als eerstvolgende actie lagen significant hoger in de perinatale populatie in vergelijking met de reproductieve leeftijdsgroep

(intake: 53.8% - 40.1% en start behandeling of opname: 41% - 37.2%;  $p = 0.033$ ) (zie Tabel 9). Er was significant vaker specifiek een ambulant aanbod indien start behandeling of opname als eerstvolgende actie bij aanmeldingen vanuit de perinatale populatie in vergelijking met de aanmeldingen uit de reproductieve populatie ( $n = 48/269$ : 17.9%- $n = 7/15$ : 46.7%;  $p=0.045$ ). Daarnaast zouden de aanmeldingen uit de perinatale populatie niet significant sneller een vervolgactie (ongeacht van het type vervolgactie) krijgen in vergelijking met de reproductieve leeftijd (na één maand  $n = 31/36$ : 86.1%- $n = 538/649$ : 82.9%;  $p = 0.415$ ).

Wanneer de eerstvolgende actie na de aanmelding bij de perinatale populatie een intakegesprek betrof, vond deze voor alle aanmeldingen binnen de maand plaats. In tegenstelling tot de start van een behandeling of opname, waar in 80% van de aanmeldingen deze pas startte één maand na de aanmelding ( $n = 12/15$ ), dit verschil tussen de start van het intakegesprek en de start van een opname of behandeling is significant ( $p<0.001$ ).

Voor de perinatale populatie vond op de meeste locaties de eerstvolgende actie plaats binnen één maand na aanmelding. Uitgezonderd bij de CGG waar de helft van de eerstvolgende acties plaats vonden na één maand na de aanmelding ( $n = 4/8$ ). Het verschil in wachttijd tussen de CGG en de andere aanmeldt locaties is significant ( $p = 0.004$ ).

Wanneer de eerstvolgende actie voor aanmeldingen vanuit de perinatale populatie niet op de locatie van aanmelding plaatsvond, werd in de meeste gevallen wel doorverwezen naar een interne of externe zorgverlener of organisatie ( $n = 10/16$ : 62.5%). Als redenen voor de doorverwijzing werd gegeven: er was geen verdere opvolging nodig op de locatie van aanmelding, het was de functie van het centra om door te verwijzen (Kruispunt), de problematiek was te ernstig of buiten de scope van de organisatie. Voor 5.2% van de aanmeldingen uit de perinatale periode vond er geen doorverwijzing of geen eerstvolgende actie op locatie plaats ( $n = 3/58$ ). De voornaamste redenen hiervoor waren: de aangemelde persoon ging niet in op het aanbod of men beoordeelde dat bijkomende behandeling of begeleiding niet nodig was, wegens het voldoende aanwezig zijn van een (in)formeel zorgnetwerk.

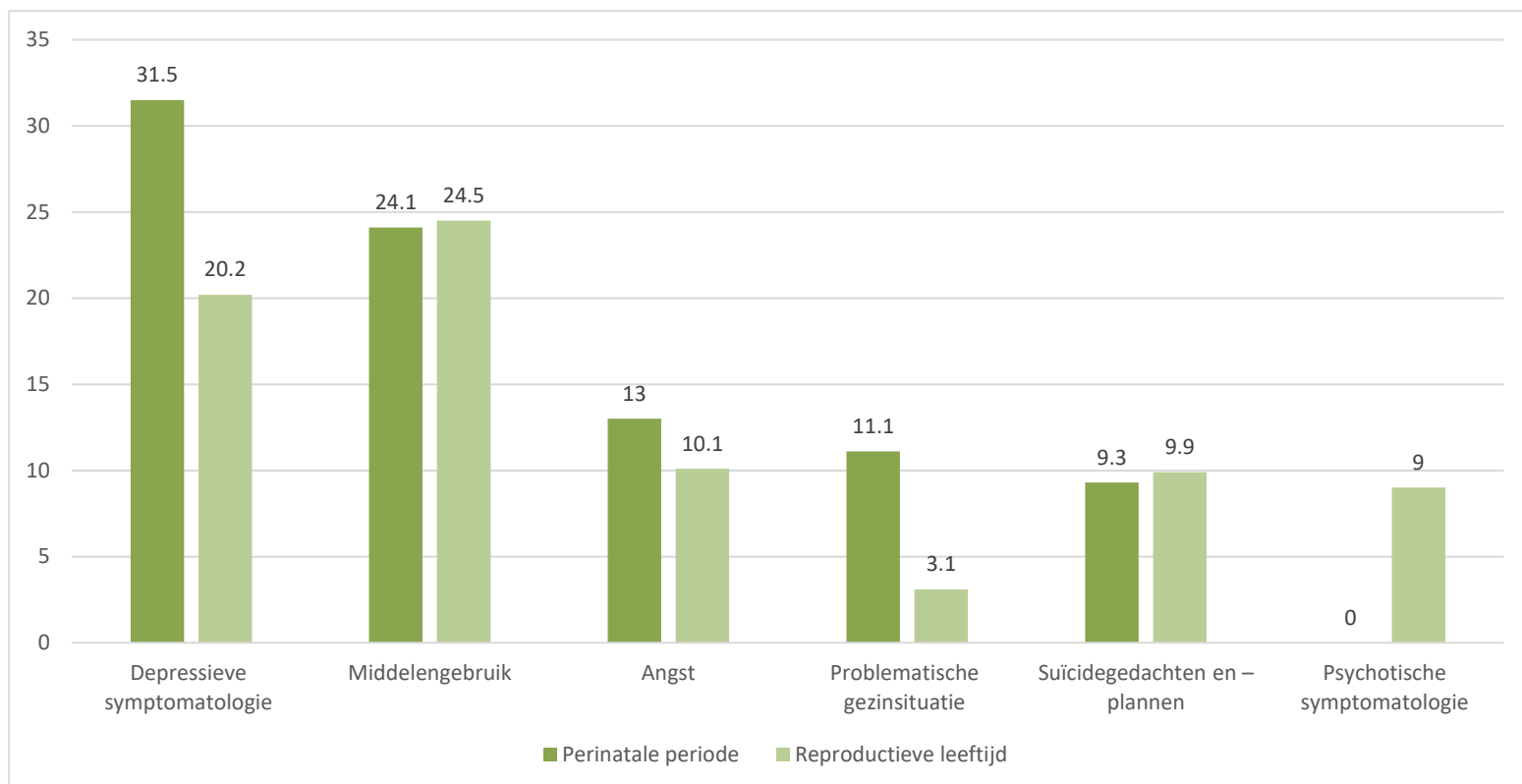
Qua geografische spreiding gebeurden de meeste aanmeldingen in Hasselt ( $n = 8/57$ : 14.3%), gevolgd door Maasmechelen ( $n = 7/57$ : 12.3%), Bilzen ( $n = 4/57$ : 7.0%), Sint-Truiden en Hamont – Achel ( $n = 3/57$ : 5.3%). Het overgrote deel van de aanmeldingen, op één na, had een domicilieadres Limburg (98.2%).

### 3. Aanmeldingsklachten

De meest gerapporteerde primaire aanmeldingsklachten binnen de perinatale populatie waren depressieve symptomen ( $n = 17/56$ : 30.4%), middelengebruik ( $n = 13/56$ : 23.6%), angst ( $n = 7/56$ : 12.5%), problematische gezinssituatie ( $n = 6/56$ : 10.7%) en suïcidegedachten-en plannen ( $n = 5/56$ : 8.9%). Bij middelengebruik ging het in de meeste gevallen om drugs ( $n = 8/17$ : 47.1%), gevolgd door alcohol ( $n = 6/17$ : 35.3%). Middelengebruik als primaire aanmeldingsklacht werd uitsluitend vastgesteld in de postpartumgroep en niet in de groep zwangere vrouwen of de partner van de zwangere vrouw. Als secundaire aanmeldingsklacht werd middelengebruik eenmaal geregistreerd bij de partner van een zwangere vrouw.

De top vijf van primaire aanmeldingsklachten voor de reproductieve leeftijd waren middelengebruik ( $n = 247/1013$ : 24.4%), depressieve symptomatologie ( $n = 210/1013$ : 20.7%), angst ( $n = 103/1013$ : 10.1%), suïcidegedachten-en plannen ( $n = 94/654$ : 9.9%) en psychotische symptomatologie ( $n = 86/1013$ : 8.5%). Dit verschilde niet significant van de primaire aanmeldingsklachten vanuit de perinatale populatie ( $p = 0.07$ ) (zie Figuur 13).

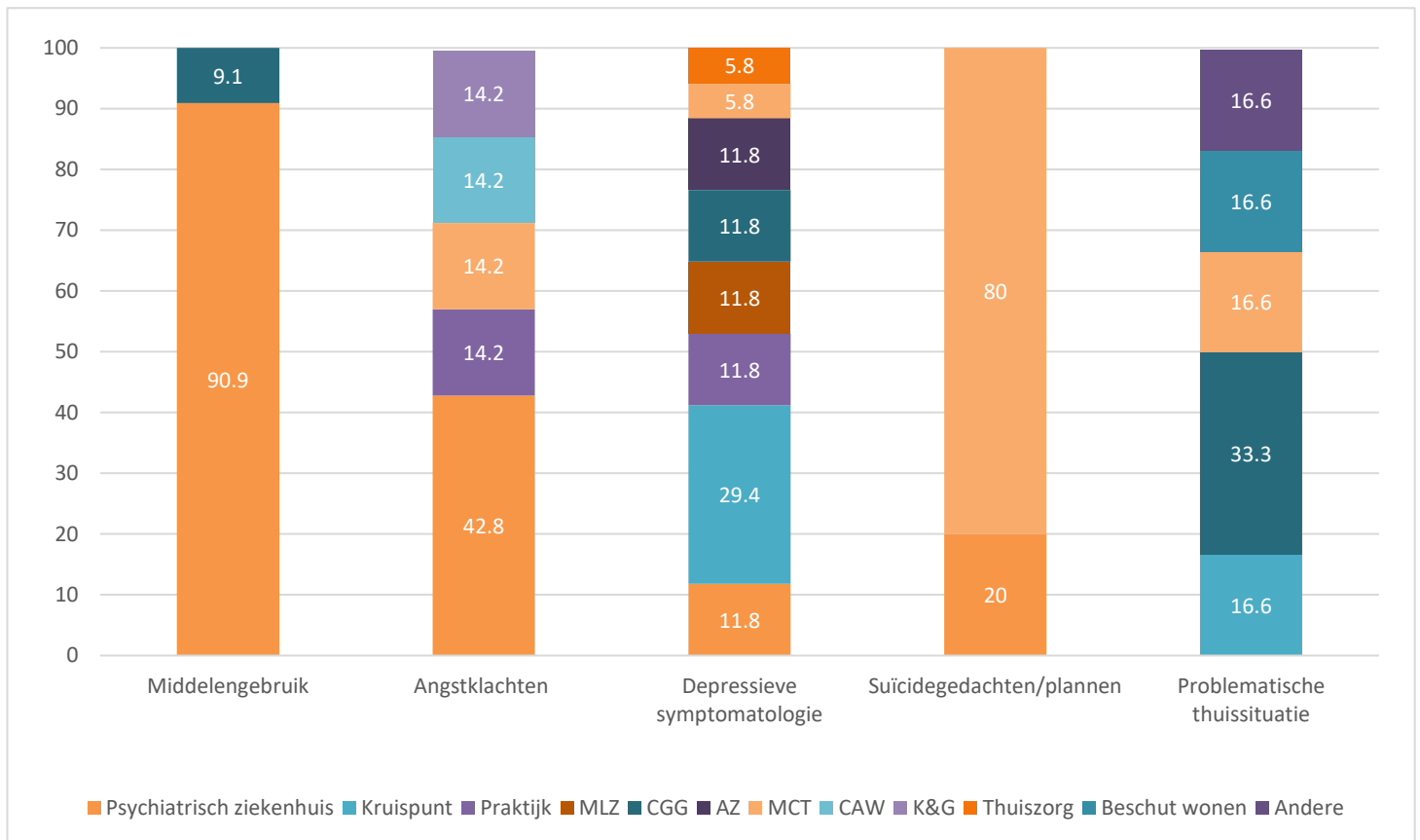
Figuur 13 Primaire en secundaire aanmeldingsklacht tijdens de perinatale periode



Noot: Percentage (%) van de aanmeldingsklachten bij de perinatale populatie in vergelijking met de aanmeldingsklachten vanuit de reproductieve populatie uit GGZ-netwerk Limburg. Primaire aanmeldingsklachten zijn de voornaamste reden van aanmelding of hulpvraag, secundaire aanmeldingsklachten zijn bijkomende problemen die aanwezig zijn. Enkel de zes meest voorkomende aanmeldingsklachten zijn weergegeven in deze figuur.

Aanmeldingsklachten van middelengebruik ( $n = 10/11$ ; 90.9%) en angstklachten ( $n = 3/7$ ; 42.8%) uit de perinatale periode werden voornamelijk aangemeld in een psychiatrisch ziekenhuis. Depressieve symptomatologie als aanmeldingsklacht werd grotendeels aangemeld via een Kruispunt ( $n = 5/17$ ; 29.4%), daarna volgden privé – of groepspraktijk, Mobiel team Langdurige Zorg (MLZ), CGG, het algemeen ziekenhuis en het psychiatrisch ziekenhuis ( $n = 2/17$ ; 11.8%). Suïcidegedachten – en plannen als aanmeldingsklacht kwamen in vier van de vijf keer terecht bij het mobiel crisisteam (MCT) (80%) en éénmaal in het psychiatrisch ziekenhuis (20%) (zie [Figuur 14](#)).

Figuur 14 Aanmeldingsklachten per locatie



#### 4. Eerder zorggebruik

In Tabel 10 staat een overzicht van het eerder zorggebruik voor aanmeldingen vanuit de perinatale periode. Hiermee wordt het zorggebruik bedoeld dat voorafgaat aan de huidige aanmelding, dit kan gaan over de huidige reden van aanmelding, maar evenzeer over andere, eerdere hulpvragen in het kader van een psychisch probleem of kwetsbaarheid. We maakten onderscheid tussen eerdere residentiële opname(s), eerdere aanmelding(en) binnen urgentiepsychiatrie en eerdere ambulante behandeling(en).

Een voorgeschiedenis van een opname komt even vaak voor als het niet hebben van een voorgeschiedenis van een opname (37.9%), waarbij de opnames meestal recent waren, namelijk in de maand voorafgaand aan de aanmelding (n = 7/21: 33.3%). Meer dan de helft van aanmeldingen had geen voorgeschiedenis van opnames binnen de urgentiepsychiatrie (56.1%).

Wat ambulante zorg betreft, had bijna de helft een voorgeschiedenis van ambulante behandelingen (49.1%), meestal in de maand voorafgaand aan de huidige aanmelding (n = 9/27: 33.3%). Deze zorg werd voornamelijk geboden door een klinisch psycholoog of orthopedagoog (n = 16/31: 51.6%), vaak in een CGG (n = 12/40: 30.0%), of in een privé of groepspraktijk (n = 6/40: 15.0%).

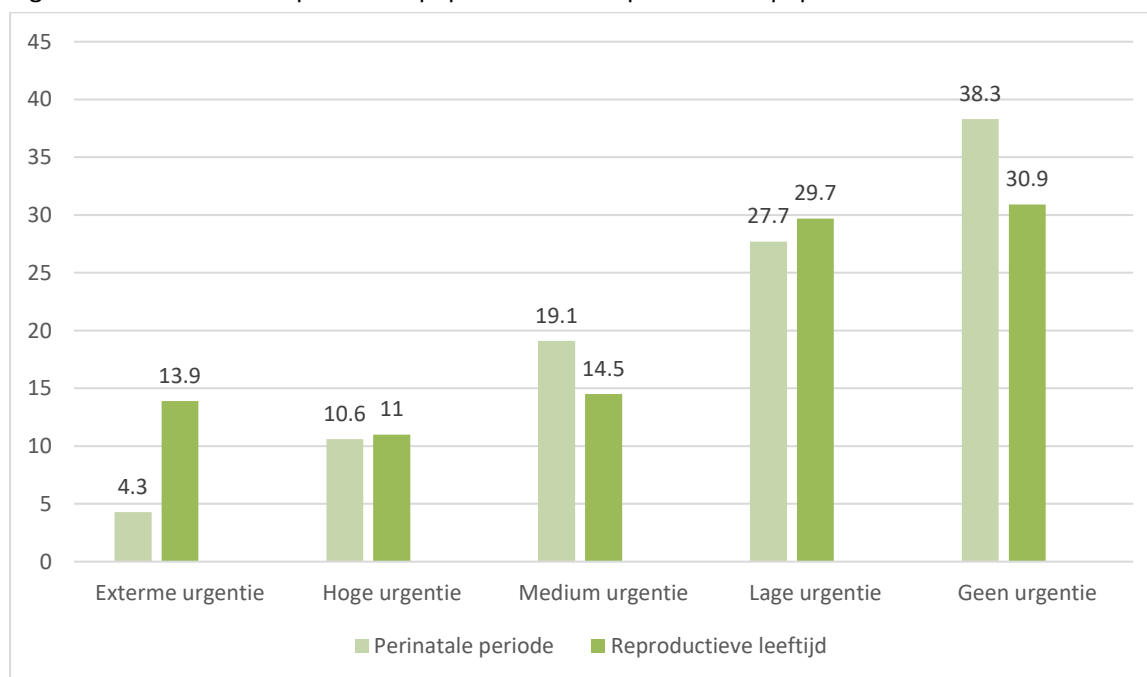
## 5. Psychiatrische crisis

Hieronder wordt de mate van crisis en de urgentie om actie te ondernemen inzake een psychische kwetsbaarheid gerapporteerd. Dit gebeurt aan de hand van de mate van suïcidaliteit (gevaar criterium), de bereidheid tot een behandeling en de aanwezigheid van een sociaal steunsysteem (CTRS, Bengelsdorf et al., 1984)<sup>2</sup>.

We zagen dat 4.3% (n = 2/47) van de aanmeldingen vanuit de perinatale populatie beantwoordde aan de hoogste vorm van urgentie waarbij aanbevolen wordt om het psychisch probleem onmiddellijk op te volgen. Bij de meeste aanmeldingen ging het om geen (n = 18/47: 38.3%) of een lage urgentie (n = 13/47: 27.7%) waarbij geen onmiddellijke opvolging vereist is (geen urgentie) of waarbij het aanbevolen is om de persoon binnen 48 uur op te volgen (lage urgentie). Bij ongeveer 11% (n = 5/47) was er een hoge urgentie gerapporteerd waarbij wordt aanbevolen om binnen de twee uur te handelen.

Er werd geen significant verschil gevonden voor de totaalscore van de CTRS tussen de aanmeldingen uit de perinatale periode en de reproductieve leeftijd (p = 0.339). Toch zien we een significant verschil binnen de categorieën van de CTRS, meer specifiek binnen het domein van bereidheid tot behandeling (zie Tabel 11). Ondanks een gelijke mediaan (5) vertoont de perinatale groep een significant hogere gemiddelde score (4.73 – 4.33; p = 0.013) en een lagere standaarddeviatie (SD) (0.670-1.07), wat wijst op een meer geconcentreerde verdeling van hogere scores voor bereidheid tot behandeling binnen de perinatale periode.

Figuur 15 CTRS uit de perinatale populatie en de reproductieve populatie

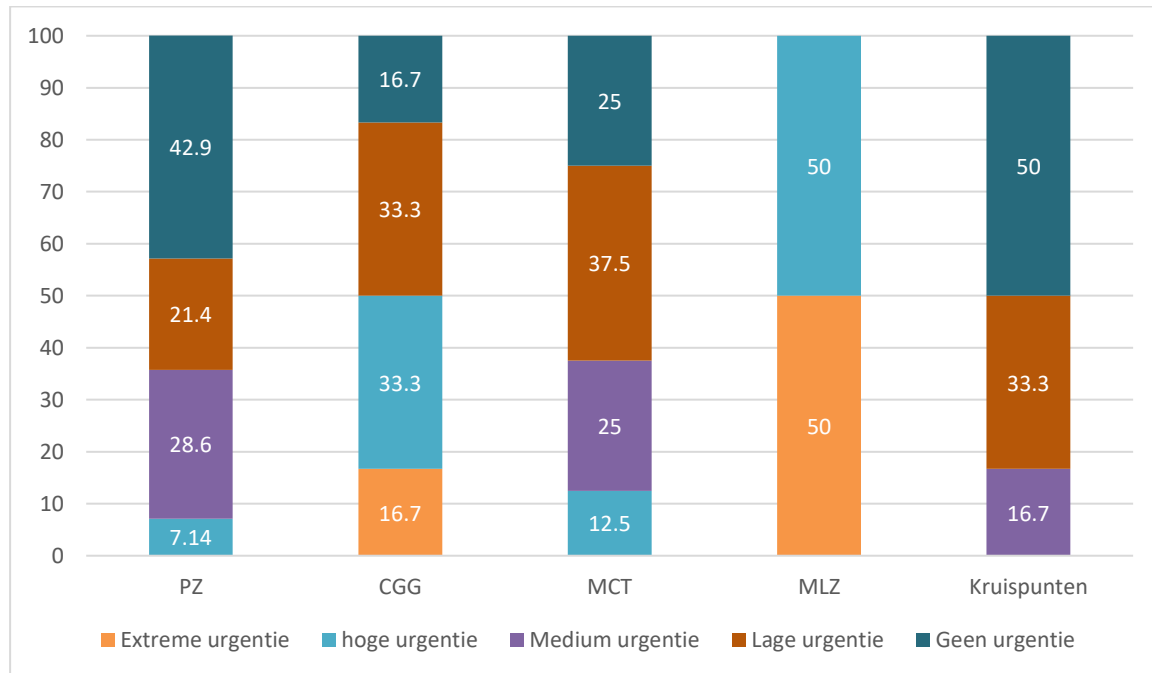


Noot: vergelijking van de mate van crisis en de urgentie om actie te ondernemen inzake een psychische kwetsbaarheid aan de hand van de mate van suïcidaliteit (gevaar), de bereidheid tot een behandeling en de aanwezigheid van een sociaal steunsysteem (CTRS, Bengelsdorf et al., 1984) tussen de perinatale populatie en de reproductieve populatie in GGZ-netwerk Limburg, in percentage (%).

<sup>2</sup> Urgentietypes: Extreme urgentie (score 1–9) – direct beantwoorden; Hoge urgentie (score 10) – binnen 2 uur bekijken; Medium urgentie (score 11) – binnen 12 uur bekijken; Lage urgentie (score 12–13) – binnen 48 uur bekijken; Geen urgentie (score 14–15) – binnen 2 weken bekijken.

De mate van crisis en de urgentie om actie te ondernemen inzake een psychische kwetsbaarheid uit de perinatale populatie varieerde per locatie van aanmelding. Deze verschillen waren niet significant ( $p = 0.223$ ). Binnen het psychiatrisch ziekenhuis en het Kruispunt werd de categorie 'geen urgentie' het meest gerapporteerd ( $n = 6/14$ : 42,9% en Kruispunt:  $n=3/6$ : 50%). Bij het mobiel crisisteam (MCT) was een lage urgentie de meest voorkomende categorie ( $n = 3/8$ : 37,5%). (Zie [Figuur 16](#)).

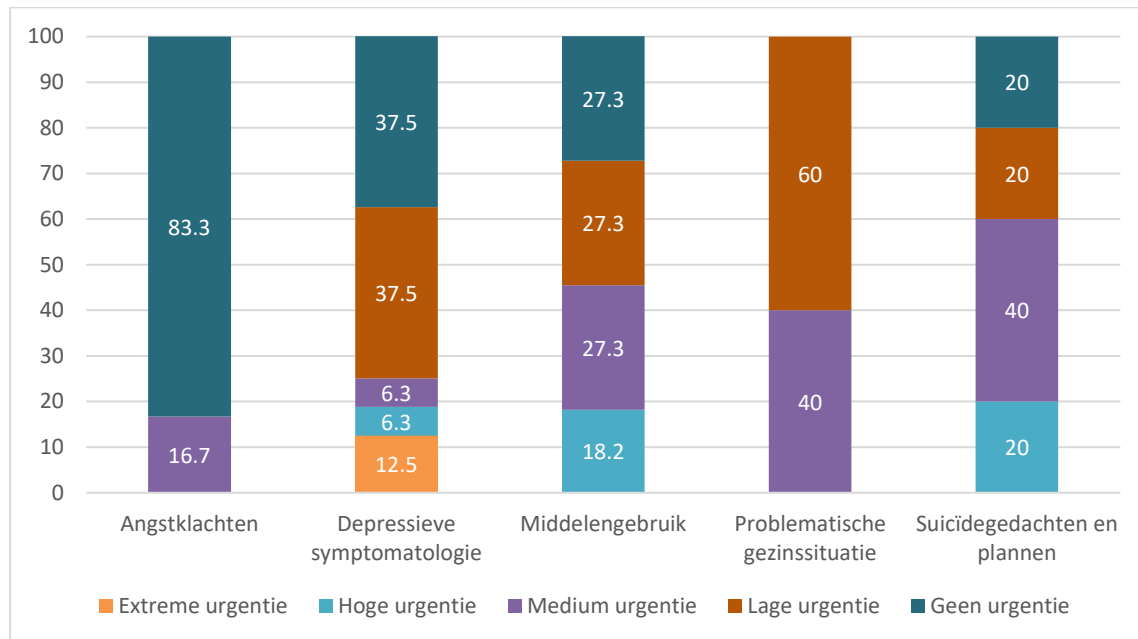
Figuur 16 Verdeling CTRS per locaties



Noot: verdeling van de mate van crisis en de urgentie om actie te ondernemen inzake een psychische kwetsbaarheid aan de hand van de mate van suicidaliteit (gevaar), de bereidheid tot een behandeling en de aanwezigheid van een sociaal steunsysteem (CTRS, Bengelsdorf et al., 1984) over de verschillende aanmeldlocaties, in percentage (%).

De mate van crisis en de urgentie om actie te ondernemen inzake een psychische kwetsbaarheid varieerde ook per aanmeldingsklacht. Angstklachten en problematische gezinssituatie werden het vaakst geclassificeerd als een lage urgentie (angstklachten:  $n = 5/6$ : 83.3% - problematische gezinssituatie:  $n = 3/5$ : 60.0%). Depressieve symptomatologie werd als enige aanmeldingsklacht geclassificeerd als een extreme urgentie ( $n = 2/16$ : 12.5%). Hierbij is onmiddellijke actie in het kader van de psychische klacht vereist. Suicidedgedachten – en plannen werd het vaakst geclassificeerd als een medium urgentie, wat betekent dat er binnen de 12 uur moet actie ondernomen worden in het kader van het psychisch probleem ( $n = 2/5$ : 40%) (zie [Figuur 17](#)).

Figuur 17: verdeling CTRS per aanmeldingsklacht



Noot: verdeling van de mate van crisis en de urgentie om actie te ondernemen inzake een psychische kwetsbaarheid aan de hand van de mate van suicidaliteit (gevaar), de bereidheid tot een behandeling en de aanwezigheid van een sociaal steunsysteem (CTRS, Bengelsdorf et al., 1984) over de verschillende primaire aanmeldingsklachten uit GGZ-netwerk Limburg, in percentage (%).

#### Feedback op preliminaire resultaten vanuit het netwerkevent

Tijdens het netwerkevent dat in het kader van dit project werd georganiseerd, werden de preliminaire resultaten van deze monitoring voorgesteld aan een multidisciplinaire groep zorgverleners en beleidsmedewerkers (zie Tabel 12). Aansluitend werd feedback verzameld via een SWOT – analyse en werd samen gereflecteerd over actiepunten en de implicaties van de resultaten op de dagelijkse praktijk. De discussie werd gevoerd op basis van de templates opgenomen in appendix 10.

Uit de input van de deelnemers blijkt in eerste instantie dat het opvangen van signalen van perinatale psychische problemen niet vanzelfsprekend verloopt. Het detecteren van signalen zou kunnen gebeuren in verschillende contexten, zoals onder andere ook in de kinderopvang, maar het gepast interpreteren en opvolgen ervan vormt een uitdaging voor de betrokken zorgverleners. In dat kader wordt het belang benadrukt van een sterke eerste lijn, die beter ondersteund dient te worden in het detecteren van signalen, het motiveren van gezinnen tot de nodige hulpverlening en het gericht doorverwijzen naar gepaste zorg zodat noden tijdiger herkend en aangepakt kunnen worden.

Na het herkennen van signalen wordt de verdere toeleiding naar zorg echter bemoeilijkt door een gebrek aan overzicht van het beschikbare aanbod en onduidelijkheid over doorverwijsmogelijkheden. Zowel (aanstaande) ouders als zorgverleners weten niet altijd waar ze terecht kunnen, wat een efficiënte doorverwijzing bemoeilijkt. Dit wordt versterkt door een gefragmenteerd zorglandschap met een veelheid aan betrokken hulpverleners. Daarbij werd het uitbouwen van geïntegreerde zorg en samenwerking rond perinatale psychische zorg naar voren geschoven als een belangrijke hefboom om het zorgaanbod meer samenhangend te maken.

Binnen de perinatale context spelen daarnaast specifieke drempels bij de ouders zelf, zoals stigma rond psychische problemen en angst voor de mogelijke gevolgen van hulpvragen, bijvoorbeeld de vrees voor

ingrijpen in het gezin. Deze factoren maken dat problemen vaak pas in een later stadium zichtbaar worden, waardoor de zorgvraag sneller evolueert naar meer complexe en urgente situaties.

Tegen deze achtergrond wordt het belang benadrukt van laagdrempelige, outreachende en aanklampende zorg, waarbij hulpverlening actief wordt aangeboden en gezinnen niet zelf de eerste stap moeten zetten. Ook het versterken van zorgcoördinatie rond het gezin wordt als essentieel gezien, bijvoorbeeld via een duidelijk aanspreekpunt of spilfiguur die de continuïteit en afstemming tussen betrokken hulpverleners bewaakt. Daarnaast wordt gewezen op de nood aan meer preventie en vroegdetectie, niet alleen bij (aanstaande) moeders, maar ook bij partners, die momenteel vaak onderbelicht blijven.

Tot slot, werd het beter benutten van reeds beschikbare data vanuit verschillende organisaties (bijvoorbeeld Kind & Gezin en privépraktijken) als een belangrijke opportuniteit gezien voor het monitoren van zorgtrajecten en instroom in de zorg. Daarbij wordt het belang benadrukt van het beter op elkaar afstemmen en koppelen van die verschillende databronnen.

### **4.3 Doelstelling 3: Ervaringen van zorgverleners inzake het screenings-en doorverwijsproces**

In dit onderdeel worden de resultaten gepresenteerd van de focusgroepen met zorgverleners over hun ervaringen met screening en doorverwijzing van perinatale psychische problemen. Via een thematische analyse werd inzicht geboden in de ervaren barrières en facilitatoren binnen het screenings-en doorverwijsproces.

Dit onderdeel start met een overzicht van de deelnemers aan de focusgroepen (N = 18), gevolgd door een beschrijving van de huidige praktijk van screening van perinatale psychische problemen. Vervolgens worden de resultaten met betrekking tot de ervaren barrières en facilitatoren ten aanzien van screening en doorverwijzing besproken.

De bevindingen worden gestructureerd rond vijf centrale thema's, met name (1) samenwerking, (2) (gebrek aan) kennis, (3) structurele beperkingen, (4) mandaat, en (5) toegang tot de zorg. Deze thema's worden nog verder onderverdeeld in sub thema's. Zie appendix 8 voor het codeerschema.

#### **4.3.1 Deelnemers**

In totaal deden 18 deelnemers mee aan zes focusgroep gesprekken. Vijf participanten hadden initieel toegezegd maar zijn uitgevallen aangezien ze geen tijd meer hadden om deel te nemen in een focusgroep. In [Tabel 13](#) kan een overzicht gevonden worden van de opleidingen, beroepen of functies, jaren ervaringen en organisaties waar de deelnemers werken.

#### **4.3.2 Manier van screenen naar perinatale psychische problemen**

De gerapporteerde instrumenten die werden gebruikt om te screenen zijn de Whooley vragen (Whooley et al., 1997), de Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox et al., 1987), de Mothers' Object Relations Scales Short-form (MORS-SF, vaak benoemd als "my baby") (Oates et al., 2018) en de alpha-NL vragenlijst.

Sommige zorgverleners gaven aan dat zij een vragenlijst inzetten wanneer zij een zogenaamd '*niet-pluisgevoel*' hebben, waarbij er op basis van klinische inschattingen tijdens het contact wordt vermoed dat er sprake kan zijn van psychische kwetsbaarheden. In andere settings worden de Whooley-vragen reeds systematisch gebruikt, zowel bij een eerste contactmoment als doorheen de zwangerschap, indien dit

opgenomen is in het protocol (zoals bij Kind & Gezin). Daarnaast werd aangegeven dat de EPDS vaak ingezet wordt als gespreksleidraad om psychische problemen bespreekbaar te maken.

Sommige zorgverleners gaven ook aan met een eigen instrument te werken, vaak geïntegreerd in het elektronisch patiëntendossier, waarbij onder meer wordt gepeild naar de voorgeschiedenis van psychische problemen, huidig gebruik of voorgeschiedenis van psychotrope medicatie.

#### 4.3.3 Barrières en facilitatoren ten aanzien van het screenings-en doorverwijsproces

##### Thema 1: samenwerking

###### Zorgafstemming

Deelnemers gaven aan dat binnen de samenwerking rond perinatale psychische zorg, afstemming maken rond de zorg met andere hulpverleners cruciaal is.

Binnen die zorgafstemming speelt het afstemmen rond signalen van psychische problemen een belangrijke rol. Aangezien deelnemers slechts in beperkte mate gebruikmaken van gestandaardiseerde tools, gaven zij aan dat het waardevol is om hun klinische bevindingen te laten bevestigen door andere zorgverleners.

*Citaat klinisch orthopedagoog: “Het is dan al fijner als een kind naar de kribbe gaat of zo dat je daar ook eens kunt horen van goh, hoe komen die ouders hier soms aan...”*

Bij het afstemmen van signalen met andere zorgverleners is een goede informatiedoorstroom dan ook essentieel om inzicht te krijgen in hoe andere zorgverleners een bepaalde casus beoordelen.

*Citaat zelfstandige vroedvrouw: “Goh en ik denk vooral die communicatie tussen eerste en tweede lijn dat dat gewoon echt heel belangrijk is in juist het allemaal in kaart te brengen. Ik denk echt dat ik soms heel relevante informatie over mensen krijg en dat ik dan toch wel heel erg mis wat daar in het ziekenhuis over gezegd is of niet.”*

Daarnaast ervaren deelnemers soms onzekerheid over de verdere stappen die ze moeten ondernemen nadat ze een signaal hebben gedetecteerd. Ze gaven aan nood te hebben aan ondersteuning bij het bepalen van de meest geschikte doorverwijsmogelijkheid, evenals aan mogelijkheden om casussen multidisciplinair te bespreken en zo inzichten vanuit verschillende disciplines te integreren.

Bij de afstemming van zorg werd benadrukt dat laagdrempelig contact tussen zorgverleners essentieel is. Deelnemers gaven aan dat het belangrijk is zich gehoord en ondersteund te voelen door de andere zorgverlener.

*Citaat vroedvrouw Moeder-Baby eenheid: “en ik denk ook wel ja dat het heel helpend is als je een casus hebt om effectief contact op te nemen met de andere hulpverleners die dat betrokken zijn en soms is dat heel tijdsintensief, maar ik denk dat het heel erg zijn vruchten ook afwerpt, want dan blijft het toch ook allemaal wat meer hangen en naar andere doorverwijzingen toe of ook gewoon eens bellen naar elkaar tussen casussen. Dat is zo die korte lijntjes die ik wel heel goed vind.”*

Daarnaast werd binnen de afstemming van zorg het belang van zorgcoördinatie benadrukt. Het beschikken over een spilfiguur, aanspreekpunt of organisatie die de casus opvolgt en coördineert, werd als helpend ervaren bij het realiseren van een gepaste doorverwijzing.

*Citaat psychiater: “...Ja heel uw screening moet er goed uitzien maar er moet ook iets van zorgcoördinatie inzitten he. Waar kunnen aanmeldingen terecht komen of waar is dan de plek waar dat er kan gekeken*

*worden, maar wat is nu de beste zorg, want ik snap ook dat het niet altijd voor iedereen even duidelijk is wat nodig is he..."*

### Multidisciplinaire samenwerking

Deelnemers benadrukten het belang van het bundelen van expertise, bijvoorbeeld via een tandemfunctie tussen verschillende professionals, zoals bijvoorbeeld een sociaal werker en een psycholoog. Deze samenwerking maakt het mogelijk om een casus gezamenlijk te dragen en vanuit meerdere perspectieven te benaderen. Daarnaast werd het werken binnen een multidisciplinair team als meerwaarde gezien, omdat dit het makkelijker maakt om gericht en efficiënt door te verwijzen naar gepaste hulpverlening.

*Citaat opvoedingsconsulent: "Wij werken heel vaak samen met de behandelende arts, met de huisarts en dat werkt ook wel gewoon, wij hebben meer kennis van, wat is er allemaal mogelijk qua aanbod en als hij dan out-reachend Zoersel kan opstarten, dan blijven wij ook samenwerken met die psycholoog die aan huis gaat, maar in heel veel gevallen werkt het ook wel om met de huisarts samen te werken."*

## **Thema 2: (gebrek aan) kennis**

### Kennis over screeningstools en skills

Enerzijds is er bij deelnemers een gebrek aan kennis over beschikbare screeningstools, waarbij werd aangegeven dat men vaak niet op de hoogte is van het bestaan van bepaalde screeningstools.

Anderzijds werd ook een tekort aan skills ervaren met betrekking tot het screenen zelf. Zo gaven vroedvrouwen aan dat zij nood hebben aan bijkomende vorming rond het stellen van gerichte vragen om deze tijdig te kunnen detecteren en het omgaan met psychische klachten.

*Citaat zelfstandige vroedvrouw: "Maar en er zijn zo mensen bijvoorbeeld die heel weinig slaap hebben dat je zoiets hebt van oh dit gaat niet goed want die vrouw is vermoeid maar wat moet je dan doen? Waar ga je op letten? Wat ga je zeggen tegen die mensen? Dat is vaak zoiets hebben van goh ja waar moeten we terecht, waar moeten we zijn om dit te leren?"*

### Kennis over psychische gezondheid partner

Deelnemers gaven aan dat zij zich doorgaans zelf zekerder voelen in het omgaan met problemen bij de (aanstaande) moeder dan bij de partner. De partner wordt bovendien niet altijd bewust meegenomen in de zorg, waardoor deze soms buiten beeld blijft. Daarnaast merken hulpverleners vaak later dan bij een vrouw dat de partner zich in de perinatale periode bevindt (wanneer de vrouw niet in beeld is bij de hulpverlener) en dat is relevant bij de indicatiestelling.

*Citaat ELP: "'ja hij wilt dat niet dus daar kunnen we niet aan", en ik denk dat wanneer dat bij een mama zich voordoet dat we daar misschien, zelf als hulpverlener ons iets zelf zekerder in voelen en daar makkelijker durven in vast bijten en in zoeken van hoe krijgen we die mama toch gemotiveerd? Hoe kunnen we samen met die ouders hier aan de slag terwijl als net papa moeilijker bereikbaar is en er is zoiets aan de hand, ja dan gaan we de mama heel sterk maken, maar we gaan niet te veel rond die papa werken."*

### Netwerkvorming

Deelnemers gaven aan dat er een tekort is aan kennis over het bestaande zorgaanbod waarnaar kan worden doorverwezen. Daarnaast ervaren zij onzekerheid over hoe zij een professioneel netwerk kunnen uitbouwen. Er werd dan ook een duidelijke nood geformuleerd aan een tool die overzicht biedt in het netwerk, aangezien het momenteel vaak onduidelijk is wie welke rol opneemt en waarvoor men precies bij bepaalde hulpverleners terecht kan.

Verder werd aangegeven dat dit overzicht bewaren binnen een ziekenhuiscontext als eenvoudiger wordt ervaren, aangezien zorgverleners zich op dezelfde locatie bevinden. Bij een zelfstandige praktijk verloopt die doorverwijzingen minder vanzelfsprekend.

*Citaat zelfstandige vroedvrouw: “en ik denk ook wel eigenlijk dat ik daar ergens heel hard in de opleiding iets over gemist heb. Ik heb zeker geleerd over de sociale kaart en dat je kunt opzoeken, maar hoe te gebruiken en hoe een netwerk creëren en wat doe je met dit zoals participant 11 daarnet zei van ja oké deze persoon gebruikt cannabis dus ga je naar CAD [nu Integra]?”*

Netwerkvorming bij psychische klachten bij de partner werd als bijzonder uitdagend ervaren. “Ongekend is onbemind” werd aangegeven, waarbij deelnemers psychische problemen bij de partner minder snel bevragen omdat er geen zicht is op mogelijke doorverwijsmogelijkheden.

*Citaat maatschappelijk werker: “maar ook qua doorverwijzing voor de papa’s, dat vind ik ook nog een hele moeilijke van waar zit dan daar de begeleiding of ondersteuning die mogelijk is”*

### **Thema 3: structurele beperkingen**

#### Tijd

Gynaecologen en vroedvrouwen, waarbij psychische gezondheid niet de primaire focus van hun beroep is, gaven aan dat er onvoldoende tijd is om psychische gezondheid uitgebreid te bespreken. Wanneer gezinnen sterk vertrouwen op de zorgverlener en daardoor ook psychische zorgen uitgebreid willen bespreken, wordt dit als tijdsintensief ervaren. Daarnaast gaven vroedvrouwen aan dat zij door tijdsdruk vaak prioritair focussen op de fysieke gezondheid van moeder en kind. Korte consultaties met een groot aantal taken zorgen er bovendien voor dat er weinig ruimte blijft om dieper in te gaan op psychische thema’s.

*Citaat ziekenhuis vroedvrouw: “Als je bij ons kijkt, ik denk, dat is eerder zo van ja hoe ver gaat ge gaan he? Ik heb ook maar een bepaalde tijd om eigenlijk die op consultatie te zien dus om daar overal diep op in te gaan, als je merkt als er al problemen zijn, dat is niet zo gemakkelijk he. Voor de gynaecologen zal dat nog feller zijn, die hebben nog kortere consultaties. Er is gewoon niet de tijd om extreem door te vragen denk ik en dat is misschien al wel zo een dingetje waarop ik tegen bots, op de voldoende tijd om er dieper op in te gaan.”*

#### Financiering

De deelnemers gaven aan dat financiering een belemmering vormt binnen multidisciplinaire samenwerking, vooral bij complexe casussen. Veel overlegmomenten, telefoons en afstemmingen worden niet vergoed en worden daardoor als onzichtbaar werk of vrijwilligerswerk ervaren. Dit is in het bijzonder problematisch voor zorgverleners met een zelfstandig statuut, waar deze taken vaak buiten de betaalde werktijd vallen. Multidisciplinair samenwerken werd als zeer waardevol gezien door de deelnemers maar het ontbreekt vaak aan tijd en verloning om dit op een haalbare manier te organiseren.

*Citaat zelfstandige vroedvrouw: “Ik denk al meteen aan financiering, heel veel mensen doen 1001 telefoontjes waar dat je niet voor vergoed wordt he. Dus ik denk dat dit soort zorg gaat niet zonder dat het multidisciplinair is en bij die complexe casussen zorgen eigenlijk om de zoveel tijd een zorgoverleg moeten kunnen plannen. En voor sommige organisaties valt dat binnen hun werk tijd he maar bij ja bijvoorbeeld mensen met een zelfstandig statuut is dat allemaal vrijwilligers werk he. Dat is goed als dat over ene casus gaat, maar als uw caseload wat groter is dan kun je niet bij elk zorgoverleg zijn, terwijl dat super waardevol is om eigenlijk alle hulpverleners op elkaar te laten afstemmen.”*

### Dossiervoering

Dossiervoering werd door de deelnemers ervaren als een belemmering omdat het invullen ervan veel tijd in beslag neemt. Er werd ook aangegeven dat bijkomende instrumenten, zoals de BiB-tool, als een extra belasting worden gezien boven op de bestaande dossiervoering, wat de bereidheid om deze te gebruiken verder kan verminderen. Daarnaast vormt het een belemmering om verder in te gaan op de partner in de zorg, aangezien het dossier vaak op naam van de vrouw staat.

*Citaat ziekenhuis vroedvrouw: “We hebben een elektronisch patiëntendossier, hè? Daar komen verslagen van de sociale dienst, verslagen van de gynaecoloog, alle contacten die je patiënt heeft met bijvoorbeeld de endocrinoloog, hè van schildklier of diabetes, met de psycholoog, met de psychiater. Dat komt daar allemaal in. Degene die toegang heeft tot dat elektronisch patiëntendossier die kan dat bekijken. Maar daarnaast heb je die BIB-tool en dat is een aparte link en waar dat de meeste ziekenhuizen tegenaan lopen, is dat het een dubbel engagement is. Je schrijft een verslagje in uw elektronisch patiëntendossier, dan doe je uw BIB en dan zou je in principe ja en dan een deel van de informatie daarop moeten in geven ..., maar onze gynaecologen die hebben per intake een kwartier extra moeten tijd vrijmaken voor gewoon het elektronisch patiëntendossier in te vullen, hè? Dus die hebben hele organisatie moeten omgooien. Ik vind dat niet slecht, hè? Want een kwartier per patiënt, wie kreeg dat gedaan, dus dat is naar een half uur gegaan, hè? Maar we moeten nu die BiB-tool nog bij apart opendoen en ook helemaal gaan doorlezen.”*

Hierop aansluitend gaven zorgverleners ook aan dat ze sommige screening tools onvolledig vinden omdat ze niet het volledige plaatje van psychische gezondheid zouden dekken.

*Citaat zelfstandige vroedvrouw: “Ja nu we hebben een tool, bij intake, heb je natuurlijk wel een vragenlijst he en daar komt echt wel depressies in voor, angstaanvallen, negatieve seksuele ervaringen, maar ik vraag mij soms af of ik het hele plaatje goed bekijk.”*

### **Thema 4: mandaat**

#### Mandaatsgrenzen

Er werd aangegeven dat er onduidelijkheid bestaat over de grenzen van hun mandaat. Hierdoor is het niet altijd duidelijk waar hun verantwoordelijkheid stopt en wanneer overdracht naar andere hulpverleners nodig is. In sommige situaties worden grenzen verruimd om continuïteit van zorg te garanderen, wat echter als risicovol wordt ervaren en nood aan afstemming met collega's benadrukt. Bij moeilijke casussen wordt vaak gezocht naar bijkomende ondersteuning of toezicht, zeker wanneer veiligheid in het gedrang komt. Dit gebeurt echter binnen een grijze zone, waarbij het onduidelijk blijft wie welke verantwoordelijkheid draagt. Het ontbreken van duidelijke kaders versterkt de onzekerheid over het eigen mandaat en te nemen beslissingen.

*Citaat klinisch orthopedagoog: “Als het echt gaat over kwetsbare gezinnen, ja, dan neem je soms al weliswaar meer op. Allez dan denk je al wat meer out of the box, dan ga je in alles een beetje een stapje verder om dan gewoon ook tot iemand anders dat dossier mee kan opstarten, maar dat vind ik soms allez dat is ook niet altijd heel goede zorg natuurlijk, want je hebt ook als hulpverlener uw eigen grenzen en als voorziening uw eigen grenzen en ja, daar staan wel allez dat is, dan vind ik het belangrijk om in die dossiers dat goed in uw hoofd te houden zo en met collega's ook goed over te blijven afstemmen.”*

Daarnaast wordt hun mandaat begrensd door de noodzaak tot toestemming van de persoon, waardoor het moeilijk is om bijkomende problematieken te verkennen. Dit wordt in het bijzonder als knelpunt ervaren bij (aanstaaende) ouders met cognitieve beperkingen, waar cliëntregie minder vanzelfsprekend is. Zonder

toestemming om verder te onderzoeken of te verkennen, ervaren zorgverleners dat hun handelingsmogelijkheden sterk beperkt zijn.

*Citaat klinisch psycholoog: “ja, nu natuurlijk moet ik mij wel beperken tot de hulpvraag van de cliënt. Dat is altijd. Als zij binnenkomt met een hele andere vraag en ik denk dat daar een problematiek is, ja dan kan ik dat natuurlijk niet gaan verkennen als ik daar niet de toelating toe krijg.”*

### Veiligheid

Binnen dit thema verwijst veiligheid naar de mate waarin (aanstaande) ouders zich voldoende veilig voelen om psychische problemen te bespreken met een zorgverlener. Deelnemers gaven aan dat deze ervaren veiligheid een belangrijke voorwaarde vormt voor het detecteren en bespreekbaar maken van perinatale psychische problemen.

Weerstand tegenover hulpverlening staat dit ervaren gevoel van veiligheid in de weg en dit proces is bij partners vaak nog sterker aanwezig. Naast weerstand is er ook taboe waardoor het erkennen van de nood aan hulp trager verloopt. Daarnaast wordt een duidelijke schaamte rond psychische klachten in de perinatale periode benoemd. Het is voor gezinnen doorgaans makkelijker om over fysieke klachten te spreken dan over psychische moeilijkheden, waardoor het detecteren van psychische problemen meer tijd vraagt. Sommige deelnemers wezen hierbij op culturele factoren en dit fenomeen zou meer uitgesproken zijn bij bepaalde gezinnen met een migratieachtergrond.

*Citaat sociaal verpleegkundige CKG: “... Maar ik denk dat daar bij de allochtone gezinnen soms ook nog wel wat taboe op zit, hoe kunnen zij mentale gezondheid bespreekbaar maken? Omdat ja als het fysiek is, zolang het fysiek is, is allemaal oké en daar is het ook goed voor dat er een dokter is en dat er wordt ondersteund. Maar vanaf het moment dat het gaat over mentale klachten wordt het veel vager, moeilijker, zit daar een soort van taboe op.”*

De partner kan enerzijds voor meer een veilig gevoel zorgen bij de vrouw, of net voor minder ruimte om te spreken over psychische problemen. Betrokkenheid van de partner is daarom tweeledig. Enerzijds heeft de partner een goed overzicht van de situatie van zijn of haar vrouw en zorgt hij of zij voor meer ruimte om de psychische klachten van de vrouw te bespreken met de zorgverlener. Anderzijds als bijvoorbeeld de relatie tussen beide niet goed zit is er minder ruimte om psychische problemen aan te geven of te bespreken met zorgverleners.

*Citaat zelfstandige vroedvrouw: “Ik denk dat wij af en toe ook wel casussen hebben waarvan we hopen dat de papa er volgende keer eens niet gaat zijn om met mama te kunnen babbelen, die casussen hebben we ook en aan huis hebben we altijd een papa he, dus dat is soms ook een moeilijke.”*

Binnen dit veilig gevoel werd de opbouw van een vertrouwensrelatie benadrukt om een effectieve screening te kunnen uitvoeren. Zorgcontinuïteit speelt hierin een cruciale rol: wanneer vrouwen en partners herhaaldelijk dezelfde zorgverlener ontmoeten, bevordert dit het ontstaan van vertrouwen.

*Citaat zelfstandige vroedvrouw: “Ik denk ook wel het verschil met Nederland, daar ga je natuurlijk als zwangere eerst naar een eerste lijn verloskundige, dus die pluist natuurlijk heel veel uit en dan pas ga je naar een ziekenhuis toe als dat nodig is. Dus ik denk dat dat ook heel anders is met hier, hè? Wij hebben ja, veel vrouwen hebben niet eens een vroedvrouw in de zwangerschap, heel veel bellen pas van, we gaan naar huis, kan je komen? Dat is heel anders dan dat je in Nederland al meteen bij een vrouw komt en dat die natuurlijk al heel snel een vertrouwensband heeft en daar ga je veel sneller toch dingen tegen kunnen gaan vertellen dan dat jij hier naar een gynaecoloog gaat, naar de vroedvrouw in het ziekenhuis en een vroedvrouw,*

*misschien in een zelfstandige praktijk. Dat ja, je hebt hier zoveel hulpverleners. Ja, waar ga je het tegen vertellen?”*

Daarnaast blijkt vertrouwen een voorwaarde te zijn voor het bespreekbaar maken van psychische klachten, evenals voor de bereidheid tot doorverwijzing. Hierbij draagt de aanwezigheid van een interpersoonlijke klik tussen zorgverlener en vrouw of partner bij aan een grotere openheid om dergelijke gevoelige thema's te bespreken.

Tegelijkertijd kan er sprake zijn van selectief vertrouwen, waarbij vrouwen of partners uitsluitend vertrouwen hebben in één specifieke zorgverlener. Dit kan een belemmering vormen voor doorverwijzing naar andere hulpverleners. Omgekeerd wordt doorverwijzing vergemakkelijkt wanneer deze plaatsvindt naar een zorgaanbod of setting die als vertrouwd wordt ervaren.

### **Thema 5: Toegang tot de zorg**

Een laatste thema betreft de toegang tot verdere zorg, die een belemmering kan vormen voor screening en doorverwijzing door zorgverleners.

#### Wachttijsten – financieel voor de patiënt

Als eerste werden financiële drempels en wachttijden aangegeven en beide zijn sterk met elkaar verweven. Wanneer betaalbare zorgopties beperkt zijn, zijn vrouwen en partners vaak aangewezen op diensten met langere wachttijden, terwijl sneller toegankelijke zorg vaak gepaard gaat met hogere kosten.

*Sociaal verpleegkundige CKG: “Waar het jammer genoeg dan niet altijd evident is, in de zin van als dat een koppel is die financieel zich goed kan redden, dan heb je meer mogelijkheden. Maar als dat mensen zijn die financieel het heel moeilijk hebben, dan kan je eigenlijk alleen naar een CGG, want in de privé kun je dan al bijna niet terecht omwille van het stukje dat dat voor hen niet betaalbaar is. En daar bots je dan op lange wachttijden en zeker omdat in die perinatale fase wil je net snel handelen. Daar is het dan net heel lastig om ja snel te kunnen handelen.”*

#### Voorwaarde voor doorverwijzing

Tot slot gaven zorgverleners aan dat er voorwaarden gelden om door te verwijzen zoals de tussenkomst van een arts of het reeds kennen van de diagnose. Deze vereisten kunnen het zorgtraject vertragen, zelfs in situaties waar snelle actie noodzakelijk is.

*Sociaal verpleegkundige CKG: “Ja, wij zijn een jeugdhulp voorziening, hè? Dus waarin dat wij dan ook vaak niet beschouwd worden, meer en meer wel maar nog niet altijd, als zijnde deskundigen om signalen te kunnen doorgeven hè en om doorverwijzing te kunnen doen, want dan wordt er soms gezegd, ja maar dan moeten ze eerst naar de psychiater gaan of er moet een arts betrokken zijn en dat klopt, hè? In heel veel gevallen, maar niet als er snel gehandeld moet worden. En ja, dat is spijtig genoeg toch wel altijd de realiteit ook zelfs voor het inschakelen van crisis Reling moet je heel vaak passeren via een arts.”*

## Member check

Om de geloofwaardigheid van de resultaten te versterken, werd een member check uitgevoerd. Deze had als doel de bevindingen uit de focusgroepen af te toetsen bij zorgverleners. Op die manier kon nagegaan worden in welke mate de resultaten herkenbaar en relevant zijn binnen een bredere praktijkcontext.

De member check vond plaats tijdens het netwerkevent dat in het kader van dit project werd georganiseerd. Tijdens dit moment kregen aanwezige zorgverleners (N = 18) de gelegenheid om te reflecteren op de geformuleerde thema's en deze aan te vullen, nuanceren of bevestigen op basis van hun eigen ervaringen. In Tabel 14 kunnen de deelnemers van de member check teruggevonden worden.

De member check bevestigde grotendeels de thema's die in de vorige paragraaf werden geïdentificeerd, maar leverde ook enkele belangrijke nuanceringen en aanvullingen op de resultaten.

Ten eerste werd aangegeven dat het thema "samenwerking" breder geïnterpreteerd dient te worden. Samenwerking beperkt zich niet enkel tot het professionele netwerk van zorgverleners, maar omvat eveneens het informele netwerk van de (aanstaande) ouders, zoals familieleden en naasten. De betrokkenheid van dit informele netwerk kan een belangrijke rol spelen in zowel het screenen van perinatale psychische problemen als in het ondersteunen van doorverwijzing naar gepaste hulp. Tegelijkertijd werd benadrukt dat het mobiliseren van dit informele netwerk een uitdaging kan vormen voor zorgverleners. In sommige gevallen kan het inzetten van het informele netwerk bovendien beschouwd worden als een vorm van doorverwijzing of ondersteuning buiten de formele zorgstructuren.

Daarnaast werd een aanvulling geformuleerd met betrekking tot het thema "dossiervoering". Binnen de GGZ wordt het beroepsgeheim soms ervaren als een belemmering voor het screenen en bespreken van perinatale psychische problemen, met name wanneer informatie-uitwisseling tussen verschillende zorgverleners noodzakelijk is. Tegelijkertijd kan administratie ook een faciliterende rol vervullen wanneer dossiers zorgvuldig worden opgebouwd. Een goed gestructureerd dossier kan zorgverleners ertoe aanzetten om systematisch bepaalde aspecten te bevragen, zoals de aanwezigheid en rol van het informele netwerk van de (aanstaande) ouders.

Ook het gebruik van screeningsinstrumenten werd verder genuanceerd. Verschillende deelnemers gaven aan dat het gebruik van gestandaardiseerde screeningstools soms als artificieel en afstandelijk kan worden ervaren in het contact met (aanstaande) ouders. Daarnaast werd benadrukt dat dergelijke instrumenten beperkingen hebben, aangezien zij vaak voornamelijk focussen op het bevragen van klachten en symptomen, terwijl aspecten zoals draagkracht en veerkracht minder aan bod komen. Hierdoor kan het risico ontstaan op een te sterke problematisering of pathologiserende benadering.

Tot slot werd tijdens de focusgroepen aangegeven dat klinisch psychologen screeningstools gebruiken in hun praktijk. Tijdens de member check werd echter gesuggereerd om voorzichtig om te gaan met deze formulering, aangezien het gebruik van dergelijke instrumenten sterk kan variëren tussen individuele klinisch psychologen. Hierdoor kan niet veralgemeend worden dat alle klinisch psychologen systematisch gebruikmaken van screeningstools in de (perinatale) zorgcontext.

## Feedback op preliminaire resultaten vanuit het netwerkevent

Naast het valideren van de focusgroep resultaten werd het netwerkevent eveneens benut om feedback te verzamelen, beleidsaanbevelingen te formuleren en te reflecteren over de implicaties van de bevindingen voor de dagelijkse praktijk van zorgverleners.

Deze feedback toonde aan dat screening en doorverwijzingen van perinatale psychische problemen momenteel plaatsvinden binnen een versnipperd en complex zorglandschap. Zorgverleners signaleren dat de opsplitsing tussen disciplines (psychisch vs. somatisch), tussen doelgroepen (moeder vs. kind) en tussen zorglijnen de continuïteit van zorg bemoeilijkt. Hierdoor ontbreekt vaak een duidelijke zorgregie en is het voor zowel zorgverleners als cliënten niet evident om het overzicht te bewaren en gepast door te verwijzen.

Daarnaast werd aangegeven dat doorverwijsprocessen onvoldoende gestroomlijnd zijn. Er is nood aan duidelijke aanspreekpunten en consultmogelijkheden voor eerstelijnsverleners om signalen correct in te schatten en gepast te handelen. Hoewel er reeds initiatieven bestaan, zoals consultlijnen, zijn deze onvoldoende gekend of moeilijk toegankelijk in de praktijk. Dit leidt tot onzekerheid bij zorgverleners en een verhoogde kans op onder- of oververwijzing.

Een bijkomend knelpunt betreft de beperkte capaciteit in de GGZ, met lange wachtlijsten als gevolg. Dit creëert een kloof tussen detectie en effectieve behandeling, waardoor personen soms afhaken of niet tijdig de juiste zorg ontvangen. Ook wordt gewezen op het risico van over problematisering, waarbij niet elke hulpvraag gespecialiseerde GGZ vereist en er nood is aan een beter evenwicht tussen professionele en informele ondersteuning vanuit het eigen netwerk.

Tegelijkertijd werden er belangrijke sterktes en opportuniteiten benoemd. Er is een groeiende aandacht voor perinatale psychische gezondheid, een sterke bereidheid tot samenwerking en een toenemende focus op vroegdetectie. Zorgverleners gaven aan dat er veel expertise aanwezig is, maar dat deze beter benut en verbonden moet worden.

## Hoofdstuk 5

### Discussie

Dit project richtte zich op het screenings-, indicatiestelling en doorverwijs rond perinatale psychische problemen of kwetsbaarheden. Het doel was om 1) het bestaande zorgaanbod voor psychische problemen in de perinatale fase in kaart te brengen, 2) de types psychische zorgvragen, de context waarin deze gesteld worden, de kenmerken van de betrokken personen en de acties die hieruit vloeien in kaart te brengen en 3) de ervaringen van zorgverleners binnen het screenings-, indicatiestellings- en doorverwijs/samenwerkingsproces te onderzoeken. De noodzaak van dit project situeert zich binnen de complexiteit van het huidige perinatale zorglandschap dat gekenmerkt wordt door fragmentatie. Dit bemoeilijkt een efficiënte detectie van perinatale psychische problemen, alsook een tijdige en gepaste toeleiding naar zorg (Departement zorg, 2021).

De vier kernbevindingen, namelijk (1) structurele beperkingen in toegankelijkheid en inclusiviteit van het zorgaanbod, (2) mogelijkheden tot versterking van vroegdetectie-en interventie, (3) de complexiteit en ernst van perinatale psychische problematiek vanuit een life course perspectief en (4) beperkte focus van partners van (aanstaande) moeders binnen de perinatale zorg, worden hieronder bediscussieerd. Aansluitend worden beleidsaanbevelingen geformuleerd op basis van deze bevindingen.

#### 5.1 Structurele beperkingen in toegankelijkheid en inclusiviteit van het zorgaanbod

Een eerste kernbevinding is dat het perinatale psychisch zorgaanbod gekenmerkt wordt door beperkingen op het vlak van toegankelijkheid en inclusiviteit. Onder inclusiviteit wordt hierbij de mate verstaan waarin verschillende groepen binnen de populatie effectief bereikt worden en toegang hebben tot gepaste zorg. Perinatale GGZ in Limburg is geografisch geconcentreerd in stedelijke regio's, wat de toegankelijkheid voor meer rurale populaties kan beperken. Daarnaast wordt het potentieel van blended care en vroegtijdige zelfzorginterventies nog onvoldoende benut, terwijl deze toegankelijke interventies net een belangrijke rol kunnen spelen in het voorkomen van escalatie van klachten (Erbe et al., 2017; Van Uytsel et al., 2023; World Health Organisation, 2022a).

Ook de samenstelling van perinatale GGZ wijst op een onevenwicht, met een sterke vertegenwoordiging van klinisch psychologen, door onder andere de sterke uitrol van de ELP-conventie (Jansen et al., 2024), terwijl andere disciplines (vroedvrouwen, huisartsen, gynaecologen, kinderartsen) nog onvoldoende zichtbaar zijn. Dit kan wijzen op een suboptimale interdisciplinaire positionering van de perinatale psychische zorg, ondanks het feit dat deze disciplines net frequente en laagdrempelige contactmomenten hebben met de doelgroep en dus een belangrijke rol kunnen spelen in toeleiding naar het geestelijk gezondheidsaanbod (Falek et al., 2022).

Verder roept de ondervertegenwoordiging van personen met een niet-Belgische nationaliteit in de monitoring van psychische zorgvragen, vragen op rond de inclusiviteit van perinatale GGZ. Factoren zoals taalbarrières, beperkte kennis van het zorgaanbod, culturele verschillen en sociale isolatie kunnen mogelijks een rol spelen bij de toeleiding naar zorg voor personen met een migratieachtergrond (Claerbout et al., 2024).

Daarnaast wijst het relatief hoge aandeel (aanstaande) ouders met een vervangingsinkomen of ziekte-statuuut op een mogelijke socio-economische kwetsbaarheid binnen deze populatie, wat in lijn is met bestaande literatuur die dit als een risicofactor voor psychische problemen beschrijft (Al-abri et al., 2023; Yang et al., 2022). Deze bevinding dient echter met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden, aangezien dit aandeel gedeeltelijk beïnvloed kan zijn door perinatale omstandigheden zoals moederschapsrust of tijdelijke arbeidsongeschiktheid tijdens de zwangerschap, en dus niet uitsluitend een indicatie vormt van structurele socio-economische kwetsbaarheid.

### 5.2 Vroegdetectie-en interventie versterken

De dominantie van aanmeldingen via de derde lijn kan erop wijzen dat vroegdetectie-en interventie in de eerste lijn mogelijk nog versterkt kunnen worden. Vanuit een public mental health perspectief, waarbij de focus ligt op primaire preventie van psychische problemen op populatieniveau, is het essentieel dat psychische problemen zo vroeg mogelijk worden geïdentificeerd en opgevolgd binnen laagdrempelige zorgcontexten (Dykxhoorn et al., 2022).

Systematische screening kan hiervoor een belangrijke oplossing bieden, aangezien dit leidt tot hogere detectiecijfers. Hierbij is het essentieel om gevalideerde screeningstools te gebruiken. Zonder gevalideerde tools kan het onderscheid niet gemaakt worden tussen de normale gevoelens geassocieerd met de zwangerschap en het ouderschap en klachten van psychische problemen. Dit zou resulteren in over-of onderdetectie (Johnson et al., 2021). Eerstelijnszorgverleners zoals vroedvrouwen, huisartsen en kinderartsen spelen een cruciale rol in de systematische screening (Falek et al., 2022). Momenteel ontbreekt het in de GGZ aan een integratie in de perinatale zorgcontext, die integratie kent nochtans vele voordelen. Er is namelijk frequent en consistent contact tussen de zorgverlener en (aanstaande) ouders (Falek et al., 2022). Hierdoor kan de screening op verschillende momenten plaatsvinden en kan er een vertrouwensband opgebouwd worden met de (aanstaande) ouders. Daarnaast is het economisch voordeliger om de GGZ te integreren in routine perinatale zorg, dan om nieuwe interventies te ontwikkelen (Bauer et al., 2024).

Systematische screening met valide instrumenten blijkt dus een cruciale component te zijn binnen de vroegdetectie van perinatale psychische problemen. De resultaten van de kwalitatieve analyses tonen echter aan dat het ontbreken van duidelijke richtlijnen rond screening en triage ertoe leidt dat zorgverleners in sterke mate afhankelijk zijn van hun klinisch oordeel. Hoewel klinische expertise onmisbaar blijft, kan deze variabiliteit resulteren in inconsistenties in detectie en doorverwijzing (Johnson et al., 2021), wat op zijn beurt het risico op over-of onderdetectie verhoogt.

Het risico van onderdetectie is in het bijzonder aanwezig bij personen die minder geneigd zijn om spontaan hulp te zoeken of hun klachten te expliciteren. Eerdere studies tonen aan dat sommige vrouwen onvoldoende kennis hebben over psychische problemen om hun symptomen als afwijkend of zorgwekkend te herkennen, of deze minimaliseren en normaliseren binnen de context van zwangerschap en moederschap. Daarnaast kunnen vrouwen de perceptie hebben van zorgverleners dat zij een sociale controle uitvoeren, wat een drempel vormt voor hen om psychische klachten te uiten. Angst voor stigmatisering, om als 'slechte moeder' gezien te worden of voor mogelijke interventies zoals het betrekken van jeugdzorg, kan ertoe leiden dat vrouwen hun klachten bewust verzwijgen (Webb et al., 2023), wat een systematische screening met een gevalideerd instrument noodzakelijk maakt.

Bovendien wijzen de bevindingen uit de focusgroepen op bijkomende structurele en professionele drempels die dit proces bemoeilijken. Zorgverleners rapporteerden onder meer een gebrek aan specifieke kennis en ervaring met perinatale psychische problematiek, onzekerheid in het inschatten van de ernst van klachten en onduidelijkheid over doorverwijsmogelijkheden. Het ontbreken van eenduidige richtlijnen en gevalideerde screenings- en triage-instrumenten wordt daarbij versterkt door een beperkte tijd voor intervisies en multidisciplinair overleg, wat de afstemming tussen zorgactoren bemoeilijkt. Deze factoren dragen bij aan een gefragmenteerd zorgproces (Departement zorg, 2021), waarin de kwaliteit van screening en doorverwijzing in belangrijke mate afhankelijk blijft van individuele competenties en lokale netwerken (Bayrampour et al., 2018).

Echter, de winst van een systematische screening is enkel zinvol indien de beschikbare zorg is afgestemd op de noden van de perinatale populatie, zoals beschreven in Population health management (Cerezo-Cerezo et al., 2025). Daarnaast dienen positieve screeningsresultaten opgevolgd te worden in een geïntegreerd zorgmodel. Het is daarbij niet zozeer een kwestie van het uitbreiden van het zorgaanbod, maar eerder het realiseren van een betere afstemming tussen zorgnoden en zorgaanbod, in lijn met het getrappt zorgmodel van de WHO (World Health Organisation, 2022). Zonder deze afstemming dreigt screening eerder te leiden tot een toename van onvervulde zorgnoden dan tot effectieve zorgverlening (Bauer et al., 2016).

De bevindingen van dit onderzoeksproject suggereren bijkomend dat er mogelijk een kloof bestaat tussen het detecteren van psychische problemen en het effectief opstarten van gepaste zorg. Hoewel de eerstvolgende actie na aanmelding doorgaans snel plaatsvindt, betekent dit niet noodzakelijk dat personen ook snel de gepaste behandeling ontvangen aangezien de eerstvolgende actie bij de meeste aanmeldingen een intakegesprek betrof. De opstart van een behandeling of opname volgde minder snel in vergelijking met een intakegesprek als vervolgactie. Deze bevinding hoeft echter niet louter negatief geïnterpreteerd te worden. Een intakegesprek kan net een cruciale stap vormen in het realiseren van gepaste zorg, doordat het toelaat om de zorgnoden grondig in kaart te brengen en de (aanstaande) ouders gericht door te verwijzen. Echter, verdere en meer diepgaande kwalitatieve analyses per casus zijn nodig om hier meer helderheid in te genereren.

Het lage percentage van aanmeldingen dat zonder vervolgactie blijft, kan als positief worden beschouwd, maar het blijft wenselijk om dit verder te exploreren en te optimaliseren. Dit in functie van het verlagen van de “unmet need” of de niet-vervulde zorgnood van individuen met een psychische stoornis. Deze unmet need treedt op wanneer een individu met een psychische stoornis geen of onvoldoende toegang heeft, of heeft gevonden, tot de professionele zorgverlening. In Vlaanderen wordt dit geschat, in de algemene populatie, op één op zeven Vlamingen met een psychische stoornis (Bruffaerts et al., 2024).

### **5.3 Complexiteit en ernst van perinatale psychische problematiek binnen het life course perspectief**

Er is een relatief hoog aandeel van aanmeldingen omwille van suïcidegedachten en-plannen binnen de perinatale groep (8.9%), wat vaak samenhangt met een voorgeschiedenis van psychische problemen (Orsolini et al., 2016). Deze bevindingen bevestigen dat de perinatale periode een kwetsbare overgangsfase is waarin, naast het ontstaan van nieuwe problemen, bestaande psychische problemen kunnen verergeren of zich opnieuw manifesteren (Al-abri et al., 2023; Wisner et al., 2013).

Tegelijk blijkt dat ongeveer een tiende van de perinatale aanmeldingen gekaderd kan worden binnen een ernstige psychiatrische crisis en dus als hoog urgent kan worden gecategoriseerd (verdere professionele opvolging binnen twee uur vereist). Dit wijst erop dat een aanzienlijk deel van de problematiek pas in een vergevorderd en acuut stadium in beeld komt. Vanuit die vaststelling kan geargumenteed worden dat de zorg meer dient te verschuiven naar een proactieve en preventieve benadering van psychische problemen en de zorg niet pas wordt opgestart wanneer de klachten ernstig en crisisgevoelig zijn (Dyckhoorn et al., 2022).

Het percentage van ernstige psychiatrische crisis verschilt overigens niet significant van deze in de reproductieve leeftijdsgroep. Deze bevinding kan aansluiten bij de literatuur dat ernstige psychische problematiek zich niet uitsluitend ontwikkelt tijdens de perinatale periode. Deze problematiek is vaak reeds aanwezig in eerdere levensfasen (Wisner et al., 2013), waarbij bijvoorbeeld preconceptionele angst-en depressieve klachten geassocieerd zijn met perinatale klachten van depressie en angst (Kee et al., 2021). Daarnaast dient er bijzondere aandacht te zijn voor vrouwen met een voorgeschiedenis van psychiatrische problematiek die voorafgaand aan de zwangerschap al in behandeling waren. Hoewel deze vrouwen tijdens de zwangerschap initieel stabiel kunnen functioneren, blijven zij een groep met een verhoogd risico op herval tijdens de perinatale periode, vooral in het postpartum (Bränn et al., 2026). Dit onderstreept het belang van proactieve opvolging en continuïteit van zorg, waarbij bijvoorbeeld vrouwen met een zwangerschapswens gestimuleerd worden om reeds in de preconceptionele fase opnieuw contact op te nemen met hun eerdere zorgverleners (zoals psycholoog of psychiater) om bezorgdheden te bespreken en een aangepast opvolgtraject uit te werken. Dit ondersteunt het idee dat perinatale psychische gezondheid niet los gezien kan worden van eerdere psychische en psychiatrische kwetsbaarheden en onderstreept het belang van vroegtijdige detectie en interventie, bij voorkeur reeds in de preconceptionele fase, om escalatie van klachten tijdens de perinatale periode te voorkomen (Faleschini et al., 2025).

De preconceptionele psychische gezondheid is ook van belang bij de partner, wat op zijn beurt van belang is voor de vrouw. Het hebben van een partner met een voorgeschiedenis van psychische problemen is namelijk geassocieerd met een verhoogd risico op antenatale depressieve symptomen bij de vrouw (Orsolini et al., 2025). Daarnaast beïnvloedt psychische problematiek bij partners ook de kwaliteit van de partnerrelatie, sociale steun en het algemeen gezin functioneren (Fisher et al., 2024), factoren die op hun beurt samenhangen met perinatale psychische gezondheid (Antoniou et al., 2021; Darwin et al., 2021; Hoffmann et al., 2023).

Vanuit een *life course perspectief* impliceert dit dat individuen binnen de reproductieve leeftijd beschouwd moeten worden als potentieel preconceptioneel, ongeacht een actuele kinderwens (Hill et al., 2020). Screening en behandeling van psychische klachten zouden daarom structureel geïntegreerd moeten worden binnen reproductieve en eerstelijnszorg, met aandacht voor beide partners en voor continuïteit van zorg over verschillende levensfasen heen (Witt et al., 2012). Dit sluit nauw aan bij het takenpakket van de vroedvrouw, die een unieke positie inneemt om begeleiding te bieden vanaf anticonceptie en kinderwens, over zwangerschap, tot en met de postpartumperiode. Ook de uitrol van de ELP vormt in dit kader een belangrijke stap in de goede richting, doordat zij laagdrempelige en vroegtijdige ondersteuning binnen de eerstelijnszorg mogelijk maakt en zo bijdraagt aan continuïteit en preventie (Jansen et al., 2024).

Vanuit een preventief public mental health perspectief biedt het vroeg detecteren van psychische klachten en een gepaste toeleiding naar zorg ook de opportuniteit om intergenerationele effecten van psychische klachten tegen te gaan. Het verbetert niet alleen de psychische gezondheid van de (toekomstige) ouders maar het beperkt ook de mogelijke negatieve gevolgen tijdens zwangerschap, postpartum en vroege kind ontwikkeling (Bränn et al., 2024; Challacombe et al., 2023; Coussons-Read, 2013; England & Leslie, 2009).

## 5.4 Beperkte focus van partners binnen de perinatale zorg

Een vierde kernbevinding betreft de beperkte betrokkenheid van partners van (aanstaande) moeders binnen perinatale GGZ. Hoewel de aanmeldingen van partners in de monitoring een aanzienlijk aandeel vertegenwoordigen (35%), wijzen de kwalitatieve resultaten erop dat het screenen en doorverwijzen naar zorg voor deze groep gepaard gaat met belangrijke barrières. Zorgverleners rapporteren onder meer een gebrek aan kennis over perinatale psychische problematiek bij partners, onzekerheid over hun rol in de detectie hiervan en beperkte kennis van beschikbare doorverwijsmogelijkheden. Daarnaast lijkt het bestaande zorgaanbod voornamelijk afgestemd op vrouwen, waardoor partners minder expliciet aangesproken of betrokken worden binnen deze zorgtrajecten. Dit kan echter deels ook het gevolg zijn van percepties en handelingsonzekerheid bij zorgverleners, bijvoorbeeld wanneer zij onvoldoende weten hoe partners actief te betrekken of welke rol zij voor hen kunnen opnemen binnen het zorgproces.

Tegelijk kan ook de bereidheid van partners zelf een rol spelen, aangezien zij minder geneigd kunnen zijn om deel te nemen aan psychologische zorg. Dit kan komen door specifieke gender gerelateerde barrières zoals het prioriteit geven aan de maternale psychische gezondheid, de perceptie dat psychische moeilijkheden een zwakte zijn en het gevoel dat zij niet de rechtmatige gebruikers zijn van de perinatale psychische zorg (Darwin et al., 2021; Mancinelli & Filippi, 2025). Nochtans is een groot deel van het bestaande psychologische aanbod niet genderspecifiek en dus in principe even toegankelijk en relevant voor partners.

Deze bevinding wijst op een structurele blinde vlek binnen het huidige zorgmodel, waarin de focus traditioneel voornamelijk op de (aanstaande) moeder ligt. Nochtans toont literatuur aan dat partners eveneens kwetsbaar zijn voor psychische problemen tijdens de perinatale periode, waaronder depressie en angst klachten (Challacombe et al., 2023; Dabb et al., 2023). Bovendien is er toenemend bewijs dat de psychische gezondheid van partners, ook voor de zwangerschap, een significante invloed heeft op die van de vrouw (Orsolini et al., 2025; Smythe et al., 2022), evenals op de ontwikkeling en het welzijn van het kind (Challacombe et al., 2023).

Dit impliceert de nood aan een paradigmaverschuiving naar een meer gezinsgerichte benadering, waarin niet enkel de vrouw, maar de volledige context en meer specifiek het (aanstaande) gezin centraal staat. Een gezinsgerichte benadering vertrekt vanuit het inzicht dat de psychische gezondheid van gezinsleden onderling verweven is en elkaar wederzijds beïnvloedt (Antonioni et al., 2021), waarbij problemen bij één gezinslid gevolgen kunnen hebben voor het functioneren en welzijn van andere gezinsleden, evenals voor de ouder-kindrelatie en de ontwikkeling van het kind (Darwin et al., 2021). Dit komt overeen met het “Think family” principe van de National Health Service (NHS) waarbij de vrouw in haar volledige context wordt gezien, en waarbij de partner actief betrokken wordt.

De NHS raadt daarom aan dat partners systematisch worden meegenomen in de perinatale zorgverlening, niet alleen als ondersteunende factor voor de moeder, maar ook als individuen met unieke noden en kwetsbaarheden (Dabb et al., 2023). Dit vereist een verbreding van de huidige zorgpraktijk (Darwin et al., 2021).

Daarnaast is het versterken van de competenties van zorgverleners met betrekking tot het herkennen en bespreken van psychische problemen bij partners essentieel, evenals het ontwikkelen van richtlijnen en tools die expliciet inzetten op de psychische gezondheid van het gezin als geheel, eerder dan uitsluitend op die van de vrouw (Dabb et al., 2025; Leiferman et al., 2021; Smythe et al., 2022).

Een dergelijke benadering sluit aan bij een bredere public health perspectief, waarbij niet alleen individuele symptomen worden behandeld, maar ook relationele en contextuele factoren worden meegenomen om gezondheidswinst te realiseren op zowel gezins-als vooral ook populatieniveau (Dykxhoorn et al., 2022).

## Hoofdstuk 6

### Beleidsaanbevelingen

#### **Naar een coherent, geïntegreerd en gezinsgericht systeem van perinatale geestelijke gezondheidszorg**

Perinatale psychische problemen vormen een belangrijke maar complex te organiseren uitdaging binnen het huidige zorglandschap. De perinatale periode is een kwetsbare levensfase waarin bestaande psychische problemen kunnen verergeren en nieuwe klachten kunnen ontstaan, met mogelijke gevolgen voor het welzijn van (aanstaande) ouders, het kind en het bredere gezinssysteem. Tijdige detectie, gepaste triage en continuïteit van zorg zijn daarbij essentieel, maar blijken in de praktijk vaak moeilijk realiseerbaar.

Dit project richtte zich op het screenings- en doorverwijsproces van perinatale psychische problemen of kwetsbaarheden. Het doel was om het bestaande zorgaanbod voor psychische problemen in kaart te brengen, de types van psychische zorgvragen, de context waarin deze gesteld worden, de kenmerken van de betrokken personen en de acties die hieruit vloeien in kaart te brengen en de ervaringen van zorgverleners binnen het screenings- en doorverwijsproces te onderzoeken. Door middel van monitoring, kwalitatieve bevestigingen, focusgroepen en een netwerkevent werd inzicht verworven in zorgvragen, zorgpaden, knelpunten als ook ervaringen van zorgverleners binnen het screenings- en doorverwijsproces.

De resultaten tonen een zorglandschap dat gekenmerkt wordt door fragmentatie, hoge capaciteitsdruk en grote variatie in praktijkvoering. Zorgverleners ervaren onduidelijke triagecriteria, lange wachttijden, beperkte afstemming tussen actoren en een gebrek aan overzicht over het beschikbare aanbod. Tegelijk blijkt dat perinatale zorgvragen sterk uiteenlopend zijn en vaak meerdere domeinen omvatten, waaronder stemmings- en angstklachten, middelengebruik, relationele en ouderschapsproblematiek. Deze complexiteit vraagt om een samenhangende en geïntegreerde aanpak.

Een centrale bevinding is dat investeringen in afzonderlijke schakels van het zorgcontinuüm, zoals uitbreiding van screening of gespecialiseerde zorg alleen, onvoldoende zijn om de knelpunten structureel aan te pakken. Zowel de monitoringresultaten als de input vanuit de zorgverleners benadrukken de nood aan een integrale visie op perinatale geestelijke gezondheidszorg, waarin vroegdetectie, triage, begeleiding, behandeling, opvolging en samenwerking gelijktijdig en op elkaar afgestemd worden. Ook de beperkte betrokkenheid van partners en gezinnen, en de nood aan thuisnabije en gezinsgerichte zorg, vragen expliciete beleidsmatige aandacht.

De onderstaande beleidsaanbevelingen bouwen voort op deze bevindingen en kwamen tot stand in nauwe dialoog met het werkveld. Ze formuleren richtinggevende keuzes voor een duurzaam, coherent en gezamenlijk georganiseerd systeem van perinatale GGZ, en zijn gegroepeerd rond vier kerngebieden. De aanbevelingen worden afgesloten met een overkoepelende beleidsaanbeveling die inzet op structurele verankering, co-creatie en langetermijnvisie.

## **1. Structurele toegankelijkheid en inclusiviteit van perinatale GGZ versterken**

### ***1.1. Investeer in een evenwichtig, geïntegreerd en duurzaam zorgcontinuüm***

Beleidsmatig is het essentieel om te vermijden dat afzonderlijke schakels van het zorgcontinuüm geïsoleerd worden versterkt. De projectresultaten tonen aan dat een eenzijdige focus – bijvoorbeeld op screening of gespecialiseerde zorg – leidt tot opstoppen, oplopende wachtlijsten en verhoogde morele druk bij zorgverleners. Een zorgmodel dat hoofdzakelijk steunt op sequentiële doorverwijzingen garandeert bovendien onvoldoende continuïteit en leidt vaak tot verlies van therapeutische relatie.

Er is nood aan een geïntegreerde benadering van detectie, triage, vroeginterventie, behandeling en opvolging, over zorgniveaus heen. Dit impliceert gedeelde verantwoordelijkheid tussen actoren en een organisatie van zorg waarin meerdere zorgverleners gelijktijdig en complementair betrokken blijven doorheen het perinatale traject. Continuïteit van zorg, met een beperkt aantal vaste aanspreekpunten voor gezinnen, vormt hierbij een kernprincipe.

### ***1.2. Verminder geografische en socio-economische ongelijkheden in toegang tot zorg***

Het perinatale GGZ – aanbod is nog sterk geconcentreerd in stedelijke en gespecialiseerde settings. Tegelijk staan aanmeldingen bij geconventioneerde eerstelijnspsychologen (ELP) onder druk, waardoor zorgvragen soms niet meer kunnen worden opgenomen. Dit vraagt niet alleen capaciteitsuitbreiding, maar vooral betere afstemming en integratie tussen zorgfuncties en zorgactoren.

Beleidsmatig wordt aanbevolen om in te zetten op:

- Versterking van eerstelijnsaanbod voor perinatale zorgvragen, zowel inzake capaciteit als inhoudelijk;
- Uitbouw van blended care en laagdrempelige zelfzorg- en begeleidingsinterventies;
- Versterking van mobiele en ambulante perinatale zorgvormen;
- Betere samenwerking tussen huisartsen, vroedvrouwen, Kind & Gezin, ELP's, CGG, mobiele teams en ziekenhuizen;
- Expliciete aandacht voor antenatale zorg en materniteiten, rekening houdend met korte contactmomenten en beperkte detectietijd;
- Structurele financiering in plaats van tijdelijke projectmiddelen, om continuïteit en expertiseopbouw te garanderen.

### ***1.3. Investeer in inclusieve en thuisnabije zorg***

Gezien de prevalentie van socio-economische kwetsbaarheid, stemmings- en angstproblemen, middelengebruik en ouderschapsproblematiek, is het aangewezen zorg zoveel mogelijk dicht bij het gezin te organiseren. Het netwerk benadrukt het belang van snelle inzet van multidisciplinaire, ambulante perinatale zorg, uitbreiding van dagbehandeling dichtbij huis en veilige, niet-stigmatiserende toeleiding tot zorg. Een integrale multicomponentenbenadering, waarin psychische zorg wordt gecombineerd met aandacht voor gezondheidsgedrag en ouderschapsondersteuning, verdient hierbij de voorkeur.

### ***1.4. Veranker perinatale zorgactoren structureel in het geestelijk gezondheidsaanbod***

Perinatale zorgactoren zoals vroedvrouwen, huisartsen, materniteiten, kraamzorg en Opgroeien (Kind & Gezin) vervullen een sleutelrol in continuïteit van zorg en de verbinding tussen preventie, detectie en behandeling. Beleidsmatig is het aangewezen deze actoren structureel te betrekken in GGZ-netwerken, overleg- en implementatietrajecten, en beleidsontwikkeling. Co-creatie met het werkveld, in plaats van louter top-down beslissingen, is hierbij essentieel.

## **2. Versterk vroegdetectie en vroeginterventie met respect voor behoeftegestuurde zorg**

### **2.1. Ontwikkel gedeelde richtlijnen voor screening én triage**

De huidige praktijk steunt sterk op individueel klinisch oordeel, wat het risico op onder- en overdetectie vergroot. Het project toont aan dat onvoldoende differentiatie tussen tijdelijke kwetsbaarheid en klinisch relevante problematiek kan leiden tot medicalisering en inefficiënt gebruik van middelen.

Beleidsmatig is er nood aan duidelijke, gedeelde richtlijnen met:

- Uniforme definities van urgentie, vervolgacties en wachttijden voor de perinatale doelgroep;
- Expliciete triagecriteria die eerstelijnszorg onderscheiden van gespecialiseerde GGZ;
- Aandacht voor zowel sensitiviteit als specificiteit van screeningsinstrumenten;
- Duidelijke afspraken over alarmsignalen en noodzakelijke opvolging.

### **2.2. Ondersteun eerstelijnsactoren in hun detectie- en begeleidingsrol**

Vroedvrouwen, huisartsen en thuiszorgactoren zijn cruciaal voor vroegdetectie, maar ervaren tijdsdruk en onzekerheid over toeleiding. Hun rol reikt verder dan detectie alleen: erkenning, luisteren en aanklappende ondersteuning kunnen escalatie voorkomen. Dit vraagt beleidsmatig om voldoende tijd, duidelijke kaders en gerichte competentieversterking via opleiding en nascholing.

Daarnaast is kwaliteitsbewaking van het perinatale zorgaanbod essentieel, met transparantie over expertise, doelgroep en wachttijden van zorgverleners, om verwijzingen te ondersteunen en gezinnen te beschermen tegen versnipperd of onvoldoende onderbouwd aanbod.

### **2.3. Koppel screening en begeleiding aan reële en geïntegreerde vervolgmogelijkheden**

Screening zonder voldoende en passend zorgaanbod leidt tot morele stress bij zorgverleners en verlies van vertrouwen bij gezinnen. Screening moet daarom altijd ingebed zijn in geïntegreerde zorgpaden met duidelijke afspraken over opvolging, verantwoordelijkheden en beschikbare zorgvormen. Niet elke kwetsbaarheid vereist een traject binnen (gespecialiseerde) GGZ, maar moet wel beantwoord worden met een passende vorm van begeleiding of opvolging.

### **2.4. Bewaak het behoeftegestuurde karakter van zorg**

Niet elke gesignaleerde kwetsbaarheid vertaalt zich in een directe zorgvraag. Het tempo, de beleving en bereidheid van ouders moeten centraal blijven staan. Overmatige problematisering kan contraproductief werken. Professionele ruimte voor klinische afweging, ondersteund door richtlijnen, is essentieel. Structurele betrokkenheid van ouders en ervaringsdeskundigen bij onderzoek, monitoring en beleid is noodzakelijk om zorg beter af te stemmen op reële noden.

### **2.5. Verfijn en differentieer de monitoring van perinatale psychische zorgnoden**

De huidige monitoring biedt waardevolle inzichten, maar mist voldoende diepgang voor de perinatale context. Aanbevolen wordt om:

- Meer perinataal specifieke indicatoren te ontwikkelen in co-creatie met het werkveld;
- Types vervolgacties duidelijk te onderscheiden;
- ELP-aanmeldingen kwalitatief te verdiepen;
- Perinatale zorgvragen continu te registreren over het jaar heen;
- Detectiekwaliteit (sensitiviteit en specificiteit) expliciet op te nemen;
- Te investeren in een specifiek perinataal monitoringinstrument, afgestemd op beleids- en praktijknoden.

### **3. Omgaan met complexiteit en ernst van perinatale psychische problematiek**

#### ***3.1. Erken de specifieke aard van perinatale psychische zorgvragen***

De perinatale populatie lijkt te verschillen op een aantal vlakken van de algemene populatie in dezelfde levensfase (= reproductieve leeftijd), met minder middelengebruik maar meer depressieve en angstklachten, evenals een hoger aandeel beschermende maatregelen. Deze combinatie van psychische, relationele en contextuele factoren wijst op een verhoogde zorgcomplexiteit, waarbij problematieken elkaar versterken en niet los van hun gezins- en levenscontext kunnen worden begrepen. Beleidsmatig vraagt dit niet alleen om diepgaander wetenschappelijk onderzoek, maar ook om de ontwikkeling van specifieke expertise, geïntegreerde zorgpaden binnen het algemeen geestelijk gezondheidsaanbod maar met aandacht voor de specifieke zorgnoden binnen de perinatale levensfase.

#### ***3.2. Zet sterker in op preventie en preconceptionele zorg***

Vroegtijdige detectie, idealiter al vóór zwangerschap of tijdens fertiliteitstrajecten, kan escalatie voorkomen. Preventieve, contextgerichte interventies sluiten aan bij een behoeftegestuurde zorglogica en vragen beleidsmatige ondersteuning.

#### ***3.3. Stimuleer gezamenlijk zorg in plaats van louter doorverwijzen***

Bij complexe zorgvragen volstaat doorverwijzen niet. Gedeelde verantwoordelijkheid, gezamenlijke zorgmomenten, lokale zorgtafels en een duidelijke rol voor perinatale zorgcoördinatie zijn essentieel, binnen een helder financieel kader.

#### ***3.4. Verbeter informatie-uitwisseling en verlaag administratieve lasten***

Efficiëntere samenwerking vereist betere communicatie-instrumenten, gedeelde dossiers waar mogelijk en actieve reductie van administratieve drempels, zodat zorgverleners ruimte behouden voor relationele zorg. Beleidsmatig verdient het aanbeveling om:

- Onderzoeksmogelijkheden te creëren tot gedeelde of overdraagbare patiëntendossiers;
- Bestaande databronnen (bv. Opgroeien, zorginstellingen, Intermutualistisch Agentschap (IMA/AIM)) structureel te koppelen aan perinatale geestelijk gezondheid-monitoring;
- Administratieve drempels actief te verminderen zodat zorgverleners ruimte behouden voor relationele en aanklappende zorg, wat essentieel is bij complexe perinatale problematieken.

#### ***3.5. Integreer perinatale expertise structureel in de GGZ***

Perinatale zorgactoren beschikken over cruciale contextkennis en langdurige gezinscontacten. Hun structurele integratie in de GGZ en zorgcoördinatie is noodzakelijk voor continuïteit en kwaliteit. Beleidsmatig wordt aanbevolen om:

- Perinatale zorgactoren (vroedvrouwen, materniteiten, kraamzorg, huisartsen) actiever te integreren in de GGZ en besluitvorming;
- Gezamenlijke zorgmodellen te stimuleren waarin GGZ en perinatale zorg samen verantwoordelijkheid opnemen, in plaats van sequentieel door te verwijzen;
- Zorgcoördinatie expliciet te positioneren op het kruispunt van GGZ en de perinatale zorg, met duidelijke mandaten en structurele verankering.

### **4. Partners en gezinnen structureel betrekken in perinatale GGZ**

Een consistente bevinding uit dit project is de beperkte en weinig systematische betrokkenheid van partners en gezinnen binnen perinatale GGZ. Nochtans tonen zowel de literatuur als de projectresultaten

aan dat partners zelf kwetsbaar zijn voor psychische problemen in de perinatale periode, een sleutelrol vervullen binnen het dagelijks functioneren van het gezin en het zorgtraject van de (aanstaande) ouder. Het huidige, overwegend moedergerichte zorgmodel sluit hierdoor onvoldoende aan bij de realiteit van perinatale psychische problematiek, die zich vrijwel altijd manifesteert binnen een relationele en gezinscontext.

Een beleidsmatige verschuiving naar een gezins- en systeemgerichte benadering van perinatale GGZ is daarom noodzakelijk. Dit impliceert dat niet alleen individuele symptomen, maar ook partnerrelaties, gezinsdynamieken en contextuele draagkracht structureel worden meegenomen in screening, begeleiding en behandeling.

#### ***4.1 Veranker een gezinsgerichte benadering in perinatale zorgmodellen***

Het huidige perinatale zorgmodel blijft sterk gericht op de (aanstaande) moeder, terwijl partners eveneens risico lopen op psychische problemen en tegelijk een cruciale ondersteunende rol vervullen. Gezinsgericht perinatale GGZ veronderstelt een expliciete verbreding van de focus: van individuele klachten naar relationele processen, gedeelde draagkracht en de interactie tussen ouder(s), kind en omgeving.

Beleidsmatig vraagt dit om een paradigmaverschuiving waarbij:

- Partners structureel worden betrokken in screening, opvolging en zorgverlening;
- Expliciet aandacht wordt besteed aan de psychische gezondheid en draagkracht van partners;
- Zorgverleners oog hebben voor gezinsdynamieken en relationele factoren die herstel kunnen versterken of ondermijnen;
- Zorgmodellen vertrekken vanuit het gezin als primaire context van zorg, in plaats van het individu als geïsoleerde patiënt.

Deze benadering sluit aan bij internationale inzichten die benadrukken dat duurzame perinatale psychische gezondheid alleen gerealiseerd kan worden binnen een ondersteunend en betrokken gezinssysteem.

#### ***4.2. Versterk competenties, vaardigheden en doorverwijsmogelijkheden gericht op partners***

Om partners op een niet-stigmatiserende en effectieve manier te betrekken, is bijkomende investering nodig in kennis en professionele vaardigheden van zorgverleners. Partners vertonen vaak terughoudend hulpzoekgedrag, mede door gender- en rolverwachtingen en een beperkt maatschappelijk erkend zorgaanbod voor deze doelgroep. Zonder gerichte ondersteuning blijven signalen bij partners ondergedetecteerd en onderbehandeld.

Beleidsmatig wordt aanbevolen om te investeren in:

- Gerichte opleiding en sensibilisering van zorgverleners over perinatale psychische problemen bij partners, met aandacht voor stigma, gender- en rolpatronen;
- Training in sensitieve communicatie, actief luisteren en aanklampende benaderingen, vergelijkbaar met de competenties die vereist zijn in de eerste lijn bij (aanstaande) moeders;
- Ontwikkeling en implementatie van duidelijke richtlijnen en wetenschappelijk gevalideerde tools die expliciet ook op partners gericht zijn;
- Uitbouw van heldere, laagdrempelige en geïntegreerde doorverwijspaden voor partners, zowel binnen als buiten het gespecialiseerd geestelijk gezondheidsaanbod.

Deze competentieversterking is essentieel om partners niet louter als ondersteunende figuren te benaderen, maar als volwaardige doelgroep binnen perinatale GGZ.

#### **4.3. Zet in op thuisnabije, multidisciplinaire en netwerkgerichte gezinszorg**

Het netwerk benadrukt het belang van snelle, thuisnabije ondersteuning voor jonge gezinnen, bij voorkeur in aanwezigheid van het kind en met actieve betrokkenheid van partners. Dergelijke gezinsgerichte zorg verlaagt drempels, versterkt continuïteit en verkleint het risico op escalatie van complexe problematiek.

Beleidsmatig vraagt dit om:

- Uitbreiding en versterking van mobiele, multidisciplinaire perinatale teams;
- Inzet op dagbehandeling en intensieve ambulante opvolging dicht bij huis;
- Actieve betrokkenheid van zowel formele als informele actoren (zoals familie, kinderopvang en Huizen van het Kind) binnen het zorgnetwerk;
- Expliciete aandacht voor stigma-reductie, vertrouwen en veilige toeleiding tot zorg, in het bijzonder bij kwetsbare gezinnen en bij middelengebruik;
- Verdere investering in opleiding van kinderopvang- en kraamzorgmedewerkers in het herkennen van alarmsignalen, in samenwerking met Opgroeien en PERINET.

Een netwerkgerichte gezinsaanpak maakt het mogelijk om perinatale zorgvragen vroegtijdig en contextgevoelig te detecteren en te ondersteunen, en draagt bij aan duurzame zorgtrajecten waarin gezinnen zich gedragen voelen door een samenhangend zorgsysteem.

#### **Versterkende randvoorwaarden**

De structurele betrokkenheid van perinatale zorgactoren, de integratie van deze actoren binnen de GGZ en de verdere verfijning van monitoring en data-uitwisseling creëren essentiële randvoorwaarden om partners en gezinnen systematischer te betrekken.

De projectresultaten tonen aan dat deze randvoorwaarden geen bijkomstige ondersteunende elementen zijn, maar noodzakelijke voorwaarden voor kwaliteitsvolle, geïntegreerde en gezinsgerichte perinatale GGZ. Zonder duidelijke zorgpaden, goede informatiedeling en gedragen samenwerking blijft zorg versnipperd en contextgevoelige ondersteuning moeilijk realiseerbaar.

Door te investeren in betere afgestemde data, duidelijk afgebakende maar geïntegreerde zorgpaden en duurzaam georganiseerde netwerken kan *gezinsgerichte perinatale GGZ* effectiever, tijdiger en meer afgestemd op de noden van het gezin worden gerealiseerd. Dit versterkt niet alleen de zorgkwaliteit, maar verhoogt ook de efficiëntie en voorkomt onnodige escalatie en duplicatie van zorg.

**Overkoepelende beleidsaanbeveling*****Ontwikkel perinatale psychische zorg als een geïntegreerd, duurzaam en gezamenlijk systeem***

De projectresultaten maken duidelijk dat geïsoleerde investeringen onvoldoende zijn. Nodig is een langetermijnvisie op perinatale psychische zorg als een geïntegreerd systeem, gebaseerd op een multicomponentenbenadering waarin preventie, detectie, begeleiding, behandeling en opvolging samen worden versterkt.

Dit vereist:

- Een langetermijnvisie en structurele financiering in plaats van tijdelijke projectmiddelen;
- Co-creatie met het werkveld en ervaringsdeskundige ouders;
- Verfijnde en continue monitoring via perinatale instrumenten;
- Koppeling met bestaande databronnen en beleidsinitiatieven;
- Gefaseerde implementatie met continue feedbackloops.

Door perinatale GGZ duurzaam te verankeren als een gezinsgericht, samengedragen, geïntegreerd en kennisgedreven systeem, kan de zorg tegelijk effectiever, efficiënter en menselijker worden georganiseerd.



## Hoofdstuk 7

### Conclusie

Dit project heeft op een systematische en onderbouwde manier inzicht geboden in de organisatie, knelpunten en ontwikkelingsmogelijkheden van perinatale GGZ. Door kwantitatieve monitoring te combineren met kwalitatieve input van zorg- en welzijnsactoren werd duidelijk dat de perinatale periode een cruciale levensfase is waarin tijdige, gepaste en goed afgestemde ondersteuning van ouders en gezinnen van groot belang is voor het huidige en toekomstige welzijn van zowel ouder(s) als kind.

De bevindingen bevestigen wat eerder onderzoek aantoonde. Ook al is op verschillende zorgniveaus geïnvesteerd in versterking van capaciteit, expertise en samenwerking, toch blijft ook het huidige perinatale zorglandschap nog steeds sterk gefragmenteerd. Zorgverleners opereren in een context van aanzienlijke capaciteitsdruk, onduidelijke triagecriteria, beperkte afstemming tussen actoren en een gebrek aan overzicht over het beschikbare aanbod. Deze structurele knelpunten bemoeilijken de organisatie van zorg die nabij, continu en afgestemd is op de complexe en vaak gecombineerde noden van jonge gezinnen. Tegelijkertijd blijkt uit het project een uitgesproken bereidheid en betrokkenheid van perinatale zorg- en welzijnsactoren om samen te werken aan verbeteringen, op voorwaarde dat deze samenwerking structureel wordt ondersteund en duurzaam wordt ingebed binnen bestaande GGZ-netwerken en beleidskaders.

Een centrale conclusie is dat geïsoleerde investeringen in afzonderlijke schakels van het zorgcontinuüm, zoals screening of gespecialiseerde behandeling alleen, onvoldoende zijn om perinatale GGZ structureel te versterken. Effectieve perinatale GGZ vraagt een geïntegreerde benadering waarin preventie en vroegdetectie, triage, begeleiding, vroeginterventie, behandeling en opvolging gelijktijdig en coherent worden ontwikkeld. Dit vereist duidelijke rolafspraken, gedeelde verantwoordelijkheid over sectoren heen en structurele samenwerking tussen perinatale zorg, geestelijke gezondheid en welzijn. Binnen deze benadering is expliciete aandacht nodig voor gezinsgerichte zorg, thuisnabije ondersteuning en veilige toeleiding bij stigma-gevoelige problematiek, in lijn met bredere beleidsambities rond vermaatschappelijking van zorg, netwerkzorg en ondersteuning van jonge gezinnen vanuit een multicomponentenbenadering waarin psychisch welbevinden en gezondheidsgedrag samen worden benaderd.

De beleidsaanbevelingen die uit dit project voortvloeien, bieden richting aan de ontwikkeling van een meer coherent, duurzaam en gezamenlijk georganiseerd systeem van perinatale GGZ. Ze sluiten aan bij bestaande Vlaamse beleidsdoelstellingen rond preventie, vroegtijdige ondersteuning, geïntegreerde zorg en intersectorale samenwerking, en benadrukken het belang van een langetermijnvisie, co-creatie met het werkveld en verfijnde, continue monitoring van zorgnoden en zorgprocessen.

Tot slot kan worden geconcludeerd dat dit project niet enkel een evaluatieve functie heeft vervuld, maar ook heeft gefungeerd als katalysator voor bewustwording, dialoog en versterkte samenwerking binnen zowel het perinatale als het GGZ-netwerk. In die zin vormt dit project geen eindpunt, maar een onderbouwde bouwsteen voor verdere beleidsontwikkeling, onderzoek en implementatie. Door voort te bouwen op de verworven inzichten en samenwerkingsverbanden, en door perinatale GGZ structureel te verankeren binnen bestaande netwerken en beleidskaders, kan dit zorgdomein verder worden uitgebouwd tot een geïntegreerd, gezinsgericht en toekomstbestendig aanbod dat beter aansluit bij de noden van ouders, kinderen en zorgverleners, en bijdraagt aan de Vlaamse ambitie om te evolueren naar lerende, samenhangende en kwaliteitsvolle zorgsystemen.



## Referenties

- Al-abri, K., Edge, D., & Armitage, C. J. (2023). Prevalence and correlates of perinatal depression. In *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (Vol. 58, Number 11, pp. 1581–1590). Springer Science and Business Media Deutschland GmbH. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02386-9>
- Amuli, K., Decabooter, K., Talrich, F., Renders, A., & Beeckman, K. (2021). Born in Brussels screening tool: the development of a screening tool measuring antenatal psychosocial vulnerability. *BMC Public Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11463-8>
- Antoniou, E., Stamoulou, P., Tzanoulinou, M. D., & Orovou, E. (2021). Perinatal mental health; the role and the effect of the partner: A systematic review. In *Healthcare (Switzerland)* (Vol. 9, Number 11). MDPI. <https://doi.org/10.3390/healthcare9111572>
- Arango, C., Díaz-Caneja, C. M., McGorry, P. D., Rapoport, J., Sommer, I. E., Vorstman, J. A., McDaid, D., Marín, O., Serrano-Drozdzowskyj, E., Freedman, R., & Carpenter, W. (2018). Preventive strategies for mental health. In *The Lancet Psychiatry* (Vol. 5, Number 7, pp. 591–604). Elsevier Ltd. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30057-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30057-9)
- Barker, W. D. J. P., England, I. N., & Osmond, C. (1986). *Epidemiology INFANT MORTALITY, CHILDHOOD NUTRITION, AND ISCHAEMIC HEART DISEASE*.
- Bauer, A., Gregoire, A., Tinelli, M., & Knapp, M. (2024). Costs and benefits of scaling psychosocial interventions during the perinatal period in England: A simulation modelling study. *International Journal of Nursing Studies*, 154. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104733>
- Bauer, A., Knapp, M., & Parsonage, M. (2016). Lifetime costs of perinatal anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders*, 192, 83–90. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.005>
- Bayrampour, H., Hapsari, A. P., & Pavlovic, J. (2018). Barriers to addressing perinatal mental health issues in midwifery settings. In *Midwifery* (Vol. 59, pp. 47–58). Churchill Livingstone. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.12.020>
- Belgische Strafwetboek. (1867). *Artikel 458: Schending van het beroepsgeheim*.
- Bengelsdorf, H., Levy, L. E., Emerson, R. L., & Barile, F. A. (1984). *a\_crisis\_triage\_rating\_scale\_brief\_dispositional.9*.
- Birt, L., Scott, S., Cavers, D., Campbell, C., & Walter, F. (2016). Member Checking: A Tool to Enhance Trustworthiness or Merely a Nod to Validation? *Qualitative Health Research*, 26(13), 1802–1811. <https://doi.org/10.1177/1049732316654870>
- Bränn, E., Shen, Q., & Lu, D. (2024). Perinatal depression and its health impact. *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.p2777>
- Bruffaerts, R., Leys, M., Portzky, G., Van Den Broeck, K., Kaesemans, G., Jansen, L., Jeannin, R., & Bootsma, E. (2024). *De mythes bevraagd COLOFON Redactie*. [www.zorgneticuro.be](http://www.zorgneticuro.be)
- Cerezo-Cerezo, J., de Manuel-Keenoy, E., Alton, D., Bruijnzeels, M., Jurgutis, A., & Jakab, M. (2025). Unlocking the power of population health management to strengthen primary health care. *Atencion Primaria*, 57(7). <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103211>

- Challacombe, F. L., Pietikäinen, J. T., Kiviruusu, O., Saarenpää-Heikkilä, O., Paunio, T., & Paavonen, E. J. (2023). Paternal perinatal stress is associated with children's emotional problems at 2 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 64(2), 277–288. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13695>
- Claerbout, A., Steppe, J., Joni, G., & van kelst, L. (2024). Challenges and facilitators to perinatal mental healthcare among first-generation migrant women: A qualitative ethnographic study in Flanders, Belgium. *European Journal of Midwifery*, 8(December). <https://doi.org/10.18332/ejm/194682>
- Coussons-Read, M. E. (2013). Effects of prenatal stress on pregnancy and human development: Mechanisms and pathways. In *Obstetric Medicine* (Vol. 6, Number 2, pp. 52–57). Royal Society of Medicine Press Ltd. <https://doi.org/10.1177/1753495X12473751>
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression scale. *British Journal of Psychiatry*, 150(JUNE), 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Dabb, C., Dryer, R., Brunton, R. J., Krägeloh, C., Moussa, M., Yap, K., Roach, V. J., & Medvedev, O. (2025). Development of the paternal pregnancy-related anxiety scale (PPrAS) using Rasch analysis with Australian and USA samples of expectant fathers. *Journal of Affective Disorders*, 381, 33–43. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.03.184>
- Dabb, C., Dryer, R., Brunton, R. J., Yap, K., & Roach, V. J. (2023). Paternal pregnancy-related anxiety: Systematic review of men's concerns and experiences during their partners' pregnancies. In *Journal of Affective Disorders* (Vol. 323, pp. 640–658). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.11.092>
- Darwin, Z., Domoney, J., Iles, J., Bristow, F., Mcleish, J., & Sethna, V. (2021). *South London and Maudsley NHS Foundation Trust Good practice guide Involving and supporting partners and other family members in specialist perinatal mental health services*.
- De Jonge, A., Downe, S., Page, L., Devane, D., Lindgren, H., Klinkert, J., Gray, M., & Jani, A. (2019). Value based maternal and newborn care requires alignment of adequate resources with high value activities. In *BMC Pregnancy and Childbirth* (Vol. 19, Number 1). BioMed Central. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2512-3>
- De Kraamtuin. (2022, 3 maart). *Buddy bij de wieg - De Kraamtuin*. <https://www.dekraamtuin.be/voorzorgpartners/buddy-bij-de-wieg/>
- Dennis, C. L., & Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2013, Number 2). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001134.pub3>
- Dennis, C. L., Falah-Hassani, K., & Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis. In *British Journal of Psychiatry* (Vol. 210, Number 5, pp. 315–323). Royal College of Psychiatrists. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187179>
- Departement zorg. (2021). *Aanbevelingen tot Vlaamse visie en prioriteiten ter ondersteuning van Perinatale Mentale Gezondheid*.
- Dierckx de Casterle, B., Gastmans, C., Bryon, E., & Denier, Y. (2012). QUAGOL: A guide for qualitative data analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 49(3), 360–371. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.09.012>

- Dyckhoorn, J., Fischer, L., Bayliss, B., Brayne, C., Crosby, L., Galvin, B., Geijer-Simpson, E., Jones, O., Kaner, E., Lafortune, L., McGrath, M., Moehring, P., Osborn, D., Petermann, M., Remes, O., Vadgama, A., & Walters, K. (2022). Conceptualising public mental health: development of a conceptual framework for public mental health. *BMC Public Health*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13775-9>
- England, M. J., & Leslie, J. S. (2009). *Depression in parents, parenting, and children: opportunities to improve identification, treatment, and prevention*. National Academies Press.
- Erbe, D., Psych, D., Eichert, H. C., Riper, H., & Ebert, D. D. (2017). Blending face-to-face and internet-based interventions for the treatment of mental disorders in adults: Systematic review. In *Journal of Medical Internet Research* (Vol. 19, Number 9). JMIR Publications Inc. <https://doi.org/10.2196/jmir.6588>
- Falek, I., Acri, M., Dominguez, J., Havens, J., McCord, M., Sisco, S., Wilcox, W., & Hoagwood, K. (2022). Management of depression during the perinatal period: state of the evidence. In *International Journal of Mental Health Systems* (Vol. 16, Number 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s13033-022-00531-0>
- Faleschini, S., Dussault, P., Vézina-Im, L. A., Thivierge, A. M., & Van Lieshout, R. J. (2025). The PREGO Study: A Preconception Cohort to Better Understand Perinatal Mental Health. *International Journal of Psychology*, 60(4). <https://doi.org/10.1002/ijop.70086>
- Fan, F., Zou, Y., Ma, A., Yue, Y., Mao, W., & Ma, X. (2009). Hormonal changes and somatopsychologic manifestations in the first trimester of pregnancy and post-partum. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 105(1), 46–49. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2008.12.001>
- Fisher, S. D., Walsh, T., & Wongwai, C. (2024). The importance of perinatal non-birthing parents' mental health and involvement for family health. *Seminars in Perinatology*, 48(6). <https://doi.org/10.1016/j.semperi.2024.151950>
- Gyselaers, W., Jonckheer, P., Ahmadzai, N., Ansari, M. T., Carville, S., Dworzynski, K., Gaudet, L., Glen, J., Jones, K., Miller, P., Marie Tetzlaff, J., Alexander, S., Allegaert, K., Beeckman, K., Ceysens, G., Christiane, Y., De Ronne, N., de Thysebaert, B., Dekker, N., ... Stordeur, S. (2015). *Welke onderzoeken zijn aanbevolen bij een zwangerschap? – Synthese*. [www.kce.fgov.be](http://www.kce.fgov.be)
- Hill, B., Hall, J., Skouteris, H., & Currie, S. (2020). Defining preconception: Exploring the concept of a preconception population. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02973-1>
- Hoffmann, L., Hilger, N., Riolino, E., Lenz, A., & Banse, R. (2023). Partner support and relationship quality as potential resources for childbirth and the transition to parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05748-6>
- Hohberg, V., Fuchs, R., Gerber, M., Künzler, D., Paganini, S., & Faude, O. (2022). Blended Care Interventions to Promote Physical Activity: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. In *Sports Medicine - Open* (Vol. 8, Number 1). Springer Science and Business Media Deutschland GmbH. <https://doi.org/10.1186/s40798-022-00489-w>
- Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C.-L., Rochat, T., Stein, A., & Milgrom, J. (2014). Series Perinatal mental health 1 non-psychotic mental disorders in the perinatal period. In *www.thelancet.com* (Vol. 384). [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)

- Huizink, A. C., Mulder, E. J. H., & Buitelaar, J. K. (2004). Prenatal Stress and Risk for Psychopathology: Specific Effects or Induction of General Susceptibility? In *Psychological Bulletin* (Vol. 130, Number 1, pp. 115–142). <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.1.115>
- Huizink, A. C., Mulder, E. J. H., Robles De Medina, P. G., Visser, G. H. A., & Buitelaar, J. K. (2004). Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Human Development*, 79(2), 81–91. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2004.04.014>
- Indicator Metadata Registry details*. (z.d.). <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/669>
- Jansen, L., Glowacz, F., & Bruffaerts, R. (2024). *Eerstelijnspsychologische zorg in België*. Academic & Scientific Publishers.
- Johnson, A., Stevenson, E., Moeller, L., & McMillian-Bohler, J. (2021). Systematic Screening for Perinatal Mood and Anxiety Disorders to Promote Onsite Mental Health Consultations: A Quality Improvement Report. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 66(4), 534–539. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13215>
- Kee, M. Z. L., Ponmudi, S., Phua, D. Y., Rifkin-Graboi, A., Chong, Y. S., Kok, &, Tan, H., Kok, J., Chan, Y., Birit, &, Broekman, F. P., Chen, H., & Meaney, M. J. (2021). *Preconception origins of perinatal maternal mental health*. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01096-y>/Published
- Khalil, H., Ameen, M., Davies, C., Arunkumar, R., & Liu, C. (2025). Value-based health care definition and characteristics: An evidence-based approach. *Australian Health Review*, 49(2). <https://doi.org/10.1071/AH24279>
- Leiferman, J. A., Farewell, C. V., Jewell, J., Lacy, R., Walls, J., Harnke, B., & Paulson, J. F. (2021). Anxiety among fathers during the prenatal and postpartum period: a meta-analysis. In *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* (Vol. 42, Number 2, pp. 152–161). Taylor and Francis Ltd. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2021.1885025>
- LimeSurvey GmbH. (n.d.). LimeSurvey: An open source survey tool. LimeSurvey GmbH. <https://www.limesurvey.org>
- Lumivero. (2025). NVivo (Version 15.3.2). <https://lumivero.com/products/nvivo/>
- Mancinelli, E., & Filippi, B. (2025). Help-seeking in perinatal fathers: a scoping review of needs, barriers, facilitators, and access to support. In *eClinicalMedicine* (Vol. 89). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2025.103512>
- NICE. (2014). *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance Clinical guideline*. [www.nice.org.uk/guidance/cg192](http://www.nice.org.uk/guidance/cg192)
- 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*. <http://www.steunpuntwvg.be>
- Oates, J., Gervai, J., Danis, I., Lakatos, K., & Davies John Oates, J. (2018). Validation of the Mothers' Object Relations Scales Short-form (MORS-SF). In *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health* (Vol. 33, Number 1). <https://birthpsychology.com/journal/article/validation-mothers%E2%80%99-object-relations-scales-short-form-mors-sf>

- O'Hara, M. W., & Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 28(1), 3–12.  
<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002>
- Orsolini, L., Valchera, A., Vecchiotti, R., Tomasetti, C., Iasevoli, F., Fornaro, M., Berardis, D. De, Perna, G., Pompili, M., & Bellantuono, C. (2016). Suicide during perinatal period: Epidemiology, risk factors, and clinical correlates. In *Frontiers in Psychiatry* (Vol. 7, Number AUG). Frontiers Media S.A.  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00138>
- Orsolini, L., Yilmaz-Karaman, I. G., Bottaro, M., Bellagamba, S., Francesconi, G., & Volpe, U. (2025). Preconception paternal mental health history as predictor of antenatal depression in pregnant women. *Annals of General Psychiatry*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12991-025-00554-0>
- Pailthorpe, B. C. (2017). Emergent Design. In *The International Encyclopedia of Communication Research Methods* (pp. 1–2). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118901731.iecrm0081>
- Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N., & Hoagwood, K. (2015). Purposeful Sampling for Qualitative Data Collection and Analysis in Mixed Method Implementation Research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(5), 533–544.  
<https://doi.org/10.1007/s10488-013-0528-y>
- Perinataal programma: 'Zorg en ondersteuning voor zwangere vrouwen, hun kinderen en hun gezin tijdens de eerste 1000 dagen' | RIZIV.* (2024). <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/informatie-voor-alen/het-interfederaal-plan-voor-geintegreerde-zorg/programma-geintegreerde-zorg-zorg-en-ondersteuning-voor-zwangere-vrouwen-hun-kinderen-en-hun-gezin-tijdens-de-eerste-1000-dagen>
- PERINET, Psyche, & Vlaanderen. (2026). *Zorgaanbod PIMH - provincie Limburg*. [www.onlinehulp-apps.be](http://www.onlinehulp-apps.be)
- Plexus zorgnetwerk. (2025). *Geïntegreerd Perinataal Zorgtraject bij laag-risico zwangerschap (PerPlex-Perinataal zorgpad in het Plexus zorgnetwerk)*.
- Porter ME, Teisberg EO. Redefining health care. Boston: Harvard Business Review Press, 2006.
- Refaeli, L. B., Rodrigues, M., Neaman, A., Bertele, N., Ziv, Y., Talmon, A., & Enav, Y. (2024). Supporting the transition to parenthood: a systematic review of empirical studies on emotional and psychological interventions for first-time parents. In *Patient Education and Counseling* (Vol. 120). Elsevier Ireland Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.108090>
- Smythe, K. L., Petersen, I., & Schartau, P. (2022). Prevalence of Perinatal Depression and Anxiety in Both Parents: A Systematic Review and Meta-analysis. In *JAMA Network Open* (Vol. 5, Number 6, p. E2218969). American Medical Association.  
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.18969>
- Ter Kuile, H., Finkenauer, C., van der Lippe, T., & Kluwer, E. S. (2021). Changes in Relationship Commitment Across the Transition to Parenthood: Pre-pregnancy Happiness as a Protective Resource. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.622160>
- Van Uytsel, H., Ameye, L., Devlieger, R., Bijlholt, M., Van der Gucht, K., Jacquemyn, Y., & Bogaerts, A. (2023). Effect of the INTER-ACT lifestyle intervention on maternal mental health during the first year after childbirth: A randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 18(7 July).  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0284770>

Vlaanderen. (2010). *Gids naar betere GGZ 2010*.

Webb, R., Uddin, N., Constantinou, G., Ford, E., Easter, A., Shakespeare, J., Hann, A., Roberts, N., Alderdice, F., Sinesi, A., Coates, R., Hogg, S., & Ayers, S. (2023). Meta-review of the barriers and facilitators to women accessing perinatal mental healthcare. *BMJ Open*, 13(7).

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-066703>

Webb, R., Uddin, N., Ford, E., Easter, A., Shakespeare, J., Roberts, N., Alderdice, F., Coates, R., Hogg, S., Cheyne, H., Ayers, S., Clark, E., Frame, E., Gilbody, S., Hann, A., McMullen, S., Rosan, C., Salmon, D., Sinesi, A., ... Williams, L. R. (2021). Barriers and facilitators to implementing perinatal mental health care in health and social care settings: a systematic review. In *The Lancet Psychiatry* (Vol. 8, Number 6, pp. 521–534). Elsevier Ltd. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30467-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30467-3)

Wensing, M., Grol, R., & Grimshaw Jeremy. (2020). improving patient care. In *Improving Patient Care* (Third edition). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119488620.fmatter>

Whooley, M. A., Avins, A. L., Miranda, J., & Browner, W. S. (1997). *Case-Finding Instruments for Depression Two Questions Are as Good as Many*.

Wisner, K. L., Sit, D. K. Y., McShea, M. C., Rizzo, D. M., Zoretich, R. A., Hughes, C. L., Eng, H. F., Luther, J. F., Wisniewski, S. R., Costantino, M. L., Confer, A. L., Moses-Kolko, E. L., Famy, C. S., & Hanusa, B. H. (2013). Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry*, 70(5), 490–498.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.87>

Witt, W. P., Wisk, L. E., Cheng, E. R., Hampton, J. M., & Hagen, E. W. (2012). Preconception mental health predicts pregnancy complications and adverse birth outcomes: A national population-based study. *Maternal and Child Health Journal*, 16(7), 1525–1541. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0916-4>

World Health Organisation. (2009). *Improving health systems and services for mental health*.

World Health Organisation. (2022a). *Guide for Integration of Perinatal Mental Health in Maternal and Child Health Services*. World Health Organization.

World Health Organisation. (2022b). *Guide for Integration of Perinatal Mental Health in Maternal and Child Health Services*. World Health Organization.

Yang, K., Wu, J., & Chen, X. (2022). Risk factors of perinatal depression in women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03684-3>

Zechmeister-Koss, I., Hörtnagl, C., Lampe, A., & Paul, J. L. (2025). Perinatal and infant mental health care in Austria: Mapping of existing prevention, screening, and care services. *Neuropsychiatrie*. <https://doi.org/10.1007/s40211-024-00516-0>

# Appendix

## 1. PERINET-matrix



PERINET  
Zorgaanbod PIMH

Zorgaanbod  
PIMH

### Legende

|             |                                                                                                                                                        |              |                                                              |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>1G1P</b> | 1 Gezin 1 Plan                                                                                                                                         | <b>ECPP</b>  | Expertisecentrum Perinatale Psychiatrie                      |
| <b>BiB</b>  | (= Born in Belgium Professionals) 6 kwetsbaarheden: socio-economisch, sociale steun, depressie & angst, gebruik van medicatie, middelengebruik, geweld | <b>ELP</b>   | Eerstelijnspsycholoog                                        |
| <b>CAW</b>  | Centrum Algemeen Welzijn                                                                                                                               | <b>MBE</b>   | Moeder Baby Eenheid                                          |
| <b>CGG</b>  | Centrum Geestelijke Gezondheidszorg                                                                                                                    | <b>MCT</b>   | Mobiele Crisis Teams                                         |
| <b>CIG</b>  | Centrum voor Integrale Gezinsondersteuning                                                                                                             | <b>PAAZ</b>  | Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis          |
| <b>CKG</b>  | Centrum voor Kindzorg en Gezinsondersteuning                                                                                                           | <b>PONDO</b> | Perinatale ondersteunend Netwerk voor druggebruikende ouders |
| <b>CPMG</b> | Centrum perinatale mentale gezondheid                                                                                                                  | <b>UKJA</b>  | ZNA Universitaire Kinder- en Jeugdpsychiatrie Antwerpen      |
| <b>ECK</b>  | Expertise Centra Kraamzorg                                                                                                                             | <b>vrvr</b>  | Vroedvrouwen                                                 |

|                                                                                                                                                           |                          | 0 de lijn                                                                  | 1 ste lijn                                                                                                                                               | 2 de lijn                                                                                                                                                                                                                  | 3 de lijn                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Crisis                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mentale ondersteuning<br>Insteek volwassenen (PMG)<br>Insteek infants (IMH)<br><b>BiB:</b> depressie & angst                                              | <b>Ambulant / Mobiel</b> | Informeel netwerk<br>Online aanbod<br>Veerkracht versterkende interventies | ECK<br>ELP<br>Kind en Gezin<br>Mutualiteit<br>Online aanbod<br>KI. psychologen<br>KI. psychotherapeuten<br>KI. orthopedagogen<br>Fara vzw<br>Seksuologen | Care en Connect werking GGZ-netwerk (Kinderen en Jongeren)<br>CGG algemene werking<br>CGG met baby-peuter werking<br>Online aanbod<br>Psychiatrische ziekenhuizen<br>Solentra<br>KI. Psychotherapeuten<br>Mobiele teams 2B | Kinder Psychiatrisch Centrum Genk<br>Kleine K, UKJA, Tilia, PAika<br>Psychiatrische ziekenhuizen<br>MBE – thuisbehandeling, dagbehandeling<br>CPMG Gent – consultatie<br>ECPP Leuven – consultatie, dagbehandeling en thuisbehandeling<br>Psychiaters<br>Centrum voor ontwikkelingsstoornissen | <b>Eigen huisarts<br/>Dokter van wacht (1733)<br/>Huisartsenwachtpost<br/>MCT<br/>Spoeddienst AZ</b> |
|                                                                                                                                                           | <b>Residentieel</b>      |                                                                            |                                                                                                                                                          | PAAZ                                                                                                                                                                                                                       | MBE – opname<br>Ouder-Babyunit St Jan Brussel<br>Psychiatrische ziekenhuizen                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                      |
| Praktische ondersteuning<br><b>BiB:</b> socio-economisch<br><b>BiB:</b> sociale steun                                                                     |                          | Informeel netwerk<br>Mamagroepen<br>Online aanbod<br>Home-Start            | ECK<br>Kraamzorg<br>Mutualiteit<br>OCMW                                                                                                                  | Sociale dienst AZ<br>Sociale dienst PZ                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                      |
| Sociale ondersteuning<br>Opvoedingsgerichte zorgvragen<br>Verontrusting<br><b>BiB:</b> sociale steun<br><b>BiB:</b> geweld<br><b>BiB:</b> middelengebruik |                          | Mamagroepen<br>Online aanbod<br>Speelbabbels<br>Yoga groepen               | 1G1P, CAW, CKG, ECK,<br>Huis vh Kind, K&G,<br>Mutualiteit<br>Jeugdhulp: MFC VAPH,<br>OCJ, OBC, OOC,<br>Zorggarantie jonge kind,<br>VK                    | CIG<br>CKG<br>PONDO<br>Jeugdhulp: MFC VAPH, OCJ, OBC,<br>OOC, Zorggarantie jonge kind,<br>VK                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                      |
| Medische ondersteuning<br><b>BiB:</b> gebruik van medicatie<br><b>BiB:</b> middelengebruik                                                                |                          |                                                                            | Huisarts<br>Vroedvrouw<br>Gynaecoloog<br>Pediater<br>Moeder-kind afdelingen (materniteit, NICU, pediatrie)                                               | Gynaecoloog<br>Pediater<br>Psychiater<br>MSOC<br>Moeder-kind afdelingen                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                      |

## 2. Interview gids focusgroep matrix

|                          |                                                                                                                                                                               |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Openingsvraag</b>     | Rondje rond de tafel (werk, functie, hoe vaak contact met koppels in perinatale periode, jaren ervaring, achtergrondopleiding)                                                |
| <b>Introductievraag</b>  | SWOT-analyse<br><br>Een sterkte en zwakte zijn eigenschappen van de matrix, een bedreiging en kans zijn externe factoren die voordelig of nadelig kunnen zijn voor de matrix. |
| <b>Sleutelvragen</b>     | Zijn er elementen die u in de matrix mist om een volledig beeld van het perinatale psychische zorgaanbod te kunnen geven?                                                     |
|                          | Wat ontbreekt nog aan de matrix?                                                                                                                                              |
|                          | Wat zou u veranderen aan de matrix?                                                                                                                                           |
|                          | Wat zouden we kunnen doen om het invullen van de matrix minder uitdagend te maken                                                                                             |
|                          | Hoe beslist u of u iemand doorverwijst?                                                                                                                                       |
| <b>Afsluitende vraag</b> | Als je de matrix een rapportcijfer moet geven van 1 tot 10, welk cijfer zou u geven en waarom?                                                                                |

## 3. Finale matrix

[Finale matrix](#)

## 4. Vragenlijst matrix

De vragenlijst bestond uit volgende 10 vragen:

1. Wat is uw hoofddoelgroep?
  - a. Perinatale
    - i. Zwangerschap
    - ii. Postpartum
  - b. Niet – perinatale
2. Binnen welke zorglijn bent u actief?
3. *Indien u actief bent over meerdere zorglijnen, gelieve dit zo aan te duiden. Wanneer u een cliënt opvolgt doorheen het volledige traject mag u alle zorglijnen aanduiden. De nulde lijn: voor iedereen, voor het voorkomen van problemen De eerste lijn: voor personen met lichte tot matige psychische problemen De tweede lijn: voor personen met matige tot ernstige psychische problemen De derde lijn: voor ernstige psychische problemen.*
  - a. Nulde lijn
  - b. Eerste lijn

- c. Tweede lijn
- d. Derde lijn
- e. Crisis
- 4. Tot welke beroepsgroep behoort u?
  - a. Vroedvrouw
  - b. Gynaecoloog
  - c. Pediatr
  - d. Psychiater
  - e. Psycholoog
  - f. Sociaal werker
  - g. Opvoedkundige
  - h. Verpleegkundige
  - i. Andere: \_\_\_\_\_
- 5. Tot welke organisatie behoort u?
  - a. Privé of groepspraktijk
    - i. Welke privé-of groepspraktijk?
  - b. Ziekenhuis
    - i. Welk ziekenhuis?
    - ii. Welke dienst in het ziekenhuis?
  - c. Kohesi/Integra
  - d. CKG De Stap
  - e. CKG De Hummeltjes
  - f. CKG Molenberg
  - g. CIG De Zeshoek
  - h. OCMW
  - i. ECK De Kraamtuin
  - j. Connect Ligant
  - k. KPC Genk
  - l. Ligant Care Teams
  - m. Care ouder infant Ligant
  - n. Katarsis
  - o. Psychiatrisch ziekenhuis (\*niet als onderdeel van zorggroep Myna)
    - i. Welk psychiatrisch ziekenhuis?
  - p. Zorggroep Myna
  - q. Andere: \_\_\_\_\_
- 6. Tot welke categorie behoort uw aanbod?
  - a. Nulde lijn
    - i. Veerkrachtversterkende interventie
    - ii. Yoga
    - iii. Meditatie
    - iv. Mindfulness
    - v. Lichaamsbeweging
    - vi. Informatie over veerkracht
    - vii. Peer to peer support
    - viii. Ontmoetingsgelegenheden
    - ix. Zelfzorgversterkende interventies
    - x. Andere: \_\_\_\_\_
  - b. Eerste lijn
    - i. Opvoedingsondersteuning
    - ii. Ontmoetingsgelegenheden

- iii. Gezinsondersteuning
- iv. Perinatale informatie
- v. Kraamzorg
- vi. Kinderopvang
- vii. Zelfzorgversterkende interventies
- viii. Andere: \_\_\_\_\_
- c. Tweede lijn
  - i. Aanbod voor tienermoeders
  - ii. Psychologische ondersteuning
  - iii. Aanbod voor kwetsbare gezinnen
  - iv. Perinatale begeleiding
  - v. Zelfzorgversterkende interventies
  - vi. Andere: \_\_\_\_\_
- d. Derde lijn
  - i. Outreachingspecialiseerde mentale zorgverlening
  - ii. Ambulante gespecialiseerde mentale zorgverlening
  - iii. Residentiële gespecialiseerde zorgverlening
  - iv. Zelfzorg versterkende interventies
  - v. Andere: \_\_\_\_\_
- e. Crisis
  - i. Outreachingspecialiseerde mentale zorgverlening
  - ii. Ambulante gespecialiseerde mentale zorgverlening
  - iii. Residentiële gespecialiseerde zorgverlening
  - iv. Zelfzorg versterkende interventies
  - v. Andere: \_\_\_\_\_
- 7. Welke problematiek behandelt u?
  - a. Aandachtstekort/ hyperactiviteit
  - b. Agressie tegen andere (fysiek en verbaal)
  - c. Angst
  - d. Inschatting beschermende maatregelen
  - e. Inschatting wilsonbekwaamheid
  - f. Cognitieve problematiek
  - g. Depressieve symptomatologie
  - h. Eetproblemen
  - i. Grensoverschrijdend gedrag
  - j. Middelengebruik
  - k. Niet – suïcidaal zelf verwondend gedrag
  - l. Onrust/ verwardheid
  - m. (Vermoeden van) ontwikkelingsproblemen
  - n. Onverklaarde lichamelijke klachten
  - o. Problematische gezinssituatie
  - p. Problemen met leeftijdsgenoten
  - q. Psychotische symptomatologie
  - r. Slaapproblemen
  - s. Suïcidegedachten en – plannen
  - t. Suïcidepoging
  - u. Ouderschapsproblematiek
  - v. Andere problematiek: \_\_\_\_\_

- 
8. Wat voor type aanbod organiseert u?
    - a. Door een zorgverlener geleid aanbod<sup>3</sup>
      - i. Online
      - ii. Fysiek
        1. Groepsaanbod
        2. Individueel aanbod
    - b. Digitaal aanbod<sup>4</sup>
    - c. Hybride<sup>5</sup>
  9. Wat is de postcode van uw hoofdvestiging?
  10. Wat is uw werkingsgebied
    - a. Op gemeentelijk niveau (mijn doelgroep komt met name uit de gemeente waar ik mijn aanbod bied)
    - b. Op niveau van de eerstelijnszone
    - c. Netwerkniveau/ provinciaal niveau
    - d. Breder (ik ontvang ook patiënten/cliënten buiten het netwerk)
  11. Is uw aanbod een tijdelijk project?
    - a. Zo ja, wat is de begin - en einddatum van uw project?
  12. Voeg een link toe van de website van uw aanbod.
  13. Wat zijn de contactgegevens van de hoofdcontactpersoon van het aanbod?

## 1. Vragenlijst monitoring

[Online vragenlijst monitoring](#)s

## 2. COREQ – checklist

[COREQ](#)

---

<sup>3</sup> Door een zorgverlener geleid aanbod wordt gekenmerkt door daadwerkelijk bestaand, persoonlijk contact tussen de zorgverlener en de cliënt (kan zowel online als fysiek zijn).

<sup>4</sup> Een aanbod gestuurd door de technologie, zonder persoonlijk contact met de zorgverlener.

<sup>5</sup> De combinatie tussen beide.

### 3. Interviewgidsen

|                                                                     |                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Interviewgids voor zorgverleners in de nulde tot en met tweede lijn |                                                                                                                                |
| <b>Openingsvraag</b>                                                | Rondje rond de tafel (werk, functie, hoe vaak contact met koppels in perinatale periode, jaren ervaring, achtergrondopleiding) |
| <b>Introductievraag</b>                                             | Wat verstaan jullie onder de screening van perinatale mentale problemen?                                                       |
| <b>Sleutelvragen</b>                                                | Wordt er bij jullie in de praktijk gescreend op perinatale mentale problemen?<br><br>Hoe?<br>Instrumenten?<br>Wanneer          |
|                                                                     | Welke barrières ervaren jullie bij het screenen?<br><br>Vrouw?<br>Partner?                                                     |
|                                                                     | Wat zou helpen om deze barrières te overkomen?                                                                                 |
|                                                                     | Wat zijn al goede praktijken?                                                                                                  |
|                                                                     | Hoe beslist u of u iemand doorverwijst?                                                                                        |
|                                                                     | Welke barrières ervaren jullie bij het doorverwijzen?<br><br>Vrouw?<br>Partner?                                                |
|                                                                     | Wat zou helpen om deze barrières te overkomen?                                                                                 |
|                                                                     | Wat zijn jullie ervaringen bij het betrekken van de partner in dit proces?                                                     |
|                                                                     |                                                                                                                                |
| <b>Afsluitende vraag</b>                                            | Hoe zit het ideale screenings-en doorverwijsproces eruit, in een ideale wereld?<br><br>Wat is al goed?<br>Wat moet beter?      |

| Interviewgids voor zorgverleners van de derde lijn of crisiszorg |                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Openingsvraag</b>                                             | Rondje rond de tafel (werk, functie, hoe vaak contact met koppels in perinatale periode, jaren ervaring, achtergrondopleiding)         |
| <b>Introductievraag</b>                                          | Wat verstaan jullie onder de screening van perinatale mentale problemen?                                                               |
| <b>Sleutelvragen</b>                                             | Hoe moeten we als onderzoekers niet vanuit jullie netwerk zien hoe vrouwen/ partners vanuit de perinatale periode bij u terecht komen? |
|                                                                  | Hoe ervaren jullie de kwaliteit van de screening wanneer vrouwen/ partner bij jullie komen?                                            |
|                                                                  | Wat zijn al goede praktijken?                                                                                                          |
|                                                                  | Hoe beslist u of u iemand doorverwijst?                                                                                                |
|                                                                  | Welke barrières ervaren jullie bij het doorverwijzen?<br>Vrouw?<br>Partner?                                                            |
|                                                                  | Wat zou helpen om deze barrières te overkomen?                                                                                         |
|                                                                  | Wat zijn jullie ervaringen bij het betrekken van de partner in dit proces?                                                             |
| <b>Afsluitende vraag</b>                                         | Hoe ziet het ideale screenings- en doorverwijsproces eruit, in een ideale wereld?<br><br>Wat is al goed?<br>Wat moet beter?            |

#### 4. Codeerschema

De tabel is opgebouwd volgens een hiërarchische structuur. Het hoofdthema staat in de eerste kolom. De kolommen die naar rechts volgen geven telkens een verdere verfijning van het voorgaande niveau weer (subthema → sub-subthema → ...). Items die binnen dezelfde rij onder hetzelfde hoofdthema staan, bevinden zich op hetzelfde hiërarchische niveau.

| Hoofdthema<br>Appendix  | Sub thema                                 | Sub thema                  | Sub thema                    | Sub thema                 | Sub<br>thema | Sub<br>thema |
|-------------------------|-------------------------------------------|----------------------------|------------------------------|---------------------------|--------------|--------------|
| Samenwerking            | Zorgafstemming                            | Afstemmen van signalen     | Informatiedoorstroom         |                           |              |              |
|                         |                                           | Afstemmen van verdere zorg | Laagdrempelig contact        | Zorgcoördinatie           |              |              |
|                         | Multidisciplinair samenwerken             |                            |                              |                           |              |              |
| Gebrek aan kennis       | Kennis over screeningstools en skills     |                            |                              |                           |              |              |
|                         | Kennis over psychische gezondheid partner |                            |                              |                           |              |              |
|                         | Netwerkvorming                            | Aanbod partner             |                              |                           |              |              |
| Structurele beperkingen | Tijd                                      |                            |                              |                           |              |              |
|                         | Financiering zorgverleners                |                            |                              |                           |              |              |
|                         | Dossiervoering                            | Voor partner               |                              |                           |              |              |
|                         |                                           | Tijdsbarrière              |                              |                           |              |              |
|                         |                                           | Onvolledige tools          |                              |                           |              |              |
| Mandaat                 | Mandaatsgrenzen                           | Beperkt tot hulpvraag      |                              |                           |              |              |
|                         | Veiligheid                                | Vertrouwens relatie        | Opbouw van vertrouwen        | Zorgcontinuïteit          |              |              |
|                         |                                           |                            |                              | Vertrouwen als voorwaarde |              |              |
|                         |                                           |                            | Interpersoonlijke klik       |                           |              |              |
|                         |                                           |                            | Selectief vertrouwen         |                           |              |              |
|                         |                                           | Betrokkenheid partner      | Minder veiligheid            |                           |              |              |
|                         |                                           |                            | Meer ruimte                  |                           |              |              |
|                         |                                           | Taboe                      | Weerstand voor hulpverlening |                           |              |              |
|                         |                                           |                            | Bij partner                  |                           |              |              |
|                         |                                           |                            | Schaamte                     |                           |              |              |
| Toegang tot zorg        | Financieel                                |                            |                              |                           |              |              |
|                         | Wachttijden                               |                            |                              |                           |              |              |
|                         | Voorwaarden voor doorverwijzing           |                            |                              |                           |              |              |

**5. Member check vragen**

- Herken ik mijzelf in de resultaten?
  - Ja → Waarom wel?
  - Nee → Waarom niet?
- Zou ik een fragment of code anders interpreteren?
  - Waarom?
- Ervaar ik nog een barrière die er niet bij staat?
- Ervaar ik nog een facilitator die er niet bij staat?
- Aan welke barrières en/of facilitatoren genoemd in de presentatie geef ik prioriteit (max. 3)?
  - Waarom?
- Andere opmerkingen?

## 6. Template netwerkevent – monitoring

### THEMATAFEL:

Deelnemers:

Welke noden zijn er?

Drempels

Kansen

Stakeholders

Wat is er nodig om de drempels te overbruggen?

Linken met andere initiatieven?  
Binnen netwerk? eigen werking?

Welke rollen zien we?  
Wie vult deze rollen in?

Wat is de eerste concrete  
volgende stap?

STEUNPUNT  
WELZIJN  
VOLKSGEZONDHEID &  
GEZIN

**reling**  
netwerk geestelijke gezondheid  
West-Limburg

**LIGANT**

**Noolim**  
Netwerk GGZ Oost-Limburg

**PERINET**  
Expertisenetwerk PRRH

**KU LEUVEN**

Methodologie ontwikkeld binnen GGZ netwerk Kiwadraat

## 7. Template netwerkevent - focusgroep

### STAP 2: ACTIEPUNT

Wat moet anders?

Wat moet beter?

Wat vraagt dit?

- ☐ Gedragsverandering
- ☐ Procesverandering
- ☐ Structurele verandering
- ☐ Andere: \_\_\_\_\_

### STAP 3: TOEKENNEN VAN NIVEAU

Waar ligt de verantwoordelijkheid?

- ☐ Zorgverlener
- ☐ Organisatie
- ☐ Beleid
- ☐ Andere: \_\_\_\_\_

### STAP 4: SMART – DOEL

Formuleer een concrete doelstelling aan de hand van SMART

## 8. Deelnemers focusgroep matrix

Tabel 1 Zorgpartners focusgroep matrix

| Beroep                                | Organisatie                                    |
|---------------------------------------|------------------------------------------------|
| Vroedvrouw                            | Expertise Centrum Kraamzorg (ECK) De Kraamtuin |
| Stafmedewerker                        | PERINET                                        |
| Kwaliteit referentiepersoon           | Ligant                                         |
| Vroedvrouw en psychologisch consulent | Bethanië en Ouder – infant behandelteam        |
| Eerstelijnspsycholoog (ELP)           | Ouder – infant behandelteam                    |
| ELP                                   | Jessa ziekenhuis                               |
| ELP                                   | Huisartsenpraktijk                             |
| Staflid                               | Overhoop                                       |

## 9. Tabellen resultaten zorgaanbod

Tabel 2 Beroepsgroepen

|                 | n  | %    |
|-----------------|----|------|
| Psycholoog      | 32 | 47.1 |
| Verpleegkundige | 8  | 11.8 |
| Vroedvrouw      | 5  | 7.4  |
| Sociaal werker  | 4  | 5.9  |
| Opvoedkundige   | 3  | 4.4  |
| Orthopedagoog   | 3  | 4.4  |
| Psychiater      | 2  | 2.9  |
| Gynaecoloog     | 0  | 0.0  |
| Pediater        | 0  | 0.0  |

Noot: N = 68, n = frequentie

Tabel 3 Type organisatie

|                                   | n  | %    |
|-----------------------------------|----|------|
| <b>Privé – of groepspraktijk</b>  | 22 | 47.8 |
| <b>Psychiatrisch ziekenhuis</b>   | 10 | 21.7 |
| <b>Care ouder – infant Ligant</b> | 4  | 8.7  |
| <b>Ziekenhuis</b>                 | 4  | 8.7  |
| <b>CGG</b>                        | 3  | 6.5  |
| <b>CKG</b>                        | 2  | 4.4  |

Noot: N = 46, n=frequentie

Tabel 4 Zorgaanbod per zorglijn

|                                      | n  | %    |
|--------------------------------------|----|------|
| <b>Nulde lijn (N = 67)</b>           |    |      |
| Informatie over veerkracht           | 16 | 23.9 |
| Zelfzorgversterkende interventies    | 15 | 22.4 |
| Veerkracht versterkende interventies | 13 | 19.4 |
| Mindfulness                          | 5  | 7.5  |
| Lichaamsbeweging                     | 4  | 6.0  |
| Peer to peer support                 | 4  | 6.0  |
| Meditatie                            | 3  | 4.5  |
| Ontmoetingsgelegenheden              | 3  | 4.5  |
| Yoga                                 | 1  | 1.5  |
| Andere                               | 3  | 4.5  |
| <b>Eerste lijn (N = 149)</b>         |    |      |
| Kraamzorg                            | 30 | 20.1 |
| Kinderopvang                         | 30 | 20.1 |
| Perinatale informatie                | 22 | 14.8 |
| Zelfzorgversterkende interventies    | 22 | 14.8 |
| Opvoedingsondersteuning              | 15 | 10.1 |
| Gezinsondersteuning                  | 15 | 10.1 |
| Ontmoetingsgelegenheden              | 3  | 2.0  |
| Andere                               | 12 | 8.1  |
| <b>Tweede lijn (N = 78)</b>          |    |      |
| Perinatale begeleiding               | 20 | 25.6 |
| Psychologische begeleiding           | 17 | 21.8 |

|                                             |    |      |
|---------------------------------------------|----|------|
| Zelfzorgversterkende interventies           | 15 | 19.2 |
| Aanbod voor kwetsbare gezinnen              | 11 | 14.1 |
| Aanbod voor tienermoeders                   | 9  | 11.5 |
| Andere                                      | 6  | 7.7  |
| <b>Derde lijn (N = 18)</b>                  |    |      |
| Outreaching gespecialiseerde GGZ-verlening  | 7  | 38.9 |
| Residentiële gespecialiseerde zorgverlening | 7  | 38.9 |
| Zelfzorgversterkende interventies           | 2  | 11.1 |
| Ambulante gespecialiseerde GGZ-verlening    | 1  | 5.6  |
| Andere                                      | 1  | 5.6  |
| <b>Crisis (N = 66)</b>                      |    |      |
| Ambulante gespecialiseerde GGZ-verlening    | 23 | 34.8 |
| Zelfzorgversterkende interventies           | 20 | 30.3 |
| Outreaching gespecialiseerde GGZ-verlening  | 12 | 18.2 |
| Residentiële gespecialiseerde zorgverlening | 5  | 7.6  |
| Andere                                      | 6  | 9.1  |

Noot: n=frequentie

## 10. Resultaten tabellen monitoring hoofdstuk

Tabel 5 Deelgenomen partners

|                                    |                                                                                                                                   |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Eerste lijn</b>                 | Wit – Gele Kruis<br>Kring Zelfstandige Psychologen<br>Het Huis van het kind<br>Kind & Gezin<br>Kruispunten                        |
| <b>CGG</b>                         | Kohesi<br>Integra Limburg                                                                                                         |
| <b>Mobiele teams</b>               | Mobiel Team Dubbeldiagnose<br>Mobiel Crisis Team<br>Mobiel Herstel Team<br>Mobiel Team internering<br>Ouder – Infant behandelteam |
| <b>Beschut wonen</b>               | Vistha vzw<br>Beschut wonen Noolim                                                                                                |
| <b>Verslavingszorg</b>             | MSOC (Integra)                                                                                                                    |
| <b>Psychiatrische instellingen</b> | Zorggroep Myna<br>OPZC Rekem<br>KPC Genk & Hasselt<br>PAAZ Sint – Franciscusziekenhuis                                            |

Tabel 6 Socio-demografische gegevens

|                                         | n  | %    |
|-----------------------------------------|----|------|
| <b>Geslacht (N = 57)</b>                |    |      |
| Vrouw                                   | 37 | 64.9 |
| Man                                     | 20 | 35.1 |
| <b>Relatiestatus (N = 56)</b>           |    |      |
| Partner                                 | 39 | 69.9 |
| Geen partner                            | 12 | 21.4 |
| Onbekend                                | 5  | 8.9  |
| <b>Nationaliteit (N = 56)</b>           |    |      |
| Belg                                    | 51 | 91.1 |
| Niet Belg, Europese<br>gemeenschap      | 0  | 0.0  |
| Niet Belg, niet-Europese<br>gemeenschap | 1  | 1.8  |
| Onbekend                                | 4  | 7.1  |
| <b>Inkomen (N = 57)</b>                 |    |      |
| Eigen inkomen                           | 18 | 31.6 |
| Geen inkomen                            | 1  | 1.8  |
| Vervangingsinkomen                      | 23 | 40.4 |
| Onbekend                                | 15 | 26.3 |
| <b>Woonsituatie (N = 57)</b>            |    |      |
| Alleenwonend                            | 8  | 14.3 |
| Samenwonend                             | 48 | 85.7 |
| <b>Type woonst (N = 57)</b>             |    |      |
| Eigen woning                            | 41 | 71.9 |
| Bij ouder(s)/ andere familieleden       | 7  | 12.3 |
| Collectieve woonvorm                    | 0  | 0.0  |
| VAPH-voorziening                        | 0  | 0.0  |
| Voorziening Vlaamse Jeugdhulp           | 0  | 0.0  |
| Dak – en thuisloos                      | 1  | 1.8  |
| Woonzorgcentra                          | 0  | 0.0  |
| Onbekend                                | 8  | 14.0 |
| <b>Professionele status (N = 57)</b>    |    |      |
| Werkend                                 | 13 | 22.8 |
| Werkloos                                | 5  | 8.8  |
| Ziektestatuut                           | 21 | 36.8 |

|                                              |    |      |
|----------------------------------------------|----|------|
| Huisvrouw/huisman                            | 0  | 0.0  |
| Pensioen                                     | 0  | 0.0  |
| Student/leerling                             | 0  | 0.0  |
| Onbekend                                     | 18 | 31.6 |
| <b>Verstandelijke beperking (N = 56)</b>     |    |      |
| Verstandelijke beperking                     | 2  | 3.6  |
| Geen verstandelijke beperking                | 35 | 62.5 |
| Onbekend                                     | 19 | 33.9 |
| <b>Beschermende maatregelen (N = 57)</b>     |    |      |
| Behandeling onder voorwaarden                | 1  | 1.8  |
| Beschermende observatiemaatregel             | 1  | 1.8  |
| Betrokkenheid gemandateerde voorziening      | 4  | 7.0  |
| Betrokkenheid sociale dienst jeugdrechtsbank | 0  | 0.0  |
| Internering                                  | 0  | 0.0  |
| Andere                                       | 5  | 8.8  |
| Niet van toepassing                          | 46 | 80.7 |

Noot: n = frequentie

Tabel 7 Professionele status perinatale periode – reproductieve leeftijd

|                           | Perinatale periode (N = 55) | Reproductieve leeftijd (N = 917) |
|---------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| <b>Werkend</b>            | 13 (23.6%)                  | 162 (16.6%)                      |
| <b>Werkloos</b>           | 5 (9.1%)                    | 152 (15.6%)                      |
| <b>Huisvrouw/ huisman</b> | 0 (0.0%)                    | 1 (0.1%)                         |
| <b>Ziektestatuut</b>      | 21 (38.2%)                  | 245 (25.2%)                      |
| <b>Pensioen</b>           | 0 (0.0%)                    | 2 (0.2%)                         |
| <b>Student/ leerling</b>  | 0 (0.0%)                    | 167 (17.1%)                      |
| <b>Onbekend</b>           | 16 (29.1%)                  | 245 (25.2%)                      |

Noot: frequentie (percentage). Het verschil tussen beide groepen is significant  $p < 0.001$ .

Tabel 8 Geplande acties perinatale periode

|                                                                                                     |                          | n  | %    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----|------|
| <b>Actie op locatie? (N=58)</b>                                                                     | Ja                       | 42 | 72.4 |
|                                                                                                     | Nee                      | 16 | 27.6 |
| <b>Indien actie op locatie - Eerstvolgende actie? (N=41)</b>                                        | Intakegesprek            | 21 | 51.2 |
|                                                                                                     | Start behandeling opname | 18 | 43.9 |
|                                                                                                     | Informatievoorziening    | 1  | 2.4  |
|                                                                                                     | Mobiel traject           | 0  | 0.0  |
|                                                                                                     | Casusbespreking          | 0  | 0.0  |
|                                                                                                     | Andere                   | 1  | 2.4  |
| <b>Indien actie niet op locatie (N=16) - Doorverwijzen naar andere zorgverlener of organisatie?</b> | Ja                       | 10 | 62.5 |
|                                                                                                     | Nee                      | 3  | 18.8 |
|                                                                                                     | Onbekend                 | 3  | 18.8 |

Noot: n = frequentie

Tabel 9 Geplande acties door de zorgverlener perinatale periode – reproductieve leeftijd

|                                                     | Perinatale periode (N = 55) | Reproductieve leeftijd (N = 917) |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| <b>Casusbespreking (advies – of supportgesprek)</b> | 0 (0.0%)                    | 55 (7.4%)                        |
| <b>Informatievoorziening</b>                        | 1 (2.6%)                    | 81 (10.9%)                       |
| <b>Intakegesprek</b>                                | 21 (53.8%)                  | 297 (40.1%)                      |
| <b>Mobiel traject</b>                               | 0 (0.0%)                    | 29 (3.9%)                        |
| <b>Start behandeling/opname</b>                     | 16 (41.0%)                  | 276 (37.2%)                      |
| <b>Andere</b>                                       | 1 (2.6%)                    | 3 (0.4%)                         |

Noot: n = frequentie, het verschil tussen beide groepen is significant  $p = 0.033$

Tabel 10 Eerder zorggebruik perinatale periode

|                                                | n  | %    |
|------------------------------------------------|----|------|
| <b>Opname (N = 58)</b>                         |    |      |
| Voorgeschiedenis opname                        | 22 | 37.9 |
| Geen voorgeschiedenis opname                   | 22 | 37.9 |
| Onbekend                                       | 14 | 24.1 |
| <b>Urgentiepsychiatrie (N = 57)</b>            |    |      |
| Voorgeschiedenis van urgentiepsychiatrie       | 9  | 15.8 |
| Geen voorgeschiedenis van urgentiepsychiatrie  | 32 | 56.1 |
| Onbekend                                       | 16 | 28.1 |
| <b>Ambulante therapieën (N = 57)</b>           |    |      |
| Voorgeschiedenis van ambulante therapieën      | 28 | 49.1 |
| Geen voorgeschiedenis van ambulante therapieën | 17 | 29.8 |
| Onbekend                                       | 12 | 21.1 |
| <b>Psychofarmaca (N = 57)</b>                  |    |      |
| Voorgeschiedenis van psychofarmaca             | 23 | 40.4 |
| Geen voorgeschiedenis van psychofarmaca        | 13 | 22.8 |
| Onbekend                                       | 21 | 36.8 |

Noot: n = frequentie

Tabel 11 CTRS subschaal bereidheid

| <b>P= 0.013</b>                 | <b>Perinatale periode (N = 51)</b> | <b>Reproductieve leeftijd (N = 751)</b> |
|---------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>Mediaan</b>                  | 5                                  | 5                                       |
| <b>SD</b>                       | 0.67                               | 1.07                                    |
| <b>Gemiddelde</b>               | 4.73                               | 4.33                                    |
| <b>Betrouwbaarheidsinterval</b> | [4.54-4.91]                        | [4.25-4.41]                             |

Noot: n = frequentie, het verschil tussen beide groepen is significant  $p = 0.133$

## 11. Deelnemers netwerkevent – monitoring

Tabel 12 Deelnemers netwerkevent – monitoring

| <b>Achtergrondopleiding</b>                                    | <b>Beroep/functie</b>                    | <b>Jaren ervaring</b> | <b>Organisatie</b>         |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|----------------------------|
| <b>Criminologische wetenschappen</b>                           | Procesbegeleider                         | 14                    | Perinet – Psyche vzw       |
| <b>Master klinische psychologie – postgraduaat seksuologie</b> | Klinisch psycholoog en seksuoloog        | 8                     | Zelfstandige praktijk      |
| <b>Master gender en diversiteit</b>                            | /                                        | /                     | /                          |
| <b>Bachelor kleuteronderwijs - zorgcoördinator</b>             | Beleidsondersteuner en pedagogisch coach | 4                     | KOERS                      |
| <b>Master pedagogische wetenschappen + verpleegkunde</b>       | Psychopedagoog                           | 12                    | Kind en Gezin              |
| <b>Verpleegkunde</b>                                           | Teamcoach, verpleegkundige               | 30                    | CKG de hummeltjes          |
| <b>Psychiater</b>                                              | Psychiater                               | 4                     | Ouder – Infant behandeling |
| <b>Vroedvrouw en perinataal counselor</b>                      | Stafmedewerker                           | 10                    | Perinet                    |
| <b>Master pedagogische wetenschappen</b>                       | Coördinator                              | 4                     | Moeder – baby Bethanië     |
| <b>Klinisch psycholoog – perinataal psycholoog</b>             | Perinataal psycholoog                    | 6                     | Zelfstandige praktijk      |
| <b>Psycholoog – gezinstherapeut</b>                            | Beleidsmedewerker                        | 27                    | Departement zorg           |
| <b>Klinisch psycholoog</b>                                     | Psycholoog – onderzoeker                 | 6                     | Parkoers & UCLL            |
| <b>Psychologie</b>                                             | Psycholoog                               | 1                     | Ziekenhuis Oost – Limburg  |

|                                                                               |                                                    |           |                           |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------|---------------------------|
| <b>Master psychologie – gedragstherapeut</b>                                  | Klinisch psycholoog                                | 8         | Ziekenhuis Oost – Limburg |
| <b>Sociale readaptatie wetenschappen</b>                                      | Consulent                                          | 5 maanden | Opgroeien – OCJ Hasselt   |
| <b>Vroedkunde en perinatale opleiding</b>                                     | Perinatale coach                                   | 22        | Witgele kruis             |
| <b>Bachelor orthopedagogie – maatschappelijk werk – perinataal counseling</b> | Patiënten begeleider                               | 7         | Mobiel crisisteam Relling |
| <b>Vroedkunde – sociale gezondheidszorg</b>                                   | Vroedvrouw                                         | 17        | Jessa Ziekenhuis          |
| <b>Sociaal verpleegkundige</b>                                                | Sociaal werker                                     | 13        | Sint Trudo ziekenhuis     |
| <b>Master klinische psychologie volwassenen en ouderen</b>                    | Klinische psycholoog                               | 2         | Integra                   |
| <b>Vroedkunde</b>                                                             | Expert perinatale zorg                             | 3         | ECK De Kraamtuin          |
| <b>Klinisch orthopedagoog</b>                                                 | Referentiepersoon kwaliteit en innovatie           | 10        | Ligant                    |
| <b>Vroedvrouw</b>                                                             | Vroedvrouw en perinatale coach                     | 26        | Wit Gele Kruis            |
| <b>Psycholoog – seksuoloog – psychotherapeut</b>                              | Klinisch psycholoog, psychotherapeut en seksuoloog | 40        | Zelfstandige praktijk     |

## 12. Socio-demografische kenmerken deelnemers focusgroep

Tabel 13 Deelnemers focusgroep

| Achtergrondopleiding                                                | Beroep/functie                                         | Jaren ervaring                 | Organisatie                                      |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------|
| Orthopedagogie                                                      | Teamverantwoordelijke<br>Klinisch orthopedagoog        | 6 jaar                         | VAPH<br>Team vroeg begeleiding wegwijz           |
| Maatschappelijk werk                                                | Maatschappelijk werker<br>Projectcoördinator<br>Mpower | 20 jaar<br>(15 jaar<br>MPower) | Ziekenhuis                                       |
| Psychologie                                                         | Opvoedingsconsulent                                    | 20 jaar                        | Opgroeien                                        |
| Verpleegkunde                                                       | Teamcoach                                              | 20 jaar                        | CKG                                              |
| Psychologie                                                         | ELP<br>Stafmedewerker                                  | 20 jaar                        | CKG<br>Opgroeien                                 |
| Vroedkunde                                                          | Vroedvrouw                                             | 4 jaar                         | Moeder baby Zoersel<br>Ouder infant behandelteam |
| Orthopedagogie                                                      | Klinisch orthopedagoog                                 | 7 jaar                         | Mobiele werking dubbeldiagnose                   |
| Economische achtergrond<br>Therapeuten opleiding<br>Psycholoog i.o. | Zelfstandige therapeut                                 | 3 jaar                         | Zelfstandige praktijk                            |
| Vroedkunde                                                          | Vroedvrouw                                             | 4 jaar                         | Zelfstandige praktijk                            |
| Psychologie                                                         | Perinataal psycholoog                                  | 4 jaar                         | Zelfstandige praktijk                            |
| Master in de vroedkunde                                             | Adjunct<br>hoofdvroedvrouw                             | 20 jaar                        | Ziekenhuis                                       |
| Vroedkunde                                                          | Vroedvrouw                                             | 10 jaar                        | Zelfstandige praktijk                            |
| Geneeskunde                                                         | Psychiater                                             | 4 jaar                         | Psychiatrisch centrum                            |
| Vroedkunde                                                          | Vroedvrouw                                             | 20 jaar                        | Zelfstandige praktijk                            |
| Psychologie                                                         | Psycholoog                                             | 12 jaar                        | Zelfstandige praktijk                            |
| Geneeskunde                                                         | Gynaecoloog                                            | 11 jaar                        | Ziekenhuis                                       |
| Verpleegkunde                                                       | Verpleegkundige                                        | 6 jaar                         | Kind & Gezin                                     |
| Vroedkunde                                                          | Vroedvrouw<br><br>Docent                               | 15 jaar                        | Ziekenhuis                                       |

### 13. Deelnemers member check

Tabel 14 Deelnemers member check

| Achtergrondopleiding                                              | Beroep/functie                                     | Jaren ervaring | Organisatie                 |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------|-----------------------------|
| Master in klinische psychologie voor volwassenen                  | Klinisch psycholoog en relatie-en gezinstherapeut  | 6              | Privépraktijk               |
| Verpleegkunde                                                     | Sociaal verpleegkundige                            | 30             | CKG                         |
| Sociaal werk                                                      | Sociaal werker                                     | 20             | Ziekenhuis                  |
| /                                                                 | Gezinsondersteuner                                 | 3              | Kind & Gezin                |
| Psychologie, seksuologie, psychotherapie                          | Klinisch psycholoog, psychotherapeut en seksuoloog | 40             | Privépraktijk               |
| Psychologie                                                       | Klinisch psycholoog                                | 5              | Privépraktijk               |
| Sociaal werk                                                      | Sociaal werker                                     | 6              | Kind & Gezin                |
| Psychologie                                                       | Eerstelijnspsycholoog                              | 15             | 1Gezin 1 plan               |
| Psychologie                                                       | Lokale coördinator                                 | 21             | GGZ Limburg netwerkteam ELP |
| Biomedische wetenschappen                                         | Regionale zorgmanager                              | 12             | Integra                     |
| Psychologie                                                       | Psycholoog                                         | 1              | Ligant                      |
| Verpleegkunde<br>Management en beleid in de gezondheidszorg       | Algemeen directeur                                 | 39             | Psychiatrisch ziekenhuis    |
| Psychologie                                                       | Psycholoog                                         | 26             | Ziekenhuis                  |
| Psychiatrie                                                       | Psychiater                                         | 27             | Psychiatrisch ziekenhuis    |
| Psycholoog en gezinstherapeut                                     | Beleidsmedewerker                                  | 27             | Departement opgroeien       |
| Ergotherapeut                                                     | Lokale coördinator                                 | 5              | GGZ-netwerk Limburg         |
| Verpleegkunde                                                     | Teamleider                                         | 8              | Mobiel team                 |
| Ervaringsdeskundige met voorgeschiedenis van postnatale depressie | /                                                  | /              | /                           |