

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

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

Tinne Nuyts
Neeltje Crombag
Evelyn Verbeke
Sofie Hermans
Jeroen Luyten
Annick Bogaerts



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



Publicatie nr. 2021/05
 SWVG-Rapport 53

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap. Nieuwe uitdagingen voor de geestelijke gezondheidszorg tijdens de eerste 1000 dagen van het leven.

Promotor: Prof. dr. Annick Bogaerts^{1,4,5}

Copromotor: Prof. dr. Jeroen Luyten²

Onderzoekers: Dra. Tinne Nuyts¹, dr. Neeltje Crombag¹, dra. Evelyn Verbeke², Sofie Hermans³

¹ Vrouw en Kind, Departement Ontwikkeling en Regeneratie, KU Leuven

² Leuven Institute for Healthcare Policy, Department of Public Health and Primary Care, KU Leuven

³ LUCAS, KU Leuven

⁴ Faculty of Medicine and Health Sciences, Centre for Research and Innovation in Care (CRIC), Universiteit Antwerpen

⁵ Faculty of Health, University of Plymouth, Plymouth (UK)

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>	
KU Leuven	
· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy	Prof. dr. Chantal Van Audenhove Prof. dr. Anja Declercq
· Instituut voor Sociaal Recht	Prof. dr. Johan Put
· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving	Prof. dr. Tine Van Regenmortel
· Leuvens Instituut voor Gezondheidsbeleid	
· Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen	Prof. dr. Erik Schokkaert
UGent	
· Vakgroep Marketing, Innovatie en Organisatie	Prof. dr. Paul Gemmel
· Vakgroep Publieke Governance, Management & Financiën	Prof. dr. Joris Voets
· Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg	Prof. dr. An De Sutter
Vrije Universiteit Brussel	
· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Dominique Verté
Universiteit Antwerpen	
· Centrum OASeS, Departement Sociologie	Prof. dr. Peter Raeymaeckers
<i>Partnerinstellingen</i>	
Universiteit Hasselt	
· Centrum voor Statistiek	
Thomas More Hogeschool	
· Opleiding Toegepaste Psychologie	Dr. Peter De Graef
Arteveldehogeschool	
· Dienst onderzoek en dienstverlening	
Hogeschool Gent	
· Faculteit Mens en Welzijn	
UC Leuven-Limburg	
· Groep Gezondheid en Welzijn	
<i>Coördinatie en secretariaat</i>	
Coördinator SWVG Administratieve ondersteuning	Dr. Kathleen De Cuyper Manuela Schröder Lut Van Hoof

Rapport 53

Maart 2021

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

Onderzoekers: Dra. Tinne Nuyts¹, dr. Neeltje Crombag¹, dra. Evelyn Verbeke², Sofie Hermans³

Copromotor: Prof. dr. Jeroen Luyten²

Promotor: Prof. dr. Annick Bogaerts^{1,4,5}

¹ Vrouw en Kind, Departement Ontwikkeling en Regeneratie, KU Leuven

² Leuven Institute for Healthcare Policy, Department of Public Health and Primary Care, KU Leuven

³ LUCAS, KU Leuven

⁴ Faculty of Medicine and Health Sciences, Centre for Research and Innovation in Care (CRIC), Universiteit Antwerpen

⁵ Faculty of Health, University of Plymouth, Plymouth (UK)

Samenvatting

Situering en doelstellingen

De eerste 1000 dagen van het leven, dit is de periode vanaf de conceptie tot 2 jaar na de geboorte, zijn cruciaal in de ontwikkeling van het jonge kind. De transitie naar het ouderschap brengt echter uitdagingen met zich mee waardoor 20% van de vrouwen mentale problemen ervaart tijdens of na de zwangerschap. Dit leidt tot negatieve gezondheidsconsequenties voor het gezin en hoge kosten voor de maatschappij. Het ondersteunen en bevorderen van veerkracht tijdens de transitie naar ouderschap, kan jonge en toekomstige gezinnen beschermen voor mentale problemen. Momenteel is veerkracht tijdens de eerste 1000 dagen een relatief nieuw concept en is het voor beleidsmakers niet duidelijk op welke manier veerkrachtondersteuning kan bijdragen aan de preventie van (perinatale) mentale problemen bij jonge en toekomstige gezinnen.

De doelstellingen van dit project - in opdracht van het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en uitgevoerd binnen het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin - zijn dan ook als volgt: 1) een inventaris maken van organisaties die werken binnen en buiten de geestelijke gezondheidszorg en die een veerkracht-ondersteunend zorgaanbod hebben voor de periode tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap, 2) een overzicht maken van methodieken en tools die de veerkracht tijdens deze periode kunnen ondersteunen, 3) een analyse maken van de mogelijkheden voor een multidisciplinair perinataal netwerk met een perinatale coördinator om de continuïteit van opvolging en begeleiding te ondersteunen en 4) een onderzoeksprogramma 'Veerkracht in de eerste 1000 dagen van het leven' voorstellen.

Methodologie

Voor dit onderzoek werd het onderzoeksgebied afgebakend tot de eerstelijnszones Gent, Leuven en Genk. Data werd verzameld via 1) literatuuronderzoek, 2) een zelf ontwikkelde vragenlijst voor de inventarisering van organisaties met een veerkracht-ondersteunend aanbod tijdens en/of tot 2 jaar na de zwangerschap, 3) documentanalyse¹, 4) interviews met experts en professionele sleutelfiguren binnen de perinatale mentale gezondheidszorg (PMG), 5) focusgroepen met gezondheids- en welzijnswerkers binnen de PMG, 6) interviews met moeders die omwille van veerkrachtproblemen, samen met hun kind opgenomen werden op de babypsychiatrie, 7) focusgroepen met moeders zonder ervaring met perinatale mentale problemen, en 8) een consensusmeeting met de leden van het Vlaams Expertise Netwerk voor Perinatale Mentale Gezondheid (VEN PMG).

De data van de vragenlijst werd geanalyseerd met behulp van SPSS. De kwalitatieve data werd geanalyseerd volgens de 'Qualitative Analysis Guideline of Leuven' (QUAGOL) waarbij gebruikgemaakt werd van NVivo 12. De resultaten van de analyses werden voorgelegd aan de stuurgroep van dit onderzoeksproject, welke mee input gaven voor de ontwikkeling van 6 deliverables en het eindrapport van dit project.

Belangrijkste resultaten

- Gezien perinatale veerkracht een relatief nieuw begrip is, werd eerst een sjabloon ontwikkeld om het bestaande veerkracht-ondersteunend zorgaanbod in Vlaanderen te classificeren. Nadien kon dit zorgaanbod geïnventariseerd en onderverdeeld worden (*deliverable 1, hoofdstuk 1 en 2*). Met behulp van de vragenlijst en documentanalyse werden in totaal 271 organisaties geïdentificeerd en opgenomen in de inventaris; gezamenlijk een veerkracht-ondersteunend zorgaanbod van 456 diensten. Het gaat hier om een louter kwantitatieve opsomming van het huidige² zorgaanbod welke geen indicatie geeft over de kwaliteit noch de effectiviteit hiervan.
- De effectiviteit van de in de literatuur beschikbare veerkracht-ondersteunende methodieken en tools, werd onderzocht en afgetoetst bij 12 professionele sleutelfiguren binnen de PMG. Daarna werden ze samengebracht in een matrix (*deliverable 2, hoofdstuk 3*). Er is momenteel onvoldoende wetenschappelijke evidentie om bepaalde methodieken/tools boven anderen aan te bevelen in het ondersteunen van perinatale veerkracht wegens het gebrek aan 1) een uniforme definiëring van het concept van perinatale veerkracht en 2) het meten van relevante uitkomsten.
- De analyses van het literatuuronderzoek en de kwalitatieve resultaten (interviews en focusgroepen), in totaal 29 gezondheids- en welzijnswerkers binnen de PMG en 20 moeders met en zonder ervaring met perinatale problemen, identificeerde verschillende hiaten in het huidige perinatale mentale zorgpad (*deliverable 3, hoofdstuk 5*). Deze werden onderverdeeld in 1) veerkrachtondersteuning tijdens de transitie naar ouderschap, 2) de detectie van en 3) doorverwijzing bij veerkrachtproblemen tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap.
- Er werd een optimalisatie van het huidige perinatale mentale zorgpad voorgesteld (*deliverable 4, hoofdstuk 5*) dat voorziet in de opvulling van de in *deliverable 3* geïdentificeerde hiaten. In dit zorgpad ligt de focus op 1) veerkrachtondersteuning voor alle toekomstige en jonge gezinnen op basis van het in *deliverable 1*-ontwikkelde sjabloon, 2) vroege detectie van

¹ Systematische procedure voor het reviewen en evalueren van zowel geprinte als digitale documenten vb. websites (Corbin & Strauss, 2008)

² Belangrijke opmerking hierbij is dat deze inventaris een momentopname is en dat het up to date houden hiervan sterk wordt aanbevolen.

kwetsbare vrouwen en gezinnen en 3) doorverwijzing bij perinatale mentale problemen tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap.

- De bevindingen uit *deliverables 1-4*, de consensusmeeting met de leden het VEN PMG, de bijkomende verdiepende interviews met 5 experten binnen de PMG en een systematisch literatuuronderzoek rond kosteneffectiviteitsstudies betreffende interventies gericht op de mentale gezondheid tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap (*deliverable 6, hoofdstuk 7*)³, hebben geleid tot het voorstellen van het onderzoeksprogramma 'Veerkracht tijdens de 1^{ste} 1000 dagen van het leven' (*deliverable 5, hoofdstuk 6*) met daarin 4 onderzoekslijnen: 1) sensibilisering en bewustwording van de maatschappij en van gezondheids- en welzijnswerkers, 2) optimalisatie van het perinatale mentale zorgpad, 3) kosteneffectiviteit en 4) datamanagement.

Het veerkracht-ondersteunend zorgaanbod tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap is momenteel erg versnipperd in Vlaanderen. Dit in combinatie met het gebrek aan controle op de kwaliteit en effectiviteit van dit beschikbare zorgaanbod, maakt het voor zowel gezondheids- en welzijnswerkers als jonge en toekomstige gezinnen moeilijk om aansluiting te vinden met het bestaande veerkracht-ondersteunende zorgaanbod. Ook het taboe dat rust op het perinataal mentaal onwelbevinden en het gebrek aan kennis en expertise met betrekking tot perinatale mentale gezondheid bij gezondheid- en welzijnswerkers, bemoeilijkt de ondersteuning en bevordering van veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap. Daarnaast is er weinig aandacht en aanbod met betrekking tot detectie, doorverwijzing en veerkrachtondersteuning in de postnatale periode vanaf 6 weken – 2 jaar na geboorte.

Er is nood aan een maatschappelijke sensibilisering rond veerkrachtondersteuning en het belang van perinataal mentaal welbevinden tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap. Gezondheids- en welzijnswerkers moeten hun kennis en expertise met betrekking tot veerkrachtondersteuning en perinatale mentale gezondheid kunnen uitbreiden via een verdiepende opleiding, welke ingebed is in een kwaliteitswet en/of professioneel portfolio. Het voorstel tot optimalisatie van het perinatale mentale zorgpad (*deliverable 4*) dient geïntegreerd te worden in bestaande pre- en postnatale zorgpaden.

Een belangrijk aandachtspunt binnen zowel de maatschappelijke sensibilisering, de verdiepende opleiding als het perinatale mentale zorgpad, is het aantonen van de effectiviteit en bewaking van de kwaliteit zodat continu bijgestuurd kan worden. Hiervoor is datamanagement belangrijk waarmee wordt bedoeld: 1) het systematisch registreren van gegevens rond veerkracht en perinataal mentaal (on)welbevinden in medische dossiers, 2) het delen van deze gegevens tussen relevante stakeholders in het perinatale (mentale) zorgpad, en 3) het koppelen van relevante bestaande Vlaamse en/of federale databanken voor data-analyse. Het nagaan van de kosteneffectiviteit van het geoptimaliseerde perinatale mentale zorgpad, met inbegrip van het veerkracht-ondersteunend zorgaanbod tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap, als bijkomend sturingsmechanisme wordt aanbevolen.

³ Vanwege het specifieke karakter van een systematische literatuurstudie in hoofdstuk 7 (kosteneffectiviteit) wordt de lay-out van een wetenschappelijke publicatie gevolgd.

Conclusie

Voor dit project werden 6 deliverables opgeleverd en 12 concrete beleidsaanbevelingen geformuleerd ter attentie van het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

6 deliverables

1. Drie databases met het netwerk van organisaties met een veerkracht-ondersteunend zorgaanbod voor respectievelijk eerstelijnszones Kemp en Duin, Leuven en Gent. Daarnaast werd ook het ontwikkelde sjabloon voor de indeling van het veerkracht-ondersteunend zorgaanbod tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap voor Vlaanderen mee opgeleverd.
2. Matrix van methodieken en tools voor verhoging van veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap.
3. Journey map/flow chart met aandacht voor toeleiding en continuïteit van zorg.
4. Voorstel tot optimalisatie van het perinatale (mentale) zorgpad (slimme matrix).
5. Onderzoeksprogramma 'Veerkracht tijdens de eerste 1000 dagen van het leven'.
6. Systematische review van kosteneffectiviteitsstudies van interventies gericht op de mentale gezondheid tijdens en na de zwangerschap.

12 concrete beleidsaanbevelingen

1. Systematische detectie van alarmbellen voor mentaal welbevinden en veerkracht ondersteuning dienen geïntegreerd te worden in bestaande perinatale zorgpaden. De consultaties voor persoonlijk prenataal advies (PPA) en sessies ter voorbereiding op geboorte en ouderschap (VGO) bieden hiervoor mogelijkheden (KCE). Idealiter worden deze gecombineerd met de klinische opvolgingen. Aandacht voor empowerment van de vrouw, stimuleren van zelfmanagement en gedeelde besluitvorming zijn hierbij cruciaal. Voldoende tijd per consult dient te worden voorzien.
2. Maatschappelijke sensibilisering en bewustwording van een algemeen, specifiek en gespecialiseerd veerkracht verhogend aanbod in de regio dient gefaciliteerd te worden in samenwerking met betrokken actoren in zorg, welzijn en gemeenschapswerk.
3. Sociale steunnetwerken dienen uitgewerkt te worden tijdens de zwangerschap (idealiter preconceptioneel) en minstens tot 2 jaar na geboorte. Ervaringsdeskundigen spelen hierbij een belangrijke rol. Mogelijkheden van uitbreiding perinataal verlot dient geëxploreerd te worden.
4. Kennis van het perinataal ondersteuningsaanbod en van de betrokken actoren kan worden verhoogd via het organiseren van regionale en multidisciplinaire trefdagen.
5. Continuïteit van perinatale mentale en veerkracht verhogende zorgaanbod door een vertrouwd contactpersoon naar keuze dient gestimuleerd en gecoördineerd te worden vanaf het begin van de zwangerschap, idealiter preconceptioneel, en dit tot minstens 2 jaar na geboorte.
6. Het perinatale mentale en veerkracht verhogende zorgaanbod dient laagdrempelig en zo dicht mogelijk bij de zorgvrager georganiseerd te worden. Integratie van dit zorgaanbod in bestaande perinatale zorgpaden voorkomt stigmatisering én bevordert toegankelijkheid waardoor mentaal welbevinden en veerkracht ondersteuning eerder als 'normaal' kan worden beschouwd.
7. Gegevensdeling dient gefaciliteerd en geoptimaliseerd te worden binnen regionale multidisciplinaire teams. Eerstelijnszones, vroedvrouwen- en huisartsenkringen kunnen hiervoor een platform zijn.
8. Opleidingen voor toekomstige huisartsen, vroedvrouwen, gynaecologen, pediaters, medewerkers Kind & Gezin, en kraam- en thuisverzorgenden dienen recente inzichten omtrent mentaal

- welbevinden en meer specifiek omtrent veerkrachtverhoging perinataal te integreren in hun curriculum.
9. Navorming voor afgestudeerde huisartsen, vroedvrouwen, gynaecologen, pediaters, medewerkers Kind & Gezin, en kraam- en thuisverzorgenden omtrent mentaal welbevinden en meer specifiek omtrent veerkrachtverhoging perinataal dient geïntegreerd te worden in een kwaliteitswet en/of in erkenningen via permanente opleiding (portfolio).
 10. Systematische organisatie van een regionaal multidisciplinair casuoverleg met financiële vergoeding bevordert de uitbouw van regionale netwerken voor ondersteuning bij mentaal welbevinden en veerkrachtverhoging tijdens de periode van zwangerschap tot minstens 2 jaar na geboorte.
 11. Wetenschappelijk onderzoek omtrent optimale detectie en doorverwijsalgoritmes met impact op korte en lange termijn uitkomsten bij moeder en kind, effectiviteit en kostenefficiëntie van veerkrachtondersteuning dient dringend opgezet te worden.
 12. Randvoorwaarden voor de optimalisatie van een Vlaams perinataal mentaal zorgpad:
 - het inschakelen van een regionale perinatale coördinator voor de implementatie en de naleving van het perinatale mentale zorgpad. Deze persoon staat in rechtstreekse verbinding met het Vlaams Expertise Netwerk Perinatale Mentale Gezondheid;
 - een continu kwaliteitsassessment van alle betrokken zorgactoren binnen het perinatale mentale zorgpad;
 - een aangepast financieringsmodel voor de opvolging van een zwangerschap en de periode tot minstens 2 jaar na geboorte.

Inhoud

Inleiding		13
Hoofdstuk 1	Deliverable 1 – Indeling zorgaanbod veerkrachtondersteuning Vlaanderen	15
1	Methodologie	15
1.1	Bestaande zorgmodellen	15
1.2	Uitdieping model indeling veerkracht-ondersteunend zorgaanbod	19
2	Indeling van het veerkracht-ondersteunend zorgaanbod tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap voor Vlaanderen	20
2.1	Vervullen basisvoorwaarden	21
2.2	Zelfzorg	21
2.3	Universele veerkrachtondersteuning	21
2.4	Specifieke veerkrachtondersteuning	22
2.5	Gespecialiseerde ondersteuning m.b.t. perinatale en/of infant mentale gezondheid	23
Hoofdstuk 2	Deliverable 1 – Inventaris veerkracht-ondersteunend zorgaanbod eerstelijnszones Kemp en Duin, Gent en Leuven	25
1	Methodologie	25
1.1	Ontwikkeling vragenlijst	25
1.2	Disseminatie vragenlijst	26
1.3	Ethische beschouwing	27
1.4	Verdere aanvulling database	27
1.5	Selectiecriteria	28
1.6	Indeling soort organisaties	28
2	Resultaten	28
3	Discussie	31
4	Conclusie	33
Hoofdstuk 3	Deliverable 2 – Matrix van veerkracht-ondersteunende methodieken en tools	35
1	Methodologie	35
1.1	Literatuuronderzoek en consultatie grijze literatuur	36
1.2	Semigestructureerde interviews	36
2	Resultaten	37
2.1	Literatuuronderzoek	37
2.2	Matrix met tools en methodieken	37
2.3	Kwalitatief luik	40
3	Terugkoppeling resultaten naar inventaris veerkracht-ondersteunend zorgaanbod (deliverable 1)	41
4	Discussie	41

5	Conclusie	43
Hoofdstuk 4 Ervaringen van zorgverleners met beschikbare en gehanteerde veerkracht-ondersteunende methodieken en tools		45
1	Resultaten	45
1.1	Perinatale veerkracht	46
1.2	Veerkrachtondersteuning	47
1.3	Cultuursensitiviteit	52
2	Discussie en conclusie	55
Hoofdstuk 5 Deliverables 3 en 4 – journey map / flow chart met aandacht voor toeleiding en continuïteit van zorg		57
1	Methodologie	57
1.1	Kwalitatieve methodologie	57
2	Resultaten kwantitatief	59
3	Resultaten kwalitatief	60
3.1	Semigestructureerde interviews professionele sleutelfiguren	60
3.2	Interviews ervaringsdeskundigen	65
3.3	Focusgroepen professionals	72
3.4	Focusgroepen moeders	77
4	Discussie	82
4.1	Detectie: psychosociale anamnese en screening	82
4.2	Doorverwijzing	85
4.3	Veerkrachtondersteuning bij transitie naar ouderschap	87
4.4	Limitaties van het onderzoek	90
5	Conclusie	90
Hoofdstuk 6 Deliverable 5 – Onderzoeksprogramma met onderzoekslijnen en onderzoeksvragen om ‘Veerkracht in de eerste 1000 dagen van het leven’ vanuit een bewijs-gestuurde praktijk te implementeren		93
1	Methodologie	93
1.1	Input deliverables 1 tot en met 4	93
1.2	Consensusmeeting VEN PMG	94
1.3	Bijkomende consultatie van experts binnen de PMG	94
2	Resultaten	94
2.1	Onderzoekslijn 1: sensibilisering en bewustwording van de maatschappij en van gezondheids- en welzijnswerkers	98
2.2	Onderzoekslijn 2: optimalisatie van het perinatale mentale zorgpad	99
2.3	Onderzoekslijn 3: kosteneffectiviteit	101
2.4	Onderzoekslijn 4: datamanagement	102

Hoofdstuk 7	Deliverable 6 – Kosteneffectiviteit van interventies gericht op de mentale gezondheid tijdens en na de zwangerschap: een systematische review van de literatuur	105
1	Inleiding	105
2	Methodologie	106
3	Resultaten	107
	3.1 Kenmerken van de geïnccludeerde studies	107
	3.2 Kritische evaluatie van de studies	108
	3.3 Synthese van de kosteneffectiviteitsresultaten	109
4	Conclusie	110
5	Referenties	111
	Literatuurlijst	119
	Bijlagen	125
1	Deliverable 1 Figuur indeling zorgaanbod	127
2	Deliverable 1 Tabel Indeling soorten organisaties	129
3	Deliverable 1 Tabel Indeling zorgaanbod	131
4	Deliverable 2 Matrix van tools en methodieken	
5	Deliverables 3 en 4 Factsheet journey map / flow chart met aandacht voor toeleiding en continuïteit van zorg	137
6	Deliverable 5 Factsheet onderzoeksprogramma	147
	Lijst Tabellen	
Tabel 1	Preventieve interventies voor mentale gezondheid (vrij vertaald van Arango et al., 2018)	18
Tabel 2	Overzicht response rate van de vragenlijst	31
Tabel 3	Functie en werkingsgebied participanten semi-gestructureerde interviews	40
Tabel 4	Gebruik van veerkracht-ondersteunende methodieken per ELZ	41
Tabel 5	Functie en werkingsgebied participanten semi-gestructureerde interviews	45
Tabel 6	Socio-demografie ervaringsdeskundigen semigestructureerde interviews (N=13)	66
Tabel 7	Samenvatting belemmerende en bevorderende factoren detectie: psychosociale anamnese en screening	83
Tabel 8	Samenvatting belemmerende en bevorderende factoren doorverwijzing	86
Tabel 9	Samenvatting belemmerende en bevorderende factoren veerkrachtondersteuning bij transitie naar ouderschap	88

Lijst Figuren

Figuur 1	Getrapt zorgmodel 1001 critical days (Leadsom et al., 2013)	16
Figuur 2	Niveaus van zorg met betrekking tot infant mental health (Zeanah et al., 2005)	17
Figuur 3	Sjabloon indeling van het veerkracht-ondersteunend zorgaanbod tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap voor Vlaanderen	20
Figuur 4	Procesontwikkeling van de vragenlijst	26
Figuur 5	Overzicht doelpubliek vragenlijst in categorieën van organisaties per werkingsgebied	27
Figuur 6	Organisaties in de 3 ELZ ingedeeld volgens cluster (soort organisatie)	29
Figuur 7	Verdeling organisaties volgens soort in de 3 ELZ	29
Figuur 8	Indeling veerkracht-ondersteunend zorgaanbod in de 3 ELZ	30
Figuur 9	Verdeling veerkracht-ondersteunend zorgaanbod per ELZ	30
Figuur 10	Flowchart beslissingsboom inclusie artikels literatuuronderzoek	37
Figuur 11	Concept perinatale veerkracht (Van Haeken et al., 2020)	46
Figuur 12	Model van patiëntgerichte toegang tot gezondheidszorg van Levesque et al. (2013)	52
Figuur 13	QUAGOL methode voor analyse van kwalitatieve interview data	59
Figuur 14	Visuele weergave mate van samenwerking met organisaties van 0 ^{de} tot en met 3 ^{de} lijn	60
Figuur 15	Overzicht thema's interviews met ervaringsdeskundigen	66
Figuur 16	Overzicht thema's focusgroepen met professionals	72
Figuur 17	Overzicht thema's focusgroepen met moeders	78
Figuur 18	Sjabloon indeling van het veerkracht-ondersteunend zorgaanbod tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap voor Vlaanderen	85
Figuur 19	Onderzoekslijnen deliverable 5	95
Figuur 20	Format onderzoeksprogramma: het RE-AIM framework	95

Inleiding

De eerste 1000 dagen van het leven, dit is de periode vanaf de zwangerschap tot 2 jaar, zijn belangrijk in de ontwikkeling van een kind. Volgens de hypothese van de Developmental Origins of Health and Disease (DOHaD) (Barker & Osmond, 1986) kunnen stress en negatieve levensgebeurtenissen tijdens de zwangerschap en vroege kindertijd het kind “programmeren” voor chronische fysieke en mentale aandoeningen op latere leeftijd (Roseboom, 2018; Van den Bergh, 2011). Opgroeien in een veilige omgeving met responsieve en liefdevolle ouders is van cruciaal belang voor de mentale gezondheid van het jonge kind (Zero to Three, 2017). De mentale gezondheid van het jonge kind van 0 tot 3 jaar (*Infant Mental Health – IMH*) wordt gedefinieerd als 1) *de capaciteit van het jonge kind om emoties te ervaren, te reguleren en te uiten door hechte en veilige relaties; 2) om hun omgeving te verkennen en 3) om te leren in een familiale, culturele en gemeenschapscontext* (Zero to Three Infant Mental Health Task Force Steering Committee, 2001).

De transitie naar het ouderschap kan echter uitdagend zijn voor ouders. Een op vijf vrouwen ervaart psychische problemen tijdens de zwangerschap of in het eerste jaar na de bevalling. Slechts bij 25% van deze vrouwen worden deze problemen tijdig opgemerkt en krijgt men gepaste begeleiding (Russell et al., 2017). Vlaanderen telde in 2018 in totaal 62 812 bevallingen; in diezelfde periode waren er ongeveer 12 000 vrouwen met mogelijks problemen tijdens de perinatale periode. Vermoedelijk ontvingen rond de 9000 Vlaamse gezinnen niet de ondersteuning of begeleiding die zij nodig hadden (Devlieger et al., 2019).

Perinatale mentale problemen hebben negatieve gevolgen voor zowel de moeder (bv. suïciderisico), de vader (bv. paternale depressie) als de gemeenschap (bv. hoge kosten voor economie en gezondheidszorg) (Bauer et al., 2016). Daarnaast beïnvloedt de mentale gezondheid van de moeder ook de emotionele ontwikkeling van het kind. Jonge kinderen moeten beroep kunnen doen op de emotionele beschikbaarheid van hun ouders om hun eigen emoties te leren reguleren (Lyons-Ruth et al., 2017). Indien dit niet het geval is, kunnen er emotieregulatiestoornissen zoals overmatig huilen, slaap- of voedingsproblemen ontstaan (Cook et al., 2019). Deze leiden op hun beurt tot een verhoogd risico op mentale problemen bij het kind op lange termijn waardoor er sprake is van een intergenerationele transmissie van mentale problemen binnen het gezin (Biel et al., 2020; Cook et al., 2019).

Onderzoek wijst uit dat veerkracht een belangrijke factor is die beschermend werkt voor depressieve gevoelens en mentale problemen (Hunter & Warren, 2014; Sexton et al., 2015). Perinatale veerkracht werd door Van Haeken en collega's gedefinieerd als *“een proces naar een groter welbevinden in de vorm van persoonlijke groei, familie balans, aanpassing of acceptatie, wanneer geconfronteerd met stressors, uitdagingen of tegenspoed. De aanwezigheid van veerkracht attributen zoals sociale ondersteuning, self-efficacy, gevoel van meesterschap en zelfvertrouwen vergroten het vermogen om veerkrachtig te zijn en zijn preventief naar mentale gezondheidsproblemen”* (Van Haeken et al., 2020).

Het ondersteunen van veerkracht tijdens de eerste 1000 dagen van het leven kan perinatale mentale problemen, en de bijhorende negatieve gevolgen voor het jonge gezin en de gemeenschap, voorkomen (Van Haeken et al., 2020; Sexton et al., 2015). Het inzetten op veerkrachtondersteuning als preventie voor mentale problemen tijdens de 1^{ste} 1000 dagen van het leven is dan ook een interessante piste voor beleidsmakers. Momenteel is perinatale veerkracht echter een relatief nieuw begrip, ook in Vlaanderen. Om die reden werd project EF41 in het leven geroepen waarin de volgende doelstellingen werden

vooropgesteld: 1) een inventaris maken van organisaties die werken binnen en buiten de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en die een aanbod hebben rond de periode tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap, 2) een overzicht maken van methodieken en tools die de veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap kunnen ondersteunen, 3) een analyse maken van de mogelijkheden voor een multidisciplinair perinataal netwerk met een perinatale coördinator om de continuïteit van opvolging en begeleiding te ondersteunen en 4) een onderzoeksprogramma 'Veerkracht in de eerste 1000 dagen van het leven' voorstellen.

Hoofdstuk 1

Deliverable 1 – Indeling zorgaanbod veerkrachtondersteuning Vlaanderen

De eerste doelstelling van dit project is het maken van een inventaris van organisaties die werken binnen en buiten de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en die een aanbod hebben voor de periode tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap. Hiervoor wordt een antwoord gezocht op volgende onderzoeksvragen:

1. Welke zoekstrategie wordt gehanteerd om een zo breed mogelijke inventaris te kunnen maken?
2. Wie doet wat, waar en wanneer in Oost-Vlaanderen (Gent), Limburg (Genk) en Vlaams-Brabant (Leuven) van de 0^{de} tot de 3^{de} lijn voor het bevorderen van een geestelijke gezondheid inclusief aandacht voor het ondersteunen van veerkracht in de periode van zwangerschap tot 2 jaar. Er wordt verder gekeken dan enkel organisaties GGZ. (Overzichtenmatrix)

1 Methodologie

Perinatale veerkracht is een relatief nieuw begrip waarvoor momenteel nog geen indeling van het veerkracht-ondersteunende zorgaanbod bestaat. Om het aanbod dat veerkracht tijdens en de eerste 2 jaar na de zwangerschap ondersteunt in te delen, werd een getrappt zorgmodel ontwikkeld. Hiervoor werd enerzijds gesteund op de literatuur waarbij bestaande zorgmodellen die het aanbod met betrekking tot mentale zorgverlening indelen, werden bestudeerd. Anderzijds werd het ontwikkelde zorgmodel verder uitgediept via interviews (N=12) met sleutelfiguren die werkzaam zijn binnen de perinatale of mentale gezondheidszorg in de eerstelijnszones Kemp en Duin (Limburg), Gent en Leuven.

1.1 Bestaande zorgmodellen

Zorgmodellen die gebruikt worden om het zorgaanbod binnen de geestelijke gezondheidszorg in te delen, zijn vaak getrappt of opgedeeld in fases. Een getrappt zorgmodel wordt door de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) aangeraden als model voor zorgverlening binnen de geestelijke gezondheidszorg. In een getrappt zorgmodel wordt de zorgverlening ingedeeld naar gelang de zorgnood van de cliënt of patiënt, gaande van hulp- of zorgverlening van een lage tot hoge intensiteit (World Health Organization, 2013). Het getrapte zorgmodel wordt ook geadviseerd binnen de perinatale mentale gezondheidszorg, echter is hiernaar minder onderzoek gedaan dan binnen algemene geestelijke gezondheidszorg (Dennis & Dowswell, 2013).

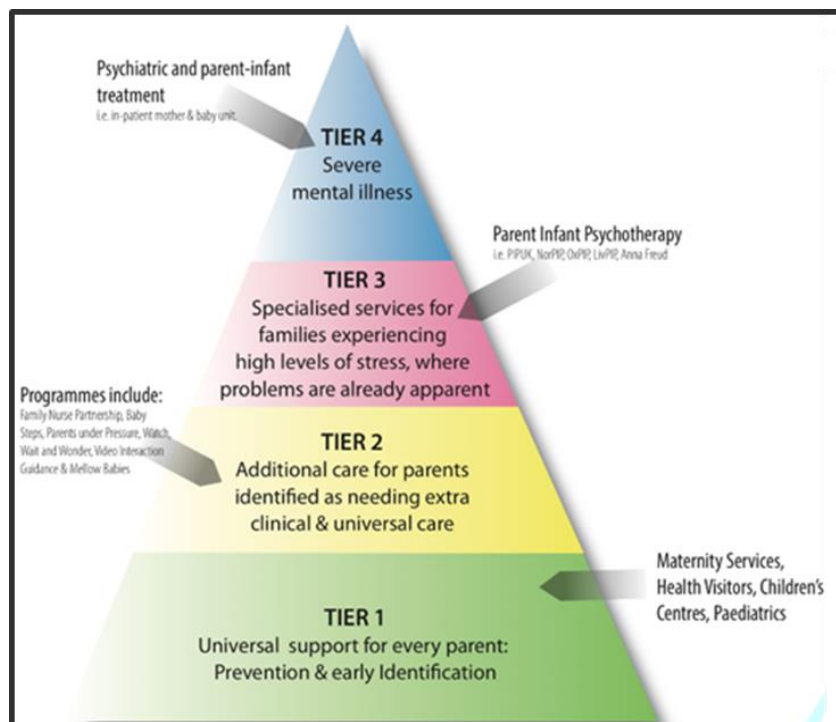
Twee modellen die het perinatale mentale zorgaanbod en het zorgaanbod met betrekking tot *infant mental health*⁴ indelen, zijn het getrapte zorgmodel van **1001 critical days** (Leadsom et al., 2013) en de **zorgniveaus van infant mental health** (Zeanah et al., 2005). Beiden delen zorg in naar gelang de zorgnoden van gezinnen en volgens de intensiteit en specialisatie van het zorgaanbod (figuur 1 en 2) (Leadsom et al., 2013; Zeanah et al., 2005). De basis van deze modellen omvatten ondersteuning voor

⁴ *Infant mental health* betekent letterlijk mentale gezondheid van het jonge kind (0 tot 3 jaar) en wordt gedefinieerd als de capaciteit van het jonge kind 1) om emoties te ervaren, te reguleren en te uiten door hechte en veilige relaties; 2) om hun omgeving te verkennen en 3) om te leren in een familiale, culturele en gemeenschapscontext (Zero to Three Infant Mental Health Task Force Steering Committee, 2001).

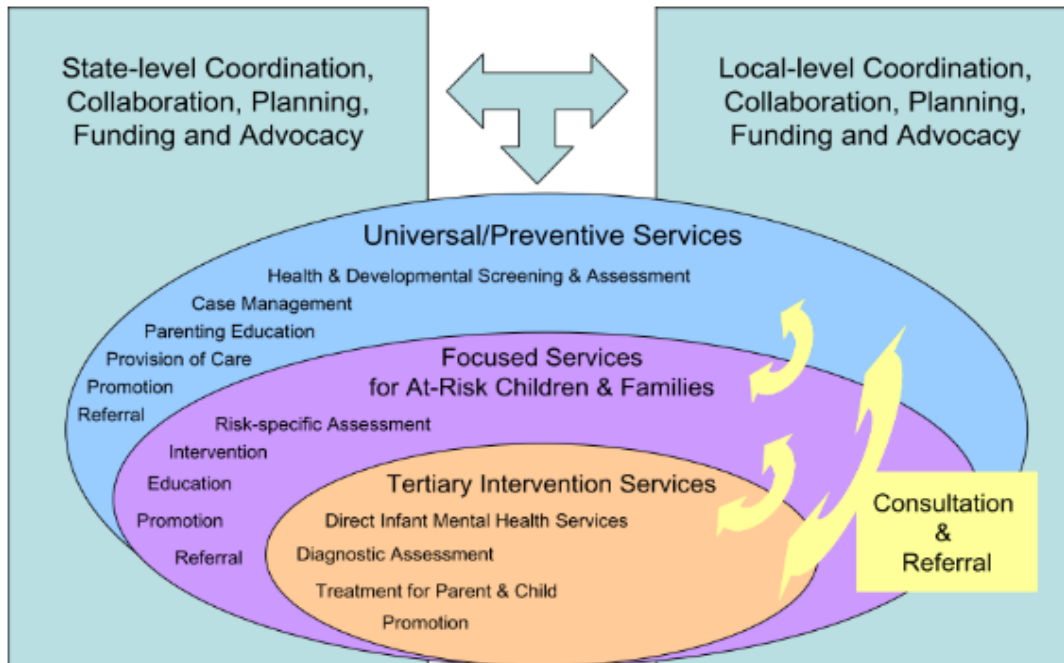
alle gezinnen (universeel) waar preventie en vroege identificatie van mentale problemen centraal staat. De volgende trap bevat zorg voor ouders die nood hebben aan extra klinische of algemene zorg. Daarna volgt gespecialiseerde zorg voor families die veel stress ervaren en waar reeds (mentale) problemen aanwezig zijn. De laatste trap van *1001 critical days* bevat de zorg voor ernstige mentale problemen (Leadsom et al., 2013; Zeanah et al., 2005). De factoren ‘intensiteit’ en ‘zorgnood’ die in beide modellen de zorgtrappen onderscheiden, zijn overgenomen in de indeling van het veerkracht-ondersteunend zorgaanbod tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap voor Vlaanderen.

Beide modellen focussen echter voornamelijk op mentale gezondheid van het gezin en houden hierbij minder rekening met de context van een individu zoals huisvesting en financiële situatie. Terwijl die context volgens Maslow hoort tot de basisbehoeften van een mens, zolang deze niet vervuld zijn zullen zij het gedrag (denken en acties) van een persoon beïnvloeden (Maslow, 1943). Het ondersteunen en bevorderen van veerkracht kan bij de psychologische behoeften geplaatst worden welke zich hoger situeren in de behoeftehiërarchie (Tse et al., 2011). Dit impliceert dat eerst de basisbehoeften moeten vervuld zijn alvorens (verder) gewerkt kan worden aan het ondersteunen van veerkracht. Aan de indeling van het veerkracht-ondersteunend zorgaanbod tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap voor Vlaanderen werd dus een “trap” “vervullen basisbehoeften” toegevoegd.

Daarnaast komt **zelfzorg** minder aan bod in beide modellen, terwijl de WHO in het *Mental Health Action Plan* de promotie van zelfzorg aanbeveelt om de toegang en kwaliteit van mentale gezondheidszorg te bevorderen (World Health Organization, 2013). Zelfzorg wordt gedefinieerd als *de capaciteit om zorgzaam om te gaan met zichzelf, om zich bewust te zijn van de eigen noden en behoeften door er aandacht aan te geven* (Damman & Dewaele, 2015). Zelfzorg is dus ook een belangrijk onderdeel van de ondersteuning en bevordering van veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap en werd als “trap” toegevoegd aan de indeling van het veerkracht-ondersteunend zorgaanbod tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap voor Vlaanderen.



Figuur 1 Getrapt zorgmodel 1001 critical days (Leadsom et al., 2013)



Figuur 2 Niveaus van zorg met betrekking tot infant mental health (Zeanah et al., 2005)

Dennis en Dowswell raden in hun Cochrane review aan om ook preventieve interventies voor postpartumdepressie te includeren in een getrappt zorgmodel (Dennis & Dowswell, 2013). Perinatale veerkracht kan mentale problemen voorkomen (Sexton et al., 2015), het ondersteunen van veerkracht kan dus gezien worden als een vorm van preventie voor perinatale mentale problemen. Arango en collega's (2018) maakten een onderverdeling voor **preventieve interventies voor mentale gezondheid**. Interventies werden onderverdeeld van promotie van mentale gezondheid tot tertiaire preventie van mentale problemen (tabel 1) (Arango et al., 2018).

Deze onderverdeling voor preventieve interventies voor mentale gezondheid van Arango en collega's (2018) is algemeen en niet toegespitst op de periode van zwangerschap tot 2 jaar erna. Toch komt deze indeling (deels) terug in het getrapte zorgmodel van *1001 critical days* (Leadsom et al., 2013) en de niveaus van zorg binnen *infant mental health* (Zeanah et al., 2005). Zo vermeldt de eerste trap van het getrapte zorgmodel van *1001 critical days* onder andere preventie van mentale problemen bij alle ouders (Leadsom et al., 2013). Het eerste zorgniveau binnen *infant mental health* omvat universele en preventieve diensten voor alle ouders en jonge kinderen, daarnaast komt promotie van mentale gezondheid in elk niveau aan bod (Zeanah et al., 2005).

Bij de indeling van het veerkracht-ondersteunend zorgaanbod tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap voor Vlaanderen werd het aanbod gericht op promotie van mentale gezondheid en universele primaire preventie onder **universele veerkracht-ondersteuning** geplaatst. Universeel betekent hier "voor alle zwangere vrouwen en/of gezinnen met kinderen jonger dan 2 jaar". Universele primaire preventie is een aanbod voor de algemene populatie, onafhankelijk van de aanwezigheid van risicofactoren, dat gericht is op 1 of meerdere risicofactoren om mentale problemen te voorkomen (Arango et al., 2018). In de ontwikkelde indeling worden alle zwangere vrouwen en gezinnen met kinderen jonger dan 2 jaar in Vlaanderen onder de algemene populatie gerekend.

Het aanbod dat onder universele veerkrachtondersteuning valt is ook laagdrempelig. Laagdrempelig wordt door Van Dale omschreven als *gemakkelijk bereikbaar* (Van Dale Uitgevers, n.d.). Bereikbaarheid

is de mate van toegankelijkheid van het aanbod in de zin van fysiek, ruimtelijk en tijd (Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten, n.d.). Bereikbaarheid kan ook gaan over de psychologische toegankelijkheid (Kenniscentrum Welzijn Wonen en Zorg, 2018). Fysieke laagdrempeligheid kan geïnterpreteerd worden als enerzijds een aanbod waarvoor men zich niet hoeft te verplaatsen bv. de Opvoedingslijn; en anderzijds een aanbod waar men zo kan binnenwandelen (zonder afspraak) bv. een fysiek Huis van het Kind met een bemand onthaal. Een psychologisch bereikbaar aanbod kan geïnterpreteerd worden als een aanbod zijn dat door ervaringsdeskundigen of vrijwilligers begeleid wordt zoals een moedergroep of een peuterspeelpunt. Belangrijk voor ouder- of moedergroepen is dat leden van deze groepen verbonden zijn door een gedeelde ervaring en dat de focus van deze groepen tegemoet komt aan de noden van de ouder(s) of moeder om ondersteunend te zijn (Jones et al., 2014b; Morrell et al., 2016). Voor deze verbondenheid hoeven moeders ook niet fysiek samen te komen, ook een blog kan hiervoor een geschikt medium zijn en is ook psychologisch bereikbaar. Bereikbaarheid in de zin van tijd werd geïnterpreteerd als een aanbod dat vrijwel steeds bereikbaar is en/of geconsulteerd kan worden op een tijdstip dat past voor de gebruikers bv. de webinars van de Gezinsbond vzw⁵ zijn online beschikbaar.

Tabel 1 Preventieve interventies voor mentale gezondheid (vrij vertaald van Arango et al., 2018)

Soort interventie	Doelgroep	Doel
Promotie mentale gezondheid	Algemene populatie	Promoten van psychologisch welzijn en vergroten van de mogelijkheid om de ontwikkelingsmijlpalen te behalen. Opbouwen van veerkracht.
Universele primaire preventie	Algemene populatie, onafhankelijk van aanwezigheid individuele risicofactoren	Preventie gericht op 1 of meerdere risicofactoren om mentale problemen te voorkomen. Deze interventies zouden effectief en veilig moeten zijn aan een lage kost.
Selectieve primaire preventie	Doelgroep met een verhoogd risico - omwille van fysieke, psychologische of sociale redenen - op de ontwikkeling van mentale problemen	Preventie gericht op 1 of meerdere risicofactoren en empoweren van deze doelgroep om mentale problemen te voorkomen. Deze interventies zouden effectief moeten zijn en geassocieerd met een laag risico op 'adverse events' en een gemiddelde kost.
Indicatieve primaire preventie	Personen met een hoog risico op de ontwikkeling van mentale problemen, die reeds klinische symptomen vertonen maar nog niet voldoen aan de diagnostische criteria	Behandelen van subklinische symptomen ter preventie van het verder ontwikkelen van mentale problemen. Veerkracht bevorderen door aanpak van 1 of meerdere risicofactoren en empowerment. Deze interventies kunnen geassocieerd zijn met een hogere kost en kunnen meer risicovol zijn.

⁵ <https://www.gezinsbond.be/webinars>

Secundaire preventie	Personen die voldoen aan de diagnostische criteria van mentale problemen in een vroeg stadium	Vroegdetectie en interventie bij personen die voldoen aan de diagnostische criteria van een mentale stoornis. Verlenen van adequate behandeling, verhogen van de tevredenheid met de behandeling, verminderen van middelenmisbruik en voorkomen van terugval.
Tertiaire preventie	Personen met gevorderde mentale problemen	Behandeling van mentale stoornis(sen) ter preventie van deterioratie, onbekwaamheid en secundaire aandoeningen

Het zorgaanbod dat valt onder selectieve en indicatieve primaire preventie werd in de indeling van het veerkracht-ondersteunend zorgaanbod tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap voor Vlaanderen onder **specifieke veerkracht-ondersteuning** ingedeeld. *Selectieve primaire preventie* is een aanbod voor een doelgroep met een verhoogd risico – omwille van fysieke, psychologische of sociale redenen – op de ontwikkeling van mentale problemen en omvat 1) preventie gericht op één of meerdere risicofactoren en 2) het empoweren van deze doelgroep om mentale problemen te voorkomen (Arango et al., 2018). Tiernermoeders en kwetsbare gezinnen zijn twee doelgroepen met een verhoogd risico op de ontwikkeling van mentale problemen (Wilson-Mitchell, Bennett, & Stennett, 2014; Briscoe et al., 2016). Het zorgaanbod voor deze doelgroepen is ingedeeld bij specifieke veerkrachtondersteuning.

Indicatieve primaire preventie is een aanbod voor individuen met een hoog risico op de ontwikkeling van mentale problemen. Deze individuen vertonen klinische symptomen van bijvoorbeeld een depressie maar voldoen nog niet aan de diagnostische criteria. Dit type zorgaanbod heeft tot doel 1) behandelen van subklinische symptomen ter preventie van het verder ontwikkelen van mentale problemen en 2) veerkracht bevorderen door 1 of meerdere risicofactoren aan te pakken en te empoweren (Arango et al., 2018).

Het zorgaanbod onder secundaire en tertiaire preventie is in de indeling van het veerkracht-ondersteunend zorgaanbod tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap voor Vlaanderen ingedeeld onder **gespecialiseerde ondersteuning met betrekking tot perinatale en/of infant mentale gezondheid**. Secundaire preventie omvat vroegdetectie van mentale problemen en interventies bij personen die voldoen aan de diagnostische criteria van een mentale stoornis. Secundaire preventie heeft tot doel 1) het verlenen van een adequate behandeling, 2) verhogen van de tevredenheid met de behandeling, 3) verminderen van middelenmisbruik en 4) voorkomen van een terugval. Tertiaire preventie omvat een aanbod voor individuen met gevorderde mentale problemen en heeft tot doel mentale stoornissen behandelen ter preventie van deterioratie, onbekwaamheid en secundaire aandoeningen (Arango et al., 2018).

1.2 Uitdieping model indeling veerkracht-ondersteunend zorgaanbod

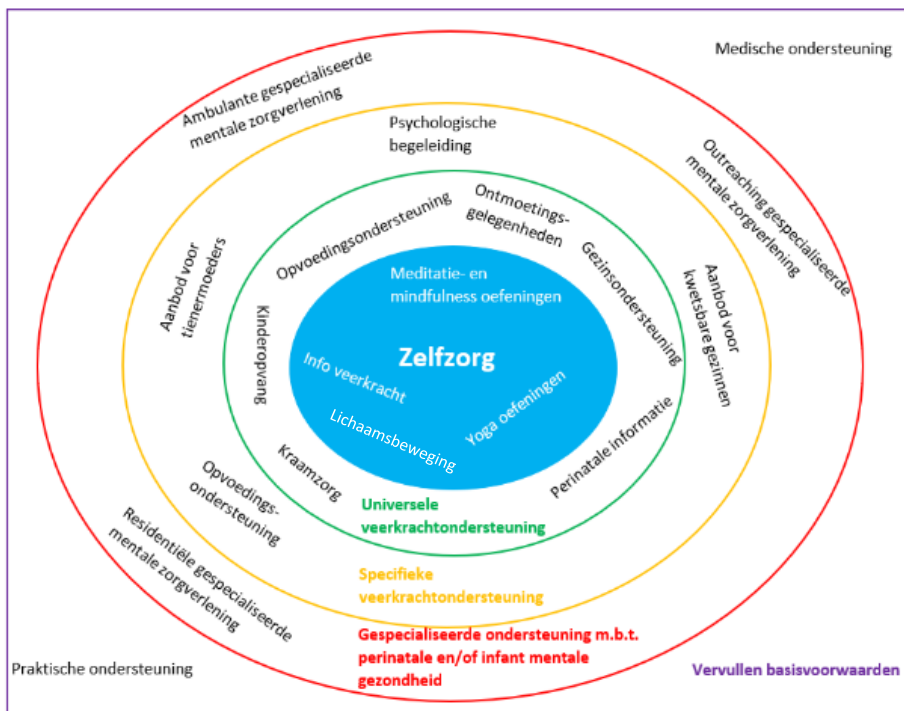
Nadat de verschillende trappen van het zorgaanbod bepaald waren in de indeling van het veerkracht-ondersteunend zorgaanbod tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap voor Vlaanderen, werd het zorgaanbod per trap verder ingedeeld in categorieën, subcategorieën en zo nodig nog een extra onderverdeling van de subcategorie. Dit gebeurde enerzijds via interviews ($N=12$) met sleutelfiguren die werkzaam zijn binnen de perinatale of mentale gezondheidszorg in de eerstelijnszones Kemp en Duin (Limburg), Gent en Leuven. Tijdens het interview werd hen onder andere gevraagd wat volgens hen veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap kon ondersteunen. Hieruit kwamen thema's zoals

sociale ondersteuning via bijvoorbeeld moeder- of oudergroepen, het creëren van realistische verwachtingen via perinatale workshops, opvoedings- en gezinsondersteuning, zwangerschap als “window of opportunity” (prenataal al starten met veerkrachtondersteuning) en hulp aanvaarden bijvoorbeeld kraamzorg en kinderopvang.

Anderzijds werden in de literatuur volgende factoren geassocieerd met veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap: sociale ondersteuning, zelfredzaamheid, optimisme (Van Haeken et al., 2019; Witteveen et al., 2017), psychologische flexibiliteit⁶, actieve coping en actieve lichaamsbeweging welke een onderdeel is van actieve coping (Witteveen et al., 2017). Deze veerkracht-bevorderende factoren zijn elke afzonderlijk positief geassocieerd met perinatale veerkracht, de combinatie van meerdere factoren in een interventie heeft een synergetisch effect (Witteveen et al., 2017).

2 Indeling van het veerkracht-ondersteunend zorgaanbod tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap voor Vlaanderen

Op basis van bovenstaand grondig literatuuronderzoek, ondersteund door de semi-gestructureerde interviews met de sleutelfiguren⁷ binnen de perinatale en mentale gezondheidszorg, werd het volgend wetenschappelijk onderbouwd sjabloon ontwikkeld om het bestaande veerkracht-ondersteunend zorgaanbod in te delen voor Vlaanderen (bijlage 1):



Figuur 3 Sjabloon indeling van het veerkracht-ondersteunend zorgaanbod tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap voor Vlaanderen

⁶ Herwaardering en aanvaarding van negatieve emoties en/of ervaringen (Witteveen et al., 2017)

⁷ Coördinatoren/ verantwoordelijken van organisaties die veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap ondersteunen / bevorderen. Zie Hoofdstuk 3 – Deliverable 2 voor methodologie semi-gestructureerde interviews.

2.1 Vervullen basisvoorwaarden

Onder basisvoorwaarden wordt verstaan: 1) **medische ondersteuning** en 2) **praktische ondersteuning** met betrekking tot huisvesting, financiën, administratie en materieel. Dit soort aanbod wordt opgedeeld in medische of praktische ondersteuning **specifiek voor de 1^{ste} 1000 dagen** en medische of praktische ondersteuning voor **alle leeftijdsgroepen**.

- Medische ondersteuning.
 - Specifiek voor de 1^{ste} 1000 dagen
 - Vroedvrouw 1^{ste} lijn
 - Prenatale raadpleging / Gynaecologie / Materniteit
 - Neonatologie / NICU
 - Pediatrie (raadpleging + afdeling)
 - Voor alle leeftijdsgroepen
 - Huisarts
 - Wijkgezondheidscentra
- Praktische ondersteuning
 - Specifiek voor de 1^{ste} 1000 dagen
 - Prenataal Steunpunt
 - Voor alle leeftijdsgroepen

2.2 Zelfzorg

Het zorgaanbod waar zwangere vrouwen en/of gezinnen met kinderen jonger dan 2 jaar in de periode tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap zelf gebruik van kunnen maken, is gericht op één of meerdere factoren die veerkracht verhogen (Van Haeken et al., 2019; Witteveen et al., 2017). We onderscheiden in het aanbod zelfzorg volgende categorieën:

- lichaamsbeweging,
- meditatie en mindfulness oefeningen,
- yoga oefeningen,
- op zoek gaan naar info ter bevordering van de eigen perinatale veerkracht.

2.3 Universele veerkrachtondersteuning

Onder universele veerkrachtondersteuning wordt het aanbod ingedeeld dat valt onder de promotie van mentale gezondheid en primaire preventie van mentale problemen. Het zorgaanbod in deze categorie is voor **alle zwangere vrouwen en/of gezinnen met kinderen jonger dan 2 jaar** en zet in op één of meerdere risicofactoren om mentale problemen te voorkomen. Zowel zorgverleners als vrijwilligers kunnen universele veerkrachtondersteuning bieden zonder bijkomende specifieke opleiding binnen de (perinatale of infant) mentale gezondheidszorg. Dit aanbod kan zowel voor een groep als voor het individu zijn en is vaak laagdrempelig (Arango et al., 2018; Leadsom et al., 2013; Zeanah et al., 2005).

Op basis van de thema's uit de interviews met de sleutelfiguren kon het zorgaanbod in volgende categorieën worden ingedeeld:

- Perinatale informatie
 - Specifiek voor partners
- Opvoedingsondersteuning
- Gezinsondersteuning
- Ontmoetingsgelegenheden
 - Specifiek gericht op de 1^{ste} 1000 dagen
 - Moeder-/oudergroep
 - Peuterspeelpunt/spe(e)lotheek
 - Buurthuis/spelen
 - Varia
 - Voor alle leeftijdsgroepen
 - Buurthuis
 - Varia
- Kraamzorg
- Kinderopvang

2.4 Specifieke veerkrachtondersteuning

Het aanbod dat onder specifieke veerkrachtondersteuning valt omvat 2 delen. Enerzijds is dit soort aanbod bedoeld voor een **specifieke doelgroep met een verhoogd risico** - omwille van fysieke, psychologische of sociale redenen - op de ontwikkeling van mentale problemen. Het doel van dit aanbod is het empoweren van deze doelgroep om mentale problemen te voorkomen. Anderzijds omvat specifieke veerkrachtondersteuning ook het zorgaanbod voor **individuen met een hoog risico** op de ontwikkeling van mentale problemen, die reeds klinische symptomen vertonen maar nog niet voldoen aan de diagnostische criteria. Het doel van dit aanbod is het behandelen van subklinische symptomen ter preventie van het verder ontwikkelen van mentale problemen. Daarnaast wordt veerkracht bevorderd door 1 of meerdere risicofactoren aan te pakken en te empoweren (Arango et al., 2018; Leadsom et al., 2013).

Zorgverleners die specifieke veerkrachtondersteuning bieden zijn vaak professionele zorgverleners die pedagogisch geschoold zijn en/of een bijkomende specifieke opleiding binnen de (perinatale of infant) mentale gezondheidszorg hebben. Dit aanbod is meestal voor het individu (Arango et al., 2018; Leadsom et al., 2013; Zeanah et al., 2005). Het aanbod onder specifieke veerkrachtondersteuning bevat volgende categorieën:

- Psychologische begeleiding
 - Specifiek voor de 1^{ste} 1000 dagen
 - Klinisch psychologische begeleiding
 - Postpartumconsulent
 - Andere
 - Voor alle leeftijdsgroepen
 - Eerstelijnspsychologische zorg (ELP)
 - Klinisch psychologische zorg
- Opvoedingsondersteuning
- Aanbod voor tienermoeders
- Aanbod voor kwetsbare gezinnen

2.5 Gespecialiseerde ondersteuning m.b.t. perinatale en/of infant mentale gezondheid

Een aanbod binnen deze categorie kan zowel op secundaire als tertiaire preventie omvatten. Secundaire preventie is bedoeld voor individuen die voldoen aan de diagnostische criteria van mentale problemen in een vroeg stadium en heeft tot doel verlenen van een adequate behandeling, verhogen van de tevredenheid met de behandeling, verminderen van middelenmisbruik en voorkomen van terugval (Arango et al., 2018). Tertiaire preventie is het voorkomen van schade door mentale problemen (bv. isolatie, suicidepreventie) en is bedoeld voor individuen met gevorderde mentale problemen (Arango et al., 2018).

Zorgverleners die gespecialiseerde ondersteuning met betrekking tot perinatale en/of infant mentale gezondheid bieden zijn professionals werkzaam binnen de mentale gezondheidszorg met een eventuele bijkomende perinatale of infant mental health opleiding. De zorgverlening is meestal bedoeld voor het individu en is intensief. Het gespecialiseerde mentale zorgaanbod is ingedeeld op basis van het onderzoek van Gaebel en collega's (2012) rond gespecialiseerde mentale gezondheidsdiensten. Zij maakten een onderscheid tussen *inpatient services* of het residentiële zorgaanbod en *outpatient services* waaronder het ambulante en outreaching⁸ zorgaanbod kan ingedeeld worden (Gaebel et al., 2012):

Onder de categorie van het **ambulante** zorgaanbod vallen volgende subcategorieën:

- Ambulante zorg specifiek voor de 1^{ste} 1000 dagen
 - (expertise)Centrum Perinatale Mentale Gezondheid
 - Kinderpsychiatrie
- Ambulante zorg voor alle leeftijdsgroepen
 - Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)
 - Psychotherapie (klinisch psycholoog en/of psychiater)

Onder de categorie van het **outreaching** zorgaanbod vallen volgende subcategorieën:

- Outreaching zorg specifiek voor de 1^{ste} 1000 dagen
- Outreaching zorg voor alle leeftijdsgroepen
 - Mobiel Team
 - Mobiel Crisis Team

Onder de categorie van het **residentiële** zorgaanbod vallen volgende subcategorieën:

- Residentiële zorg specifiek voor de 1^{ste} 1000 dagen
 - Kinderpsychiatrie
 - Moeder-babyeenheid (MBE)
- Residentiële zorg voor volwassenen
 - Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis (PAAZ)
 - Psychiatrisch Ziekenhuis/Centrum

⁸ Mobiel (crisis) zorgaanbod vb. via mobiel (crisis) team dat acute en crisiszorg aan huis verleent ter preventie van een opname (Gaebel et al., 2012)

Hoofdstuk 2

Deliverable 1 – Inventaris veerkracht-ondersteunend zorgaanbod eerstelijnszones Kemp en Duin, Gent en Leuven

Deze inventaris had als doel organisaties, van nulde tot derde lijn, in kaart te brengen die momenteel bezig zijn met het ondersteunen/bevorderen van veerkracht tijdens de eerste 1000 dagen van het leven in de eerstelijnszones Kemp en Duin (Limburg), Gent en Leuven.

1 Methodologie

1.1 Ontwikkeling vragenlijst

Om de inventarisatie uit te voeren werd een vragenlijst ontwikkeld. Ter voorbereiding werd in de literatuur na gegaan welke methodieken en tools er beschikbaar zijn en effectief zijn om veerkracht tijdens de eerste 1000 dagen van het leven te ondersteunen/bevorderen (zie hoger). Deze literatuurstudie diende tevens als input voor de overige deliverables in dit project.

Verschillende (onafhankelijke) experts werden geconsulteerd om de vragenlijst te reviewen. De eerste review gebeurde door medewerkers van Kind & Gezin, het Vlaams Agentschap voor Zorg en Gezondheid en het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Zij werden geconsulteerd omwille van hun expertise en betrokkenheid binnen dit project. Voor de tweede review werd Helga Peeters, coördinator voor de provincie Antwerpen van het voormalige pilootproject “Perinatale Geestelijke Gezondheid”, op 8/02 en 27/02/2019 geconsulteerd omwille van haar expertise binnen het voormalige pilootproject.

De derde review gebeurde door prof. dr. Annick Bogaerts en prof. dr. Titia Hompes, die in het licht van hun expertise de vragenlijst reviseerden. Daarnaast werd de derde versie van de vragenlijst op 12/04/2019 ook voorgelegd aan de stuurgroep van dit project zodat de leden de kans kregen om vanuit hun eigen expertise feedback te geven op de vragenlijst. Er werd een pilootstudie uitgevoerd waarbij 5 mensen van verschillende organisaties en met verschillende profielen gevraagd werd om, onafhankelijk van elkaar, de vragenlijst in te vullen en feedback te geven. Op basis van hun bevindingen werd uiteindelijk de finale vragenlijst ontwikkeld. De ontwikkeling van de vragenlijst wordt weergegeven in figuur 4.



Figuur 4 Procesontwikkeling van de vragenlijst

Op basis van bovenstaande methodologie/stappenplan kwamen vijf thema's aan bod die in de vragenlijst werden opgenomen: 1) algemene informatie over de organisatie, 2) gebruikte methoden om veerkracht en algemeen perinataal mentaal welzijn te ondersteunen/bevorderen tijdens de eerste 1000 dagen van het leven, 3) het gebruik van screeningsinstrumenten voor de detectie van perinatale mentale problemen, 4) huidige mate van multidisciplinaire samenwerking binnen de perinatale (mentale) gezondheidszorg, en 5) noden, behoeften en suggesties voor de toekomstige organisatie van de perinatale (mentale) gezondheidszorg. De vragenlijst werd geprogrammeerd in Lime Survey®.

1.2 Disseminatie vragenlijst

De link naar de vragenlijst werd via email verstuurd aan professionele organisaties van vroedvrouwen, huisartsen, psychologen, gynaecologen, psychiaters en pediaters; aan coördinatoren van organisaties zoals Kind & Gezin⁹, expertisecentra kraamzorg, Centra voor Algemeen Welzijn (CAW) en eerstelijnszones; aan informele netwerken (bv. moeder-/ouder-/lotgenotengroepen) en vrijwilligers die samenwerken met de Huizen van het Kind; en naar algemene en psychiatrische ziekenhuizen. De doelgroep waren sleutelfiguren¹⁰ binnen deze organisaties van 0^{de} tot 3^{de} lijn. Om een zo groot mogelijk bereik te garanderen werden zoveel mogelijk sleutelfiguren vooraf telefonisch gecontacteerd om de vragenlijst aan te kondigen. Een deel van de adressenlijst werd bezorgd door Helga Peeters, verder werd online gezocht naar professionele organisaties en/of contactgegevens van de coördinatoren van de eerstelijnszones. Figuur 5 geeft een overzicht van de categorieën organisaties, opgedeeld per werkingsgebied die in het adressenbestand zaten.

⁹ Voor Kind & Gezin werden de lokale teams gecontacteerd van de provincies Limburg, Vlaams-Brabant en de regionale zorgregio Gent alsook Evelyne Deguffroy

¹⁰ Coördinatoren/ verantwoordelijken van organisaties die veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap ondersteunen / bevorderen

0 ^{de} lijn	1 ^{ste} lijn	2 ^{de} lijn	3 ^{de} lijn
<ul style="list-style-type: none"> • Informele netwerken (vb. moedergroepen) • DOMO vzw • Fara vzw 	<ul style="list-style-type: none"> • Huizen van het Kind • Kind & Gezin • Expertisecentra kraamzorgen kraamzorgorganisaties • Vroedvrouwen • Huisartsen • Psychologen • Eerstelijnspsychogen • Wijkgezondheidscentra • CAW's • OCMW's • Eerstelijnszones • Netwerken geestelijke gezondheidszorg <ul style="list-style-type: none"> • Volwassenen • Kinderen 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrische Afdelingen Algemene Ziekenhuizen (PAAZ) • Materniteiten • Liaisonpsychologen • Centra voor Geestelijke Gezondheid (CGG's) • Beroepsorganisatie gynaecologen, psychiaters en pediaters • Verslavingszorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Moeder-baby units • Psychiatrische centra

Figuur 5 Overzicht doelpubliek vragenlijst in categorieën van organisaties per werkingsgebied

Aan de ontvangers van de vragenlijst werd gevraagd om deze verder te dissemineren ("snowball sampling") binnen hun eigen perinatale (mentale) netwerk, zowel in de mail met de link als in de vragenlijst zelf. De vragenlijst werd een eerste keer uitgestuurd op 17/05/2019 en op 27/05/2019 werd een herinneringsmail verstuurd, de tweede ronde werd uitgestuurd op 01/10/2019, de derde en laatste ronde werd uitgestuurd op 29/10/2019. De datacollectie werd definitief afgesloten op 24/11/2019. De link naar de vragenlijst werd ook gepubliceerd in de nieuwsbrieven van de Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen (VBOV) en de huisartsenkring Khobra, alsook verspreid onder huisartsen via Domus Medica.

1.3 Ethische beschouwing

Voordat respondenten de vragenlijst konden invullen, werden zij geïnformeerd over de GDPR-wetgeving en werd hen gevraagd digitaal akkoord te gaan met deelname aan het onderzoek (informed consent). Het gehele onderzoek, waarvan deze netwerkanalyse deel uitmaakt, werd op 16/05/2019 goedgekeurd door de Ethische Commissie Onderzoek van UZ/KU Leuven (B322201940153).

1.4 Verdere aanvulling database

Naast de vragenlijst werden de databases met organisaties in Kemp en Duin, Gent en Leuven verder aangevuld vanuit bestaande netwerken in de 3 ELZ. Netwerken zoals Huizen van Kind, Kind & Gezin en het Overlegplatform Kwetsbaar Zwanger in Gent werden gecontacteerd met de vraag om concrete contactpersonen binnen hun netwerk door te geven. Daarnaast werden de websites van deze netwerken geraadpleegd om links naar andere potentiële organisaties te volgen. Tot slot werd de bestaande databank van het proefproject 'perinatale geestelijke gezondheidszorg (2016-2018)' geraadpleegd om de 3 databases verder aan te vullen.

1.5 Selectiecriteria

Om opgenomen te worden in een van de 3 databases moest de organisatie 1) werkzaam zijn binnen minstens 1 van de 3 ELZ (Kemp en Duin – Gent – Leuven), 2) werkzaam zijn binnen de perinatale of mentale gezondheids- of welzijnszorg van 0^{de} tot 3^{de} lijn, 3) professioneel in contact komen met zwangere vrouwen of kinderen met gezinnen tot 2 jaar, en 4) een veerkracht-ondersteunend aanbod hebben voor de 1^{ste} 1000 dagen.

Een organisatie werd niet opgenomen indien deze behoorde tot de verslavingszorg, enkel een zorgaanbod heeft voor niet-psychotische aandoeningen (bv. eetstoornissen), behoorde tot de forensische psychiatrie of bijzondere jeugdzorg.

1.6 Indeling soort organisaties

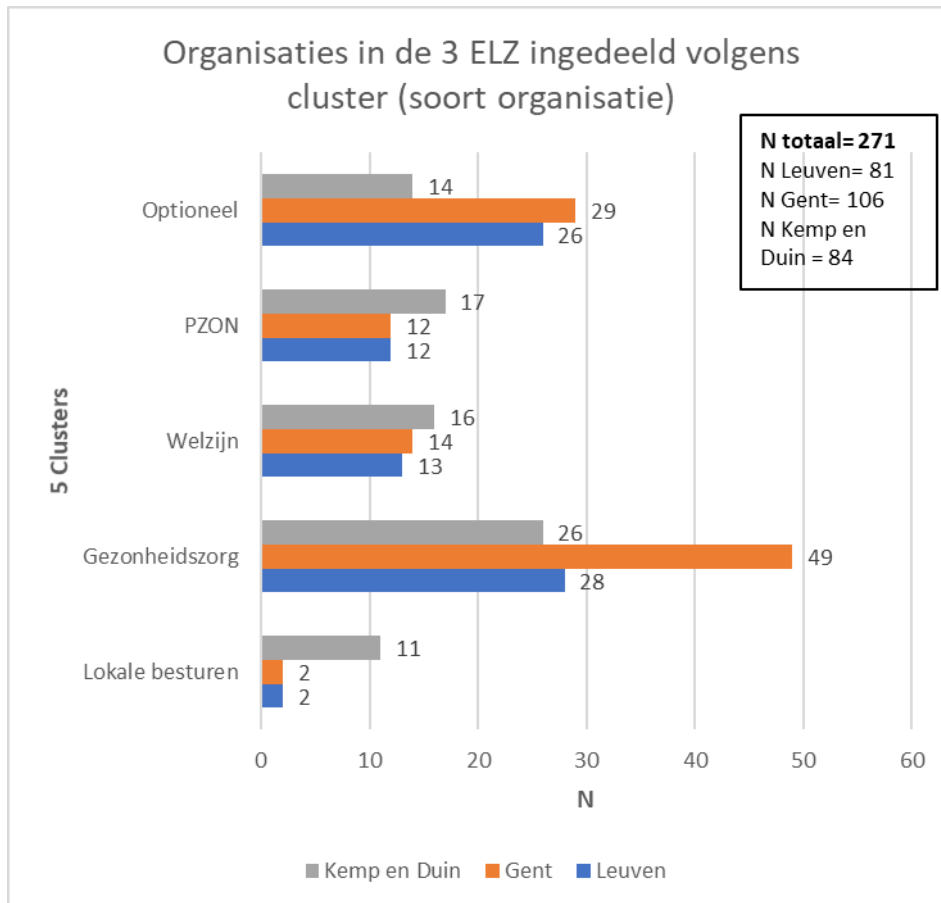
Om de organisaties in te delen volgens **soort of type**, werd gebruik gemaakt van de indeling voor de voorlopige zorgraden van de eerstelijnszones (bijlage 2). Dit is een bestaande indeling van het Agentschap Zorg en Gezondheid (Agentschap Zorg & Gezondheid, n.d.) en deelt de organisaties op volgens 5 clusters: 1) lokale besturen, 2) gezondheidszorg, 3) welzijn, 4) personen met zorg- en ondersteuningsvraag en 5) optionele partners. Per cluster worden de organisaties verder opgedeeld in categorieën, subcategorieën en zo nodig een extra onderverdeling. Gezien deze indeling bedoeld is voor organisaties binnen de eerste lijn en dit project organisaties van 0^{de} tot 3^{de} lijn inventariseert, werden enkele categorieën en subcategorieën toegevoegd (in het groen).

Om het veerkracht-ondersteunend **zorgaanbod** uit de 3 ELZ in te delen, werd de indeling van het veerkracht-ondersteunend zorgaanbod tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap voor Vlaanderen gebruikt. De ontwikkeling van deze indeling werd uitvoerig beschreven in het voorgaande hoofdstuk.

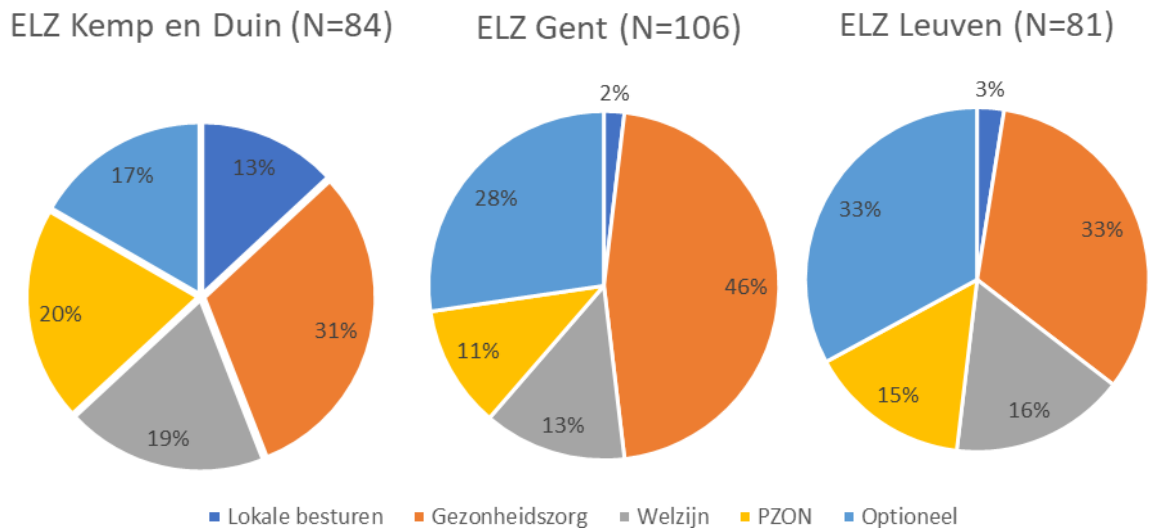
2 Resultaten

In totaal werden 271 organisaties opgenomen in de inventaris van organisaties, N=81 zijn werkzaam binnen de ELZ Leuven, N=106 binnen de ELZ Gent en N=84 binnen de ELZ Kemp en Duin (figuur 6)¹¹. De meeste organisaties behoren tot de cluster gezondheidszorg: binnen ELZ Gent hoort bijna 1 op 2 (46%) tot de cluster gezondheidszorg, voor de ELZ Leuven en Kemp en Duin behoren ongeveer 1/3^{de} (respectievelijk 33% en 31%) van alle geïnventariseerde organisaties tot de cluster gezondheidszorg (figuur 7).

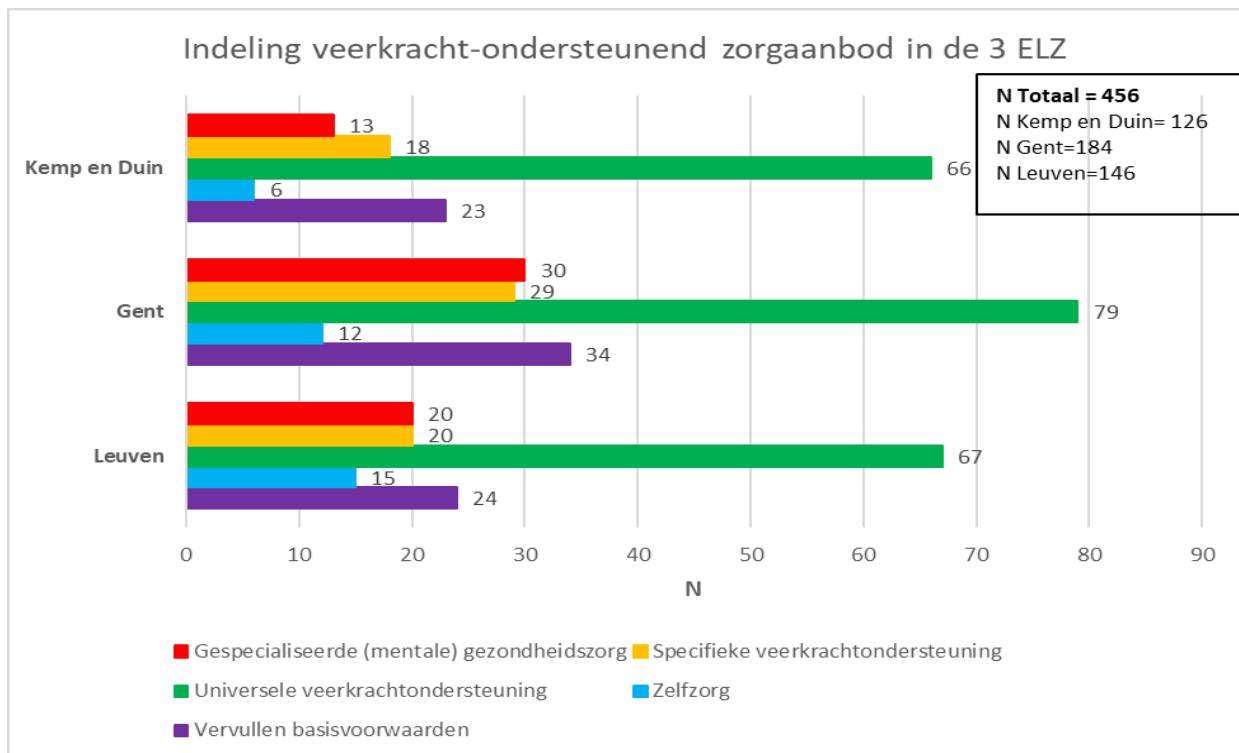
¹¹ Optioneel = optionele partners. PZON = Personen met Zorg- en OndersteuningsVraag (zie bijlage 2)



Figuur 6 Organisaties in de 3 ELZ ingedeeld volgens cluster (soort organisatie)

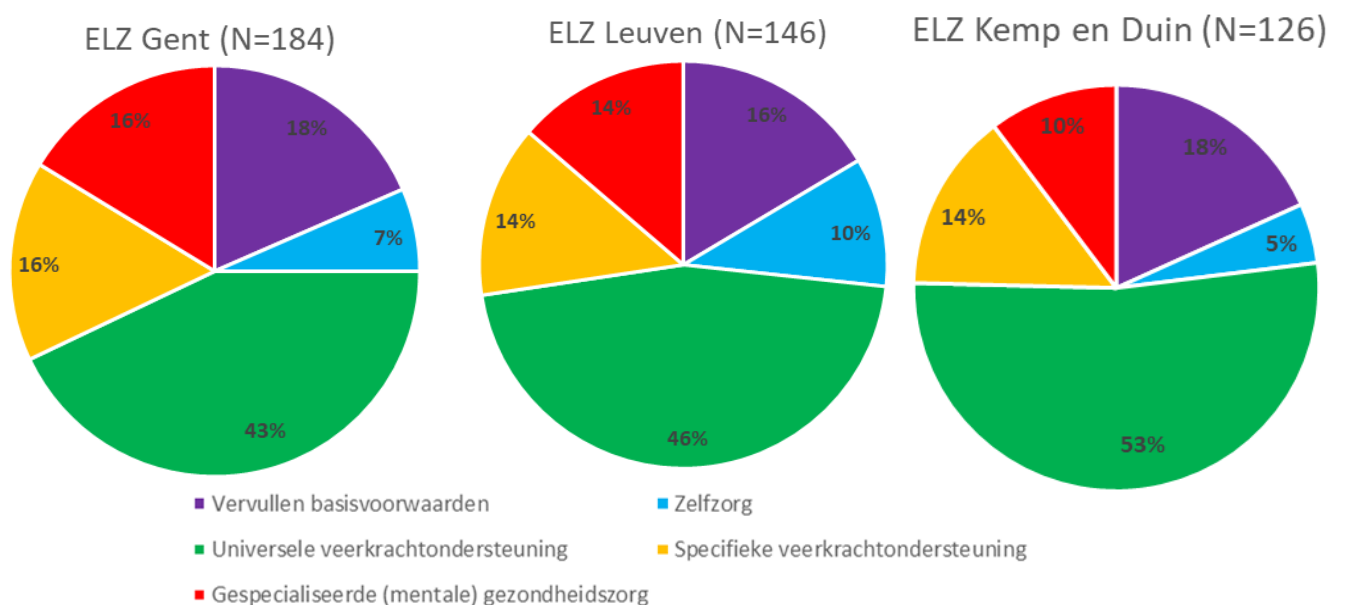


Figuur 7 Verdeling organisaties volgens soort in de 3 ELZ



Figuur 8 Indeling veerkracht-ondersteunend zorgaanbod in de 3 ELZ

Deze 271 organisaties hebben samen een totaal veerkracht-ondersteunend zorgaanbod van 456 diensten. Figuur 8 geeft het veerkracht-ondersteunend zorgaanbod weer voor de 3 ELZ. Het grootste veerkracht-ondersteunend zorgaanbod binnen de 3 ELZ bevindt zich onder de universele veerkracht-ondersteuning: ELZ Kemp en Duin 53%, ELZ Leuven 46% en ELZ Gent 43%. Het zorgaanbod met betrekking tot zelfzorg is momenteel het kleinste voor alle 3 de ELZ: Kemp en Duin 5%, Leuven 10% en Gent 7% (figuur 9).



Figuur 9 Verdeling veerkracht-ondersteunend zorgaanbod per ELZ

Tabel 2 geeft het aantal antwoorden op de vragenlijst naar de organisaties met een veerkracht-ondersteunend zorgaanbod weer voor de 3 ELZ. Hieruit blijkt dat de algemene response rate gemiddeld 1 op 3 (33.9%) bedraagt. De hoogste response rate werd bekomen in de ELZ Leuven (50.6%) gevolgd door ELZ Gent (29.2%) en ELZ Kemp en Duin (23.8%).

Tabel 2 Overzicht response rate van de vragenlijst

ELZ	Respons (n) ronde 1 16/05/2019	Respons (n) ronde 2 8/10/2019	Respons (n) ronde 3 29/10/2019	TOTALE RESPONS (n)	Totaal aantal (n) organ isaties ** (response rate)
Leuven	27	10	4	41	81 (50.6%)
Kemp & Duin	12	7	1	20	84 (23.8%)
Gent	21	8	2	31	106 (29.2%)
TOTAAL*	60	28	6	92	271 (33.9%)
<i>*kolom totalen; **volgens inventaris van de soort organisaties (rij %)</i>					

3 Discussie

Het doel van dit eerste onderdeel van het project was het maken van een inventaris van organisaties die werken binnen en buiten de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en die een aanbod hebben voor de periode tijdens tot 2 jaar na de zwangerschap, en dit voor de ELZ Kemp en Duin, Leuven en Gent. Voor deliverable 1 worden bijgevolg volgende documenten opgeleverd:

1. **3 databases** met het netwerk van organisaties met een veerkracht-ondersteunend zorgaanbod voor respectievelijk eerstelijnszones Kemp en Duin, Leuven en Gent.
2. **Een figuur met de ontwikkelde indeling van het veerkracht-ondersteunend zorgaanbod tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap voor Vlaanderen.** Deze figuur geeft een duidelijk en snel overzicht van deze indeling en kan gebruikt worden als logo of afbeelding voor de website van de Sociale Kaart (Bijlage 1 - Deliverable 1 - Figuur indeling zorgaanbod).
3. **Een tabel met indeling van de soort organisaties.** Deze indeling werd gebruikt voor de inventarisatie van de soort organisaties welke terug te vinden in op het laatste tabblad van de databases (Bijlage 2 - Deliverable 1 - Tabel Indeling soorten organisaties).
4. **Een tabel met het ontwikkelde sjabloon voor de indeling van het veerkracht-ondersteunend zorgaanbod tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap voor Vlaanderen.** Deze tabel kan als invulsjabloon gebruikt worden om het veerkracht-ondersteunend zorgaanbod in de andere ELZ van Vlaanderen in kaart te brengen (Bijlage 3 - Deliverable 1 - Indeling zorgaanbod)
5. Dit **rapport met de ontwikkeling, verantwoording en totstandkoming van deliverable 1**

Al de relevante gegevens werden tevens bezorgd aan de verantwoordelijke van de sociale kaart die deze verder zal integreren in hun platform.

Het veerkracht-ondersteunend zorgaanbod werd in kaart gebracht voor de 3 ELZ Kemp en Duin, Leuven en Gent via de ontwikkelde indeling voor het veerkracht-ondersteunend zorgaanbod tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap voor Vlaanderen, welke uniek is gezien er op dit moment nog geen soortgelijke indeling bestaat voor zover wij weten. Gezien de grote variatie aan soorten organisaties, met nog een grotere diversiteit aan diensten en zorgverlening, binnen de geestelijke gezondheidszorg maakte dat het in kaart brengen van het zorgaanbod complex was (Gaebel et al., 2012). Daarom werd bijkomend een inventaris gemaakt op basis van de soort van organisatie.

Het grootste veerkracht-ondersteunend zorgaanbod bevond zich onder universele veerkrachtondersteuning, wat overeenkomstig is met het zorgmodel van *1001 critical days* waar universele steun voor alle ouders met preventie en vroege detectie van (mentale) problemen de grootste trap van die piramide is (Leadsom et al., 2013). Het zorgaanbod met betrekking tot zelfzorgondersteuning was momenteel het kleinste, terwijl in het *Mental Health Action Plan* van de WHO promotie van zelfzorg sterk wordt aanbevolen om de toegang en kwaliteit van mentale gezondheidszorg te bevorderen (World Health Organization, 2013). Een verklaring hiervoor kan zijn dat er nog initiatieven onder de radar zijn gebleven en dus niet konden opgenomen worden in de inventaris van het zorgaanbod, of dat er effectief onvoldoende wordt ingezet op ondersteuning bij zelfzorg ten aanzien van perinatale mentale gezondheid.

In tabel 2 zien we dat ongeveer 1/3 (33.9%) van de geïnventariseerde organisaties de vragenlijst, die onder andere peilde naar het soort veerkracht-ondersteunend zorgaanbod, invulde. Dit betekent dat de huidige inventarisatie van het veerkracht-ondersteunend zorgaanbod in de 3 ELZ mogelijk een onderschatting is. Het bekendmaken en dissemineren van het sjabloon voor de indeling van het veerkracht-ondersteunend zorgaanbod, en het up to date houden van de inventaris is dan ook een belangrijk aandachtspunt.

Een van de mogelijk grootste moeilijkheden was het feit dat perinatale veerkracht een relatief nieuw begrip is waardoor dit niet altijd gekend is bij de organisaties. Hierdoor zijn er mogelijk organisaties die zich, onterecht, niet aangesproken voelden in de vragenlijst en deze niet invulden. We hebben geprobeerd dit tegemoet te komen door zoveel mogelijk bijkomend ook zelf op zoek te gaan naar organisaties via telefonisch contact of via hun websites te bezoeken op zoek naar informatie over hun zorgaanbod. Perinatale veerkracht werd onlangs door Van Haeken en collega's gedefinieerd (Van Haeken et al., 2019), het promotoren en verspreiden van deze definitie binnen het Vlaamse zorglandschap kan een eerste stap belangrijke zijn in de bekendmaking van dit concept.

In de volgende onderdelen van dit project zal ingezoomd worden op:

1. het maken van een overzicht van methodieken en tools die de veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap kunnen ondersteunen;
2. het maken van een analyse omtrent de mogelijkheden voor een multidisciplinair perinataal netwerk met een perinatale coördinator om de continuïteit van opvolging en begeleiding te borgen (input voor een regionaal zorgpad screening en detectie perinatale mentale problemen);
3. het voorstellen van een onderzoeksprogramma ‘Veerkracht in de eerste 1000 dagen’ zodat de Vlaamse overheid op basis hiervan een oproep kan lanceren voor het indienen van projecten met een tijdelijk en vernieuwend karakter betreffende de organisatie en verdere uitbouw van de perinatale GGZ met als doel de zwangere vrouw, haar partner en haar gezin in de eerste 1000 levensdagen van een nieuw gezinslid te ondersteunen in haar veerkracht.

4 Conclusie

Het veerkracht-ondersteunend zorgaanbod voor de periode vanaf de zwangerschap tot 2 jaar erna, werd in kaart gebracht voor de 3 ELZ Kemp en Duin, Leuven en Gent via de unieke indeling voor het veerkracht-ondersteunend zorgaanbod tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap voor Vlaanderen. Integratie van dit zorgaanbod in de Sociale Kaart is mogelijk door een koppeling te maken met de inventaris van de soort organisaties op het laatste tabblad van elke database voor respectievelijk ELZ Kemp en Duin, Leuven en Gent.

Universele veerkracht-ondersteuning blijkt het meest vertegenwoordigd in dit zorgaanbod, aandacht voor ondersteuning in zelfzorg krijgt het minste aandacht. Belangrijk is om zowel het begrip “perinatale veerkracht” als het sjabloon van de indeling voor het veerkracht-ondersteunend zorgaanbod tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap voor Vlaanderen bekend te maken en te dissemineren in het Vlaamse zorglandschap zodat het zorgaanbod verder in kaart gebracht kan worden. Het up to date houden van dit zorgaanbod i.s.m. de Sociale kaart wordt aanbevolen.

Hoofdstuk 3

Deliverable 2 – Matrix van veerkracht-ondersteunende methodieken en tools

De tweede doelstelling van dit project is het maken van een overzicht met methodieken en tools die veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap kunnen ondersteunen. Hiervoor wordt een antwoord gezocht op volgende onderzoeksvragen:

1. Welke methodieken en tools die de veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap kunnen ondersteunen zijn **beschikbaar** in de literatuur en binnen organisaties?
2. Welke methodieken en tools die de veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap kunnen ondersteunen worden **effectief aangeboden en toegepast** door organisaties?
3. Van welke bovenvermelde methodieken en tools is enige **wetenschappelijke evidentie** ter ondersteuning van veerkracht perinataal?
4. Wat vinden **gezondheidszorg- en welzijnsondersteuners** evenals **ervaringsdeskundigen** van de beschikbare en al dan niet gehanteerde methodieken en tools? (kennis, evaluatie van hun **ervaringen**) (zie hoofdstuk 4).

1 Methodologie

Om een antwoord te formuleren op bovenstaande onderzoeksvragen werd enerzijds een literatuuronderzoek uitgevoerd waarbij ook de grijze literatuur¹² werd geconsulteerd. Anderzijds werden semigestructureerde interviews georganiseerd met sleutelfiguren (professionals en vrijwilligers) die werkzaam zijn binnen de perinatale of mentale gezondheidszorg in de eerstelijnszones Kemp en Duin (Limburg), Gent en Leuven.

De resultaten van het literatuuronderzoek, werden samengebracht in een matrix met methodieken en tools (bijlage 4). Methodieken werden geïnterpreteerd als een techniek of interventie die perinatale veerkracht bevordert. Tools werd gedefinieerd als de operationalisering van de methodiek. De definitie met concepten van perinatale veerkracht werd overgenomen van Van Haeken en collega's (Van Haeken et al., 2020):

Perinatale veerkracht werd door Van Haeken en collega's gedefinieerd als *“een proces naar een groter welbevinden in de vorm van persoonlijke groei, familie balans, aanpassing of acceptatie, wanneer geconfronteerd met stressors, uitdagingen of tegenspoed. De aanwezigheid van veerkracht attributen zoals sociale ondersteuning, self-efficacy, gevoel van meesterschap en zelfvertrouwen vergroten het vermogen om veerkrachtig te zijn en zijn preventief naar mentale gezondheidsproblemen”*(Van Haeken et al., 2020).

Volgende veerkracht-bevorderende factoren zijn in de literatuur geassocieerd met veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap: **sociale ondersteuning, zelfredzaamheid of geloof in eigen kunnen, optimisme** (Van Haeken et al., 2020; Witteveen et al., 2017), **psychologische flexibiliteit**¹³, **actieve**

¹² Literatuur die niet gepubliceerd is of enkel te vinden is via populaire zoekmachines zoals Google.

¹³ Herwaardering en aanvaarding van negatieve emoties en/of ervaringen (Witteveen et al., 2017)

coping, actieve lichaamsbeweging welke een onderdeel is van actieve coping (Witteveen et al., 2017), **emotieregulatie** en **zelfvertrouwen** (Van Haeken et al., 2020). Deze veerkracht-bevorderende factoren zijn elk afzonderlijk positief geassocieerd met perinatale veerkracht, de combinatie van meerdere factoren in een interventie heeft een synergetisch effect (Witteveen et al., 2017).

1.1 Literatuuronderzoek en consultatie grijze literatuur

Als eerste werden bestaande richtlijnen rond perinatale mentale gezondheid geconsulteerd gevolgd door de Cochrane Database of Systematic Reviews. Daarnaast werd de databank van Pubmed geraadpleegd met behulp van de (MeSH-) termen: "Pregnancy"[Mesh], "Postpartum Period"[Mesh], "Fathers"[Mesh], "Mothers"[Mesh], "Infant"[Mesh], "Social Support"[Mesh], "Self Efficacy"[Mesh], "Optimism"[Mesh], "Self Confidence"[Tiab], "Confidence, Self"[Tiab], "sense of mastery"[Tiab], "Resilience, Psychological"[Mesh], "Mental Health"[Mesh], "Empowerment"[Mesh]. Deze (MeSH-) termen werden gecombineerd met de booleaanse operatoren 'AND' en 'OR'.

Artikels werden geïncludeerd indien ze geschreven waren in het Nederlands of Engels, en de volledige tekst moest beschikbaar zijn. Volgende exclusiecriteria werden vooropgesteld:

- bevat geen methodiek of tool,
- veerkracht bij gezondheidswerkers,
- preconceptionele periode bv. fertiliteit,
- periode na 2^{de} jaar na geboorte,
- verslavingszorg,
- niet-psychootische aandoeningen bv. eetstoornissen,
- pathologie bij ouder(s) of kind bv. prematuriteit, handicap, kanker,
- case reports, comments, study protocols.

Naast bovengenoemde databanken werd ook de populaire zoekmachine Google geraadpleegd ter verdieping van dit thema met behulp van zoektermen zoals "veerkracht", "psychisch welzijn", "mentaal welzijn", "zwangerschap", "arbeid en bevalling", "kraamperiode", "perinataal". Ook voor de grijze literatuur golden dezelfde inclusie- en exclusiecriteria als hierboven.

1.2 Semigestructureerde interviews

De semigestructureerde interviews werden georganiseerd met een doelgerichte steekproef en hadden als primair doel methodieken en tools te identificeren waarover in de beschikbare literatuur niet gepubliceerd werd. Het secundaire doel was het beschrijven van de cultuursensitiviteit van het huidige veerkracht-ondersteunend aanbod. Inclusiecriteria waren:

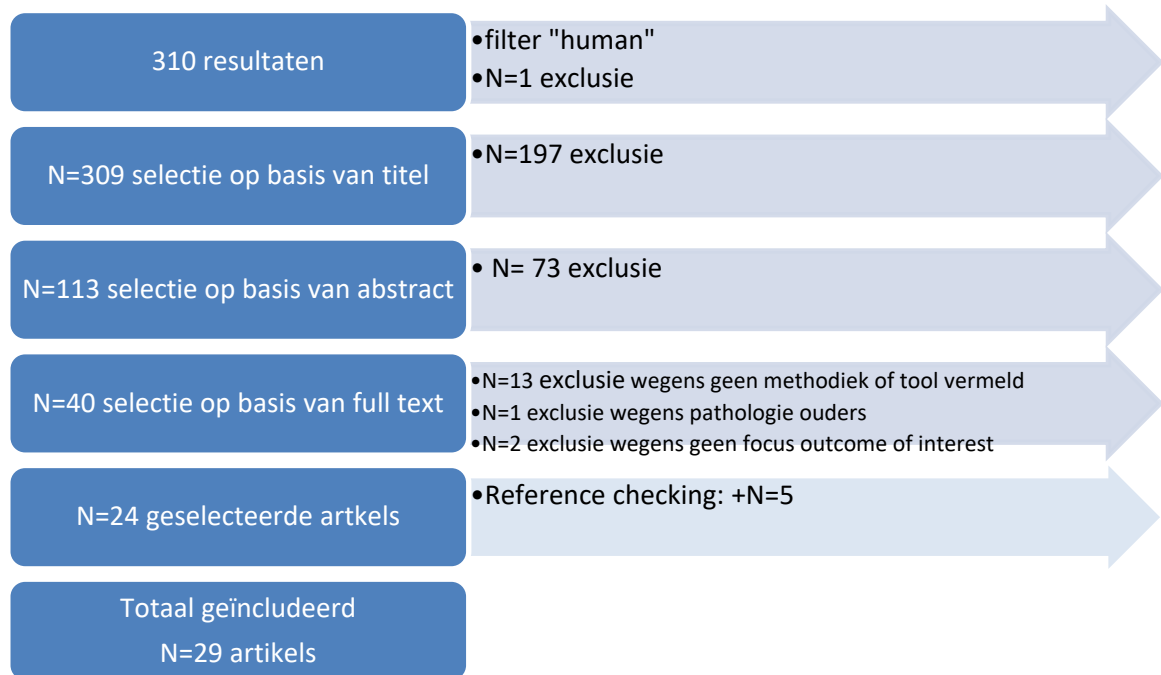
- actief zijn binnen de perinatale of mentale gezondheidszorg, van nulde tot derde lijn,
- (professioneel) actief zijn binnen de eerstelijnszones Kemp en Duin, Leuven of Gent.

Er werden 12 interviews (N=12) face-to-face of telefonisch afgenomen bij sleutelfiguren (professionals en vrijwilligers) die werkzaam zijn binnen de perinatale of mentale gezondheidszorg in de eerstelijnszones Kemp en Duin (Limburg), Gent en Leuven. Er werd hen gevraagd 1) welke methodieken en tools volgens hen veerkracht ondersteunen tijdens en tot 2 jaar na de bevalling, 2) in welke mate hun aanbod cultuursensitief is en 3) hoe zij het ideale perinatale (mentale) zorgpad zien. De laatste vraag werd gesteld met oog op de volgende doelstelling (deliverable 3 en 4) in dit project. De interviews duurden

± 1u en gingen door op een locatie gekozen door de deelnemers. De interviews werden opgenomen met een spraakrecorder en werden na het interview getranscribeerd door 3 onderzoekers.

2 Resultaten

2.1 Literatuuronderzoek



Figuur 10 Flowchart beslissingsboom inclusie artikels literatuuronderzoek

N=29 artikels werden geïncludeerd in het literatuuronderzoek (figuur 10), hieruit werden 19 tools en 22 methodieken gedestilleerd. Daarnaast leverde de consultatie van de grijze literatuur bijkomend N=15 tools en N=2 methodieken op welke mee in de matrix verwerkt zijn. De ontwikkeling van de matrix wordt hieronder besproken.

2.2 Matrix met tools en methodieken

De gevonden tools (hoe)¹⁴ en methodieken (wat)¹⁵ werden samengebracht in een matrix. De matrix bevat N=34 tools en N=24 methodieken.

Het tabblad met de tools (N=34) vermeldt als eerste onder welke **(1) soort preventie** deze valt, hiervoor werd de indeling van preventieve interventies voor mentale gezondheid uit deliverable 1 (tabel 1) gebruikt (Arango et al., 2018) gezien deze ook mee verwerkt werden in het sjabloon voor de indeling van het veerkracht-ondersteunend aanbod in Vlaanderen. Vervolgens werd aangegeven onder welk **(2) niveau van veerkracht ondersteuning** de tool kan ondergebracht worden, de kleuren van deze niveaus

¹⁴ Operationalisering van de methodiek

¹⁵ Methode om veerkracht te ondersteunen

komen overeen met die van het ontwikkelde sjabloon uit deliverable 1 met vervullen van basisvoorwaarden (paars), zelfzorg (blauw), universele veerkrachtondersteuning (groen), specifieke veerkrachtondersteuning (oranje) en gespecialiseerde ondersteuning met betrekking tot perinatale mentale gezondheid (rood).

Vervolgens wordt de **(3) naam van de tool** vermeld gevolgd door de **(4) doelgroep**, **(5) periode waarin de tool gebruikt kan worden** of onderzocht werd, **(6) land of regio** waarin de tool ontwikkeld werd of waar het onderzoek gehouden werd, omschrijving van de **(7) werking van de tool**, de **(8) gebruikte methodieken** in de tool en of de tool **(9) effectief** is in de bevordering van veerkracht of psychisch welzijn tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap. Om dit laatste duidelijk te maken werd de tekst in het groen gezet indien de tool effectief blijkt, rood indien de tool niet effectief blijkt en oranje bij twijfel over de effectiviteit. Indien niets vermeld werd over de effectiviteit, werd de tekst zwart gelaten. Tot slot worden de geconsulteerde **(10) bronnen** vermeld.

Het tabblad met de methodieken (N=24) werd op een gelijkaardige manier ingedeeld met **(1) soort preventie**, **(2) niveau van veerkracht-ondersteuning**, **(3) methodiek zelf**, **(4) informatie over de methodiek**, **(5) populatie** waarbij de methodiek wordt toegepast of onderzocht werd, **(6) land of regio** waar de methodiek onderzocht werd, **(7) de effectiviteit** van de methodiek en **(8) de bronnen**.

2.2.1 Zelfzorg

Er werden N=8 tools en N=2 methodieken onder het **niveau zelfzorg** geplaatst. N=2 tools behoorden ook tot het niveau van universele veerkrachtondersteuning. Bij N=3 tools werd niet vermeld welke methodiek er toegepast werd. Bij de tools waar wel de methodiek(en) vermeld waren, werd bij van N=2 tools de effectiviteit ervan specifiek onderzocht, beide tools werden niet effectief bevonden (Reid et al., 2002; Watson et al., 2005). De N=2 methodieken, tijd voor zichzelf maken en actieve lichaamsbeweging (hier zwangerschapszwemmen), werden beiden effectief bevonden in de preventie van perinatale depressieve klachten (Witteveen et al., 2017; Woolhouse et al., 2016).

2.2.2 Universele veerkrachtondersteuning

De meeste tools (N=17) en methodieken (N=13) werden onder het niveau van **universele veerkracht-ondersteuning** geplaatst. N=5 tools en N=2 methodieken werden ook onder zelfzorg (N=2 tools) en specifieke veerkrachtondersteuning (N=3 tools en N=2 methodieken) ingedeeld. De meest gebruikte methodiek in de tools is die van sociale ondersteuning (N=11). Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen sociale ondersteuning van een zorgverlener of door “peers¹⁶”. Bij sociale ondersteuning door “peers” is het belangrijk dat deze dezelfde ervaringen of gevoelens delen, indien dit niet het geval is versterkt dit het gevoel van isolatie bij de zwangere vrouw of kraamvrouw die mentale problemen ervaart (Jones et al., 2014a).

Van N=10 tools werd de effectiviteit onderzocht waarvan N=5 effectief bevonden werden: 1) het Creative Activities in Pregnancy-Program (Demecs et al., 2011), 2) Mentors Offering Maternal Support (MOMS) (Weis et al., 2017), 3) Working Out Dads (Giallo et al., 2018), 4) de interventie voor oplossen gedragsmatige slaapproblemen van baby's (Hall et al., 2006) en 5) het ondersteuningspakket voor huilbaby's (Powell et al., 2018). Hierbij moet opgemerkt worden dat deze N=5 allen een andere gemeten

¹⁶ Niet-professionele ondersteuning door personen met dezelfde ervaring, gevoelens, kenmerken (Jones et al., 2014b)

uitkomst hadden gaande van verbeterde perceptie van emotioneel welzijn (Demecs et al., 2011) tot vermindering op uitkomsten van de Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Powell et al., 2018).

Van de N=13 methodieken, werden N=6 als effectief bevonden in de preventie van postpartum-depressie: cognitieve gedragstherapie (CGT) (Dennis & Dowswell, 2013; Witteveen et al., 2017), vroedvrouw-geleide postnatale begeleiding (Dennis & Dowswell, 2013; MacArthur et al., 2003), sociale ondersteuning door “peers” (Dennis & Dowswell, 2013), yoga, verkennen van de mogelijkheden omtrent bevalling en ouderschap, en ontwikkelen van een sociaal netwerk (Doran & Hornibrook, 2013; Witteveen et al., 2017) en postpartum ondersteuning door zorgverlener of individu met extra opleiding (Shaw et al., 2006). Bij deze laatste dient opgemerkt te worden dat deze effectief is als selectieve preventie van postpartumdepressie onder de vorm van intensieve huisbezoeken in combinatie met ondersteuning door “peers” (Shaw et al., 2006).

2.2.3 Specifieke veerkrachtondersteuning en gespecialiseerde ondersteuning m.b.t. perinataal en/of infant mentale gezondheid

N=14 tools en N=9 methodieken werden onder het niveau van **specifieke veerkrachtondersteuning** geplaatst. N=7 tools en N=5 methodieken werden ook onder universele veerkrachtondersteuning (N=3 tools en N=2 methodieken) en **gespecialiseerde ondersteuning met betrekking tot perinatale en/of infant mentale gezondheid** (N=4 tools en N=3 methodieken) geplaatst. In N=8 tools werd sociale ondersteuning, door een zorgverlener of door “peers”, gebruikt als methodiek (Armstrong et al., 2004; Barlow et al., 2007; Hall et al., 2006; Huis van het Kind Leuven, n.d.; Parker et al., 1987; Popo et al., 2017; Vlaams Instituut Gezond Leven, n.d.) en in N=3 tools werd CGT gebruikt als methodiek (Haverman et al., 2018; Levi et al., 2019; Powell et al., 2018).

Bij N=11 tools werd de effectiviteit onderzocht waarvan N=6 als effectief bevonden werden. N=4 tools gaven een daling in depressieve gevoelens: het ondersteuningspakket voor huilbaby's (Powell et al., 2018), het “aerobic exercise program” (Koniak-Griffin, 1994), intensief wandelen in groep met de kinderwagen (Armstrong et al., 2004) en “Mellow Parenting” (Levi et al., 2019). De daling in depressieve gevoelens werd gemeten met verschillende meetinstrumenten. N=2 tools gaven een verbetering van het psychisch welzijn: de interventie voor het oplossen van gedragsmatige slaapproblemen van baby's (Hall et al., 2006) en “Head Start” (Parker et al., 1987).

N=7 methodieken werden als effectief bevonden: postpartum ondersteuning door zorgverlener of persoon met extra opleiding (Shaw et al., 2006), CGT (Dennis & Dowswell, 2013; Witteveen et al., 2017), sociale ondersteuning (Thompson & Peebles-Wilkins, 1992), mindfulness-based CGT (Dimidjian et al., 2016), postnatale counseling door specialisten of zorgverlener met extra opleiding (Lumley et al., 2004), interpersoonlijke therapie (IPT) (Dennis & Dowswell, 2013) en ondersteuning door “peers” (Jones et al., 2014b). Echter is ook hier op te merken dat de gemeten uitkomsten verschillend zijn gaande van preventief voor postpartumdepressie tot een lagere prevalentie van de terugval van depressieve klachten.

2.2.4 Veerkracht-ondersteunend niveau niet duidelijk

Van N=2 methodieken is het niveau van veerkrachtondersteuning niet duidelijk uit de artikels: het bevorderen van de moeder-kindrelatie (Lumley et al., 2004) en “acceptance and commitment therapy” (ACT) (Witteveen et al., 2017). Volgens de review van Lumley en collega’s wordt het bevorderen van de moeder-kind relatie niet aanbevolen ter vermindering van maternale depressie (Lumley et al., 2004). Hoewel de effectiviteit van ACT ter preventie van depressie al is aangetoond, is dit nog niet bewezen tijdens de perinatale periode (Witteveen et al., 2017).

2.3 Kwalitatief luik

Er werden in totaal 12 sleutelfiguren geïnterviewd. Hun organisaties waren werkzaam in 1 of meerdere ELZ, N=5 sleutelfiguren waren werkzaam buiten het onderzoeksgebied maar werden gerekruteerd omwille van hun expertise met betrekking tot veerkrachtondersteuning tijdens of tot 2 jaar na de zwangerschap. De 12 sleutelfiguren waren werkzaam in een organisatie met een veerkracht-ondersteunend zorgaanbod dat zich situeerde over meerdere niveaus, van vervullen basisbehoeften tot gespecialiseerde mentale gezondheidszorg. Tabel 3 geeft een overzicht van de functie en het werkingsgebied van de geïnterviewden van de steekproef. De resultaten van de interviews zullen in hoofdstuk 4 en 5 besproken worden gezien de analyse van de interviews op het moment van oplevering van deze deliverable nog niet afgerond was.

Tabel 3 Functie en werkingsgebied participanten semi-gestructureerde interviews

Categorie variabele	Variabele	N
Eerstelijnszone (werkingsgebied participant)	Gent	2
	Leuven	5
	Kemp & Duin	1
	Buiten onderzoeksgebied	4
Functie participant	Vroedvrouw 1 ^{ste} lijn en 2 ^{de} lijn	2
	Medewerker OCMW	1
	Coördinator Wit Gele Kruis	1
	Onderzoeker	1
	Vrijwilliger Eigen Kracht Centrale	1
	Staflid Kind & Gezin	1
	Parelcoach	1
	Infant mental health psychiater	1
	Netwerkondersteuner Huis van het Kind	1
	Coördinator PRAGT	1
	Psycholoog en seksuoloog	1

3 Terugkoppeling resultaten naar inventaris veerkracht-ondersteunend zorgaanbod (deliverable 1)

In deliverable 1 werd het veerkracht-ondersteunend zorgaanbod in kaart gebracht voor de 3 eerstelijnszones (ELZ) Kemp en Duin, Leuven en Gent. Hiervoor werd onder andere een vragenlijst uitgestuurd die toelaat om meer in detail na te gaan welke methodieken precies toegepast worden door de organisaties. In totaal vulden N=92 unieke organisaties de vragenlijst in: ELZ Kemp en Duin N=20, ELZ Leuven N=41 en ELZ Gent N=31. Tabel 4 toont de organisaties werkzaam binnen de onderzoekregio die aangaven welke veerkracht-ondersteunende methodiek ze gebruikten. De meest voorkomende methode zijn de moedergroepen (N=24) gevolgd door de lichamelijke activiteit (N=21).

Tabel 4 Gebruik van veerkracht-ondersteunende methodieken per ELZ

Veerkracht-ondersteunende methodiek	N Organisaties die aangaven de methodiek te gebruiken			
	ELZ Kemp en Duin	ELZ Leuven	ELZ Gent	Totaal**
Cognitieve gedragstherapie#	0	2	2	4
Lichamelijke Activiteit	4	8	9	21
Yoga/mindfulness	2	5	2	9
Online forum of blog	2	4	1	7
Moedergroep	3	16	5	24
Totaal*	11	35	19	65

werd enkel in de eerste ronde bevroegd, * kolomtotalen, ** rijtotalen

4 Discussie

Er worden verschillende tools en methodieken beschreven in de (grijze) literatuur die veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap kunnen ondersteunen, deze werden samengebracht in een **matrix met tools en methodieken** (bijlage 4) en dit rapport met de **ontwikkeling, verantwoording en totstandkoming van deliverable 2**.

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat de meest voorkomende methodiek sociale ondersteuning is. Dit is een ruim begrip en kan opgedeeld worden in directe (bv. partner) en indirecte (bv. burens) relaties en relaties met grotere groepen (bv. moedergroepen). Professionele ondersteuning kan onder de relatie met een grotere groep geplaatst worden (Bartelink & Verheijden, 2015). Ook support door “peers” is een vorm van sociale ondersteuning, een moeder- of oudergroep kan hiervan een voorbeeld zijn. Deze groepen kunnen ook georganiseerd zijn via social media of via een online forum of blog. Belangrijk voor deze groepen is dat leden ervan verbonden zijn door een gedeelde ervaring en dat de focus van deze groepen tegemoet komt aan de noden van de ouder(s) of moeder om ondersteunend te zijn (Jones et al., 2014b; Morrell et al., 2016).

Uit de resultaten van de bevraging blijkt ook dat moedergroepen het vaakst aangeboden worden door de organisaties uit de onderzoekregio, gevolgd door het aanbieden van een lichamelijke activiteit. Echter werd in de bevraging niet dieper ingegaan op de soort lichamelijke activiteit. Volgens Witteveen en

collega's is een milde lichamelijke activiteit effectief in de preventie van perinatale depressie (Witteveen et al., 2017) al konden Watson en collega's in hun onderzoek naar begeleid wandelen met de kinderwagen in groep geen significant effect aantonen op het mentaal welzijn (Watson et al., 2005). Het "aerobic exercise program" (Koniak-Griffin, 1994) en intensief wandelen met de kinderwagen (Armstrong et al., 2004) konden wel een significante daling in depressieve symptomen aantonen, echter enkel in een populatie met een verhoogd risico op of waarbij reeds depressieve gevoelens aanwezig waren.

Cognitieve gedragstherapie (CGT) werd in N=4 tools gebruikt als methodiek waarvan N=2 tools als effectief bevonden werden in de vorm van selectieve en indicatieve preventie (Levi et al., 2019; Powell et al., 2018). Hoewel mindfulness in N=2 tools gebruikt werd als methodiek, werd de effectiviteit van die tools niet onderzocht, enkel de mindfulness-based CGT werd effectief bevonden voor de vermindering van een terugval van depressieve symptomen bij zwangere vrouwen (Dimidjian et al., 2016). Dennis & Dowswell concluderen in hun Cochrane review dat voornamelijk selectieve en indicatieve preventieve interventies effectief zijn ter preventie van postpartumdepressie (Dennis & Dowswell, 2013), wat bevestigd wordt door de review van Morrell en collega's (Morrell et al., 2016).

In de huidige literatuur ligt de focus voornamelijk op de zwangere vrouw of kraamvrouw en minder op de partner en het kind. Zo werd er maar 1 onderzoek geïnccludeerd dat specifiek gericht was op vaders met een kind tussen 1 en 4 jaar oud (Giallo et al., 2018). Van de tools waarbij beide ouders betrokken worden, werd enkel de effectiviteit ervan vermeld bij "Family Foundations" (Feinberg et al., 2010), de interventie voor het oplossen van gedragsmatige slaapproblemen van baby's (Hall et al., 2006) en het ondersteuningspakket voor ouders van huilbaby's (Powell et al., 2018).

De grootste beperking van dit literatuuronderzoek is het gebrek aan een eenduidige definitie van veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap. Dit maakt het moeilijk om de effectiviteit van onderdelen van de veerkracht definitie in deze tools en methodieken te bepalen. Perinatale veerkracht werd recent door Van Haeken en collega's gedefinieerd, maar deze definitie dient nog gedissemineerd te worden (Van Haeken et al., 2020). In de onderzoeken werden bijgevolg verschillende uitkomsten en meetinstrumenten gebruikt wat onderlinge vergelijking ervan niet mogelijk maakt, noch toelaat om de meest effectieve methodiek of tool aan te bevelen. De aanbeveling van een methodiek of tool vraagt sowieso enige voorzichtigheid gezien de combinatie van meerdere methodieken en veerkracht-bevorderende factoren synergetisch werken (Witteveen et al., 2017). Naast het uniformiseren van een definitie dient dit ook te worden gestroomlijnd in bestaande en te ontwikkelen instrumenten om veerkracht te meten.

Witteveen en collega's concluderen dan ook dat hoewel geweten is dat veerkracht depressieve gevoelens kan voorkomen, er momenteel geen specifieke focus is in de onderzoeken op het bevorderen van **perinatale** veerkracht (Witteveen et al., 2017). Meer onderzoek naar de effectiviteit van veerkracht-ondersteunende interventies, met een duidelijk omschreven methodiek, controlegroep en het gebruik van gevalideerde meetinstrumenten zoals de EPDS zijn dan ook aanbevolen (Morrell et al., 2016; Witteveen et al., 2017).

In de volgende onderdelen van dit project zal verder ingezoomd worden op:

1. het maken van een analyse omtrent de mogelijkheden voor een multidisciplinair perinataal netwerk met een perinatale coördinator om de continuïteit van opvolging en begeleiding te borgen (input voor een regionaal zorgpad screening en detectie perinatale mentale problemen);

2. het voorstellen van een onderzoeksprogramma ‘Veerkracht in de eerste 1000 dagen’ zodat de Vlaamse overheid op basis hiervan een oproep kan lanceren voor het indienen van projecten met een tijdelijk en vernieuwend karakter betreffende de organisatie en verdere uitbouw van de perinatale GGZ met als doel de zwangere vrouw, haar partner en haar gezin in de eerste 1000 levensdagen van een nieuw gezinslid te ondersteunen in haar veerkracht.

5 Conclusie

Momenteel zijn er onvoldoende aanwijzingen dat een bepaalde methodiek of interventie meer of minder effectief is dan een andere in de ondersteuning van veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap. Moedergroepen en sociale steun komt vaak terug in de literatuur. Ook lichamelijke activiteiten en CGT komen vaak terug, echter is de effectiviteit van deze methodieken momenteel vooral aangetoond onder de vorm van selectieve en indicatieve preventie bij postpartumdepressie. Het hanteren van een uniforme definitie van perinatale veerkracht wordt aanbevolen. Gebrek aan uniformiteit in definiëring van het concept van perinatale veerkracht, aan het hanteren van effectieve methodieken binnen de gevonden tools en het meten van relevante uitkomsten maken dat er momenteel onvoldoende wetenschappelijke evidentie is om bepaalde methodieken/tools boven anderen aan te bevelen in het ondersteunen van perinatale veerkracht. Meer systematisch en kwaliteitsvol onderzoek op basis van goede definiëring is nodig naar methodieken en tools die veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap kunnen ondersteunen.

Hoofdstuk 4

Ervaringen van zorgverleners met beschikbare en gehanteerde veerkracht-ondersteunende methodieken en tools

In het vorige hoofdstuk werd vermeld dat de resultaten van de kwalitatieve data, namelijk de interviews met de zorgverleners, nog niet afgerond was om mee opgeleverd te worden met deliverable 2. Deze resultaten zullen in dit aparte hoofdstuk besproken worden waar volgende onderzoeksvraag beantwoord wordt:

Wat vinden **gezondheidszorg- en welzijnsondersteuners** van de beschikbare en al dan niet gehanteerde methodieken en tools? (kennis, evaluatie van hun **ervaringen**)

De methodiek die gebruik werd om deze onderzoeksvraag te beantwoorden, werd in hoofdstuk 3 beschreven.

1 Resultaten

De resultaten worden besproken aan de hand van de bevroegde topics:

1. perinatale veerkracht,
2. veerkrachtondersteuning,
3. cultuursensitiviteit.

Tabel 5 toont de functie en het werkingsgebied van de deelnemers.

Tabel 5 Functie en werkingsgebied participanten semi-gestructureerde interviews

Categorie variabele	Variabele	N
Eerstelijnszone (werkingsgebied participant)	Gent	2
	Leuven	5
	Kemp & Duin	1
	Buiten onderzoeksgebied	4
Functie participant	Vroedvrouw 1 ^{ste} lijn en 2 ^{de} lijn	2
	Medewerker OCMW	1
	Coördinator Wit Gele Kruis	1
	Onderzoeker	1
	Vrijwilliger Eigen Kracht Centrale	1
	Staflid Kind & Gezin	1
	Parelcoach	1
	Infant mental health psychiater	1
	Netwerkondersteuner Huis van het Kind	1
	Coördinator PRAGT	1
	Klinisch psycholoog en seksuoloog	1

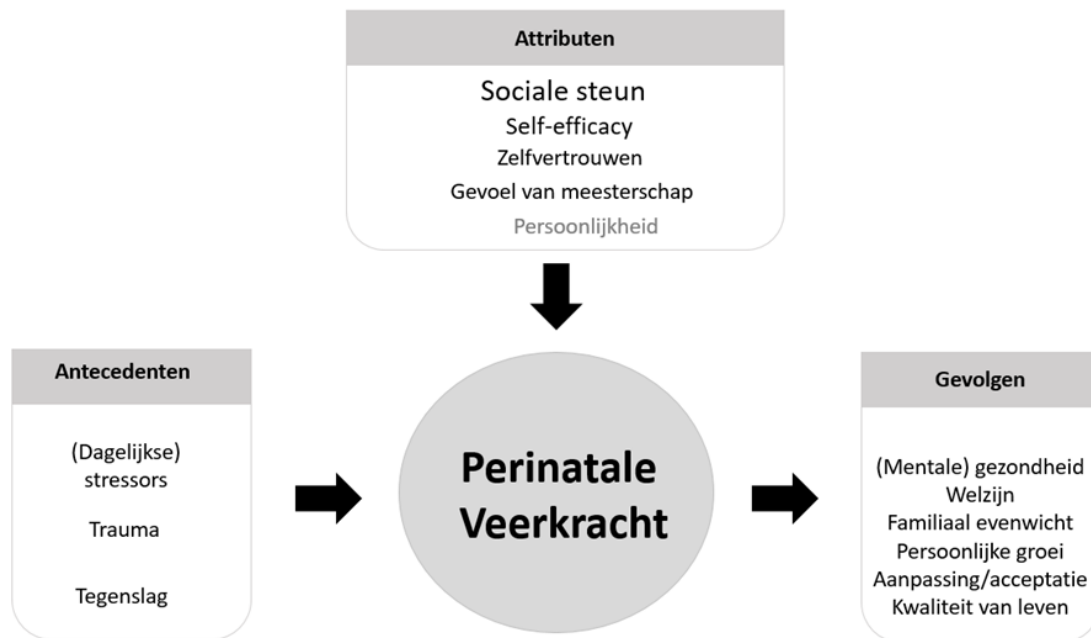
1.1 Perinatale veerkracht

Uit de interviews wordt ondersteuning gevonden voor de volgende opvatting van veerkracht (Van Haeken et al., 2020).

In het algemeen wordt verondersteld dat iemand veerkrachtig is als deze persoon in staat is om om te gaan met uitdagingen, stress en tegenslagen waarmee hij/zij geconfronteerd wordt (Waugh & Koster, 2015). Een groei- of aanpassingsproces. Het vermogen om na een periode van verstoring terug te keren naar een stabiele toestand. Tijdens de eerste 1000 dagen, de periode van conceptie tot het kind 2 jaar oud is.

“Wat dat wij verstaan onder veerkracht? Ik versta daaronder de mogelijkheden die iemand heeft om met tegenslagen en moeilijkheden om te gaan.”

“En of ze daar mee kunnen omgaan (cfr. de uitdaging dat een kind met zich meebrengt) eigenlijk zonder dat er veel stress mee gepaard gaat.”



Figuur 11 Concept perinatale veerkracht (Van Haeken et al., 2020)

Van Haeken en collega’s stellen dat zwangerschap en bevalling niet geplaatst kunnen worden onder de noemer trauma of tegenslag, hoewel ze een belangrijke levensgebeurtenis vormen en een periode markeren die kan gepaard gaan met stress. Ook dit halen zorgverleners aan in de interviews, zoals duidelijk wordt uit volgende quote:

“Het leven van de jonge mensen die een kindje krijgen veranderd zo sterk, je maakt zoveel mee. De basis van wat je meemaakt is heel breed, dat kan iets economisch zijn, iets financieel of eerder iets emotioneel, psychisch. Veel mensen dragen reeds een rugzak wanneer ze zwanger worden. In mijn team hoor ik dat de laatste 10 jaar mensen enorm veel meebrengen.”

Hormonale veranderingen, vermoeidheid, een voorafgaand fertiliteitstraject, een bevallingstrauma, de nieuwe ouderrol, een slechte jeugd... Al deze zaken kunnen onder antecedenten geplaatst worden van perinatale veerkracht. Het “terug in balans komen”, het “verbreden van je comfortzone”, “ervan leren en sterker worden”, zijn uitkomsten van veerkracht in de perinatale periode die door zorgverleners

worden benoemd.

In de conceptanalyse van Van Haeken en collega's worden 5 attributen geassocieerd met het concept. Door de zorgverleners wordt veelvuldig sociale steun aangehaald.

"In welke mate dat uw netwerk daarin ondersteunend is en in welke mate dat je daar mensen in kan aanspreken, familie, vrienden, kennissen. De betrokkenheid van hen hierin en op welke manier dat je daar zelf mee omgaat en of je het ook toelaat om je veerkracht te vergroten. Ik denk vooral de cirkel rond u."

"Maar zeker die eerste twee jaar zitten veel ouders met hun kinderen achter gesloten deuren. Ik had het er bijgeschreven 'it takes a village to raise a child' maar daar doen we heel weinig mee. Er worden erg weinig mensen erbij betrokken om je kind op te voeden, zeker in die eerste periode. Dus dat komt vooral op de ouders zelf neer en misschien hier en daar een grootouder of onthaalmoeder ofzo waarin elke mama zomaar iets doet wat zij denkt dat goed is"

"Ik denk dat een netwerk daar heel belangrijk in is, in de ondersteuning van veerkracht. Ik heb heel toevallig een vorming gevolgd over veerkracht bevorderen en één van de drie pijlers was sociale verbondenheid. Ik merk ook wel, we werken met de meest kwetsbare moeders, dat als het netwerk beperkt is of als ze weinig aansluiting vinden met wat er in de maatschappij aan mogelijkheden is, dat het toch wel wat moeilijker wordt voor hun om in hun kracht te gaan staan"

In de analyse werd duidelijk dat volgende attributen niet zo afgelijnd gescheiden kunnen worden: zelfvertrouwen, self-efficacy en meesterschap. Er wordt gesproken over verwachtingen van toekomstige ouders en het effect daarvan op hun veerkracht. Het is niet duidelijk onder welke van de drie attributen dit geplaatst kan worden.

1.2 Veerkrachtondersteuning

1.2.1 Veerkracht-ondersteunende methodieken

De meest aangehaalde methodiek van veerkrachtondersteuning is het bieden van sociale ondersteuning en informatie. De ondervraagde zorgverleners benadrukken dat veerkracht vooreerst moet worden gedetecteerd, dat er moet worden doorverwezen wanneer de zorgnood van de cliënt de eigen werking overstijgt.

1. Praktische ondersteuning

De medewerker van het OCMW geeft aan dat praktische zorgen de stress in de perinatale periode kan verhogen en dat hun organisatie hier ondersteuning voor biedt.

"...we hebben een uitgebreide checklist van wat in orde moet zijn in elk levensdomein. En als die stress toch al een beetje wordt weggenomen. Ik denk dat dat toch ook een goede ondersteuning is om de moeders wat veerkrachtiger te maken omdat die stress en die zorg dan toch al wegvallen..."

2. Detectie van veerkracht

De detectie van veerkracht gebeurt voornamelijk door middel van gespreksvoering. Eén zorgverlener zegt te werken met een screeningsinstrument om de veerkracht in te schatten. Meer dan de helft van de zorgverleners geven aan dat het belangrijk is aandacht te hebben voor veerkracht van moeders en dit te bevragen. Volgende zaken moeten volgens hen aan bod komen in zulke bevraging: algemene emotionele gesteldheid, vermoeidheid, verloop van zwangerschap en/of bevalling, de aanwezigheid van informele sociale ondersteuning, financiële problemen.

“Dus op alle vlakken en hoe kunnen wij ondersteunen? Door in de eerste plaats te bevragen en ervoor open te staan. Want je moet het bevragen.”

“En dat het dan vooral de professionals zullen zijn die kunnen bekijken van “Ja is dat hier bijvoorbeeld een hele zware bevalling geweest.” of “Hoe is heel die zwangerschap verlopen? Heeft die veel moeten rusten? Heeft die daar nog kindjes rondlopen? Zijn er mensen in de omgeving waar dat ze op kan rekenen op de steun?” Het gaat dan vooral natuurlijk over de partner als eerste maar daarnaast ook vrienden, familie. Iedereen die daar kan komen ondersteunen.”

Hulpverleners ervaren verschillende moeilijkheden aan bij het bevragen van veerkracht. Zo zijn er hulpverleners die de ernst moeilijk kunnen inschatten van de kwetsbaarheid door een gebrek aan expertise. Ook geven sommigen aan dat ze onzeker zijn om te spreken over psychische kwetsbaarheid omdat het de opgebouwde vertrouwensband met de cliënt kan schaden. Het bevragen kost bovendien tijd. De medewerker van het OCMW ervaart dat cliënten weigerachtig zijn ten opzichte van het bespreken van hun psychische gesteldheid omdat ze financieel afhankelijk zijn van de instelling.

“Een andere grote meerwaarde omdat we als OCMW nogal veel moeten kunnen, kennen en weten is dat er sinds kort een nieuwe werkgroep ‘perinatale veerkracht’ is opgericht en waar de Bakermat de trekker in is. Ik denk dat dat ook wel helpt ... Hoe meer expertise dat we daar ook over kunnen krijgen. Hopelijk helpt dat om met onze cliënten het gesprek te kunnen open.”

Hulpverleners zijn van mening dat het creëren van een vertrouwensband en het praten in een veilige thuisomgeving ondersteunend zijn voor het aangaan van een gesprek rond veerkracht. Ook opleiding, overleg met collega's en het gebruik van een screeningsinstrument (bv. Whooley vragenlijst) faciliteren veerkrachtdetectie. Eén organisatie monitort hoeveel procent van de moeders effectief is bevraagd.

3. Doorverwijzing

De helft van de hulpverleners geven aan dat doorverwijzing een belangrijk deel uitmaakt van hun werking rond veerkrachtondersteuning. Cliënten worden toegeleid tot andere diensten wanneer organisaties botsen op de grenzen van hun eigen werking of vakgebied.

“En zeker als vroedvrouw, moeten we heel duidelijk kunnen zeggen wanneer het buiten onze expertise valt. Wanneer het valt in het normale, valt dit wel binnen ons domein.”

“Ook in onze postnatale dienstverlening doet Kind en Gezin niet aan diagnostiek, daar zitten we terecht ook, heel erg binnen de grenzen van ons preventief werk.”

Een actie die tijd vraagt en waarbij sommige hulpverleners afwegen of het niet schadelijk is voor het opgebouwde vertrouwen met de cliënt. Zowel de gepastheid als de beschikbaarheid van gespecialiseerde dienstverlening is een vaak aangehaalde moeilijkheid bij doorverwijzing.

“De screening voor veerkracht met de Whooley vragenlijst loopt niet slecht. Dat is dan mijn mening, maar het loopt nog niet zoals men had gedacht dat het zou lopen, denk ik. Dat netwerk

blokkeert soms ergens een beetje. Na een positieve screening is er verder dan dikwijls geen doorstroming. Door waarschijnlijk tekorten aan personeel, tekort aan psychologen..."

"Inderdaad, en het psychische stuk is echt doorverwijzing. Daarbij botsen we regelmatig op wachtlijsten"

4. Sociale ondersteuning

Sociale ondersteuning bieden is een belangrijke veerkracht-ondersteunende methodiek. Uit de analyse van de interviews komt naar voor dat hulpverleners zelf sociale ondersteuning bieden (**formele sociale ondersteuning**) door het inplannen van extra consulten, informele gesprekken te voeren, een luisterend oor te bieden, en ouders te bevestigen in hun ouderrol. Het zelfvertrouwen (cfr. attribueert perinatale veerkracht) wordt dus voornamelijk ondersteund in het sociaal contact dat ouders hebben met professionals.

"...eigenlijk gaat het ook gewoon over nabijheid blijven geven, durven blijven langsgaan en gewoon een luisterend oor bieden. Zolang ze niet de stempel krijgen van postnatale depressie en het gevoel hebben van "Oké en er is geen zorg want er is te weinig aanbod." dat het wel goed is om ondersteuning te geven ook in die eerste lijn. Dat je als vroedvrouw gewoon super veel kunt doen om daarnaast te blijven staan..."

"Ik denk vooral zelf hen (cfr. cliënteel PRAGT) laten aangeven wat hun krachten zijn. Goed bevragen bij de eerste intake wat hun krachten zijn, bij de volgende intakes ook wel en hen bevestigen in hun kracht, de dingen die ze goed doen, dat mag ook gezegd worden."

Een aantal hulpverleners geven aan dat professionele ondersteuning tijdelijk is:

"Die steun (cfr. de professionele zorg) valt eigenlijk ook weg. We zien heel vaak die moeders ze dragen het gewoon helemaal alleen, 100 procent. En dan denk ik: dat is niet hoe we het moeten gaan oplossen."

Een psychotherapeute is van mening dat opleiding over het 'in verbinding gaan met cliënten' het contact tussen professionals en cliënten kan bevorderen.

Een andere belangrijke methodiek is het **optimaliseren van het informeel sociaal netwerk** van de moeder/ ouders.

"Indien dat niet zo is, indien alles negatief blijft. We merken dat vrouwen toch wel heel erg alleen staan in hun leven. Dan is het voor ons als Parelcoach heel belangrijk dat we een netwerk gaan creëren en dat we samen met die vrouw gaan zoeken."

Hulpverleners geven aan dat ze werken rond het optimaliseren van het bestaand informeel sociaal netwerk en van een netwerk door lotgenoten (peer-support). Om het bestaand informeel netwerk te betrekken, geven twee hulpverleners aan dat ze in sommige gevallen trachten familieleden of kennissen uit het buitenland naar België over te brengen. Een specifieke methodiek in het optimaliseren van het bestaand informeel netwerk is de 'Eigen Kracht Conferentie'(EKC). Het doel van deze conferentie is het bijbrengen van inzicht en begrip in het eigen ondersteunend netwerk.

"Eigen Kracht Conferentie wordt ingezet in de eerste 1000 dagen, zoals bijvoorbeeld bij tienerzwangerschappen. Wat is er nodig voor om de start van het leven en de zwangerschap goed door te komen. We zien dat professionele diensten hun best doen om te ondersteunen op allerlei

manieren, maar dat eigen omgeving niet altijd heel ondersteunend is of kan zijn. Wanneer we dan mensen samenbrengen (door middel van EKC) ontstaat er meer begrip. Of dat het duidelijk wordt voor de 'kernpersonen' waar er begrip is en waar niet. Op wie ze kunnen terugvallen, waar ze even "adem kunnen halen", wie ze kunnen bellen, met wie kunnen ze iets leuks doen."

Hoewel één hulpverlener aanhaalt dat websites, forums en webinars tools zijn om contact met lotgenoten te bevorderen, vertellen de hulpverleners dat ze voornamelijk groepsbijeenkomsten met lotgenoten organiseren of ernaar doorverwijzen om het informele sociale netwerk te ondersteunen.

"...Het gaat voor mij echt om die 'village' creëren rondom de ouders. Vanuit mijn werk is dat de 'core business' is van wat ik doe..."

De meeste groepen zijn enkel gericht op moeders en één instelling organiseert bijeenkomsten voor vaders. Ook 'centering pregnancy', waarbij de medische controles in de zwangerschap in groep worden georganiseerd met anderen met een gelijke zwangerschapsduur, kan opgevat worden als een tool om het informele sociale netwerk te ondersteunen.

"Mensen sturen naar zo van die praatgroepen of, ja, hoe noemt dat, Kabas noemt dat hier in de regio, zo om te babbelen met andere mama's of andere gevallen, soort lotgenoten, een groep van gelijkgestelden, een babbelgroep, een mamacafé of zo van die dingen, om ze daar naartoe te sturen en op die manier een beetje een netwerk op te bouwen denk ik."

"Daar (cfr. bij doorverwijzingen van de huisartsenpraktijk) proberen we, zoveel mogelijk als het kan, mensen te mobiliseren om naar workshops te komen. Zodanig dat ze niet alleen professionals zien maar dat ze eigenlijk een netwerk creëren waarbij ze elkaar kunnen ondersteunen."

Een vaak aangehaald probleem is de lage opkomst naar zulke groepsbijeenkomsten. Eén hulpverlener ervaart de tijd en moeite die er in de organisatie van een groepswerking wordt gestoken dan ook niet in verhouding met de lage opkomst en de financiële vergoeding. Een ander probleem dat door één hulpverlener wordt vernoemd is de gevoeligheid om het thema 'psychische problematiek' in groep te bespreken.

5. Informeren

Bijna alle hulpverleners zijn van mening dat het informeren van ouders veerkracht ondersteunt. Door het aanbieden van informatie over ouderschap en normale ontwikkeling van het kind trachten hulpverleners 'realistische verwachtingen' te scheppen bij ouders en hen 'voor te bereiden'. Eén hulpverlener stelt het als volgt:

"We scheppen realistische verwachtingen door zowel in fysieke als niet-fysieke contacten aan te zetten tot bewust ouderschap. Daarmee bedoel ik dat wij echt wel meegeven met cliënten dat je ouder leert zijn met vallen en opstaan en dat het niet zo is dat je bij de geboorte meteen overweldigd gaat zijn met liefde en de roze wolk. Dat geven wij vooral mee. Dat er geen handleiding bestaat voor ouder zijn, dat het iets is dat je leert met vallen en opstaan en dat veel ouders worstelen..."

En een andere hulpverlener formuleert het zo:

"Mensen moeten geïnformeerd zijn, dan maken ze bewust keuzes en weten ze beter waar ze aan beginnen, dan kan dat helpen om die dingen te dragen."

Dit soort informatie wordt door middel van websites verspreid, groepsbijeenkomsten (workshops) of één-op-één contacten. Eén vroedvrouw ervaart dat het bieden van zulke informatie niet door elke cliënt wordt aanvaard. Eén hulpverlener haalt aan dat het van belang is cliënten te informeren over het bestaand aanbod.

6. Psychotherapie

Psychotherapie wordt beschreven als een veilige plek waar iemand terecht kan en waarin er wordt geluisterd. Voor de psychotherapeute is het van belang de aanwezige krachten te benoemen en te bevestigen. Deze krachten vormen het vertrekpunt om zaken te veranderen. Ze lijkt dus sterk te werken op het zelfvertrouwen om veerkracht te verhogen. In de mate waarin de cliënt dit toelaat tracht de psychotherapeut de partner te betrekken in de therapie en te werken rond communicatie. Dit is dan weer werken op sociale ondersteuning. De therapeut haalt zelf ook verschillende barrières aan die de toegang tot deze specialistische vorm van veerkrachtondersteuning kunnen belemmeren, zoals opvang voor kinderen, vermoeidheid van de moeder, het taboe dat rust op psychische ondersteuning en de kosten die met therapie gepaard gaan.

7. Overige methodieken

Tenslotte worden slechts door enkele hulpverleners volgende methodieken aangehaald: het stimuleren van zelfzorg, lichaamsbeweging en zorgcoördinatie. De medewerker van het PRAGT-project coördineert de professionele zorg van de cliënten door middel van het opstellen van een schema waarin consultaties met Kind en Gezin, de vroedvrouw en de gynaecoloog worden ingepland.

1.2.2 Zorg op maat

Naast veerkracht-ondersteunende methodieken, worden er verschillende factoren aangehaald door de hulpverleners die van belang zijn in het veerkracht-ondersteunend zorgproces: wie moet de zorg verlenen, waar kan de zorg best worden verleend, wanneer wordt veerkrachtondersteuning best opgestart en de mate waarin de cliënt zorg wenst. Deze zaken gaan dus over de afstemming van de zorg op de cliënt of zorg op maat. Voor de hulpverlener van Kind en Gezin vergemakkelijkt de thuisomgeving een gesprek rond veerkracht of kwetsbaarheid en geeft het waardevolle informatie voor de hulpverlener met betrekking van veerkracht. De helft van de hulpverleners geeft aan dat de prenatale periode een “belangrijke periode is om preventief te werken” en het als voordeel heeft dat er een vertrouwensband kan worden opgebouwd.

“Als mensen bevallen, wordt alles nog gecompliceerder gemaakt en ik denk echt dat die perinatale periode een fase is waarin je mensen kracht kunt geven om verder te gaan. Dus ik vind dat een enorme belangrijke periode om preventief te werken voor dat kind dat in dat gezin geboren wordt.”

De huisarts, vroedvrouw, en de gynaecoloog worden vernoemd door twee hulpverleners als belangrijke functies in veerkracht ondersteuning in de eerstelijnszorg. Wel stellen ze dat het van belang is dat deze personen een band hebben opgebouwd met de cliënt of dat er een ‘match’ is met de cliënt.

“Ja, als die huisarts de mensen ziet. Want ik weet niet of de huisarts die mensen zo vaak ziet. Sommige waarschijnlijk wel, anderen niet. Ik merk dat de gynaecoloog daarin ook belangrijk is. Het hangt ervan af of het een arts is die een band opbouwt met zijn of haar cliënten.”

Tenslotte halen alle hulpverleners aan dat het van belang is stil te staan bij de aanwezige kracht en zorgnood, alsook de mate waarin elke individuele cliënt veerkrachtondersteuning wenst.

“Je doet dat misschien uit goede wil. En je denk dat moet daar veilig verlopen maar er zijn limieten aan wat mensen willen, aankunnen en ook toelaten in hun leven. Ik denk dat we daar met omzichtigheid moeten mee omspringen om op lange termijn succes te hebben.”

“... En hoe zie jij dat nu? Wat zie je zitten en wat niet?” Je moet ze betrekken want anders heb je ze niet mee. En als je ze niet mee hebt dan werkt je plan gewoon niet.”

1.3 Cultuursensitiviteit

Zorgverleners geven een aantal beschermende en belemmerende factoren aan specifiek bij culturen met een niet-Westerse migratieachtergrond. Zo zijn sommige culturen sterk ingebed in hun sociaal netwerk, dit kan zowel de veerkracht verhogen (door middel van de steun die ze daar van ondervinden) of belemmeren (controle, uit handen nemen). Andere culturen kunnen dan weer niet terugvallen op een uitgebreid netwerk (omwille van migratie bijvoorbeeld), wat de veerkracht bemoeilijkt.

“Je hebt natuurlijk een iets hoger percentage aan mensen die minder context hebben als ze van een andere cultuur komen. Zeker als ik denk aan vluchtelingen, wat nu toch wel zo actueel is. Die hebben geen tante of nonkel die op vijf kilometer wonen, dat is zo.”

“Ik zie nu een Turkse mama. Haar familie is hier ook. Daar wordt veel meer familie bij betrokken. Die zijn minder individualistisch. Maar dat kan ook alle kanten opgaan. Daar kan heel ondersteunend werken waar inderdaad wordt overgenomen of waar wordt geholpen en advies gegeven. Dat kan versterkend werken of eerder overkomen als ‘jij kan het niet, wij nemen wel over’ wat heel veroordelend kan zijn.”

Het hebben van een andere culturele achtergrond bemoeilijkt de toegang tot veerkracht-ondersteunende zorg. Het model van Levesque en collega's (2013) betreft toegang tot zorg en wordt hier gebruikt om de antwoorden te analyseren (figuur 12) (Levesque et al., 2013).



Figuur 12 Model van patiëntgerichte toegang tot gezondheidszorg van Levesque et al. (2013)

1.3.1 Approachability

Betreft *approachability* (bekendheid en kennis van bestaande dienstverlening) haalt een zorgverlener aan dat mensen met een andere culturele achtergrond minder inzicht hebben in de bestaande dienstverlening dan de autochtone bevolking. Dat wordt duidelijk uit volgende quote:

“Het is gewoon, ik denk dat ze moeten weten waar ze terecht kunnen. Voor hen is dat nog moeilijker denk ik, dan de gemiddelde Vlaming, die een beetje weet heeft van het gezondheidszorgsysteem hier.”

Verschillende zorgverleners vinden dat organisaties hun dienstverlening meer bekend trachten te maken door mond-aan-mond reclame te bevorderen, mensen aan te spreken, een breed aanbod te voorzien, een vertrouwensband op te bouwen en outreachende activiteiten te ondernemen.

“En die doen daar ook het project ‘Erop Af’ waarbij ze vanuit het Huis van het Kind met een aantal partners huisbezoeken doen. Dus daar waar er kinderen zijn onder een bepaalde leeftijd gaan ze aan huis huisbezoeken doen, hen uitnodigen, dat is er te doen, wist je dat, interactieve workshops die er zijn dus...”

1.3.2 Acceptability

Acceptability verwijst naar het taboe dat rust op mentaal welzijn en het hulp vragen.

“Ja, dat is waar, mentaal welzijn is nog meer een taboe voor mensen met een migratie achtergrond of een vluchtelingenachtergrond.”

Ook sociale en culturele factoren zoals de kledij van de zorgverleners bepalen de mate waarin mensen de veerkracht-ondersteunende dienstverlening accepteren.

1.3.3 Availability

De ligging van een organisatie kan de mate waarin mensen toegang krijgen sterk bevorderen. Het aanbieden van zorg op locaties dichterbij de woonplaats van cliënten wordt door de zorgverleners aangehaald als een manier om de toegang te bevorderen tot veerkracht-ondersteunende dienstverlening voor mensen met een andere culturele achtergrond.

“Ook de consultatiemomenten van Kind en Gezin of vergaderingen in de buurt gaan op die locatie [fysiek Huis van het Kind in de wijk] door. Daar hebben ze ook de gewoonte dat men de premie die je krijgt bij de geboorte van het kindje in het Huis moet komen afhalen. Dus iedereen loopt daar een keer binnen.”

1.3.4 Affordability

Volgens sommige hulpverleners kampen mensen met een andere culturele achtergrond met meer praktische zorgen, financiële problemen en problemen rond kinderopvang.

1.3.5 Appropriateness

Deze dimensie verwijst naar de adequaatheid van de dienstverlening betreft welke diensten er worden voorzien en op welke manier (kwaliteit). Hulpverleners spreken over **het belang van het bevragen van de noden die aanwezig zijn en het vinden van een geschikte zorgverlener om een optimale fit tussen dienst en nood te bewerkstelligen.**

“Meer cultuursensitief is vertrekken vanuit hun noden en hun een keer gaan bevragen waaraan zij het meeste nood hebben. We bekijken het nog altijd vanuit een westerse bril”

Ook stelt één hulpverlener dat ze in hun organisaties gebruik maken van aangepast ondersteunend communicatiemateriaal.

“Als om een af andere reden dat lokaal aanbod er niet is dan kunnen wij wel terugvallen op ons vertaald communicatiemateriaal om die gespreksvoering alsnog te kunnen opnemen.”

De helft van de zorgverleners geven aan samen te werken met verschillende organisaties om zich te laten ondersteunen in de veerkracht-verhogende dienstverlening voor mensen met een andere culturele achtergrond en benoemen het belang van scholing t.a.v. andere culturen.

“Waar we wel zelf op proberen in te zetten, we hebben drie jaar geleden een vroedvrouw gehad die is komen spreken over de islam en het kraambed zodat we daar zelf sensitief in zijn. Maar dat wordt binnen het Wit-Gele Kruis ook wel gedaan. Daar zit ook een groep diversiteit en die proberen daar ook rond te werken.”

De taalbarrière en de noodzaak om te werken met tolken bemoeilijkt volgens de helft van de bevroegde zorgverleners de veerkrachtondersteuning bij cliënten met een niet-Westerse migratieachtergrond. Zorgverleners denken dat het samenbrengen van mensen met eenzelfde culturele achtergrond, en die dezelfde taal spreken, in de perinatale periode van meerwaarde is voor de ondersteuning van de perinatale veerkracht.

“Nu de taal blijft een probleem, Arabischspreekende moedergroepen, zo van die dingen, dat is hier, in Noord-Limburg niet echt uitgewerkt. Ik denk dat dat in Antwerpen stad misschien een beetje meer beschikbaar zou zijn, ik weet het niet eigenlijk, maar ik ga daar van uit dat dat daar misschien wel wat meer is. Dat stukje dat krijgen wij hier heel moeilijk opgevangen, moet ik zeggen.”

“En de grote moeilijkheid hier in Leuven is natuurlijk ook de taalbarrière. Wij zijn het ondertussen al wel gewoon om onze plan te trekken in alle verschillende talen. Maar het blijft toch moeilijk om de juiste tolken te vinden of andere partnerorganisaties weten dan toch niet goed hoe ze dat moeten doen.”

Verscheidene zorgverleners halen aan dat het, net zoals bij de autochtone cultuur, van belang is om zorg op maat te bieden.

“Vaak krijgen we, we proberen soms de vrouwen alleen te zien, omdat dat in veel culturen wel het probleem is. Het is het individueel benaderen en kijken naar wat zijn je mogelijkheden.”

2 Discussie en conclusie

In dit hoofdstuk werd ingegaan op de kennis en ervaring van gezondheidszorg- en welzijnswerkers omtrent de beschikbare, en al dan niet gehanteerde, veerkracht-ondersteunende methodieken en tools. De definitie van perinatale veerkracht van Van Haeken en collega's (2020) (Van Haeken et al., 2020) was in lijn met de perceptie van hulpverleners van veerkracht, en voorzag daarom in een uniforme beschrijving.

Naast algemene veerkrachtondersteuning tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap, zijn hulpverleners het eens dat detectie van verminderde perinatale veerkracht essentieel is. Echter het gebrek aan expertise en tijd bij zorgverleners, alsook het niet kunnen omgaan met de façade van de moeders, belemmeren het correct inschatten van perinatale veerkracht (Chew-Graham et al., 2009). Meer aandacht voor de detectie van verminderde veerkracht in bestaande basisopleidingen en navorming, en training op het gebied van bieden van een passende ondersteuning lijkt hierbij van essentieel belang (Rouhi et al., 2019; Smith et al., 2019).

Daarnaast heeft screening enkel zin indien er passende verwijsmogelijkheden bestaan (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2018; Kendig et al., 2017). Het doorverwijzen van cliënten wordt echter bemoeilijkt door een aantal aspecten. Enerzijds is er de angst door de doorverwijzing de vertrouwensband met de cliënt te schaden. Anderzijds bemoeilijkt een tekort aan tijd bij zorgverleners passende verwijzing, maar ook het gebrek aan kennis van het zorgaanbod (Kendig et al., 2017; Smith et al., 2019). Daarnaast wordt er ook gesproken over onvoldoende aanbod waardoor snelle verwijzing niet haalbaar is. Meer kennis met betrekking tot het lokale en nationale aanbod, meer tijd tijdens de consultaties en het verhogen van het algemene kennisniveau bij zowel toekomstige gezinnen als hulpverleners lijken hierbij aangewezen (Rouhi et al., 2019; Smith et al., 2019).

De hulpverleners gaven aan dat de huidige veerkracht-ondersteuning veelal bestond uit sociale ondersteuning en informatievoorziening. Met het creëren van realistische verwachtingen ten aanzien van het ouderschap als voornaamste onderwerp. Zorgverleners gaven suggesties dat Centering Pregnancy®, websites en een-op-een contacten hiervoor goed werken. Hulpverleners trachten enerzijds zelf ondersteuning te bieden door middel van formele steun, maar de tijdelijkheid van het aanbod is een grote belemmering. Anderzijds werd het optimaliseren van het eigen informele netwerk van de moeder zelf gezien als een behulpzame interventie. Echter, de lage opkomst bij het organiseren van bijvoorbeeld moedergroepen, het gebrek aan een financiële vergoeding voor de organisator (hulpverlener) van dergelijke groepen en het taboe rondom psychische problematiek bemoeilijken deze vorm van ondersteuning.

Hulpverleners zijn het er ook over eens dat zorg op maat of het afstemmen van de zorgverlening op de cliënt belangrijk is in het ondersteunen van de perinatale veerkracht. Een huisbezoek, opbouwen van een vertrouwensband en het reeds prenataal starten kwamen naar voor als bevorderende factoren. Hulpverleners investeren al in lokale initiatieven, maar praktische uitdagingen zoals tijd en geld, als ook het bestaande taboe op hulp vragen bij veerkracht vermindering, transitie naar ouderschap en psychische problematiek belemmeren een adequate implementatie (Chew-Graham et al., 2009; Smith et al., 2019). Investering in maatschappelijke sensibilisering, en een passend tarief voor het integreren van veerkrachtondersteuning ontbreekt.

Vanuit het cultuursensitieve perspectief zijn er een aantal bijkomende factoren van invloed op de perinatale veerkrachtondersteuning. Het opbouwen van een vertrouwensband, het aanbieden van zorg

in de buurt van de cliënt en het aanklampend werken zijn factoren die bevorderend werken. Echter, communicatieproblemen ten gevolge van een taalbarrière, een afwezig informeel netwerk of een te dominant netwerk, het gebrek aan kennis van het zorgaanbod bij cliënten, de financiële drempel voor cliënten en het taboe dat rust op mentale problemen zijn belemmerend in het cultuursensitief ondersteunen van perinatale veerkracht (Rouhi et al., 2019; Smith et al., 2019). Hulpverleners erkennen de noodzaak aan van opleiding rond perinatale (mentale) zorgverlening binnen niet-Westerse culturen.

Uit de resultaten van de interviews met de hulpverleners blijkt dat er geen nieuwe methodieken of tools vernoemd werden in de ondersteuning van perinatale veerkracht. Wel ondersteunt deze data de resultaten van het literatuuronderzoek uit hoofdstuk 3 waarbij sociale ondersteuning de meest voorkomende methodiek was. Hulpverleners gaven verder ook factoren die het ondersteunen van perinatale veerkracht bevorderen of belemmeren. Deze zullen worden meegenomen in de optimalisering van het huidige perinatale mentale zorgpad dat verder in deliverables 3 en 4 (hoofdstuk 5) zal uitgewerkt worden.

Hoofdstuk 5

Deliverables 3 en 4 – journey map / flow chart met aandacht voor toeleiding en continuïteit van zorg

De derde doelstelling van dit project is een analyse maken van de mogelijkheden voor een multidisciplinair perinataal netwerk met een perinatale coördinator om de continuïteit van opvolging en begeleiding te ondersteunen (input voor zorgpad screening, detectie en ondersteuning bij perinatale mentale problemen). Hiervoor wordt een antwoord gezocht op volgende onderzoeksvragen:

1. In welke mate is er ketengerichtheid mogelijk en/of aanwezig tussen de verschillende boven vernoemde betrokken organisaties?
2. Wat zijn noden en behoeften bij verschillende betrokken organisaties, moeders en ervaringsdeskundigen om continuïteit van opvolging en begeleiding naar veerkracht ondersteuning mogelijk te maken?

1 Methodologie

Om een antwoord te bieden op bovenstaande onderzoeksvragen werd een mixed method gebruikt. Het kwalitatieve onderzoek werd gedaan middels semigestructureerde interviews en focusgroepen. Het kwantitatieve deel bevatte een subanalyse van de vragenlijst, waarvan de ontwikkeling in hoofdstuk 2 besproken werd. Hierbij werd gevraagd naar de mate van multidisciplinaire samenwerking met organisaties uit de verschillende lijnen (van 0^{de} tot en met 3^{de} lijn) met behulp van een Likert schaal. De analyses gebeurden met SPSS versie 23 voor de kwantitatieve data, voor de kwalitatieve data-analyse werd gebruik gemaakt van NVivo 12.

1.1 Kwalitatieve methodologie

Er werden 4 soorten kwalitatieve data gebruikt voor de ontwikkeling van deliverables 3 en 4:

- semigestructureerde interviews met professionele sleutelfiguren (N=12),
- semigestructureerde interviews met moeders die beroep gedaan hebben op het zorgaanbod van een infantpsychiatrie (ervaringsdeskundigen) (N=13),
- 3 focusgroepen met gezondheids- en welzijnswerkers (sleutelfiguren) werkzaam binnen de ELZ van Kemp en Duin, Leuven en Gent (N=17 deelnemers),
- 2 focusgroepen met moeders zonder ervaringen met mentale problemen tijdens de 1^{ste} 1000 dagen (N=7 deelnemers).

1.1.1 Semigestructureerde interviews met professionele sleutelfiguren

De methodologische toelichting van deze interviews (N=12) kwam aan bod in hoofdstuk 3. De topics perinatale veerkracht, veerkracht-ondersteunende methodieken en tools, en cultuursensitiviteit van dat aanbod werden besproken in hoofdstuk 4. In hoofdstuk 5 worden de resultaten weergegeven met betrekking tot het topic 'ideale perinatale (mentale) landschap' volgens deze professionele sleutelfiguren.

1.1.2 Semigestructureerde interviews met ervaringsdeskundigen

De semigestructureerde interviews werden georganiseerd met een doelgerichte steekproef en hadden als primair doel het in kaart brengen van de **ervaringen en de noden van moeders** met betrekking tot het zorgtraject voor, tijdens en na de aanmelding bij de infantpsychiatrie. Moeders werden gerekruteerd met behulp van de medewerkers van Kleine K, UPC KU Leuven. Inclusiecriteria waren:

- beroep gedaan hebben op het zorgaanbod van Kleine K, UPC KU Leuven in de voorbije 4 jaar,
- een kind hebben van minstens 2 jaar of ouder (1^{ste} 1000 dagen reeds doorlopen),
- een moeder ouder dan 18 jaar op moment van rekrutering,
- afwezigheid van vooraf bestaande bipolaire en niet-psychotische aandoeningen,
- afwezigheid van huidige majeure depressieve stoornissen of angststoornissen.

Er werden 13 face-to-face interviews afgenomen telkens bij de participant thuis (N=11) of op een locatie naar keuze (N=2) in de periode van januari tot maart 2020. Elk interview duurde gemiddeld 1u (min. 50 minuten, max. 2u) en werd opgenomen met een spraakrecorder nadat de participant het informatie- en toestemmingsdocument had ondertekend. Na afloop van het interview werd de opname verbatim getranscribeerd en door 2 onderzoekers afzonderlijk geanalyseerd volgens de Qualitative Analysis Guide of Leuven (QUAGOL) methode (figuur 13). De QUAGOL methode is een grondige en betrouwbare methodiek die de analyse van kwalitatieve interview data faciliteert (Dierckx de Casterle et al., 2012).

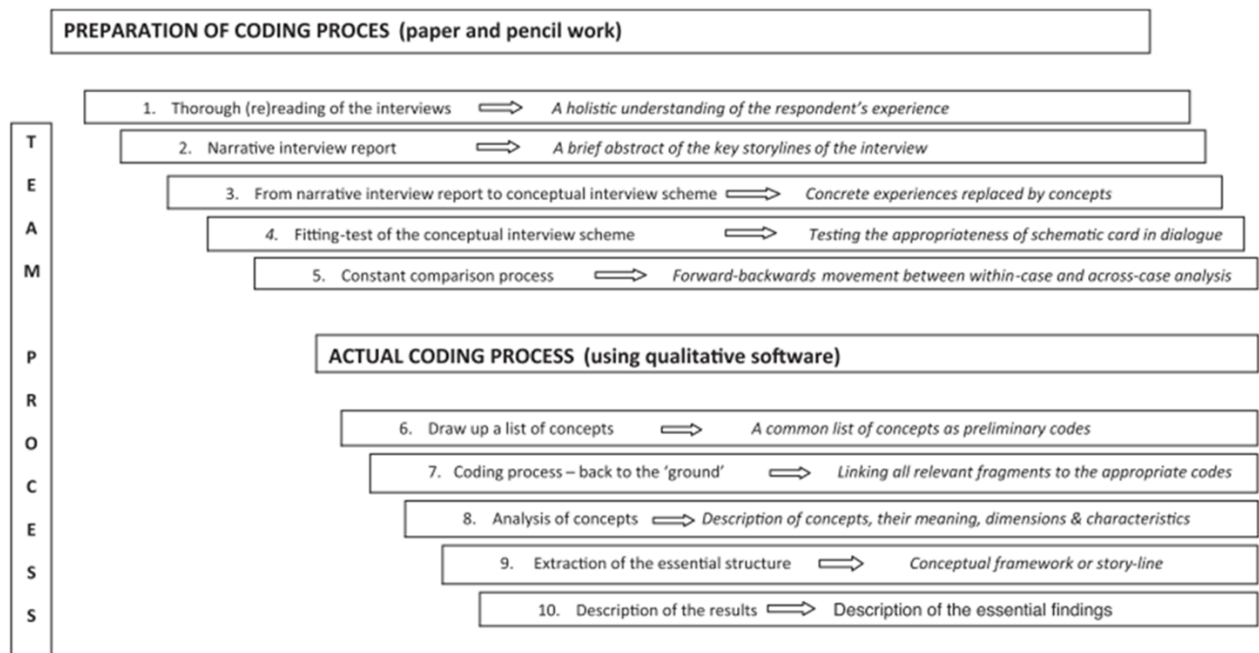
1.1.3 Focusgroepen met sleutelfiguren

Er werden in totaal 3 focusgroepen georganiseerd met sleutelfiguren die werkzaam zijn binnen de perinatale en/of mentale gezondheidszorg binnen de ELZ Kemp en Duin, Leuven of Gent. Er werd 1 focusgroep per ELZ georganiseerd. De focus lag op **de samenwerking** en **de continuïteit van zorg** ten aanzien van veerkrachtondersteuning tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap. Deelnemers werden doelgericht geselecteerd door de onderzoekers en voldeden aan de volgende inclusiecriteria:

- actief zijn binnen de perinatale of mentale gezondheidszorg, van nulde tot derde lijn,
- (professioneel) actief zijn binnen de eerstelijnszones Kemp en Duin, Leuven of Gent.

De focusgroepen gingen op locatie door en in totaal namen 17 sleutelfiguren deel: huisartsen, vroedvrouwen uit 1^{ste} en 2^{de} lijn (waarvan N=1 met specialisatie perinatale mentale gezondheid), klinisch psychologen, medewerkers OCMW, directeur Huis van het Kind, orthopedagogen CKG, coördinator expertisecentrum kraamzorg en een multiculturele groepswerker van een vzw.

De focusgroepen duurden gemiddeld 1,5u en werden opgenomen met een spraakrecorder nadat de deelnemers het informatie- en toestemmingsdocument hadden ondertekend. Na afloop van de focusgroep werd de opname verbatim getranscribeerd en door 2 onderzoekers afzonderlijk geanalyseerd volgens de QUAGOL methode (Figuur 13).



Figuur 13 QUAGOL methode voor analyse van kwalitatieve interview data

1.1.4 Focusgroepen met moeders zonder mentale problemen

Er werden 2 focusgroepen georganiseerd met moeders die geen ervaring hebben met mentale problemen tijdens of tot 2 jaar na de zwangerschap. De focus van deze focusgroepen lag op de **ervaringen en noden van deze moeders** ten aanzien van veerkrachtondersteuning tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap. Moeders konden deelnemen indien zij voldeden aan volgende inclusiecriteria:

- een kind hebben van minstens 2 jaar of ouder (eerste 1000 dagen reeds doorlopen),
- een moeder ouder dan 18 jaar op moment van de rekrutering,
- afwezigheid van vooraf bestaande bipolaire en niet-psychotische aandoeningen,
- afwezigheid van huidige majeure depressieve stoornissen of angststoornissen.

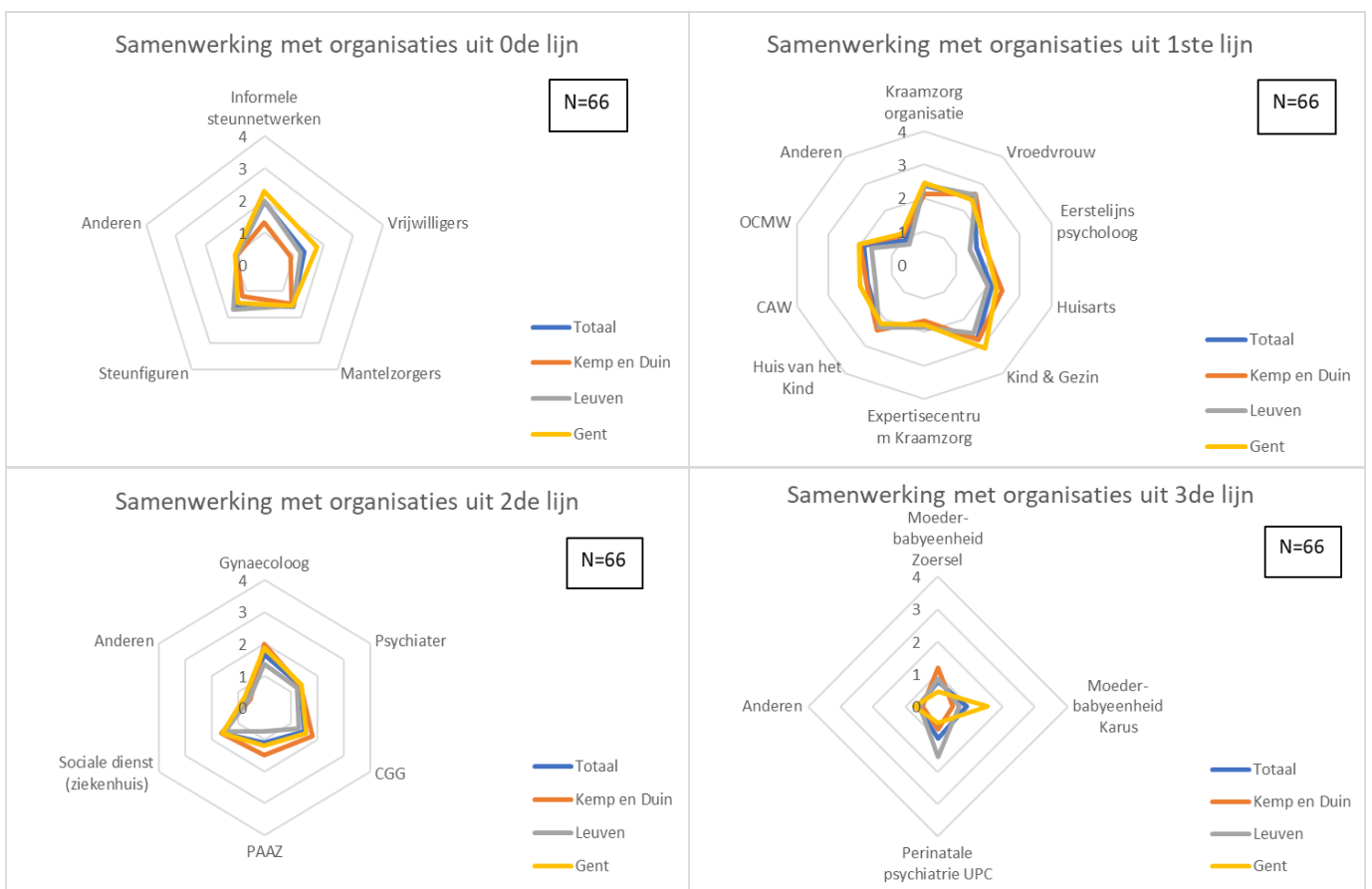
Omwille van de maatregelen omtrent de COVID-19 pandemie, konden deze focusgroepen niet face-to-face doorgaan. Beide focusgroepen werden georganiseerd via Zoom waarbij de deelnemers vooraf een informatie- en toestemmingsdocument ondertekenden en aan de onderzoekers bezorgden. Er namen in totaal 7 moeders deel en de focusgroepen duurden gemiddeld 1,5u. Beide focusgroepen werden opgenomen waarna ze verbatim werden uitgeschreven. De transcripties werden door 2 onderzoekers afzonderlijk geanalyseerd volgens de QUAGOL methode (Figuur 13).

2 Resultaten kwantitatief

Figuur 14 geeft visueel de samenwerking weer met organisaties van 0^{de} tot 3^{de} lijn met betrekking tot veerkrachtondersteuning en dit telkens voor de gehele steekproef (N=66), ELZ Kemp en Duin (N=16), ELZ Leuven (N=30) en ELZ Gent (N=22). Deze steekproef bestond uit organisaties die werkzaam zijn

binnen de perinatale (mentale) zorgverlening: Kind en Gezin, vroedvrouwen, wijkgezondheidscentra, Huis van het Kind, klinisch psychologen, De samenwerking is weergegeven van 0 (nooit samenwerking) tot 4 (standaard samenwerking). Uit de figuur blijkt dat het meest wordt samengewerkt met organisaties uit de 1^{ste} lijn. Er wordt regelmatig samengewerkt met Kind en Gezin, organisaties gaven aan op indicatie samen te werken met de vroedvrouw, kraamzorgorganisaties, Huis van het Kind en de huisarts.

Verder valt op dat de samenwerking met organisaties van 0^{de} tot en met 3^{de} lijn zo goed als dezelfde is voor de 3 ELZ. Enkel de samenwerking met organisaties uit de 3^{de} lijn verschilt tussen de 3 ELZ, maar dit is te verklaren door de regionale afbakening van het werkingsgebied van de moeder-babyeenheden van Zoersel en Karus, en de perinatale psychiatrie van UPC KU Leuven.



Figuur 14 Visuele weergave mate van samenwerking met organisaties van 0^{de} tot en met 3^{de} lijn

3 Resultaten kwalitatief

3.1 Semigestructureerde interviews professionele sleutelfiguren

De vraag naar het ideale perinatale (mentale) landschap volgens de professionele sleutelfiguren gaf veel wisselende antwoorden. Ze gaven aan wat er zou moeten veranderen. De huidige situatie is de referentie van waaruit deze vraag werd beantwoord. In het algemeen is het psychosociale welzijn van het gezin een belangrijk luik in de perinatale periode, maar wordt dit in de hulpverlening onvoldoende onderkend.

“En mijn job is gewoon...de kwetsbaarheid komt erbij eigenlijk. Ook de psychische kwetsbaarheid dat is iets, eigenlijk als ik dat niet in mijn dossier schrijf, dan heb ik toch goed werk gedaan. Niemand kan mij zeggen dat ik mijn vroedvrouwenwerk, dat ik daar laks in geweest ben dus als ik dat niet doe is dat het ook, wat natuurlijk niet waar is maar op papier zou dat wel zo zijn en zou ik eigenlijk geen fout gemaakt hebben.”

3.1.1 Veerkracht in de maatschappij

Zorgverleners geven aan dat er meer gewerkt kan worden aan veerkracht in de maatschappij buiten de meer kritische perinatale periode. Zo stelt één hulpverlener dat kinderen reeds op school een andere mentaliteit kan worden onderwezen, een mentaliteit gericht op elkaar ondersteunen. Ook kunnen kinderen volgens een andere hulpverlener worden aangeleerd om beter in verbinding te staan met emoties en deze te communiceren, wat hen sterkt met moeilijke periodes om te gaan.

3.1.2 Beleid rond veerkracht

Er is nood aan een beleid rond veerkrachtondersteuning. Door middel van gesprek en nabijheid kunnen zorgverleners veel bereiken, maar dit wordt echter niet vergoed. Er is daardoor onvoldoende tijd en rust om veerkrachtondersteuning op te nemen in het takenpakket. Vanuit het beleid wordt het psychosociaal welzijn dus niet als een geïntegreerd onderdeel van perinatale zorg beschouwd:

“En ik wil wel een stuk van die Parel-begeleiding opnemen, want je doet bij een kwetsbaarheid sowieso die Parel-begeleiding. Alleen krijg je er geen extra tijd of fonds of eigenlijk niets voor.”

Hoewel de helft van de zorgverleners aanhalen dat veerkracht moet worden bevraagd, is het geen gestandaardiseerde praktijk waar duidelijke richtlijnen rond bestaan. Ook halen enkele zorgverleners aan dat er nog meer praktische en emotionele ondersteuning mag komen voor moeders in de kraamtijd om op ‘een ander tempo’ te leven.

3.1.3 Sensibilisering toekomstige ouders

Zorgverleners geven aan dat ouders beter inzicht moeten hebben in het bestaand veerkracht-ondersteunend aanbod.

“Een voorbeeld: een zwangere alleen maar folders meegeven van kraamzorg en zo, dat is zeker een goed begin. Maar het zou toch fantastisch zijn moest een vroedvrouw een van de prenatale controles kunnen gebruiken om uit te leggen welke hulp er beschikbaar is wanneer je bevallen bent. Zodanig dat je als kersverse mama voldoende rust kan nemen, dat je voldoende kan herstellen en op een goede manier die eerste periode kan doorkomen. En dan kan je samen met de vrouw en het koppel bekijken wie en welke zorg je allemaal gaat inschakelen, wie zijn de aanwezige vertrouwenspersonen, wie zijn de aanwezige steunfiguren?”

3.1.4 Sensibilisering en expertise van zorgverleners

Zorgverleners moeten zich bewust worden van en aandacht hebben voor veerkracht. Specifiek halen zorgverleners de volgende thema's aan: veerkracht bij vaders, de psychische impact van interventies en de geboorte, prevalentiecijfers van mentaal en welzijn, en de samenwerking die het vereist met de cliënt. Opleiding om de nodige expertise te ontwikkelen rond psychosociaal welzijn in de perinatale periode, is van belang:

“In de prenatale controles zou het fijn zijn dat de zorgverleners voldoende opleiding krijgen om ook het psychosociale aanbod mee op te pakken. Dus dat daar ook een aanbod voor is en dat ze (cfr. aanstaande moeders) niet alleen op de prenatale cursussen komen leren hoe ze weeën moeten opvangen met ademhaling, dus in groep.”

Opleiding in gespreksvaardigheden kan het bevragen van veerkracht vergemakkelijken:

“Ja, je kan de whooley-vragen klakkeloos overlezen maar dan haal je er niet uit wat je eruit moet halen. Dan krijg je ofwel een verbouwereerde reactie ofwel een sociaal wenselijk antwoord dus met het voorlezen van de whooley-vragen geraak je er niet. Gespreksvaardigheden zijn in dit verhaal wel essentieel, de juiste basishouding naar jouw cliënten toe.”

3.1.5 Nood aan management-continuïteit

Cliënten worden doorheen de perinatale periode opgevolgd door verschillende zorgverleners, uit verschillende zorgniveaus (eerste, tweede- en derdelijnszorg). Dit werkt fragmentatie in de hand. Het model van Haggerty en collega's (Haggerty et al., 2003)¹⁷ is gebruikt om licht te werpen op de antwoorden van de zorgverleners. Management-continuïteit behelst *de consistente en coherente aanpak van het psychosociaal welzijn van de patiënt dat is afgestemd op diens veranderende noden. Management-continuïteit wordt bereikt wanneer diensten worden geleverd op een tijdige en complementaire wijze*. Alle zorgverleners vinden dat er nood is aan management-continuïteit in de ondersteuning van veerkracht in de perinatale periode.

1. Optimaliseren inter-organisatorische samenwerking

Management-continuïteit kan worden bereikt door het optimaliseren van de samenwerking tussen de verschillende partners die betrokken zijn in de zorg in de perinatale periode. Zorgverleners halen aan dat ze een beleid missen betreffende de samenwerking rond veerkracht of kwetsbaarheid in de eerste 1000 dagen. Ze hebben nood hebben aan formalisatie in de vorm van een vastgelegd zorgpad. Op beleidsmatig vlak is er nood aan duidelijkheid in de samenwerking tussen de betrokken partners rond veerkracht. Vroedvrouwen en huisartsen worden niet standaard vergoed voor cliëntenoverleg en er is geen duidelijke richtlijn over het voorschrijven van een vroedvrouwenconsult specifiek voor veerkrachtondersteuning, wat de samenwerking tussen de verschillende lijnen belemmert.

“Als je goede zorgtafels wil doen, dan moet je zorgen dat iedereen betaald wordt.”

“Als vroedvrouw kan je elke week naar een netwerkmoment of een Lokaal Cliënt Overleg en dit en dat... En het moet niet allemaal financieel worden vergoed, maar je doet het als vroedvrouw wel allemaal buiten de job.”

Ook zijn er geen duidelijke regels die gelden voor iedereen bij aanmelding, waardoor men bij doorverwijzing aan de willekeur is overgeleverd van de hulpverlener waarnaar wordt doorverwezen.

Volgens een hulpverlener zou een uitgewerkt en 'praktisch' zorgpad rond veerkrachtondersteuning of psychisch welzijn een procedure zijn die de samenwerking tussen de verschillende betrokken partners formaliseert. Men moet zich echter behoeden voor overconsumptie.

¹⁷ Haggerty en collega's identificeerden 3 types van continuïteit van zorg in elke discipline: 1) informatiele, 2) management, en 3) relationele continuïteit. Het belang dat gehecht wordt aan elk type is afhankelijk naargelang de zorgverleners en de context van de zorg. Elk type kan bekeken worden vanuit een persoons- of ziektegericht perspectief (Haggerty et al., 2003)

“Een uitgewerkt zorgpad waar we mee aan de slag kunnen, welke partners zitten hier al aan de tafel. Want als ik kijk naar Genk, daar zit een gynaecoloog in, daar zit het ziekenhuis in, daar zitten de vroedvrouwen, daar zitten de schoolvroedkundigen in, zoveel partners. Als je dan echt een document hebt, dan kunnen we daar echt rond werken. En zeggen OK, we kunnen dat hier nu in de regio... dan zou het echt iets zijn wat gebruikt kan worden.”

“Het heeft geen zin om bij de vroedvrouw op consultatie te komen en dan nog eens thuis een vroedvrouw te zien en dan gaat ze naar de gynaecoloog en juist daarvoor ziet ze ook nog eens een vroedvrouw. Daar moeten we echt vanaf. Want het RIZIV gaat binnenkort zeggen van ‘ohla’. Dus het moet in een mooi pad dat voor mensen duidelijk is.”

Volgende organisaties worden benoemd als belangrijk in de veerkrachtondersteuning in de perinatale periode en moeten dus worden opgenomen in dit zorgpad: de vroedvrouw, de huisarts, de gynaecoloog en medewerkers van Kind en Gezin.

“Nee, ik denk dat vroedvrouwen, waar jij rond werkt (cfr. veerkracht in de eerste 1000 dagen), dat dat verweven zit in hun dienstverlening, in de zorg die ze bieden. Dus dat dat zeker aan bod komt maar dat dat niet wordt uitgesproken als ‘we willen u kracht geven’. Maar dat is wat vroedvrouwen continu doen.”

“Ja, de huisarts, de gynaecoloog en de vroedvrouw zijn de actoren in onze samenleving die er van in het begin bij zijn en die een belangrijke rol spelen in het ondersteunen van veerkracht. Deze personen moeten we ook heel erg gaan wijzen op goede zorg voor het ongebooren en pasgeboren kind. En in de postnatale periode is Kind en Gezin er ook.”

Er wordt hierbij aangehaald dat het accent in veerkrachtondersteuning moet worden verschoven naar de eerste lijn:

“Nadien (cfr. vanaf zwangerschap) denk ik dat de huisarts nog altijd eigenlijk wel een hele goede plek is, en als we de zorg van de vroedvrouw zouden kunnen integreren in alle huisartsenpraktijken, dan denk ik dat we daar op de juiste plaats zouden zitten.”

“En dat ook na de bevalling de huisarts redelijk snel wordt ingeschakeld. Ik denk dat we echt een beetje los moeten van de pediaters eigenlijk, na de bevalling. En dat die er eigenlijk vooral zijn, we hebben die nodig, die pediaters, en ik denk dat die ook veel kunnen opvangen, maar ik denk dat als we in de eerste lijn kunnen blijven werken...”

Een aantal zorgverleners stellen dat er best iemand in een aparte functie de zorg coördineert tussen de verschillende betrokken partners. Het zou voor kwetsbare patiënten ook de toegang tot zorg optimaliseren. Dit is een taak dat momenteel vaak wordt opgenomen door de vroedvrouw, hoewel dit voor één professionele sleutelfiguur vanzelfsprekend is, leidt dit voor een andere tot een overbelasting van de functie. Bovendien staat hier geen vergoeding tegenover.

Ook zeggen ze dat er gewerkt moet worden rond ‘elkaar kennen’ zodat samenwerking tussen zorgpartners makkelijker verloopt:

“En ondertussen hebben we ook wel een paar casussen gehad bij ieder OCMW, wat vaak ook wel met uw collega’s besproken wordt, met naam of zonder naam. Maar dat maakt wel dat ze je kennen en dat ze weten wat ze aan je kunnen vragen. Dat maakt het eigenlijk ook wel heel interessant. Plus, ik heb hen ook nodig. Ik ben bijvoorbeeld geen specialist in vreemdelingenzaken en dan kan ik met mijn domme vraag van, waarom krijgt die vrouw geen uitkering, kan ik bij hen

terecht en dan kunnen zij mij daar een slim antwoord op geven. Maar dat helpt wel, gewoon bellen met elkaar en weten wie Mieke of Jacques'ke of ... is aan de andere kant van de lijn. Dat is een grote meerwaarde ja."

2. Optimaliseren toegang

Verder vereist een complementaire en tijdige dienstverlening (cfr. management-continuïteit) dat de toegang tot veerkracht-ondersteunende zorg wordt geoptimaliseerd. Om dit te bewerkstelligen vinden zorgverleners dat de dienstverlening beter kenbaar gemaakt moet worden bij de doelgroep (cfr. *approachability*).

"Het moet duidelijk zijn voor de mensen dat ze de mogelijkheid hebben om de vroedvrouw te laten komen. Ik zeg ook altijd tegen de mensen dat in het ziekenhuis waar ze gaan bevallen vroedvrouw consultaties zijn."

Eén zorgverlener (cfr. de psychotherapeut) haalt aan dat het rechtstreeks inplannen van een afspraak bij de psycholoog door de huisarts de toegang wat vergemakkelijkt (cfr. *acceptability*). Bijna de helft van de zorgverleners halen aan dat de toegang kan worden geoptimaliseerd door in te zetten op een *grotere beschikbaarheid van de dienstverlening* (d.i. een groter aanbod met voldoende capaciteit om diensten te leveren) en een *betere bereikbaarheid* van diensten (cfr. *availability and accomodation*). Dit laatste kan worden verwezenlijkt door de fysieke locatie van de dienst zo te kiezen dat deze gemakkelijk met openbaar vervoer te bereiken is, maar ook door zorg aan te bieden op locaties dichterbij de cliënt:

"En dan denk ik dat we ook moeten ... vooral de plaatsen waar zwangere komen. En dat zijn er tot nu toe voornamelijk de ziekenhuizen, moeten we veel dapperder durven zijn en zeggen "We gaan daar zoiets installeren als ondersteuning, psychosociale ondersteuning van zwangeren." En daar gaat budget tegenaan gesmeten moeten worden. Dat is jammer maar dat is wel zo. We kunnen vrouwen overal helpen. Ik bedoel echt overal waar ze komen ook wijkgezondheidscentra, plaatsen die zo laagdrempelig zijn ... Waar vrouwen gemakkelijker naar toe kunnen komen. Ik denk waar komen ze, daar moeten wij zijn. Ik denk dat je daar moet gaan werken."

Ook moet psychische begeleiding betaalbaarder worden zodat de toegang wordt vergemakkelijkt (cfr. *affordability*):

"Ja, ik vind dat verantwoordelijkheden vaak worden doorgeschoven waardoor mensen in de kou blijven staan. Een andere belangrijke factor is dat het betaalbare begeleiding is. Want ik zie vaak dat ouders in deze periode het budget niet hebben om hier gesprekken te hebben. Een gesprek kost 60 euro. In het begin zouden ze wekelijks gezien moeten worden. Want moeders zijn 24 op 24 thuis, vaak alleen met hun kindje. Ze voelen zich niet goed, hebben zoveel stressoren op dat moment in hun leven. Die moeten regelmatig gezien worden maar aan 60 euro per week lopen de kosten enorm op."

Tenslotte, om de toegang te verbeteren, stelt één zorgverlener dat het belangrijk is om de gepastheid van de zorg te controleren door na een doorverwijzing 'te checken of de patiënt is aangekomen'. Voor een andere zorgverlener is het van belang dat er een klik is met een zorgverlener waar je naar wordt doorverwezen. Door het tekort aan aanbod is dit iets waar momenteel niet in kan worden voorzien (cfr. *appropriateness*).

3.1.6 Nood aan optimalisatie sociale ondersteuning

Uit de volgende quote wordt duidelijk dat er meer sociale ondersteuning nodig is.

“En postnataal is er meer steun nodig voor het jonge koppel. Die ‘village’ om hen te ondersteunen. Een tijdelijke kraamhulp als goede start maar dat er nog veel meer moet zijn. Zeker voor de geïsoleerde gezinnen die niet veel sociaal netwerk hebben. Die zijn erg kwetsbaar. Dat we in die periode... we moeten dat eigenlijk op voorhand al aanbrengen dat we vrouwen in de zwangerschap leren dat ze hulp mogen krijgen. Laat u maar dragen, dat is geen luxe, dat is gewoon wat je nu nodig hebt om goed voor je baby te kunnen zorgen. Ik denk als we dat nog een tijd na de bevalling kunnen doen.”

Professionele of formele veerkrachtondersteuning zou langer moeten kunnen worden voorzien. Informele sociale ondersteuning kan worden bevorderd door het instellen van maatregelen zoals grootouderverlof en door ondersteuning met lotgenoten goed op te bouwen via verschillende kanalen doorheen de eerste 1000 dagen:

“Ik denk als daar dan weer de Huizen van het Kind of zo aan gekoppeld worden (aan websites) die een open namiddag organiseren, een mama-moment of een mama-praat café ofzo, dat dat goede manieren zijn om die peer-support te vinden, om elkaar daar dan tegen te komen. Het zou mooi zijn als dat iets meer regio gebonden zou zijn. Dan is dat echt iets waar je naar toe kan gaan.”

3.1.7 Nood aan relationele continuïteit

Dit type van continuïteit wordt door Haggerty en collega's (Haggerty et al., 2003) opgevat als een voortdurende therapeutische relatie tussen een patiënt en één of meer zorgverleners. Enkele zorgverleners stellen dat dezelfde persoon zien en een vertrouwensband opbouwen van belang is om mensen te ondersteunen in hun veerkracht en om hen in de zorg te houden.

“Waar dat ze hun baby aan durven toevertrouwen en dat ze weten dat hun baby een band mag opbouwen met die personen. Nu is dat hopelijk altijd dezelfde kraamzorgverzorger. Maar ook daar zien we dat er heel veel organisatorisch in gewicht wordt. En met de ene heb je dan misschien een goeie band maar die komt dan maar een week. En dan een volgende keer iemand anders. En ik zie dat heel veel mensen daar gewoon op afknappen.”

3.2 Interviews ervaringsdeskundigen

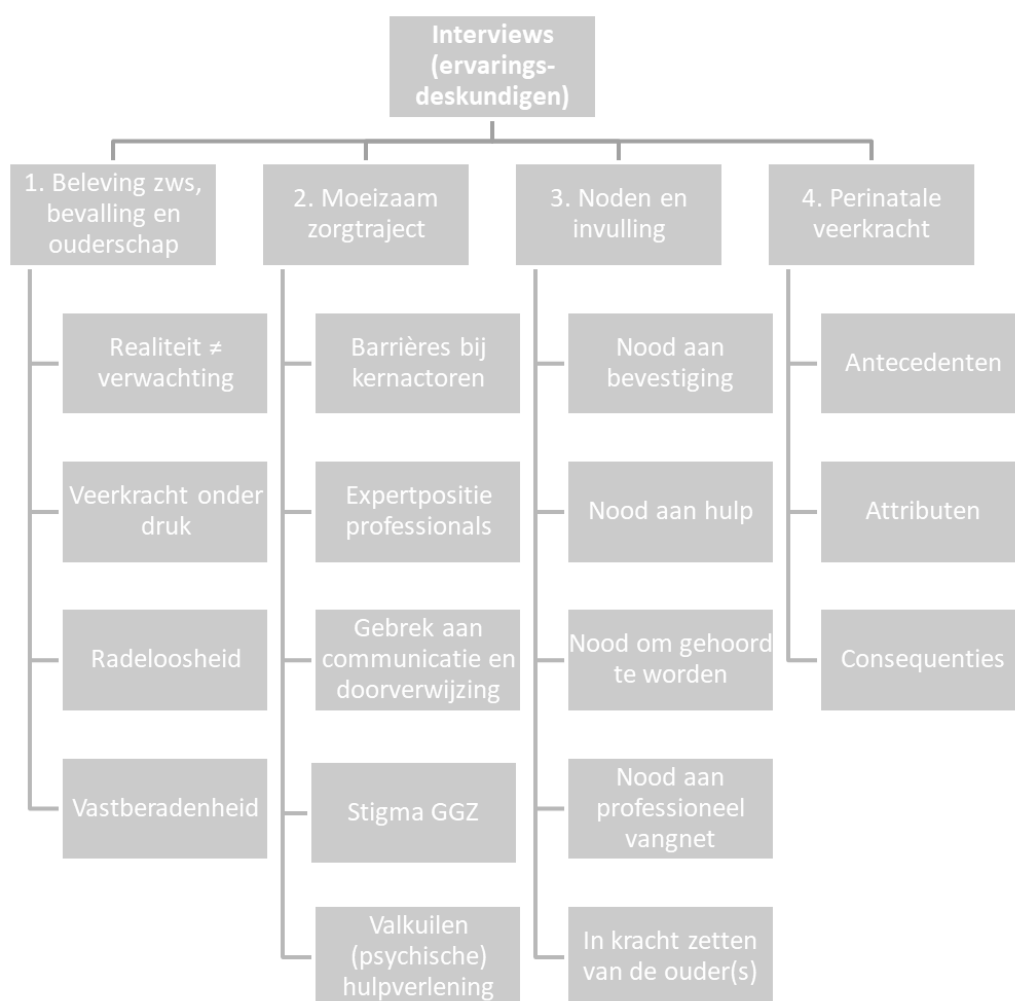
Uit de transcripten van deze interviews (N=13) werden 4 overkoepelende thema's gedestilleerd (figuur 15):

- beleving van de zwangerschap, bevalling en het ouderschap,
- ervaring van een moeizaam zorgtraject,
- noden en invulling van deze noden,
- betekenisgeving van het concept perinatale veerkracht.

Tabel 6 geeft een overzicht van de socio-demografische kenmerken van deze ervaringsdeskundigen.

Tabel 6 Socio-demografie ervaringsdeskundigen semigestructureerde interviews (N=13)

Variabele	Subcategorie	
Gemiddelde leeftijd in jaren (range) op moment interview	Moeders (N=13)	33.5 (26 – 40)
	Partners (N=10)	34.4 (31 – 38)
Aantal alleenstaande moeders		3
Gemiddeld aantal kinderen (range)		1.6 (1 – 3)
Opleidingsniveau moeder (N)	Lager secundair onderwijs	1
	Hoger secundair onderwijs	1
	Hoger onderwijs	7
	Universiteit	4
Dagbesteding moeder (N)	Werkt	8
	In ziekteverlof	4
	In ouderschapsverlof	1
	Studeert momenteel	1



Figuur 15 Overzicht thema's interviews met ervaringsdeskundigen

3.2.1 Beleving zwangerschap, bevalling en ouderschap

1. Realiteit ≠ verwachtingen

Uit de ervaringen van de moeders werd opgemerkt dat zij starten met een bepaald verwachtingspatroon omtrent ouderschap wat niet blijkt te stroken met hun bevindingen in de praktijk. Het **verwachtingspatroon dat heerst in onze maatschappij** wordt gekenmerkt door het gevoel van geluk dat samenhangt bij een zwangerschap en bevalling. Volgens de bekende roze wolk is de zwangerschap een ultiem geluismoment waar geen ruimte is voor somberheid of negatieve emoties. Het moederschapsverlof is een periode van rust waarin de moeder optimaal kan genieten. Het beeld van deze roze wolk wordt gevoed door verschillende kanalen zoals magazines, sociale media en TV.

“Zoals ge ook hoort op TV en op de media van mensen die huilbaby’s hebben, die zeggen ‘ja, da gaat wel over’, maar da ging niet over” – Mama B

“Als ge de boekskes leest: de mensen bevallen precies en da’s een roze wolk en alles gaat goed en ‘we zijn eigenlijk blij dat het kindje er is.’” – Mama J

Echter indien moeders aangeven dat zij niet op die roze wolk zitten, botsten zij op onbegrip van de omgeving. Een aantal moeders volgt mee in de façade die de maatschappij van hen verwacht. In deze façade geven moeders aan voort te bewegen in een flow. Hun trots is vaak een stimulans om deze façade te blijven aanhouden. Indien moeders hierin niet meegaan, is dit vaak confronterend voor anderen.

“Er (cfr. infantpsychiatrie) is geen een mama die met haar ogen rolt als ze u vragen hoe het gaat en ge zegt ‘het is slecht’. Want hier aan de schoolpoort...de mensen worden dat beu hé.” – Mama C

Vanuit dit maatschappelijk verwachtingspatroon hebben ouders vaak een **onrealistisch beeld over het ouderschap**. Moeders beschouwen ouderschap als een natuurlijk gegeven en zijn ervan overtuigd dat dit gepaard gaat met (zelf)opofferingen. Een kind wordt ook zeer snel beschouwd als een individueel wezen dat bijvoorbeeld snel alleen dient te kunnen slapen. Indien moeders als kind zelf een onveilige gehechtheidsrelatie hebben ervaren, proberen zij hun moederrol in te vullen vanuit deze negatieve ervaringen.

“Ik was ervan overtuigd dat iemand die het als kind zelf moeilijk heeft gehad, goed geschikt is om het beter te doen voor een ander kind omdat je zelf meer inzicht hebt welke schade dat dit veroorzaakt voor een kind. En ik wou, ja ik wou tonen dat ik het misschien ook beter kan.” – Mama G

2. Veerkracht onder druk

Er zijn verschillende factoren die mee bepalen in welke mate de veerkracht van de moeder onder druk komt te staan. Deze factoren hebben enerzijds te maken met de **ervaring van de zwangerschap, bevalling en het verloop na de geboorte**. Een zwangerschap met stress en ongerustheid of een ivf-traject, een preterme bevalling of (spoed)keizersnede, de opname van de baby op een neonatale afdeling, een borstvoeding die misloopt, een huilbaby, de zorg voor andere kinderen of slaapdeprivatie na de geboorte zijn allen contextfactoren die een moeder uit balans kunnen brengen en haar veerkracht onder druk zetten.

“Maar ze was te vroeg geboren, 5 weken, en dat heeft ons wel ja, uit enige balans gebracht om te beginnen.” – Mama M

“Plus het slaapgebrek, dat was voor mij de grootste trigger. Wat mijn veerkracht wel onderuithaalt. Dan euhm, ja dan marcheert alles niet meer hé. Ge kunt niet meer zo goed nadenken en euhm, voilà, dan slaat ge soms tilt. (...) Ja, dat vond ik heel moeilijk in het begin, ja.” – Mama E

De mate waarin een moeder zich ondersteund voelt door haar sociale netwerk is ook bepalend voor haar veerkracht. Een **partnerrelatie** waarin een moeder zich gesteund en gehoord voelt is belangrijk. De afwezigheid van deze partner, een instabiele relatie, een gebrek aan communicatie of een situatie waarin de partner ontkent dat er problemen zijn met moeder of kind zetten de veerkracht van een moeder onder druk. In het **brede netwerk van familie en vrienden** is nabijheid van belang. Moeders waarderen de steun van hun eigen moeder en *peers* gezien deze zowel emotionele als praktische ondersteuning kunnen bieden. Echter, het geven van goedbedoelde adviezen door dit netwerk wordt door de moeder ervaren als storend en frustrerend. Indien er geen breder netwerk aanwezig is of wanneer er wantrouwen is door de moeder ten opzichte van haar netwerk heeft dit ook een negatieve invloed op de veerkracht van de moeder.

“Ja [partner] is echt wel euhm mijne redder geweest.” Mama J

“Alles wat kon misgaan is misgegaan door het feit dat ik altijd alleen was. Geen steun van familie, niemand die ne keer een mand strijk kwam halen of ne keer met een ovenschotel kwam. Ik moest het gewoon allemaal maar zelf zien te redden...” – Mama I

De **werkomgeving** van een moeder hoort ook tot haar sociaal netwerk. Een ondersteunende omgeving waarin een moeder de flexibiliteit krijgt om haar rol als moeder te leren is van belang. Indien deze werkomgeving gekenmerkt wordt door vooroordelen ten aanzien van moederschap of indien een moeder zich dient te verantwoorden voor bijvoorbeeld het opnemen van haar ouderschapsverlof, kan dit haar veerkracht onder druk zetten. Indien een moeder weinig tot geen sociale ondersteuning ervaart van haar partner, haar breder netwerk en de werkomgeving dan leidt dit tot gevoelens van eenzaamheid en isolatie.

“Vanaf het moment dat ik gezegd heb dat ik zwanger was hebben ze gezegd ‘wij gaan uw contract niet verlengen, ge moogt terugkomen als ge bevallen bent’ (...) en dat heeft heel veel stress veroorzaakt.” – Mama F

In een aantal gevallen komt de veerkracht van de moeder zodanig onder druk te staan waardoor een **opname op de crisispsychiatrie** noodzakelijk is. Hierin wordt voornamelijk rust geïnstalleerd door uit de gezinssituatie te stappen zodat moeders ook uit de negatieve spiraal kunnen geraken. Ondanks het feit dat deze rust noodzakelijk is voor moeders, gaven zij aan in eerste instantie weerstand te ervaren tegen deze opname.

“En euhm [pauze] ja, ge wilt dat (cfr. opname crisispsychiatrie) niet doen als mama hé.” – Mama B

3. Radeloosheid

Gegeven de contextfactoren en de al dan niet aanwezigheid van ondersteuning van de partner, de bredere omgeving en de werkomgeving van de moeders, ervaren zij een gevoel van radeloosheid. Deze radeloosheid wordt gevoed door het **gevoel van falen** op verschillende vlakken: als moeder, als partner en als werknemer. Dit gevoel van falen heeft een negatief effect op het zelfbeeld van de moeder. Moeders ervaren een **schuldgevoel** en leggen de fout bij zichzelf.

“Ik voelde mij de slechtste moeder ooit want welke moeder kan haar kind nu niet troosten.” – Mama I

Daarnaast werd opgemerkt dat moeders in deze toestand de **verbinding met zichzelf verliezen**, moeders vertrouwen niet meer op zichzelf en hun buikgevoel. Hierdoor zijn zij niet meer in staat zich te verbinden met hun kind, zowel fysiek als emotioneel. Deze verstoorde verbinding toont zich in de moeder-kindrelatie. Zo spiegelen kinderen vaak de problematiek terug aan hun moeder en fungeren deze kinderen soms als kleine barometers van het gezin. Sommige moeders **vluchten** in hun werk en in enkele gevallen ook in andere verdovende middelen zoals slaapmedicatie.

“Ik denk dat ik de verbinding volledig kwijt was met mijn eigen, ik was helemaal ja, ja, ik kan dat niet uitleggen, dat was echt zo ja (...) ik was niet meer met die zwangerschap bezig” – Mama F

“Da was bij mij echt zo het gevoel als ik werd opgenomen van ‘ik moet dat kind niet, ik moet dieje echt niet.’ Ik, ik zou het liefste hem afstaan voor adoptie bij manier van spreken dat ik hem gewoon niet meer moet zien en geen gekrijs meer aan mijn hoofd.” – Mama J

“Euhm, maar ik ben gevluht in mijn werk.” – Mama F

4. Vastberadenheid

Naast de gevoelens van radeloosheid werd bij de moeders ook een vastberadenheid opgemerkt om op zoek te gaan naar de oorzaak en vooral de oplossing van de problematiek. Moeders ondernemen een heuse zoektocht waarbij ze ook gaan **“shoppen” naar zorgverleners**, maar deze zoektocht naar antwoorden en duidelijkheid is echter **belastend** voor de moeder en haar gezin.

“Ik ben heel trots op mezelf, dat ik desondanks alles ben blijven volhouden.” – Mama A

3.2.2 Moeizaam zorgtraject

Vanuit de vastberadenheid van de moeder, ondernemen zij vaak een intensieve zoektocht op zoek naar antwoorden en duidelijkheid. Deze zoektocht wordt door verschillende factoren bemoeilijkt wat het gevoel van radeloosheid en er alleen voor staan, versterkt.

Een eerste groep factoren zijn **barrières bij de kernactoren** in dit zorgtraject. Zo heeft de huisarts vaak een passieve rol desondanks hij of zij soms fungeert als een vertrouwenspersoon voor de moeder. De vroedvrouw is omwille van de huisbezoeken goed geplaatst om problemen op te merken, echter lijkt zij te blokkeren na de detectie van het probleem. Daarnaast is de vroedvrouwenzorg eerder kortdurend en kwamen de problemen vaak pas na het afsluiten van de zorgverlening tot uiting. De pediater werd door alle moeders benoemd, echter domineert een medische focus waardoor moeders zich vaak niet gehoord of begrepen voelen.

“Ja, ik miste zo dat, ge valt gewoon na die 9 weken dat de vroedvrouw niet meer komt, valt ge gewoon in een gat. En ik kan mij inbeelden dat mensen die geen zelfstandige vroedvrouw nemen, dat die gewoon aan hun lot worden overgelaten.” – Mama L

“Ik stootte alleen maar op onbegrip in de medische wereld en, dat frustrereert mij het meest...” – Mama K

Kind en Gezin zet pre- en postnataal in op de ondersteuning van veerkracht en het uitsluiten van depressie tijdens het eerste jaar na de bevalling. Niettegenstaande wordt Kind en Gezin nog te weinig door moeders gepercipieerd als een organisatie om hun bezorgdheden omtrent het mentale welzijn te

delen. Het dient opgemerkt te worden dat hoewel de gynaecoloog een kernactor is tijdens de zwangerschap, deze niet vermeld werd door de moeders in de interviews.

“Maar Kind en Gezin, ja dat heb ik gedaan maar (...) ik ging daar wel naartoe om hem zo te wegen en te meten en zo (...) maar ik kan mij zo niet herinneren van dat die echt zo hebben, allee dat ik het gevoel had dat die mij hielpen ofzo...” – Mama D

Ook de **expertpositie** die de zorgverleners innemen bemoeilijkt de zoektocht naar de juiste zorgverlening, moeders ervaren hierdoor geen gelijkwaardige relatie wat leidt tot frustratie of in sommige gevallen afhaken van de zorgverlening. Een kanttekening hierbij is het feit dat moeders vaak een façade opzetten (toegelicht in beleving zwangerschap, bevalling en ouderschap), wat het voor zorgverleners moeilijk maakt om problemen met betrekking tot veerkracht te detecteren.

“Ja [zucht] de meeste dokters blijven ook altijd zo boven u staan. (...) Want ja, gewoon van mens tot mens praten.” – Mama E

“Maar ik deed ook wel, ik hield mij ook altijd wel goed als die (cfr. vroedvrouw en kraamzorg) er waren dus dat was misschien mijn eigen fout want ja, ge zijt trots, het is uw eerste kind. Ge wilt niet toegeven dat het eigenlijk niet gaat hé.” – Mama I

Het **gebrek aan communicatie en doorverwijzing** was ook opvallend. Moeders kwamen eerder toevallig terecht bij de infantpsychiatrie bijvoorbeeld via een advertentie op social media of via een collega. Daarnaast rust er nog steeds een **stigma op de geestelijke gezondheidszorg**, zowel bij moeders als bij de zorgverleners. Tot slot vermeldden moeders nog een aantal **valkuilen voor de (psychologische) hulpverlening** waardoor zij regelmatig afhaakten. Zo zijn er vaak lange wachtlijsten en zijn er hoge kosten verbonden aan psychologische hulpverlening. Ook de afstand tot de hulpverlening (bereikbaarheid) kan een valkuil zijn voor moeders. Als laatste is de klik met de zorgverlener of de fit van de zorgverlening met de noden van de moeder cruciaal voor moeders om de hulp toe te laten.

“Ik vind het ook heel erg dat niemand van de pediaters ook maar een idee had om ons naar de infantpsychiatrie te sturen. Want eigenlijk gebeurt het zo toch dat we daar zouden moeten geraken, nee?” – Mama E

“Dat was heel bedreigend ja, in het begin. Dat is wel kinderpsychiatrie hé, dat is wel een groot woord. Baby dan nog. Iedereen in uw omgeving dan ook hé ‘ne baby naar ne psychiater, wat gaan ze daar mee doen, mee babbelen?’” – Mama C

“En dan heb ik met tranen in mijn ogen gezegd: kijk, het stopt hier, het gaat niet. Ik kan dat (cfr. psychologische hulpverlening) niet betalen, ik ga mij niet in de problemen werken, dan zitten we nog verder van huis.” – Mama A

3.2.3 Noden en invulling

Moeders gaven aan verschillende **noden** te hebben ervaren. Zo hadden ze allen nood aan bevestiging, de bevestiging dat er werkelijk iets aan de hand is met hun kind en dat ze zich dit niet inbeeldden. Zij willen gehoord worden zonder oordeel en ervoeren een behoefte aan (gepaste) hulp. Daarnaast hadden moeders nood aan een professioneel vangnet waar zij steeds terecht konden met hun vragen en bezorgdheden, ook na afsluiten van de zorgverlening bij de infantpsychiatrie.

“Ja echt zo dankbaar, ik voelde mij zo dankbaar, echt. Ja, ja. Eindelijk gehoord en ik werd, ik was niet zot.” – Mama L

“Ik schreeuwde om hulp maar niemand, niemand hoorde mij echt, niemand luisterde echt.” – Mama L

“Ik heb altijd het gevoel gehad van er is een vangnet (cfr. na afsluiten zorg bij de infantpsychiatrie).” – Mama F

Een invulling van deze noden en het **in kracht zetten van de moeder**, bevorderden het herstel van moeder en kind. Als eerste werd rust geïnstalleerd bij de moeder door onder andere het huishouden te ontlasten en/of de moeder tijdelijk op arbeidsongeschiktheid te zetten. Hierdoor kreeg zij de kans om opnieuw te verbinden met zichzelf. Moeders gaven aan dat onder andere *mindfulness* oefeningen hen hielpen om terug naar hun buikgevoel te gaan. Naast verbinden met zichzelf werd ook ingezet op de moeder-kind verbinding door bijvoorbeeld samen liedjes te zingen of samen te dansen.

“Dat (cfr. babydansen) is een van de weinige momenten dat wij echt genoten van elkaar. (...) omdat dat zo intens was om even die connectie met hem te voelen. Ik had dat echt nodig om even het gevoel te hebben van ‘oh, het is er wel. Het gaat gewoon eventjes heel moeilijk tussen ons maar het is er wel’.” – Mama F

Moeders verwierven inzicht in hun eigen situatie door onder andere groepsgesprekken met andere ouders rond een normale ontwikkeling van een baby of peuter, en individuele psychologische gesprekken met hun persoonlijke begeleider van de infantpsychiatrie. Tot slot gaven zij aan dat de ondersteuning door *peers* erg waardevol was. Deze *peers* toonden vaak begrip en erkenning voor de moeders. Een aantal moeders heeft nog steeds contact met de ouders die ze leerden kennen via de infantpsychiatrie.

“En zij (cfr. babypsychiater infantpsychiatrie) heeft echt zo theorieën en ideeën kunnen aanreiken, die hebben mij heel erg geholpen om een idee te krijgen van hoe ik dat (cfr. veel huilen van de baby) opgelost kreeg.” – Mama G

“We hebben uiteindelijk een groep van 5 of 6 mama’s en dan gaan we soms eens afspreken met of zonder de kinderen. Ja, dat is wel tof. Ja, infantpsychiatrie-mama’s zeggen we dan [lacht].” – Mama H

3.2.4 Perinatale veerkracht

Om het thema perinatale veerkracht te bespreken, werd gebruikt gemaakt van het kader opgesteld door Van Haeken en collega’s (2020) (figuur 11). Uit de ervaringen van de moeders blijkt dat er vaak voor de uiting van de problematiek al een aantal **antecedenten** waren. Zo waren er factoren met betrekking tot de perinatale periode zoals een stortbevalling, spoedkeizersnede en (extreme) prematuriteit, was er soms sprake van een instabiele of afwezige partnerrelatie, een onveilig of afwezig sociaal netwerk, of de aanwezigheid van een medisch-psychiatrische voorgeschiedenis. Al deze factoren waren in feite alarmbellen die niet (tijdig) zijn opgemerkt door de zorgverleners in het zorgtraject.

Omtrent de **attributen** van perinatale veerkracht, gaven moeders het belang van sociale steun aan. Kennis hebben van hun eigen netwerk en dit netwerk ook durven inzetten kan de sociale ondersteuning bevorderen. Moeders erkennen ook het belang van emotieregulatie, waaronder zij het herkennen van en het omgaan met hun emoties begrijpen. Eén moeder gaf aan dat *mindfulness* haar hierbij hielp. Tot slot gaven moeders aan dat zelfvertrouwen en geloof in eigen kunnen sterk samenhangen. De bevestiging van hun moederrol door hun kind, door hun partner, door hun eigen sociale omgeving, door *peers* en door professionals is hiervoor zeer belangrijk.

“Maar mijn sociale steun is een beetje beginnen waggelen gewoon omdat ik mezelf niet kon terugvinden in die nieuwe manier van doen en ik voelde mij niet begrepen, dus ging ik ook instinctief minder steunen op hen.” – Mama K

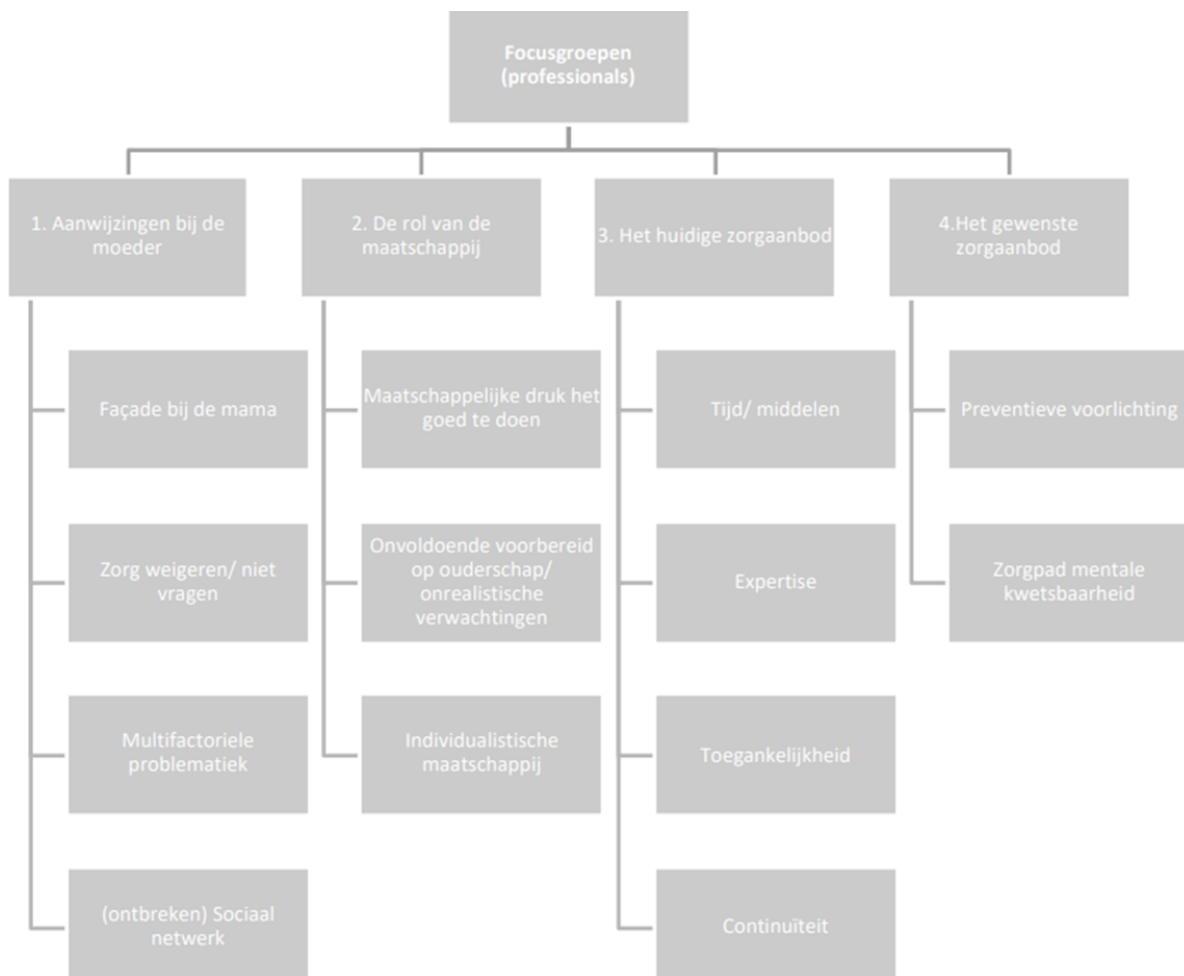
Moeders hebben het ook over de **consequenties** van perinatale veerkracht. Zo geven ze aan een persoonlijke groei doorgemaakt te hebben of hebben ze enkele levensstijlveranderingen doorgevoerd bijvoorbeeld het leren stellen van grenzen. Enkele moeders hebben zingeving gevonden door zich te profileren als ervaringsdeskundige om zo andere moeders en vaders te helpen.

“Ik ben ook mee een lezing gaan geven voor nieuw startende ouders en binnenkort ga ik met haar (cfr. babypsychiater infantpsychiatrie) mee naar een internationaal congres om mijn verhaal te vertellen (...).” – Mama L

3.3 Focusgroepen professionals

Uit de transcripten van deze focusgroepen (N=3) werden 4 overkoepelende thema’s gedestilleerd (figuur 16):

- aanwijzingen bij de moeder,
- de rol van de maatschappij,
- het huidige zorgaanbod,
- het gewenste zorgaanbod.



Figuur 16 Overzicht thema’s focusgroepen met professionals

3.3.1 Aanwijzingen bij de moeder

Het thema aanwijzingen bij de moeder omschrijft de perspectieven van de professionals ten aanzien van factoren die bij de moeder aanwezig zijn en het perinataal mentaal welzijn mogelijk beïnvloeden. Professionals erkennen dat de **problematiek rondom mentaal welzijn vaak multifactorieel** is: armoede, eenzaamheid, maar ook bijvoorbeeld materiële zorgen spelen hierbij een rol. Een sociaal netwerk kan ondersteunend zijn, hoewel sommige professionals ook erkennen dat een sociaal netwerk ook averechts kan werken. Wanneer het netwerk bijvoorbeeld te bepalend is, lijkt dit eerder belemmerend.

“Allee ik heb zo’n vrouw, die dan het netwerk zegt ‘ja maar jij bent niet goed bezig en ge kunt het allemaal niet’. Ja, het enige wat die doen is die vrouw gewoon in de diepe, in de dieperik in duwen denk ik eh. En er is, ja of ‘ge zij zot zeggen’ ze dan eh, en dan zegt die van ‘nee ik ben niet zot’ of ‘ben ik nu echt zot?’ en ‘ben ik zot en moet ik naar het ziekenhuis?’ en ‘daar ga ik mijn kinderen niet meer hebben en mijn kinderen worden afgepakt’. Ja ge draait allee, ge draait in ne cirkel eh.”
– FG1, deelnemer 4

Het merendeel van de professionals erkent dat juist het **ontbreken van een sociaal netwerk** een risicofactor kan zijn bij problemen rondom mentaal welzijn. Het draagt bij aan eenzaamheid bij moeders en beperkt de informele ondersteuning waardoor er soms wat lucht en rust kan worden geboden aan de jonge ouders.

“Een moeder die oververmoeid is, die er even een keer uit wilt, ja veel van de mama’s die wij zien hebben het netwerk ook niet om daar een keer uit te gaan. Of is beroep doen op een babysit of iemands vriend, vriendin, familie om even de zorg voor dat kind over te nemen, dat is er vaak ook niet.” – FG3, deelnemer 2

“Allee de mensen die dan een kindje hebben en waar ik vind dat zij soms echt wel spannende situaties, moeders die totaal niet meer weten van welk hout pijlen maken en da ge denkt van ‘is dit gevaarlijk of niet?’. En dat ik echt zoek naar waar kunt ge naar buiten komen met u baby’tje dat ge er niet alleen mee zit hé want de man is overdag gaan werken en de familie woont in inderdaad in Limburg.” – FG3, deelnemer 1

De identificatie van de moeders in mentale nood is ook niet altijd evident. Een zwangere deelt niet altijd even gemakkelijk haar klachten (**façade bij de moeder**). Redenen die professionals hiervoor geven zijn schaamte bij de moeder mogelijk vanwege een heersend taboe op mentale problematiek, waardoor moeders hun problemen niet zomaar delen. Professionals moeten het soms doen met enkel hints die door de moeders worden gegeven.

“En ik denk ook dat eigenlijk heel veel vrouwen wel het zeggen eh zo wat zoals ze zeggen zo die wortelkes geven. Van eigenlijk werpen ze wel heel vaak een keer een wortelke van ‘ik voel mij eigenlijk niet lekker’ euhm.” – FG1, deelnemer 1

“Allee dat dat daar ergens in zit, dat dat iets is zoals dat is, dat dat niet een taboe op moet leggen van ‘oei oei oei, er zal wel iets mis zijn want ge gaat bij de psycholoog’.” – FG3, deelnemer 4

En **niet alle moeders willen hulp**. Zelfs als er vermoedens zijn en er inspanningen worden gedaan om te helpen, dan zijn er voor de professionals weinig aanvullende mogelijkheden. Vaak wordt de zorg dan stopgezet.

“Ja, ik denk dat wij minder de kans hebben, de opdracht hebben om te kunnen blijvend aanklappend werken. Want ja, als wij daar [als vroedvrouw] een paar keer aan de deur staan.” – FG3, deelnemer 5

3.3.2 Rol van de maatschappij

De rol van de maatschappij, beschrijft hoe professionals de invloed van de maatschappij op het mentaal welzijn van de moeder/ jonge ouders ervaren. Ze zijn duidelijk over de invloed van de huidige maatschappij. In de ogen van de professionals, is de **huidige maatschappij erg individualistisch**. Mensen zijn gewend voor zichzelf te zorgen, en er is dus weinig sociale structuur die moeders zou kunnen ondersteunen. Een ander punt is dat de ze de **maatschappij te veel vinden ingericht op ‘prestatie’ en het ‘perfect doen’**.

Daarnaast denken veel professionals ook dat **aanstaande ouders daardoor beperkt zijn voorgelicht over het ‘realistisch’ ouderschap**. Professionals denken dan ook dat veel ouders daardoor zijn vervreemd van het ‘gezond boerenverstand’ of het ‘oerinstinct’ kwijt zijn. De verwachtingen van het ouderschap zijn hoog, en staat in schril contrast met de realiteit waar ouders nadien in terecht komen. Waar sommigen het idee hebben dat peer-support zou kunnen helpen, zien anderen ook het gevaar van een vergroten van die druk om het goed te doen.

“Da’s sowieso iets eigen aan deze tijd denk ik eh, gewoon vrouwen met veel veerkracht na de bevalling die elkaar niet goed vinden en dan de ondersteuning die we vroeger hadden van elkaar, allee elkaar zien, samen voor de kinderen zorgen, dat is weggevallen. Iedereen zit in zijn eigen huis hé.” – FG1, deelnemer 1

“Hoe ge omgaat met het idee van de maatschappij hé. Ma da’s wel iets wat ik merk bij heel veel jonge mama’s en gewoon eigenlijk over heel de maatschappij. Mensen zijn heel erg bezig ‘wat denkt iedereen van mij en hoe denkt iedereen, en die verwacht dit en ik wil er aan voldoen’.” – FG2, deelnemer 2

3.3.3 Huidige zorgaanbod

In het huidige zorgaanbod geven professionals aan hoe zij de huidige zorgverlening rondom perinataal mentaal welzijn ervaren. Welke bevorderende factoren, maar ook welke belemmeringen zij ervaren. Professionals geven aan dat er in verschillende steden al veel goede initiatieven zijn, en er is de behoefte dat deze bestaande en nuttige initiatieven worden ingezet voor de verbetering van het zorgaanbod rondom mentaal welzijn. Ook zijn de inspanningen om bij te dragen aan het mentaal welzijn van (aanstaande) moeders goed en vaak ook heel groot.

“Da’s (cfr. Centering Pregnancy®) echt heel moeilijk geweest, ook als zorgverlener is dat super moeilijk en daar komt het echt neer op geld hé. Dat als zorgverlener moest ge een hele groep draaiende houden ondertussen de workshop en het medisch stuk opvolgen en dat ga niet voor de kwetsbaarheid. En ook da’s heel moeilijk om de mensen daar te krijgen omdat dat geen standaard traject is euhm, maar ik geloof daar wel helemaal in.” – FG1, deelnemer 2

Maar de professionals erkennen ook dat er binnen de huidige zorgverlening ook een groot aantal beperkende factoren zijn. Een belangrijk punt zijn de **tijd en middelen**. Inspanningen voor moeders met problemen komen vaak bovenop de bestaande taken, en zijn vaak onbezoldigd. Daarnaast zijn consulten vaak beperkt in tijd, en dient er in die contacten ook een aantal andere zaken plaats te vinden.

“Jaja en die worden ook wel echt aangestipt die zaken dat moeten we gevraagd hebben, dat moeten we gevraagd hebben en dat moeten we gevraagd hebben. Eerder dan ‘met welke vraag kom jij?’ en van daaruit doen we een consultatie. Er zijn gewoon dingen die moeten gebeuren en daar zijn die 20 minuten, dat zit daarmee vol.” – FG1, deelnemer 2

De professionals geven aan dat het hen vaak nog **ontbreekt aan expertise en opleiding op het gebied van mentaal welzijn**. Het correct bevragen en identificeren van mentaal welzijn problematiek wordt als lastig ervaren. Daarnaast erkennen ze ook dat de vraag stellen naar het mentaal welzijn zeer belangrijk en relevant is, maar dat het traject daarna minstens zo relevant is. Enkel de vraag stellen en er vervolgens geen actie op ondernemen wordt gezien als weinig zinvol. Professionals hebben het gevoel dat hun huidige opleiding niet goed hierop aansluit.

“En ja mijn ervaring is dat het te vaak daarvan afhangt en dat ge wel op iets kunt botsen en maar denkt als hulpverlener ‘wat moet ik hiermee? Is dat, hoe moet ik dat inschatten? Is dat ernstig? Of is dat matig?’.” – FG1, deelnemer 3

“Heel weinig psychologen, heel weinig psychiaters, heel weinig vroedvrouwen zijn eigenlijk geschoold of hebben zich gevormd tot dat, die de grote verandering in die belangrijke 1000 dagen (...).” – FG1, deelnemer 2

“En wij hebben de vragenlijst eh, dus we stellen de vragen eh, maar als ge zegt van ‘ah ja euhm, heb je een psychische kwetsbaarheid in’t verleden?’. En ze vinken het gewoon aan, en er wordt niks meer mee gedaan, en t’ is aangeduid. Dan gebeurt er ook niks mee, dus eigenlijk is het wel zo dat je het moeten bevragen maar dan moet je er ook iets mee doen. Gewoon een vraag rond stellen ‘hoe komt dat dan en vanwaar komt dat?’. En dan denk ik dat je ook gewoon je tijd nodig hebt.” – FG1, deelnemer 1

Daarnaast speelt ook een rol dat kwetsbare moeders vaak lastig te bereiken zijn. Dit komt vaak door redenen die eerder werden genoemd onder ‘aanwijzingen bij de moeder’. Aanklampende zorg is dan essentieel, maar ook tijdsintensief voor veel zorgverleners. Identificatie moet soms ook gewoon op meer informelere gronden plaatsvinden. Met andere woorden het volgens protocol bevragen van moeders tijdens een consultatie is om eerdergenoemde redenen niet altijd de juiste weg. Een vertrouwensrelatie met de moeder en kennis van het gezin draagt hieraan bij, maar ook het bezoeken van het gezin in de eigen vertrouwde omgeving.

“Vooral vroedvrouw, huisarts, die vertrouwensfiguren zijn, die hebben het perfecte excuus want die komen voor de baby. En langs hun neus weg kunnen ze eens vragen en polsen hoe met mama gaat, en met papa eigenlijk ook want die wordt ook heel vaak vergeten en vaders met postpartum...” – FG1, deelnemer 3

Een ander belemmerend punt in het zorgaanbod is de bestaande versnippering. Zoals eerder werd aangegeven zijn er veel initiatieven op het gebied van mentaal welzijn, maar de kennis over het bestaan ervan is relatief beperkt. Dit werkt beperkend voor de **toegankelijkheid van zorg**. Daarnaast zijn er, in geval van een verwijzing of advies voor aanvullende zorg, veel stappen te doorlopen alvorens een moeder bij de juiste persoon geraakt, met het risico dat de moeder afhaakt alvorens ze de nodige zorg heeft ontvangen. Een andere belemmering voor de toegankelijkheid is het tarief van de psycholoog, naast het heersende taboe op zorg rondom mentaal welzijn is er voor sommige moeders ook een duidelijke financiële drempel.

Daarnaast is het bestaande zorgaanbod aan jonge ouders ook in algemene zin versnipperd. Professionals verlenen vaak een specifiek deel van de zorg, maar hebben geen aandacht voor de zorg in brede zin. Een vaak genoemd voorbeeld is 'de huilbaby', vaak wordt er in de oplossing van het probleem vooral naar medische oorzaken gezocht, maar er is dan nauwelijks aandacht voor het emotionele aspect bij de moeder. De versnippering van zorg uit zich ook in het gebrek aan onderlinge afstemming over de behandeling die eerder plaats vond.

“Maar soms komen mensen bij ons en ontdekken wij de kwetsbaarheid. Dat wil niet zeggen dat wij dat als eerste ontdekken hé maar, het wordt ons niet meegedeeld. Het is door onze anamnese dat het eruit komt dat ze al in behandeling is bij iemand maar dan is er niet altijd contact. Ik zal het zo zeggen.” – FG3, deelnemer 5

Ook heeft elke zorgverlener zijn of haar deel van de zorg: de zorg van vroedvrouw/ gynaecoloog begint en stopt op een vastgesteld moment, terwijl de huisarts de zwangere vaak even kwijt is gedurende de zwangerschap. De pediater richt zich dan vooral op het kind. Kind en Gezin heeft een wat bredere aanpak, maar worstelt volgens sommige professionals nog met een wat negatief en belerend imago bij jonge ouders.

Als gevolg van deze versnippering wordt er ook een **gebrek aan continuïteit van zorg** ervaren. Vooral rondom het mentale welzijn zijn er behoeften ten aanzien van terugkoppeling bij verwijzing, of het meekrijgen van professionele informatie ten aanzien van een eerder traject. Omdat dit niet soepel verloopt is zowel de verwijzing als het ontvangen van terugkoppeling tijdrovend. Indien een moeder op de plek van bestemming is, loopt de zorg vaak wel heel goed.

Het gebrek aan continuïteit van zorg ontstaat enerzijds door een gebrek aan multidisciplinair overleg. Het is er vaak niet, of is onbetaald en moet naast alle andere werkzaamheden. Als het er is, is het te vrijblijvend of is er een gebrek aan gedeelde verantwoordelijkheid. Daarnaast kennen de professionals in de verschillende deelgebieden vaak niet.

“Allee pas op, ik ervaar dat niet altijd als slecht eh. Dus ik kan dat niet zegen dat dat slecht is qua continuïteit. Als dat niet nodig is en als we van elkaar weten ‘nu is dat heel de periode’ bij wijze van spreken, ‘nu is het aan ons en dan weer aan iemand anders’. Elk zijn eigen kracht maar euhm, maar het zou soms handiger zijn moest er een beetje meer overleg zijn denk ik.” – FG3, deelnemer 5

Anderzijds is er het gebrek aan gedeelde dossiervoering. Tussen de verschillende disciplines is er vaak geen uitwisseling van gegevens via bestaande (digitale)platformen. Bestaande initiatieven met (moeder)boekjes worden vaak als tijdsintensief gezien. Tegelijkertijd zijn er uiteraard ook bezwaren op het gebied van privacy.

3.3.4 Gewenste zorgaanbod

Er zijn twee punten waarvan professionals denken dat het zou bijdragen aan de verbetering van zorg rondom het perinatale mentale welzijn. In de eerste plaats hebben ze wensen op het gebied van een **vroege, realistische afspiegeling van de werkelijkheid van ouderschap**. Een wens die voortkomt vanuit de observaties ten aanzien van de huidige maatschappij, maar ook hun perceptie van hoe ouders het ouderschap ervaren. Een aantal van de professionals ziet een meerwaarde in het vroeg schetsen van een realistisch beeld van het ouderschap. Het merendeel stelt voor om dit al aan te bieden in het secundaire onderwijs, en te combineren met de seksuele opvoeding die dan ook wordt gegeven.

“En dat ge ze (cfr. leerlingen secundair onderwijs) gewoon een keer kunt uitleggen wat een normale baby is, eentje die namelijk niet op ritme slaapt, eentje die niet op ritme eet. Maar ge moet dat dan ervaren een keer als je mama bent en niet ervoor, zodat voorbereidende ouderschap dat gaat heel veel denk ik dan met mentale zorg wegnemen en dat kan al heel vroeg beginnen.”
– FG3, deelnemer 6

Maar ook prenataal voorbereiden op realistisch ouderschap wordt gezien als een belangrijke aanvulling.

“Dat groeien naar ouderschap, van wat betekent dat, en want pas op eh, de druk is ontzettend groot hoor ik van deze procesbegeleiders wat daar allemaal moet en zal en tot het absurde af hoe die vrouwen elkaar ook kunnen bevragen en ja.” – FG2, deelnemer 6

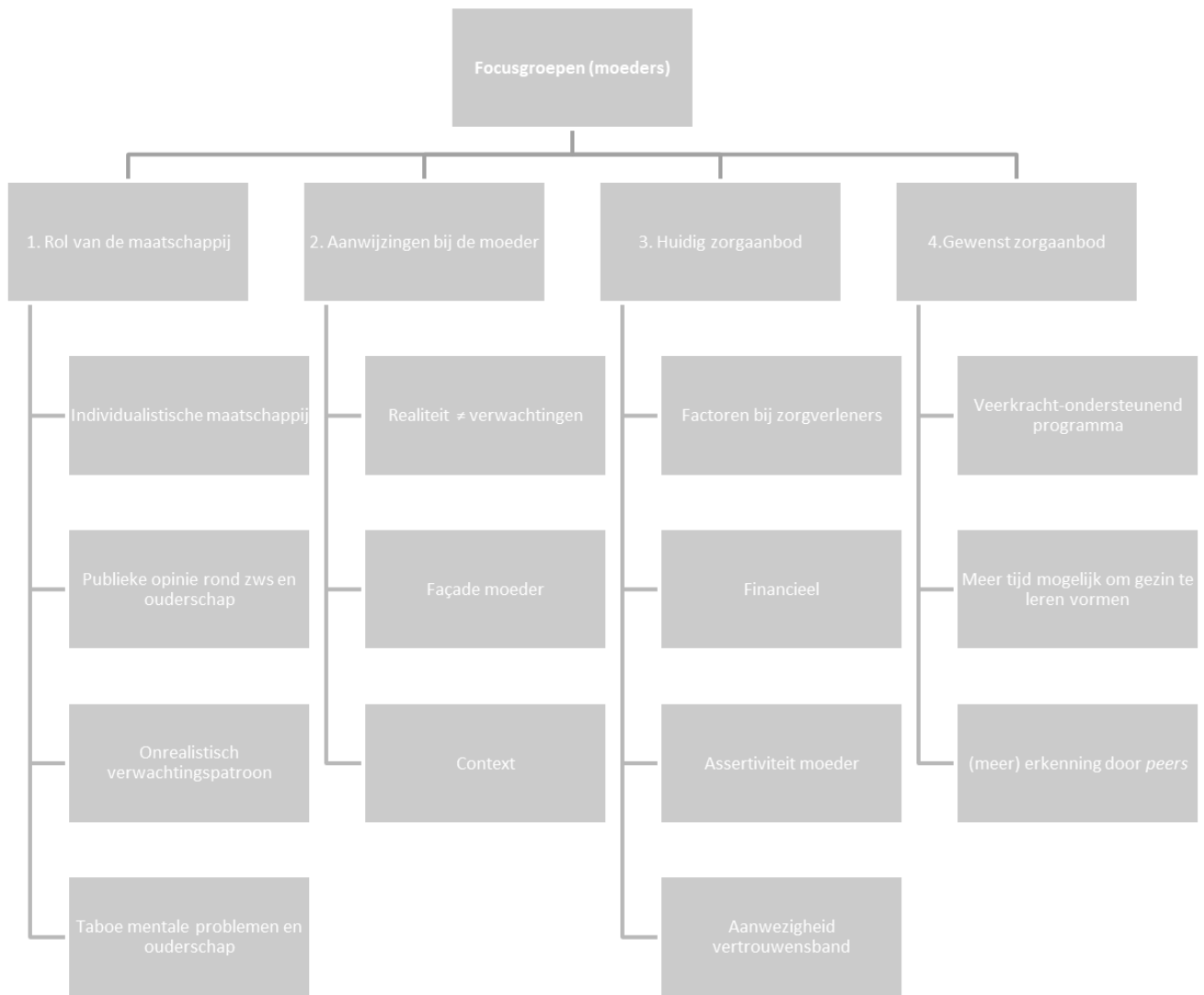
Bezorgdheden worden ook geuit over het ouderschapsverlof en de rol van de vader. Uitbreiding van het ouderschapsverlof en tijd voor de vader zijn andere wensen die zijn geuit.

Een tweede punt waar veel professionals behoefte aan hebben, is een **zorgpad voor mentaal welzijn**. Ze zien dit als een zorgpad zoals dat nu ook bestaat voor bepaalde medische indicaties. Belangrijk vindt men hierin continuïteit, een traject met hierin een perinatale zorgcoördinator die regie neemt in het traject. De toegang moet laagdrempelig zijn en niet-stigmatiserend, bij voorkeur ingebed in de reguliere zorg. Ze zijn er unaniem over eens dat de zwangerschap zowel een opportuniteit voor het signaleren van kwetsbaarheid biedt, maar dat de zwangerschap en het daaropvolgende ouderschap ook een belasting is voor het mentale welzijn. Binnen dit zorgpad moet er gewerkt worden aan een gedeelde ervaren noodzaak voor de aandacht voor mentaal welzijn, een gedeelde verantwoordelijkheid en van daaruit een sterke multidisciplinaire aanpak voor identificatie en ondersteuning van het mentaal welzijn in deze periode.

3.4 Focusgroepen moeders

Uit de transcripten van deze focusgroepen (N=2) werden 4 overkoepelende thema's gedestilleerd (figuur 17):

- rol van de maatschappij,
- aanwijzingen bij de moeder,
- huidig zorgaanbod,
- gewenst zorgaanbod (vanuit de noden van de moeders).



Figuur 17 Overzicht thema's focusgroepen met moeders

3.4.1 Rol van de maatschappij

Uit de ervaringen van de moeders blijkt dat de maatschappij een grote rol speelt in de vormgeving van het ouderschap en de bespreekbaarheid van mentale gezondheidsproblemen tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap. Een aantal maatschappelijke factoren kunnen de transitie naar het ouderschap bemoeilijken. Zo geven moeders aan dat de **huidige maatschappij vrij individualistisch** is met een **publieke opinie rond zwangerschap en ouderschap**. Moeders krijgen regelmatig commentaar op de zwangerschap wat zij aangeven niet fijn te vinden.

“Maar eigenlijk zou je moeten zorgen voor elkaar en dat doen we te weinig hè.” – FG1, Moeder 3

“Ik vind wel dat je heel sterk moet zijn als vrouw om ten eerste op te komen voor welke keuzes dat je maakt, ongeacht wat iedereen heeft altijd een mening over waar dat je bevalt, met wie dat je bevalt, hoe dat je bevalt, welke, of dat je borstvoeding geeft of flesvoeding alleen.” – FG1, Moeder 3

Moeders vormen vaak een **onrealistisch verwachtingspatroon**, mede gefaciliteerd door incorrecte of tegenstrijdige informatie die ze krijgen rond bijvoorbeeld de ademhaling tijdens de arbeid en bevalling. Dit verwachtingspatroon wordt ook gevoed door sociale media. Daarnaast ervaren moeders ook een **taboe rond mentale gezondheidsproblemen** tijdens het ouderschap.

“Je stelt u vaak aan verwachtingen op (...) maar de realiteit is toch wel helemaal iets anders en dan tottert uw torentje precies wel helemaal in elkaar.” – FG2, Moeder 1

“Euhm ja maar daar wordt precies heel weinig over gebabbeld van als het zo wat minder goed gaat dan, ja dat ge u daar zo slecht bij kunt voelen dan hé.” – FG1, Moeder 1

3.4.2 Aanwijzingen bij de moeder

De maatschappij kleurt dan ook het verwachtingspatroon van de (toekomstige) moeder ten aanzien van het ouderschap. De mate waarin men hier wel of niet aan kan voldoen, heeft ook een invloed op het mentale welzijn van de moeder. Indien blijkt dat de **realiteit niet strookt met de verwachtingen** met betrekking tot de (begeleiding van de) zwangerschap, bevalling of periode na de geboorte, dan brengt dit de moeder uit balans. Moeders gaven aan dat er bijvoorbeeld weinig aandacht is voor veerkracht tijdens de prenatale voorbereiding en dat deze voornamelijk focust op de bevalling. Ook het verlies van autonomie tijdens de bevalling of de fysieke klachten in de kraamperiode hebben een negatieve impact op het mentale welzijn van de moeder. Bijgevolg trekken zij een **façade** op waardoor het voor zorgverleners ook moeilijk wordt om problemen met betrekking tot mentaal welzijn te detecteren.

“Ma ik denk ook niet dat ik daar ooit aanleiding toe gegeven heb, want als die (cfr. gynaecoloog) vroegen hoe gaat het zegt ge altijd ‘goed’ terwijl dat ik bijvoorbeeld, dat is dan lichamelijk, maar ik was zo elke dag misselijk, elke dag overgeven.” – FG1, Moeder 4

“Die (cfr. gynaecoloog) vroeg dat (cfr. mentaal welzijn) wel, euhm ik had precies in mijn hoofd dat je bij de gynaecoloog niet over dat psychische moest praten dus dat was redelijk moeilijk want mijn kind was een huilbaby, maar ik heb dat nooit ter sprake gebracht.” – FG1, Moeder 4

Daarnaast is de **context** van de moeder ook bepalend voor haar eigen veerkracht. Zo is de aanwezigheid van een sociaal netwerk belangrijk voor moeders. Tot dit netwerk horen haar partner, de bredere omgeving van familie en vrienden, en *peers*. Moeders waarderen de ondersteuning door *peers* en gaven aan dat dit zowel online kan via bijvoorbeeld Facebookgroepen of face-to-face via moedergroepen. Indien moeders deelnemen aan online Facebookgroepen rond bepaalde onderwerpen, gaven zij aan dat het van belang is om deze informatie te kunnen filteren. Tot slot heeft ook de financiële situatie van de moeder een invloed op haar veerkracht. Zo gaf een moeder aan dat ouderschapsverlof voor haar geen optie was omdat ze dan minder loon zou krijgen, wat niet haalbaar was voor haar.

“Zo wat creatief leren zijn en mensen daarbij betrekken omdat we weten allemaal van elkaar dat je dat niet alleen moet doen, dat het gewoon niet de bedoeling is dat wij dit alleen doen als vrouw. Dat wij echt wel ons netwerk en anderen mogen inzetten om dit gedaan te krijgen. It takes a village to raise a child, allee ja.” – FG1, Moeder 2

Al deze factoren zijn eigen aan de moeder en zijn ook meetbaar voor een zorgverlener via bijvoorbeeld een assessment vroeg prenataal.

3.4.3 Huidig zorgaanbod

In het huidig zorgaanbod ervaren moeders zowel bevorderende als belemmerende factoren ten aanzien van veerkrachtondersteuning tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap. Deze **belemmerende factoren** kunnen aanleiding geven voor de moeder om af te haken van de zorgverlening. Moeders benoemden een aantal factoren met betrekking tot de zorgverleners zoals het ontbreken van een vertrouwensband, gebrek aan tijd en een klik met de zorgverlener of een fit tussen de zorgverlening en de noden van de moeder. Moeders gaven aan dat ze hierdoor soms gingen “shoppen” van zorgverleners.

“Zo heel bepalend vind ik afhankelijk van wie dat ge op de moment in uw ondersteuning tegenkomt en hoe dat ge u voelt bij die persoon en of dat die effectief luistert naar u.” – FG1, Moeder 2

“Ge moet ne klik hebben met de mensen die bij u komen hé.” – FG1, Moeder 1

Het krijgen van tegenstrijdige informatie bijvoorbeeld rond het borstvoedingsbeleid of rond het wel of niet geven van een fopspeentje, wordt door moeders als storend en verwarrend ervaren. Ook ervaren moeders dat sommige zorgverleners een paternalistische houding aannamen waardoor moeders zich niet gehoord voelden. Eén moeder gaf hierbij het voorbeeld van een conflict met Kind en Gezin rond de vaccinaties. Het is voor moeders belangrijk dat er steeds een respectvolle communicatie bestaat zodat de zorgverlener en cliënt op gelijke hoogte staan.

“Kind en Gezin die vanalles van tips en ‘hoe moet je dat doen en wat mag je zeker niet doen’ (...). Ook de familie die vanalles zei van ‘ge moet dat en dat doen’.” – FG2, Moeder 2

“En dat (cfr. het moeten nemen van epidurale verdoving tijdens arbeid) vond ik wel het moeilijke van: je kan niet kiezen. Je bent kei goed bezig (...) en toch komen ze zeggen van ‘ge moet nu dit’ en dat vond ik wel een moeilijke.” – FG2, Moeder 3

Ook het financiële aspect bepaalt of moeders wel of niet gebruikmaken van de zorgverlening. Zo gaven moeders aan de psychologische hulpverlening duur is. Eén moeder gaf aan dat de terugbetaling van de mutualiteit bepaalt of ze gebruik maakte van een bepaalde zorgverlening. Daarnaast ervaren moeders dat hun eigen assertiviteit ook in grote mate bepaalde of hun mentaal welzijn besproken werd tijdens de zorgverlening.

“Voor mij is dat financiële aspect een hele belangrijke in alles (...) of psychische hulp, dat is heel fijn maar ik kan geen psychiater of psycholoog betalen, dat kost mij gewoon teveel. En dat vind ik ook wel dat dat een punt is waar dit wel beter in kan. Als je direct 50 euro per uur moet betalen of minimum, dat kan ik niet, dus euhm, ja dat vind ik ook het spijtige.” – FG1, Moeder 3

“Want er is echt een, als ge zelf niet het initiatief neemt naar hulpverlening, ja daar is niemand die dan is een keer gaat bellen. Zelfs de vroedvrouw niet van ‘seg hoe is het nu eigenlijk me u?’.” – FG1, Moeder 2

Als **bevorderende factor** gaven moeders aan dat de aanwezigheid van een vertrouwensband met de zorgverleners rust geeft.

“Ik ben bij ze allebei in het ziekenhuis bevallen en dat is ook mijn eigen ziekenhuis, dus ik ken daar de vroedvrouwen. Ik vond dat heel rustgevend dat dat daar bekende gezichten waren dus dat je niet allemaal onbekenden rondom u had staan.” – FG1, Moeder 1

3.4.4 Gewenst zorgaanbod (vanuit de noden van de moeders)

Vanuit de noden van de moeders, gaven zij ook hun ideale zorgaanbod weer. Zo werd de suggestie gedaan voor **een veerkracht-ondersteunend programma** dat start vanaf de zwangerschap en duurt tot 2 jaar erna. Dit programma zou een standaardonderdeel zijn van de prenatale voorbereiding waarbij ook de partner actief wordt betrokken. Moeders gaven aan dat er meer aandacht nodig is voor het mentaal welzijn van de partner maar ook voor de koppelrelatie. De transitie naar ouderschap is uitdagend voor een relatie. Moeders wensen ook een vertrouwenspersoon doorheen het traject vanaf zwangerschap tot 2 jaar erna.

“Ik heb het gevoel dat als uw kindje 1 jaar is al, dat dat dan echt volledig stopt. Dat dan iedereen het maar normaal vindt dat ge mama bent, en dat ge alles maar gewoon moet doen. Terwijl ik het juist heel waardevol zou vinden moest dat nu tot 2 jaar echt nog zijn want ik heb nog heel veel opvoedingsvragen.” – FG1, Moeder 4

“Ik vind dat papa’s toch nog iets meer betrokken ondersteund kunnen worden (...). De papa moet maar zitten en (..) ondergaan. (...) Maar ik vind wel dat papa’s mogen ook wel meer ondersteund en geïnformeerd worden.” – FG2, Moeder 3

“Zo van die koppelbegeleiding, ja ik vind dat daar precies toch nog heel veel tekorten schieten eigenlijk.” – FG2, Moeder 1

Daarnaast gaven moeders ook aan behoefte te hebben aan een **uitbreiding van de mogelijkheid om meer tijd te krijgen om een gezin te leren vormen**. Zo werd een verlening van de moederschapsrust en het ouderschapsverlof voorgesteld samen met de optie om dit te verdelen onder de moeder en haar partner. Enkele moeders gaven aan ook meer beroep te willen doen op grootouders via een verlofstelsel specifiek voor grootouders. Tot slot wensen moeders **meer erkenning van peers** omtrent de uitdagingen die de transitie naar ouderschap met zich meebrengt.

“En als je dan samen langer thuis kan zijn, dat alleen al, dan leer je terug samen een gezin zijn want elke keer een kindje erbij dat is toch een serieuze impact. (...) Mij zou het heel veel helpen als je dat samen kunt doen, dat je dat niet alleen moet doen.” – FG1, Moeder 1

“Om gewoon echt van moeders te horen van ‘ah ja, ik heb dat ook al eens op die manier gevoeld’, dat het oké is om die dingen te voelen. Eigenlijk heb je dat gewoon nodig om te horen hé.” – FG1, Moeder 4

4 Discussie

In dit hoofdstuk werd een antwoord gezocht op volgende onderzoeksvragen:

- In welke mate is er ketengerichtheid mogelijk en/of aanwezig tussen de verschillende boven vernoemde betrokken organisaties?
- Wat zijn noden en behoeften bij verschillende betrokken stakeholders (organisaties en moeders mét en zonder ervaring met perinatale veerkrachtproblemen) om continuïteit van opvolging en begeleiding naar veerkrachtondersteuning mogelijk te maken?

In deze discussie worden achtereenvolgens *de detectie van perinatale veerkracht*, *de doorverwijzing en veerkrachtondersteuning bij de transitie naar ouderschap* besproken aan de hand van 3 thema's 1) aanwijzingen bij de moeder, 2) rol van de maatschappij en 3) huidig zorgaanbod. Deze 3 thema's werden gedestilleerd uit de resultaten van de semigestructureerde interviews en focusgroepen met zowel moeders (met en zonder perinatale veerkrachtproblemen) als de professionele sleutelfiguren.

4.1 Detectie: psychosociale anamnese en screening

De participanten van dit onderzoek, zowel de moeders met en zonder perinatale veerkrachtproblemen als de professionele sleutelfiguren, gaven een aantal factoren die de detectie van perinatale veerkrachtproblemen kunnen belemmeren of bevorderen (tabel 7). Een aantal van deze factoren hangen onderling samen. Zo gaven de moeders met veerkrachtproblemen aan een façade op te trekken indien ze opmerken dat hun verwachtingen rond het ouderschap niet stroken met de realiteit. De maatschappelijke druk om het goed te doen en het stigma rond mentale problemen motiveert moeders om deze façade aan te houden (Chew-Graham et al., 2009; Raymond, 2009; Rouhi et al., 2019; Smith et al., 2019). Het is dan ook een uitdaging voor zorgverleners om deze façade te herkennen en erdoor te kunnen zien (Cooke et al., 2012; Slade et al., 2010). De professionele sleutelfiguren gaven op hun beurt aan dat het gebrek aan tijd, middelen, expertise en opleiding het moeilijk maakt om om te gaan met deze façade.

Tabel 7 Samenvatting belemmerende en bevorderende factoren detectie: psychosociale anamnese en screening

Thema	Belemmerende factoren	Bevorderende factoren
Aanwijzingen bij de moeder	Façade bij de moeder	Aanwezigheid vertrouwensband
	Multifactoriële problematiek	Afspreken in een veilige omgeving bv. huisbezoek
		Assertiviteit moeder voor bespreken van mentaal welzijn
Rol van de maatschappij	Stigma mentale problemen	
	Druk om het goed te doen	
Huidig zorgaanbod	Ontbreken van tijd en middelen	Starten bij voorkeur voor, ten laatste in de zwangerschap
	Onvoldoende expertise en opleiding	Gebruik van screeningsinstrumenten mits sensitieve gespreksvaardigheden en juiste empathische basishouding
	Focus medische aspect	Aanklampende zorg (bij kwetsbare groepen)
	Aandacht zorgverleners perinataal mentaal welzijn vermindert na enkele weken postpartum	

Ook de focus op het medische aspect is een belangrijke belemmerende factor welke voornamelijk door de moeders met perinatale veerkrachtproblemen werd aangegeven. De meerderheid van hen gaf aan dat zij geen gehoor vonden bij de pediaters omdat deze voornamelijk focusten op de fysieke klachten van het kind en minder op de moeder-kind dyade noch het psychisch welzijn van moeder en kind. Biel en collega's erkennen dat mentale problemen bij moeders en kinderen waarschijnlijk onvoldoende onderkend zijn in de pediatrie zorg. Daarnaast zou volgens hen het bevragen van de mentale gezondheid van de ouders een belangrijk component moeten zijn in de pediatrie (mentale) zorg (Biel et al., 2020). Aandacht voor en vragen naar het mentale welzijn van toekomstige en jonge ouders, zou een taak moeten zijn van alle zorgverleners in het perinatale (mentale) zorgpad. Hierbij zijn sensitieve gespreksvaardigheden en een juiste empathische basishouding echter belangrijk (Goldberg et al., 1998).

In de literatuur bestaat een consensus over het routinematig **screenen** naar perinataal mentaal welzijn tijdens zwangerschap en postpartum (Kendig et al., 2017; O'Connor et al., 2016). Er bestaan veel verschillende screeningsinstrumenten met wisselende prestaties. Zo zijn er verschillen in de voorspellende waarde, de klinische performantie, sensitiviteit, specificiteit en validiteit. Veel gebruikte screeningsinstrumenten in wetenschappelijke onderzoeken zijn *the patient health questionnaire* (PHQ-9), *the Edinburgh postnatal depression scale* (EPDS) en *the general anxiety disorder scale* (GAD-7) (Johnson et al., 2012).

Volgens de NICE (National Institute for Health and Care Excellence)-richtlijnen wordt daarnaast ook een psychosociale **anamnese** aangeraden en helpt deze bij de identificatie van zwangere vrouwen of moeders die uitgebreid moeten worden gescreend (NICE, 2014). In de richtlijn van ACOG (American College of Obstetrics and Gynecologist) wordt het screenen van alle zwangere vrouwen of moeders

geadviseerd, daarnaast wordt ook een meer gecombineerd gebruik aangeraden van een psychosociale anamnese en screening naar het postnataal mentaal welzijn (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2018; Johnson et al., 2012).

Volgens Kendig en collega's (2017) wordt aanbevolen om te screenen naar perinataal mentaal welzijn vroeg prenataal, laat prenataal en vroeg postnataal (Kendig et al., 2017). Kothari en collega's (2016) voegen hier nog laat postnataal aan toe (na 1 jaar postpartum) gezien zij nog een piek in de EDPS-scores waarnamen rond 18 maanden postpartum (Goodman, 2004; Kothari et al., 2016; Shorey et al., 2018). Ook de moeders uit de semigestructureerde interviews en de focusgroepen gaven aan dat er bij zorgverleners weinig aandacht is voor het mentale welzijn na enkele weken postpartum. Volgens hen wordt vanaf 12 maanden verwacht dat ze "moeder zijn" en ervaren zij hier rond nog maar weinig ondersteuning van zorgverleners.

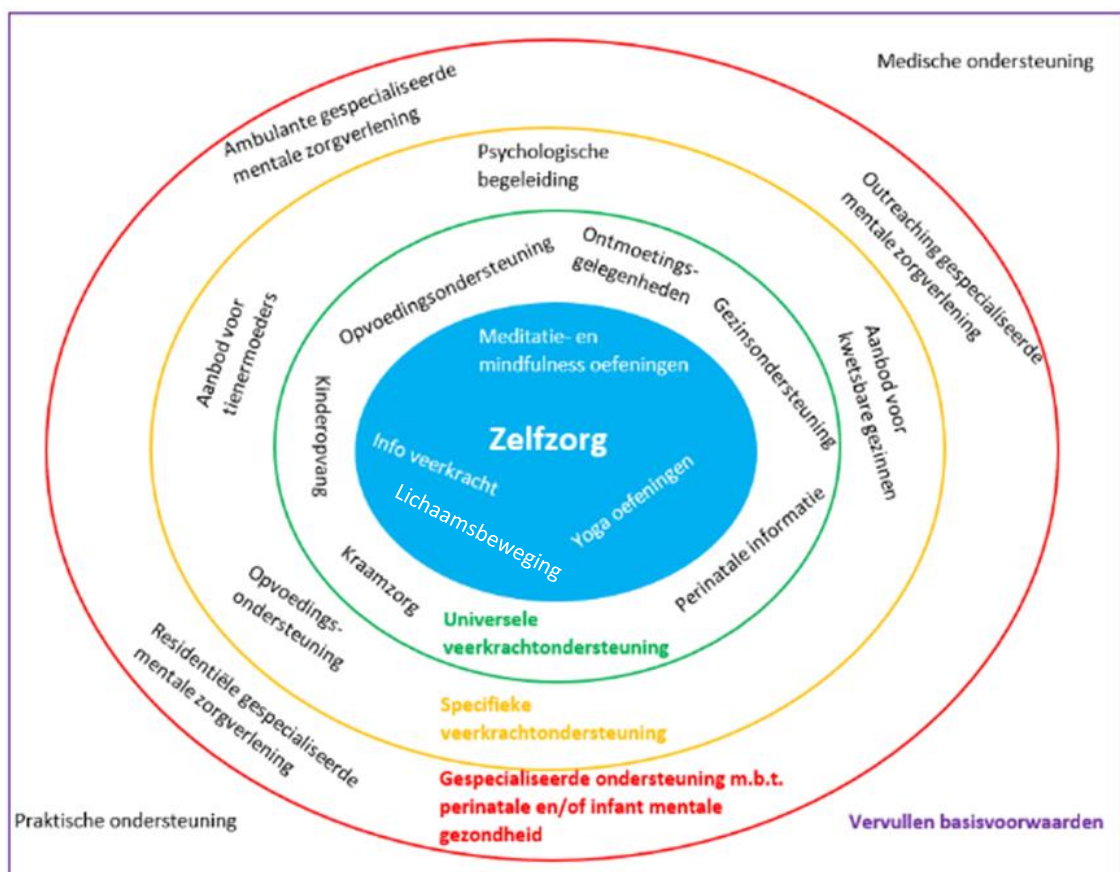
Er is momenteel meer onderzoek nodig naar het meest aangewezen screeningsinstrument voor de Vlaamse context, op welke tijdstippen er gescreend dient te worden, hoe de psychosociale anamnese kan worden vormgegeven en of de screening naar perinataal mentaal welzijn een onderdeel kan zijn van die psychosociale anamnese. Vanwege het grote belang van meer aandacht voor mentaal welzijn, dienen deze psychosociale anamnese en screening een plaats te krijgen in het geïntegreerd prenatale zorgpad van het KCE. De consulten voor persoonlijk prenataal advies (PPA) lijken hiervoor geschikt te zijn (Benahmed et al., 2019). Er dient onderzocht te worden of dit geïntegreerd prenatale zorgpad ook postnataal tot 2 jaar na de geboorte kan doorlopen.

4.1.1 Aanbevelingen met betrekking tot detectie van perinatale veerkrachtproblemen

Op basis van de onderzoeksresultaten en bevindingen uit de literatuur, worden volgende aanbevelingen gedaan met betrekking tot detectie van perinatale veerkrachtproblemen:

- **Systematische opsporing** van aanwijzingen voor de verstoring van het perinataal mentaal welzijn: psychosociale anamnese en **alarmbellen**, zowel **pre-** als **postnataal** tot 2 jaar.
- **Verankering van detectie mentaal welzijn** in bestaande pre- én postnatale contactmomenten
 - Idealiter in het geïntegreerd pre- én postnataal zorgpad KCE (Benahmed et al., 2019);
 - Cave aandacht voor het opsporen perinataal mentaal welzijn in late postpartum (> 12 maanden).
- Verhogen van de **expertise en bewustwording** omtrent **perinataal mentaal welzijn** bij betrokken de zorgverleners door doelgerichte training:
 - Integratie van recente inzichten omtrent het thema perinataal mentaal welzijn in bestaande opleiding van huisartsen, vroedvrouwen, gynaecologen, pediaters, medewerkers Kind & Gezin, en kraam- en thuisverzorgenden;
 - Ontwikkelen, organiseren, evalueren en subsidiëren van training omtrent pre- én postnataal mentaal welzijn voor alle betrokken zorgverleners:
 - kennis mentale problematiek, risicofactoren en bewustwording façade moeders;
 - optimaliseren communicatieve vaardigheden en doorvragen mentaal welzijn;
 - aandacht voor moeder-kind dyade en bij uitbreiding moeder-kind-partner triade;
 - inzetten op multidisciplinaire aanpak ter bevordering van regionale samenwerking;

- verhogen van kennis omtrent het regionaal zorgaanbod/-landschap (vervullen basisbehoeften, zelfzorg, universele veerkrachtondersteuning, specifieke veerkrachtondersteuning, gespecialiseerde mentale gezondheidszorg) (Figuur 18);
- stimuleren van gedeelde verantwoordelijkheid omtrent het perinataal mentaal welzijn en dit bij *alle betrokken zorgverleners*.
- Creëren van **bewustwording rondom perinataal mentaal welzijn** bij vrouwen en hun familie, en de maatschappij door in te zetten op sensibilisering in de maatschappij (starten in het onderwijs).
- Faciliteren **wetenschappelijk onderzoek** omtrent (*deliverable 5*):
 - inhoud en vorm van de perinatale psychosociale anamnese;
 - meest geschikte detectie instrument(en) voor de Vlaamse context (inclusief bevraging alarmbellen, tabel 1);
 - tijdstippen waarop de systematische bevraging van o.a. de alarmbellen dient te worden georganiseerd.



Figuur 18 Sjabloon indeling van het veerkracht-ondersteunend zorgaanbod tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap voor Vlaanderen

4.2 Doorverwijzing

Uit de resultaten van de semigestructureerde interviews en focusgroepen bleek dat de doorverwijzing van moeders met perinatale veerkrachtproblemen momenteel moeizaam verloopt in het huidige perinatale (mentale) zorglandschap, ondanks bestaande regionale initiatieven. Zowel de moeders en als

de professionele sleutelfiguren gaven voornamelijk factoren aan die de doorverwijzing naar aangepaste en/of (meer) gespecialiseerde hulpverlening belemmeren (tabel 8).

Tabel 8 Samenvatting belemmerende en bevorderende factoren doorverwijzing

Thema	Belemmerende factoren	Bevorderende factoren
Aanwijzingen bij de moeder	Vrees schaden vertrouwensband	
Rol van de maatschappij	Besef toegevoegde waarde GGZ bij zorgverleners	
Huidig zorgaanbod	Gebrek aan communicatie tussen zorgverleners	Zorgpad voor perinataal mentaal welzijn: laagdrempelig, ingebed in perinatale zorg en met zorgcoördinator.
	Gebrek aan continuïteit van zorg	
	Beschikbaarheid (gepaste) gespecialiseerde dienstverlening	
	Beperkte toegankelijkheid hulpverlening	
	Teveel stappen tussen verwijzing en aankomst bij hulpverlening	
	Geen vergoeding multidisciplinair overleg	
	Gebrek aan gedeelde verantwoordelijkheid zorgverleners	
	Gebrek aan kennis zorgverleners eigen professionele netwerk	
	Gebrek aan gedeeld (elektronisch) medisch dossier	

Een van de factoren die zowel door de moeders als zorgverleners werd genoemd, was de moeizame doorverwijzing naar aangepaste of gespecialiseerde hulpverlening omwille van een gebrek aan communicatie en een beperkte toegankelijkheid van deze hulpverlening. Een mogelijke verklaring hiervoor kan een gebrek zijn aan kennis van het regionale zorgaanbod waardoor het regionale doorverwijsnetwerk niet duidelijk is (Smith et al., 2019). Het ondersteunen van zorgverleners in het leren kennen en opbouwen van hun professionele doorverwijsnetwerk is dan ook belangrijk (Kendig et al., 2017; Myors et al., 2015). Daarnaast dienen organisaties ook te beschikken over een doorverwijsalgoritme dat gekend is bij alle medewerkers (Kendig et al., 2017). Het vergaren van kennis over dit regionale doorverwijsnetwerk en doorverwijsalgoritme, kan een onderdeel zijn van een opleiding specifiek rond het perinataal mentaal welzijn.

Ook het gebrek aan een gedeeld (elektronisch) dossier en het ontbreken van een financiële vergoeding bij multidisciplinair overleg, werd meermaals aangehaald door de professionele sleutelfiguren als belemmerende factor. Het gebruik van een gedeeld elektronisch dossier wordt nochtans aanbevolen in zowel het perinatale zorgpad als het perinatale mentale zorgpad (Benahmed et al., 2019; Kendig et al., 2017).

Volgens de professionele sleutelfiguren zou een zorgpad specifiek voor perinataal mentaal welzijn de doorverwijzing kunnen bevorderen. Hierbij benadrukten zij dat dit zorgpad laagdrempelig en ingebed in de huidige perinatale zorg dient te zijn. De verankering van dit zorgpad in het geïntegreerde prenatale zorgpad van KCE is hiervoor aangewezen op voorwaarde dat dit zorgpad ook postnataal tot 2 jaar na de geboorte kan worden doorgetrokken (Benahmed et al., 2019). De mogelijkheden omtrent het belang en de rol van een zorgcoördinator, alsmede de effectiviteit van de implementatie van regionale zorgpaden, moet verder bestudeerd worden.

4.2.1 Aanbevelingen met betrekking tot doorverwijzing

Op basis van de onderzoeksresultaten en bevindingen uit de literatuur, worden volgende aanbevelingen gedaan met betrekking tot doorverwijzing bij perinatale veerkrachtproblemen:

- **Bevorderen van multidisciplinaire samenwerking** door kennismaking en uitwisseling van expertise via:
 - organiseren van trefdagen per eerstelijnszone waarin partners hun werking aan elkaar voorstellen;
 - en/of intervisie voor casuïstiek rond perinatale mentale problemen.
- Faciliteren van het **delen van medische gegevens**.
- Voorzien van **financiële tegemoetkoming** voor zorgprofessionals bij **deelname aan multidisciplinair overleg** om een engagement op lange termijn te bewerkstelligen;
- Faciliteren van **wetenschappelijk onderzoek** omtrent (*deliverable 5*):
 - validatie doorverwijs algoritme perinataal mentaal zorgpad voor Vlaamse context;
 - vergelijkend onderzoek naar de impact van de doorverwijs algoritmes;
- belang zorgcoördinator perinataal mentaal zorgpad versus optimaliseren zelfmanagement bij cliënt versus optimaal inzetten van de belangrijkste perinatale zorgverlener.

4.3 Veerkrachtondersteuning bij transitie naar ouderschap

Zowel de moeders, met en zonder perinatale veerkrachtproblemen, als de professionele sleutelfiguren waren zo goed als unaniem over het belang van sociale ondersteuning tijdens de transitie naar ouderschap. De aanwezigheid van een ondersteunend sociaal netwerk en de ondersteuning door *peers* werden door beiden aangehaald als veerkracht-ondersteunend. Hierbij is het echter wel belangrijk dat deze *peers* een soortgelijke ervaring doormaakten of gelijkaardige gevoelens hebben ervaren als de moeders (Jones et al., 2014b). Mihelic en collega's bevelen ook aan om het sociale netwerk van moeders te bespreken, bij voorkeur vroeg prenataal (Mihelic et al., 2016).

Uit de resultaten van de semigestructureerde interviews en de focusgroepen bleek ook dat moeders vaak onrealistische verwachtingen hebben omtrent de perinatale periode en het ouderschap. Deze verwachtingen worden mede vormgegeven door de maatschappij, wat ondersteund wordt door eerder onderzoek (Chew-Graham et al., 2009; Rouhi et al., 2019). Een realistische voorbereiding op het ouderschap zou een onderdeel moeten zijn van de prenatale voorbereiding gezien deze negatieve postnatale uitkomsten op lange termijn kan voorkomen (Mihelic et al., 2016). Deze voorbereiding op realistisch ouderschap kan verankerd worden in de sessies rond Voorbereiding op Geboorte en Ouderschap (VGO) van het geïntegreerd prenataal zorgpad van het KCE (Benahmed et al., 2019). Uit de resultaten van de moeders en professionele sleutelfiguren blijkt ook dat de partner actief betrokken

dient te worden bij deze prenatale voorbereiding, en dat er aandacht moet zijn voor de koppelrelatie tijdens de transitie naar ouderschap.

Naast de onrealistische verwachtingen werden nog een aantal andere factoren aangehaald die de veerkrachtondersteuning bij de transitie naar ouderschap belemmeren of bevorderen (tabel 9). Zo gaven moeders en professionele sleutelfiguren aan dat de kostprijs van psychologische hulpverlening vaak een barrière vormt voor moeders om hiervan gebruik te maken, wat bevestigd wordt door het onderzoek van Da Costa en collega's (Da Costa et al., 2018). Ook ervaren de moeders een paternalistische houding van sommige zorgverleners waardoor zij zich niet gehoord of gerespecteerd voelden. Nochtans wordt het betrekken van zwangere vrouwen of moeders in het besluitvormingsproces omtrent perinatale mentale zorg aangeraden zodat cliënt en zorgverlener op gelijke hoogte staan (Myors et al., 2015). Moeders hebben vaak niet dit gevoel.

Tabel 9 Samenvatting belemmerende en bevorderende factoren veerkrachtondersteuning bij transitie naar ouderschap

Thema	Belemmerende factoren	Bevorderende factoren
Aanwijzingen bij de moeder	Ontbreken van of dominant sociaal netwerk	Aanwezigheid ondersteunend netwerk
	Weigeren van hulp	Uitbreiden mogelijkheden ouderschapsverlof
	Lage opkomst moedergroepen	Actief betrekken van de partner
	Ontbreken vertrouwensband tussen zorgverlener en zwangere vrouw/moeder	Ondersteuning door <i>peers</i>
	Geen fit tussen zorgverlening en noden zwangere vrouw/moeder	
Rol van de maatschappij	Individualistische maatschappij	Schetsen realistisch beeld ouderschap vanaf secundair onderwijs
	Onvoldoende voorbereid op ouderschap/ onrealistische verwachtingen	Realistisch ouderschap als onderdeel van prenatale voorbereiding
	Taboe mentale problemen	
Huidig zorgaanbod	Versnippering zorgaanbod	Terugbetaling zorgverlening door mutualiteit
	Gebrek aan tijd door zorgverlener	Engagement goed opgeleide en ervaren zorgverleners voor ondersteunen perinataal mentaal welzijn
	Tegenstrijdige informatieverstrekking door zorgverleners	
	Paternalistische houding zorgverleners	
	Kostprijs psychologische hulpverlening	
	Wachlijsten psychologische hulpverlening	

Een andere belemmering in het huidige zorglandschap is de versnippering van het perinatale (mentale) zorgaanbod. Hierdoor zien zowel moeders als zorgverleners door de bomen het bos niet meer zien en wordt de continuïteit van zorg belemmerd (Haggerty et al., 2003; Smith et al., 2019). Kennis vergaren over het regionale zorglandschap en het ontwikkelen van een doorverwijsalgoritme, zoals eerder besproken in deze discussie, kunnen hiervoor een stap in de goede richting zijn (Kendig et al., 2017). Biel en collega's gaan nog een stap verder en zijn van mening dat mentale gezondheidszorgorganisaties voor kinderen hun capaciteiten zouden moeten uitbreiden om ook veel voorkomende mentale problemen bij ouders aan te pakken in plaats van deze door te verwijzen naar mentale gezondheidszorgorganisaties voor volwassenen. Op die manier wordt er meer gestreefd naar *family-centered care* (Biel et al., 2020).

4.3.1 Aanbevelingen met betrekking tot veerkrachtondersteuning bij transitie naar ouderschap

Op basis van de onderzoeksresultaten en bevindingen uit de literatuur, worden volgende aanbevelingen gedaan met betrekking tot de veerkrachtondersteuning bij de transitie naar ouderschap:

- **Integratie van aandacht voor mentaal welzijn in bestaande contacten**
 - Ideaal = pre- én postnataal zorgpad KCE (bv. bij Voorbereiding op Geboorte en Ouderschap, VGO) (Benahmed et al., 2019) met:
 - Actief betrekken van de partner + aandacht voor koppelrelatie;
 - *Voorbereiding* en *nabespreking* van ervaringen omtrent realistisch ouderschap zowel prenataal, vroeg én laat postnataal (tot 2 jaar);
 - Voorzien van *voorbereiding* en *nabespreking*¹⁸ verloop arbeid en bevalling bij *alle* moeders/ koppels.
- Benadrukken van het **belang** van **ondersteuning door een sociaal netwerk** bij *alle* zwangere vrouwen:
 - Eigen formele en informele sociale netwerk in kaart laten brengen + motiveren om dit netwerk in te zetten pre- en postnataal;
 - Bespreken van opties voor ondersteuning door *peers* (face-to-face of online).
- Effectiever **inzetten van het bestaande zorgaanbod** (potentiële onderzoeksvraag *deliverable 5*).
- **Empowerment** van de moeder/het koppel
 - Stimuleren van zelfzorg + zelfmanagement;
 - Shared decision making faciliteren en integreren in bestaande zorgpaden
- Uitbreiden van **moederschapsrust** en/of **ouderschapsverlof**
- Verhoogde en frequentere **terugbetaling van psychologische hulpverlening**
- Faciliteren van **wetenschappelijk onderzoek** omtrent (*deliverable 5*):
 - Effectiviteit van veerkracht-ondersteunende methoden en tools
 - Kosten efficiëntie studie van veerkracht-ondersteunende methoden en tools

¹⁸ Standaard nabespreking van arbeid en bevalling; relateren aan verwachtingen en beantwoorden van vragen. Indien nodig ondersteuning bieden voor verwerking.

4.4 Limitaties van het onderzoek

Dit onderzoek had ook enkele limitaties. Ten eerste waren voornamelijk professionele sleutelfiguren uit 0^{de} en 1^{ste} lijn vertegenwoordigd in de semigestructureerde interviews en de focusgroepen. Sleutelfiguren uit 2^{de} en 3^{de} lijn werden ook gecontacteerd maar konden vaak omwille van praktische redenen, bijvoorbeeld geen tijd, niet deelnemen. Daarnaast konden we geen gynaecologen of kinderartsen includeren in dit onderzoek, desondanks deze wel gecontacteerd werden. We stellen voor om het voorgestelde zorgpad (deliverables 3 en 4) voor te leggen aan de beroepsorganisaties van beide beroepsgroepen zodat ook zij de kans krijgen om feedback te geven over het voorstel tot optimalisatie van het zorgpad (zie ook deliverable 5).

Ten tweede werden, omwille van praktische en privacy redenen, enkel moeders geïncludeerd in dit onderzoek, ondanks het feit dat ook de partner uiteraard gebaat is bij veerkrachtondersteuning tijdens de transitie naar ouderschap. Partners worden minder betrokken bij de perinatale (mentale) zorg terwijl ook zij een onderdeel zijn van de moeder-baby-partner triade. Nochtans toonde de systematische review van Baldwin en collega's aan dat vaders nood hebben om meer betrokken te worden bij de prenatale voorbereiding en vragen zij hierbij ook meer aandacht voor de koppelrelatie tijdens de transitie naar het ouderschap (Baldwin et al., 2018).

Tot slot zijn de ervaringen en noden van zowel de moeders met en zonder perinatale veerkrachtproblemen als de professionele sleutelfiguren onderzocht door middel van kwalitatieve onderzoeksmethoden. Hierdoor kon meer diepgang in de resultaten gecreëerd worden. We hebben zoveel mogelijk getracht een gelijkwaardige steekproef samen te stellen, desondanks stelden we vast dat voornamelijk autochtone en hoogopgeleide moeders deelnamen aan de interviews en focusgroepen. Volgens Rouhi en collega's is de culturele context van vrouwen essentieel en beïnvloedt de mate van opleiding de perceptie van vrouwen om hulp te zoeken tijdens het eerste jaar postpartum (Rouhi et al., 2019). Er is daarom voorzichtigheid aan te raden wat betreft de generaliseerbaarheid van de resultaten naar de rest van Vlaanderen.

In de volgende onderdelen van dit project zal verder ingezoomd worden op het voorstellen van een onderzoeksprogramma 'Veerkracht in de eerste 1000 dagen' zodat de Vlaamse overheid op basis hiervan een helder beeld krijgt over de gaps in de wetenschappelijke literatuur. Er kunnen dan prioriteiten bepaald worden voor het indienen van doelgerichte projecten met een vernieuwend karakter betreffende de organisatie en verdere uitbouw van de perinatale GGZ met als doel de zwangere vrouw, haar partner en haar gezin in de eerste 1000 levensdagen van een nieuw gezinsslid te ondersteunen in hun veerkracht.

5 Conclusie

In dit hoofdstuk werd enerzijds nagegaan in welke mate ketengerichtheid mogelijk en/of aanwezig is tussen de verschillende perinatale (mentale) organisaties. Anderzijds werden de noden en behoeften bij verschillende betrokken organisaties en moeders om continuïteit van opvolging en begeleiding naar veerkracht ondersteuning mogelijk te maken, beschreven.

Op basis van deze resultaten werd een voorstel gedaan voor de optimalisatie van het Vlaamse perinatale zorgpad, waarbij het geïntegreerd prenataal zorgpad van het KCE als basis werd gebruikt. De input van de voorgaande deliverables werd geïntegreerd in dit voorstel tot optimalisatie van het zorgpad

waardoor er een 'slimme' matrix ontwikkeld werd specifiek voor perinatale veerkrachtondersteuning (deliverable 4). Daarnaast werden ook 12 concrete aanbevelingen gedaan ter attentie van de Vlaamse overheid, deze zitten vervat in de factsheet van deliverables 3 en 4 (bijlage 5, Factsheet journey map / flow chart met aandacht voor toeleiding en continuïteit van zorg).

Uit de discussie bleek dat er nog een aantal topics verder onderzocht dienen te worden, deze vormen dan ook het vertrekpunt voor deliverable 5 waarin een onderzoeksprogramma ter ondersteuning van veerkrachtverhoging tijdens zwangerschap en de eerste levensjaren voorgesteld wordt.

Hoofdstuk 6

Deliverable 5 – Onderzoeksprogramma met onderzoekslijnen en onderzoeksvragen om ‘Veerkracht in de eerste 1000 dagen van het leven’ vanuit een bewijs-gestuurde praktijk te implementeren

De vierde en laatste doelstelling van dit project is het voorstellen van een onderzoeksprogramma ‘Veerkracht in de eerste 1000 dagen van het leven’. Hiervoor wordt een antwoord gezocht op volgende onderzoeksvragen:

1. Welke onderzoekslijnen dienen te worden uitgezet binnen een onderzoeksprogramma ‘Veerkracht in de eerste 1000 dagen van het leven’ om de kwaliteit van GGZ in de perinatale periode te borgen? (Deliverable 5, bijlage 6)
2. Welke onderzoeksvragen dienen geformuleerd te worden om veerkracht in de eerste 1000 dagen van het leven te ondersteunen vanuit wetenschappelijke evidentie en zijn richtinggevend voor een breder implementatieplan (actoren, condities, samenwerking)? (Deliverable 5, bijlage 6)
3. Welke onderzoeksvragen dienen geformuleerd te worden om de kost voor het beleid van het niet behandelen van psychische problemen in de periode tijdens en na de zwangerschap en wat is de kosteneffectiviteit van een aanbod gericht op het ondersteunen en verhogen van de veerkracht in de zwangerschap? (Deliverable 6, Hoofdstuk 7)

1 Methodologie

Onderzoeksvragen 1 en 2 zullen in dit hoofdstuk beantwoord worden en leiden samen tot de ontwikkeling van deliverable 5. De derde onderzoeksvraag wordt behandeld in het volgende hoofdstuk en leidde tot de ontwikkeling van deliverable 6.

Om een antwoord te bieden op de eerste 2 onderzoeksvragen werden de volgende methoden gebruikt:

1. Aanwenden van de input uit deliverables 1 tot en met 4,
2. Consensusmeeting met het Vlaams Expertise Netwerk voor Perinatale Mentale Gezondheid (VEN PMG),
3. Bijkomende consultatie van experts binnen de perinatale mentale gezondheidszorg (PMG).

1.1 Input deliverables 1 tot en met 4

Deliverables 1 tot en met 3 leidden tot de ontwikkeling van deliverable 4 met daarin een voorstel tot optimalisatie van het perinatale (mentale) zorgpad. Bijkomend werden 12 concrete aanbevelingen gedaan ter attentie van de Vlaamse overheid, waaronder ook aanbevelingen voor verder wetenschappelijk onderzoek.

In deliverables 3 en 4 werden tevens hiaten geïdentificeerd met betrekking tot 1) detectie van perinatale veerkracht- en/of mentale problemen, 2) doorverwijzing bij perinatale mentale problemen, 3) veerkrachtondersteuning in de transitie naar ouderschap, en 4) sensibiliseren en bewustwording van de

maatschappij én gezondheids- en welzijnswerkers. Deze hiaten vormden de basis voor de onderzoekslijnen in het onderzoeksprogramma en werden voorgelegd aan de leden van het VEN PMG.

1.2 Consensusmeeting VEN PMG

Op 18/09/2020 werden we uitgenodigd op een vergadering van het VEN PMG, omwille van de geldende richtlijnen rond COVID-19 vond deze plaats via Teams. Gezien deliverables 1 tot en met 4 op dat moment nog niet waren vrijgegeven door het kabinet van Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, werd aan de leden van het VEN PMG gevraagd om de vertrouwelijkheidsclausule vooraf te ondertekenen en aan de onderzoekers te bezorgen.

Tijdens de vergadering werd een casus getoond die een week voor de vergadering was verschenen op een online platform voor eerstelijns zorgverleners en die de hiaten in de huidige perinatale mentale gezondheidszorg helder illustreerden. De 4 onderzoekslijnen werden toegelicht en de leden van het VEN PMG werd gevraagd naar input voor concrete hiaten/onderzoeksvragen binnen deze 4 onderzoekslijnen. Meer bepaald vroegen we hen 1) welke aanpak, op grond van hun expertise, nodig was om in de gepresenteerde casus passende zorg te bieden en 2) of deze 'andere aanpak' voldoende op evidentie gebaseerd was. Indien dit laatste niet het geval was, vroegen we of ze voorstellen hadden voor concrete onderzoeksvragen binnen de 4 onderzoekslijnen.

1.3 Bijkomende consultatie van experts binnen de PMG

Na afloop van de consensusmeeting met de leden van het VEN PMG, waren we van mening dat er nog een nood was aan meer verdieping en specifieke informatie om tot een gedragen onderzoeksprogramma te komen. Bijkomend werden enkele experts (n=5) binnen de perinatale mentale gezondheidszorg geconsulteerd. Er werden vier online- en een face-to-face meeting georganiseerd (duur 30 min- 1 uur). De experts werd gevraagd naar concrete (onderzoeksmatige) input voor 1 of meerdere onderzoekslijnen.

2 Resultaten

Uit de consensusmeeting met het VEN PMG en de gesprekken met de experts binnen de PMG bleek dat de geïdentificeerde hiaten uit deliverables 1 tot en met 4, bevestigd en uitgediept konden worden. De volgende zaken werden daarnaast nog genoemd:

- Belang van een sensitieve communicatie door de gezondheids- en welzijnswerkers;
- Belang van een tijdige inschatting en risicoclassificatie van zwangere vrouwen/moeders/gezinnen die mogelijks in de problemen komen met betrekking tot perinatale veerkracht en mentaal welzijn;
- Nood aan meer multidisciplinaire communicatie en samenwerking;
- De effectiviteit van bestaande instrumenten voor detectie en doorverwijzing bij perinataal psychosociaal onwelbevinden is nog niet bepaald;
- Er is weinig aandacht en aanbod met betrekking tot detectie, doorverwijzing en veerkracht-ondersteuning in de postnatale periode vanaf 6 weken – 2 jaar na geboorte;
- Belang van een vroege psychosociale anamnese om de perinatale veerkracht te kunnen inschatten. Verwachtingen t.a.v. zwangerschap, arbeid & bevalling, kraamperiode, en ouderschap dienen systematisch nagevraagd te worden. Een screening waarbij voorspeld kan worden

Deliverable 5 – Onderzoeksprogramma met onderzoeklijnen en onderzoeksvragen om ‘Veerkracht in de eerste 1000 dagen van het leven’ vanuit een bewijs-gestuurde praktijk te implementeren

welke zwangere vrouwen/moeders/gezinnen mogelijks in de problemen komen met betrekking tot perinataal mentaal welzijn zou een grote meerwaarde zijn naar preventie toe.

Op basis van de ontwikkeling van deliverables 1 tot en met 4, de consensusmeeting met het VEN PMG en de input van de experten binnen de PMG, werd deliverable 5 ontwikkeld met daarin 4 onderzoeklijnen (figuur 19). Het format van het programma werd gestuurd vanuit het RE-AIM framework (figuur 20). Dit framework wordt reeds 20 jaar gebruikt binnen de gezondheidszorg om de implementatie van effectieve, generaliseerbare op evidentie-gebaseerde interventies te ondersteunen (Glasgow et al., 2019). Tabel 10 toont het overzicht van de onderzoektopics binnen de 4 geformuleerde relevante onderzoeklijnen aangestuurd vanuit het RE-AIM framework. Dit geeft een globaal overzicht van het specifieke onderzoeksprogramma. De factsheet van deliverable 5 is toegevoegd als bijlage 6.



Figuur 19 Onderzoeklijnen deliverable 5



Figuur 20 Format onderzoeksprogramma: het RE-AIM framework

Tabel 10 Overzicht van de onderzoektopics binnen de 4 geformuleerde relevante onderzoeklijnen aangestuurd vanuit het RE-AIM framework

		Onderzoeklijnen deliverable 5			
		Sensibilisering en bewustwording van de maatschappij en van gezondheids- en welzijnswerkers	Optimalisatie van het perinatale mentale zorgpad	Kosteneffectiviteit	Datamanagement
Onderzoekprogramma perinatale veerkracht/mentaal welbevinden	Reach	<p>Disseminatie van een uniforme definitie van perinatale veerkracht¹⁹ en psychosociale kwetsbaarheid</p> <p>Maatschappelijke sensibiliseringscampagne uitwerken</p> <p>Verdiepende opleiding voor gezondheids- en welzijnswerkers ten behoeve van sensibilisering van veerkracht en het perinataal mentaal welbevinden ontwikkelen en implementeren (Minimale inhoud: sensitieve communicatie, transitie naar ouderschap, realistische voorbereiding geboorte en ouderschap, normalisatie-destigmatisering)</p>	<p>Predictoren bepalen van veerkrachtvermindering en mentaal onwelbevinden in de perinatale periode²⁰ (tot 2 jaar) die invloed hebben op korte en lange termijn uitkomsten van hele gezin</p> <p>Ontwikkelen van PREMs en PROMs voor het perinatale mentale zorgpad</p> <p>Toolbox ontwikkelen van instrumenten ten behoeve van veerkrachtondersteuning, risicoclassificatie, detectie en doorverwijzing bij psychosociaal onwelbevinden</p>	<p>Systematisch registreren van relevante data met betrekking tot veerkracht, perinataal mentaal welbevinden en de gezondheidseffecten van de interventies op korte en lange termijn bij toekomstige en jonge gezinnen</p> <p>Systematisch registreren en evalueren van co-morbiditeiten bij onvoldoende veerkracht en perinataal mentaal onwelbevinden bij toekomstige en jonge gezinnen</p> <p>Kwantificeren van korte en lange termijn gevolgen voor een economische evaluatie (QALY-waarden)</p>	<p>Voorwaarden en modaliteiten ontwikkelen voor een systematische registratie van gegevens over veerkracht en perinataal mentaal (on)welbevinden tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap</p>
	Effectiveness	<p>Effectiviteit meten op uitkomsten perinataal mentaal welbevinden o.a. met behulp van patient reported experiences (PREM) en patient</p>	<p>Effectiviteit meten van het geïntegreerd perinatale mentale zorgpad, inclusief toolbox, op uitkomsten van perinataal mentaal</p>	<p>Kosteneffectiviteitsstudie opzetten (zie ook deliverable 6): vergelijking van kosten bij het behandelen van psychische problemen in de periode (voor?)</p>	<p>Effectiviteit en haalbaarheid nagaan van</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ systematisch registreren van gegevens rond veerkracht en perinataal mentaal

¹⁹ Op basis van het onderzoek van Van Haeken en collega's (2020)(Van Haeken et al., 2020)

²⁰ Met perinataal wordt telkens de periode tijdens tot 2 jaar na de zwangerschap bedoeld.

Deliverable 5 – Onderzoeksprogramma met onderzoekslijnen en onderzoeksvragen om ‘Veerkracht in de eerste 1000 dagen van het leven’ vanuit een bewijs-gestuurde praktijk te implementeren

	reported outcome measures (PROM)	welbevinden (o.a. door PREMs en PROMs) Meten van de effectiviteit van regionaal multidisciplinair casusoverleg en verdiepende opleiding (zie ook onderzoekslijn 1) op de samenwerking en continuïteit van zorg. binnen het perinatale mentale zorgpad voor de Vlaamse context	tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap versus de kosten van een preventief aanbod gericht op het ondersteunen en verhogen van de veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap	(on)welbevinden in medische dossiers, <ul style="list-style-type: none"> ○ delen van deze gegevens tussen relevante stakeholders in het perinatale (mentale) zorgpad, ○ koppelen van relevante bestaande Vlaamse en/of Federale databanken voor data-analyse.
A doption	Draagvlak voor sensibilisering en bewustwording bij <u>alle</u> stakeholders vergroten	Draagvlak vergroten voor het perinatale mentale zorgpad (deliverable 4) bij <u>alle</u> stakeholders	Draagvlak vergroten voor kosteneffectiviteit als bijkomend sturingsmechanisme op implementatie en integratie van een perinataal mentaal zorgpad.	Draagvlak voor dataregistratie en -management bij <u>alle</u> stakeholders vergroten
I mplementation	Integratie opleiding en expertise rond veerkracht en perinataal mentaal welbevinden voor gezondheids- en welzijnswerkers in een kwaliteitswet en/of portfolio	Implementatie onderzoek naar een perinatale mentale zorgpad in bestaande pre- en postpartale zorgpaden én leefstijlbegeleidingsprogramma voor toekomstige en jonge gezinnen in Vlaanderen	Disseminatie en implementatie van de resultaten van de kosteneffectiviteitsstudie in de Vlaamse context	Faciliteren en verzekeren koppeling van bestaande Vlaamse/Federale databanken voor aantonen effectiviteit onderzoekslijnen 1 tot en met 3
M aintenance	Evaluatie en opvolging van de effectiviteit en de kwaliteit van sensibilisering en bewustwording van de maatschappij en gezondheids- en welzijnswerkers via onderzoekslijn 4 (datamanagement)	Evaluatie en opvolging van de effectiviteit en kwaliteit van het perinatale mentale zorgpad en leefstijlprogramma's via onderzoekslijn 4 (datamanagement)	Evaluatie en opvolging van de kosteneffectiviteit van een geïntegreerd perinataal mentaal zorgpad in Vlaanderen via onderzoekslijn 4 (datamanagement)	Systematische opvolging en evaluatie van dataregistratie en -management

2.1 Onderzoekslijn 1: sensibilisering en bewustwording van de maatschappij en van gezondheids- en welzijnswerkers

Hoe kan sensibilisering van de maatschappij, én van gezondheids- en welzijnswerkers ten aanzien van veerkracht en het perinataal mentaal welbevinden, bijdragen aan het belang van optimale veerkracht bij transitie naar ouderschap?

2.1.1 Specifieke onderzoektopics

1. Dissemineren van de uniform gedragen definitie van perinatale veerkracht²¹ en psychosociale kwetsbaarheid voor Vlaamse context.
2. Maatschappelijke sensibiliseringscampagne rond veerkracht en perinataal mentaal welbevinden uitwerken.
3. Verdiepende opleiding voor gezondheids- en welzijnswerkers ten behoeve van de sensibilisering van veerkracht en het perinataal mentaal welbevinden ontwikkelen en implementeren.
 - a. Minimale inhoud verdiepende opleiding:
 - i. Sensitieve communicatie,
 - ii. Transitie naar ouderschap,
 - iii. Realistische voorbereiding geboorte en ouderschap, en verwerking (verwachtingen versus realiteit),
 - iv. Normalisatie van tijdelijke veranderingen in perinataal mentaal welbevinden – destigmatisering perinataal mentaal onwelbevinden.
4. Bepalen van het effect van sensibilisering van de maatschappij op het normaliseren van het belang van optimale veerkracht en perinataal mentaal welbevinden bij de transitie naar het ouderschap.
5. Bepalen van het effect van een verdiepende opleiding voor gezondheids- en welzijnswerkers op
 - a. De sensibilisering van deze groep,
 - b. Kennis, attitude en praktijkvoering rondom veerkracht en perinataal mentaal welbevinden in de reguliere perinatale zorg.
 - i. Op te nemen in de te ontwikkelen patient reported experiences measures (PREMs) en patient reported outcome measures (PROMs) bij onderzoekslijn 2 (Desomer et al., 2018).
6. Het vergroten van het draagvlak voor veerkrachtondersteuning en perinataal mentaal welbevinden in de huidige perinatale zorg.
7. Integreren van opleiding en expertise rond veerkracht en perinataal mentaal welbevinden voor gezondheids- en welzijnswerkers in een kwaliteitswet en/of portfolio.
8. Continue evaluatie van effect van een opleiding omtrent ondersteuning van veerkracht en perinataal mentaal welbevinden via onderzoekslijn 4 (datamanagement).

2.1.2 Link met de 12 concrete aanbevelingen uit deliverable 4

2. Maatschappelijke sensibilisering en bewustwording van een algemeen, specifiek en gespecialiseerd veerkracht verhogend aanbod in de regio dient gefaciliteerd te worden in samenwerking met betrokken actoren in zorg, welzijn en gemeenschapswerk.

²¹ Op basis van het onderzoek van Van Haeken en collega's (2020) (Van Haeken et al., 2020)

8. Opleidingen voor toekomstige huisartsen, vroedvrouwen, gynaecologen, pediaters, medewerkers Kind & Gezin, en kraam- en thuisverzorgenden dienen recente inzichten omtrent mentaal welbevinden en meer specifiek omtrent veerkrachtverhoging perinataal te integreren in hun curriculum.
9. Navorming voor afgestudeerde huisartsen, vroedvrouwen, gynaecologen, pediaters, medewerkers Kind & Gezin, en kraam- en thuisverzorgenden omtrent mentaal welbevinden en meer specifiek omtrent veerkrachtverhoging perinataal dient geïntegreerd te worden in een kwaliteitswet en/of in erkenningen via permanente opleiding (portfolio).

2.2 Onderzoekslijn 2: optimalisatie van het perinatale mentale zorgpad

Op welke manier kan het perinatale (mentale) zorgpad, voorgesteld in deliverable 4, optimaal worden geïmplementeerd in Vlaanderen, met aandacht voor aanpassingen bij de transitie naar het ouderschap, normalisatie van tijdelijke veranderingen in perinataal mentaal welbevinden, multidisciplinaire samenwerking, de continuïteit van zorg, de toegankelijkheid, de laagdrempeligheid, en de integratie ervan in leefstijlbegeleidingsprogramma's voor jonge en toekomstige ouders?

2.2.1 Specifieke onderzoektopics

1. Bepalen van predictoren van veerkracht en perinataal mentaal onwelbevinden in de perinatale periode (tot 2 jaar) die invloed hebben op korte en lange termijntkomsten bij de moeder, de vader/partner en het kind.
2. Ontwikkelen van PREMs en PROMs voor het perinatale mentale zorgpad (Desomer et al., 2018).
3. Toolbox ontwikkelen van instrumenten ten behoeve van veerkrachtondersteuning ter preventie van perinataal mentaal onwelbevinden, risicoclassificatie, detectie en doorverwijzing bij perinataal mentaal onwelbevinden:
 - a. Bepalen van de effectiviteit en haalbaarheid van veerkrachtondersteunende /-verhogende interventies ter preventie van perinataal mentaal onwelbevinden
 - b. Bepalen van de meest effectieve (sensitiviteit/ specificiteit) en haalbare Vlaamse/ Federale (meet)instrumenten
 - i. voor het vroeg inschatten van het risico op verminderde veerkracht en perinatale psychosociale kwetsbaarheid (laag – midden – hoog risico),
 - ii. voor de detectie van verminderde veerkracht en perinataal psychosociaal onwelbevinden (laag – midden – hoog risico),
 - c. Omvat doorverwijsalgoritmen voor adequate verwijzing bij verminderde veerkracht en/of perinataal psychosociaal onwelbevinden.
4. Meten van de effectiviteit van een geïntegreerd perinataal mentaal zorgpad (deliverable 4), inclusief toolbox, op de uitkomsten van het perinatale mentale welbevinden van de ouders en hun kind(eren) via een vergelijkingsstudie ‘reguliere zorg’ versus geïntegreerd perinataal mentaal zorgpad met toolbox:
 - a. Ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren voor het aantonen van de effectiviteit van de perinatale veerkrachtondersteuning, risicoclassificatie, detectie en doorverwijzing;
 - b. Bepalen van de effectiviteit van veerkrachtondersteuning (waaronder sociale steunnetwerken), tijdige risicoclassificatie, en tijdige detectie op de preventie van perinataal mentaal onwelbevinden van zowel ouders als het kind (inclusief effect op lange termijn en leefstijl);
 - c. Bepalen van de effectiviteit van de doorverwijsalgoritmen op doorverwijzing en behandeling van zowel ouders als het kind bij perinataal mentaal onwelbevinden (inclusief effect lange termijn en leefstijl).

5. Meten van de effectiviteit van regionaal multidisciplinair casusoverleg en verdiepende opleiding (zie ook onderzoekslijn 1) op de samenwerking en continuïteit van zorg binnen het perinatale mentale zorgpad voor de Vlaamse context
6. Draagvlak vergroten voor het perinatale mentale zorgpad bij alle betrokken stakeholders.
7. Implementatieonderzoek naar een perinataal mentaal zorgpad, voorgesteld in deliverable 4, in een geïntegreerd pre- én postnataal zorgpad én leefstijlprogramma's voor jonge en toekomstige gezinnen in Vlaanderen:
 - a. Meerwaarde bepalen van een regionale perinatale coördinator voor de implementatie en de naleving van het perinatale mentale zorgpad,
 - b. Implementatie van een aangepast financieringsmodel dat bijdraagt aan de implementatie en naleving van het perinatale mentale zorgpad.
8. Continue evaluatie van de effectiviteit en de kwaliteit van het perinatale mentale zorgpad via onderzoekslijn 4 (datamanagement).

2.2.2 Link met de 12 concrete aanbevelingen uit deliverable 4

1. Systematische detectie van alarmbellen voor mentaal welbevinden en veerkracht ondersteuning dienen geïntegreerd te worden in bestaande perinatale zorgpaden. De consultaties voor persoonlijk prenataal advies (PPA) en sessies ter voorbereiding op geboorte en ouderschap (VGO) bieden hiervoor mogelijkheden (KCE). Idealiter worden deze gecombineerd met de klinische opvolgingen. Aandacht voor empowerment van de vrouw, stimuleren van zelfmanagement en gedeelde besluitvorming zijn hierbij cruciaal. Voldoende tijd per consult dient te worden voorzien.
3. Sociale steunnetwerken dienen uitgewerkt te worden tijdens de zwangerschap (idealiter preconceptioneel) en minstens tot 2 jaar na geboorte. Ervaringsdeskundigen spelen hierbij een belangrijke rol. Mogelijkheden van uitbreiding perinataal verlof dient geëxploreerd te worden.
5. Continuïteit van perinatale mentale en veerkracht verhogende zorgaanbod door een vertrouwd contactpersoon naar keuze dient gestimuleerd en gecoördineerd te worden vanaf het begin van de zwangerschap (idealiter preconceptioneel) en dit tot minstens 2 jaar na geboorte.
6. Het perinatale mentale en veerkracht verhogende zorgaanbod dient laagdrempelig en zo dicht mogelijk bij de zorgvrager georganiseerd te worden. Integratie van dit zorgaanbod in bestaande perinatale zorgpaden voorkomt destigmatisering én bevordert toegankelijkheid waardoor mentaal welbevinden en veerkracht ondersteuning eerder als 'normaal' kan worden beschouwd.
8. Opleidingen voor toekomstige huisartsen, vroedvrouwen, gynaecologen, pediaters, medewerkers Kind & Gezin, en kraam- en thuisverzorgenden dienen recente inzichten omtrent mentaal welbevinden en meer specifiek omtrent veerkrachtverhoging perinataal te integreren in hun curriculum.
9. Navorming voor afgestudeerde huisartsen, vroedvrouwen, gynaecologen, pediaters, medewerkers Kind & Gezin, en kraam- en thuisverzorgenden omtrent mentaal welbevinden en meer specifiek omtrent veerkrachtverhoging perinataal dient geïntegreerd te worden in een kwaliteitswet en/of in erkenningen via permanente opleiding (portfolio).
10. Systematische organisatie van een regionaal multidisciplinair casusoverleg met financiële vergoeding bevordert de uitbouw van regionale netwerken voor ondersteuning bij mentaal welbevinden en veerkrachtverhoging tijdens de periode van zwangerschap tot minstens 2 jaar na geboorte.
11. Wetenschappelijk onderzoek omtrent optimale detectie en doorverwijsalgoritmes met impact op korte en lange termijn uitkomsten bij moeder en kind, effectiviteit en kostenefficiëntie van veerkrachtondersteuning dient dringend opgezet te worden.

12. Randvoorwaarden voor de optimalisatie van een Vlaams perinataal mentaal zorgpad:

- het inschakelen van een regionale perinatale coördinator voor de implementatie en de naleving van het perinatale mentale zorgpad. Deze persoon staat in rechtstreekse verbinding met het Vlaams Expertise Netwerk Perinatale Mentale Gezondheid;
- een continu kwaliteitsassessment van alle betrokken zorgactoren binnen het perinatale mentale zorgpad;
- een aangepast financieringsmodel voor de opvolging van een zwangerschap en de periode tot minstens 2 jaar na geboorte.

2.3 Onderzoekslijn 3: kosteneffectiviteit

Wat is de kosteneffectiviteit van een aanbod gericht op het ondersteunen en verhogen van de veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap, op de korte en lange termijn uitkomsten bij toekomstige en jonge gezinnen?

2.3.1 Specifieke onderzoektopics

1. Systematisch registreren van relevante data met betrekking tot veerkracht, perinataal mentaal welbevinden en de gezondheidseffecten van de interventies op korte en lange termijn bij toekomstige en jonge gezinnen.
2. Systematisch registreren en evalueren van co-morbiditeiten bij onvoldoende veerkracht en perinataal mentaal onwelbevinden bij toekomstige en jonge gezinnen.
3. Kwantificeren van korte en lange termijn gevolgen voor een economische evaluatie
 - a. QALY-waarden specifiek voor:
 - de mentale gezondheid tijdens en na de zwangerschap voor beide ouders,
 - korte en langetermijneffecten op het kind.
4. Kosteneffectiviteitsstudie opzetten: vergelijking van kosten bij het behandelen van psychische problemen in de periode tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap versus de kosten van een preventief aanbod gericht op het ondersteunen en verhogen van de veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap
5. Draagvlak vergroten voor kosteneffectiviteit als bijkomend sturingsmechanisme op de implementatie van een perinataal mentaal zorgpad.
6. De disseminatie en implementatie van de resultaten van een kosteneffectiviteitsstudie voor de Vlaamse context
7. Evaluatie en opvolging van de kosteneffectiviteit van een geïntegreerd perinataal mentaal zorgpad in Vlaanderen (zie ook onderzoekslijn 4).

2.3.2 Link met de 12 concrete aanbevelingen uit deliverable 4

11. Wetenschappelijk onderzoek omtrent optimale detectie en doorverwijsalgoritmes met impact op korte en lange termijn uitkomsten bij moeder en kind, effectiviteit en kostenefficiëntie van veerkrachtondersteuning dient dringend opgezet te worden.

2.4 Onderzoekslijn 4: datamanagement

Welke voorwaarden en modaliteiten dienen te worden gerealiseerd om systematische dataregistratie en -management in te zetten in de Vlaamse context zodat ook de effectiviteit en kwaliteit van een onderzoeksprogramma 'veerkracht tijdens de eerste 1000 dagen van het leven' kan worden aangetoond?

2.4.1 Specifieke onderzoektopics

1. Voorwaarden en modaliteiten ontwikkelen voor een systematische registratie van gegevens over veerkracht en perinataal mentaal (on)welbevinden tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap:
 - a. Identificeren van Vlaamse en/of Federale (bestaande) databanken voor registratie van gegevens rondom veerkracht en perinataal mentaal (on)welbevinden,
 - b. Organiseren van systematische registratie van gegevens rond veerkracht en perinataal mentaal (on)welbevinden in medische dossiers.
2. Bepalen van de haalbaarheid en effectiviteit van
 - a. de systematische registratie van gegevens rond veerkracht en perinataal mentaal (on)welbevinden in medische dossiers,
 - b. het delen van deze gegevens tussen relevante stakeholders in het perinatale (mentale) zorgpad,
 - c. het koppelen van bestaande en relevante Vlaamse en/of Federale databanken²² met oog op data-analyse.
3. Het draagvlak vergroten bij alle stakeholders voor
 - a. de systematische registratie van gegevens rond veerkracht en perinataal mentaal welbevinden in medische dossiers,
 - b. het delen van deze gegevens tussen relevante stakeholders in het perinatale (mentale) zorgpad,
 - c. het koppelen van bestaande en relevante Vlaamse en/of Federale databanken. Aandacht voor mogelijke uitbreiding in bestaande eBirth en SPE/Cepip databanken is van belang (integratie).
4. Faciliteren en verzekeren van de koppeling van bestaande Vlaamse en/of Federale databanken om de effectiviteit aan te tonen van
 - a. de sensibilisering van de maatschappij en gezondheids- en welzijnswerkers (onderzoekslijn 1),
 - b. het perinatale mentale zorgpad (onderzoekslijn 2),
 - c. kosteneffectiviteit (onderzoekslijn 3).
5. Continue evaluatie en waarborgen van de systematische registratie van gegevens rond veerkracht en perinataal mentaal (on)welbevinden in medische dossiers, het delen van deze gegevens tussen relevante stakeholders in het perinatale mentale zorgpad, en de koppeling van bestaande Vlaamse en/of Federale databanken.

²² Geïdentificeerd in het eerste specifieke onderzoekstopic (1a) van deze onderzoekslijn.

2.4.2 Link met de 12 concrete aanbevelingen uit deliverable 4

7. Gegevensdeling dient gefaciliteerd en geoptimaliseerd te worden binnen regionale multidisciplinaire teams. Eerstelijnszones, vroedvrouwen- en huisartsenkringen kunnen hiervoor een platform zijn.

11. Wetenschappelijk onderzoek omtrent optimale detectie en doorverwijsalgoritmes met impact op korte en lange termijn uitkomsten bij moeder en kind, effectiviteit en kostenefficiëntie van veerkrachtondersteuning dient dringend opgezet te worden.

12. Randvoorwaarden voor de optimalisatie van een Vlaams perinataal mentaal zorgpad:

- het inschakelen van een regionale perinatale coördinator voor de implementatie en de naleving van het perinatale mentale zorgpad. Deze persoon staat in rechtstreekse verbinding met het Vlaams Expertise Netwerk Perinatale Mentale Gezondheid;
- een continu kwaliteitsassessment van alle betrokken zorgactoren binnen het perinatale mentale zorgpad;
- een aangepast financieringsmodel voor de opvolging van een zwangerschap en de periode tot minstens 2 jaar na geboorte.

Hoofdstuk 7

Deliverable 6 – Kosteneffectiviteit van interventies gericht op de mentale gezondheid tijdens en na de zwangerschap: een systematische review van de literatuur

Evelyn Verbeke¹ M.Sc., Annick Bogaerts^{2,3,4} PhD, Tinne Nuyts² M.Sc., Neeltje Crombag⁵ PhD, Jeroen Luyten¹ PhD

¹ *Leuven Institute for Healthcare Policy, Department of Public Health and Primary Care, KU Leuven, Leuven, Belgium*

² *Faculty of Medicine, department of Development & Regeneration, Women & Child KU Leuven, Leuven, Belgium*

³ *Faculty of Medicine and Health Sciences, Centre for Research and Innovation in Care (CRIC), University of Antwerp, Antwerp, Belgium*

⁴ *Faculty of Health, University of Plymouth, Plymouth, UK*

⁵ *Urogenital, Abdominal and Plastic Surgery, Department of Development and Regeneration, KU Leuven*

Vanwege het specifieke karakter van een systematische literatuurstudie in hoofdstuk 7 (kosteneffectiviteit) wordt de layout van een wetenschappelijke publicatie gevolgd.

1 Inleiding

Wereldwijd ervaart naar schatting 10% van de zwangere en 13% van de postnatale vrouwen een psychische stoornis (1). In het Verenigd Koninkrijk beschouwen de NICE richtlijnen de volgende problemen als het meest relevant voor prenatale en postnatale geestelijke gezondheid: depressie, angststoornissen, eetstoornissen, drugs- en alcoholverslaving, ernstige psychische aandoeningen (zoals psychose, bipolaire stoornis, schizofrenie) en posttraumatische stressstoornis (PTSS) na traumatische geboortevervingen (2).

Depressie wordt erkend als de primaire stoornis, recente studies rapporteren prevalentiecijfers met betrekking tot postpartumdepressie bij moeders van 12%-14% (3,4). De prevalentie van paternale depressie werd geschat op circa 10% (5-8). Andere mentale gezondheidsproblemen tijdens en na de zwangerschap, komen ook vaak voor bij zowel moeders als vaders, maar worden vaak over het hoofd gezien (9). Zo rapporteerde een groot Amerikaans onderzoek 13% prevalentie van angststoornissen bij zwangere of postpartum vrouwen (10). Een systematische review van Dennis et al. rapporteerde een prevalentie van 15.2% voor een klinische diagnose van eender welke angststoornis tijdens de zwangerschap. De prevalentie van zelf-gerapporteerde angstsymptomen lag hoger met 18.2% tijdens het eerste trimester tot 24.6% in het derde trimester. Postnataal was de prevalentie van angstsymptomen tijdens de eerste 24 weken 15% (11). Een Canadees onderzoek schatte dat PTSS na de bevalling voorkomt bij 4-17% van de zwangere of postpartum vrouwen (12).

Zwangerschap kan bovendien een katalysator zijn voor het ontstaan of de remissie van eetstoornissen (13). Verslaving is ook een relevant probleem, gezien de hoge correlatie tussen het overmatige gebruik van drugs en alcohol en andere psychische aandoeningen. Roken tijdens de zwangerschap, dat als verslavend gedrag wordt beschouwd, komt voor bij 8,1% van de Europese vrouwen. 30,6% van de vrouwen die dagelijks roken, bleven dagelijks roken tijdens de zwangerschap (14). Europa is bovendien

het gebied met de hoogste prevalentie van alcoholgebruik tijdens de zwangerschap (25%), resulterend in het hoogste aantal gevallen van foetaal alcoholyndroom (FAD) (37 per 10.000) (15).

Veerkracht tijdens en na de zwangerschap zal bepalen op welke manier ouders om kunnen gaan met stress en tegenslagen en is nauw verbonden met de mentale gezondheidstoestand van de ouders. Geestelijke gezondheid en mentale veerkracht tijdens en na de zwangerschap zouden dus een bijzonder aandachtspunt moeten zijn voor beleidsmakers vanwege hun aanzienlijke gezondheidsgevolgen op de lange termijn, niet alleen voor de moeder, maar ook voor de partner en het kind. Onbehandelde perinatale depressie kan effecten hebben op de foetus, de pasgeborene en het kind (16,17). Maternale schizofrenie is ook in verband gebracht met negatieve perinatale uitkomsten met langetermijneffecten voor de gezondheid van het nageslacht (18). Roken tijdens de zwangerschap leidt tot een verhoogd risico van vroeggeboorten (15%), laag geboortegewicht (20-30%) en totale perinatale sterfte (150%) (19). Daarnaast zijn langetermijneffecten van roken tijdens de zwangerschap gerelateerd aan gedragsstoornissen (ADHD), overgewicht en astma bij kinderen (19–23).

Deze voorbeelden illustreren de relevantie van deze langetermijneffecten die vervolgens tot aanzienlijke zorgkosten leiden. Bauer e.a. schatte bijvoorbeeld de extra gezondheidskosten gerelateerd aan perinatale depressie over het totale leven van moeder en kind op £ 75.728 (in 2016) (24).

Ante-, peri- en postnatale psychische aandoeningen zijn veel voorkomend en gaan gepaard met aanzienlijke kosten in de toekomst die later door de gezondheidssystemen moeten worden gedragen. Bijgevolg lijkt het waarschijnlijk dat programma's voor geestelijke gezondheid tijdens en na de zwangerschap een kosteneffectieve investering zijn. Om het beschikbare zorgbudget op een zo efficiënt mogelijke manier te gebruiken, hebben beleidsmakers niet alleen bewijs van effectiviteit nodig, maar ook bewijs van de kosteneffectiviteit van alternatieve interventies. Dit aspect is veel minder ontwikkeld, hoewel essentieel bij beleidsbeslissingen.

Wij hebben getracht een up to date synthese te maken van de huidige kennis over de kosteneffectiviteit van preventie of behandeling van mentale aandoeningen in de ante-, peri- en postnatale periode. De primaire doelstellingen waren het identificeren van 1) de belangrijkste determinanten van kosteneffectieve interventies, 2) verschillen tussen verschillende ziektegebieden, 3) hiaten in de huidige kennis en 4) belangrijke opportuniteiten voor toekomstig onderzoek.

2 Methodologie

Een zoekstrategie werd geconstrueerd op basis van de PICO strategie:

Patients	Zwangere vrouwen en vaders tot 2 jaar na de bevalling
Intervention	Screening, preventie of behandeling van depressie, angststoornissen, eetstoornissen, drugs- en alcoholverslaving en ernstige psychische aandoeningen (zoals psychose, bipolaire stoornis, schizofrenie) en posttraumatische stressstoornis (PTSS) na traumatische geboorte-ervaringen.
Comparator	Alternatieve interventies, gebruikelijke zorg, geen interventie of placebo
Outcome	Gedeeltelijke of volledige economische evaluatie

In september 2020 werd een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd. De volgende databanken werden doorzocht: Pubmed Central, Embase, Web of Science, APA PsychArticles (via ProQuest), CINAHL (via Ebsco), Cochrane, NHS EED, INAHTA, DARE, CADTH, HAS, PBAC en CEA registry. Zoektermen omvatten woorden die verband houden met (1) economische evaluatie; (2) psychische aandoeningen gerelateerd aan depressie, angst, eetstoornissen, drugs- en alcoholverslaving, psychose, bipolaire stoornis, schizofrenie en PTSS en (3) moeders en vaders voor, tijdens en na de zwangerschap. Enkel studies gepubliceerd na het jaar 2000 werden in overweging genomen om zorgprogramma's uit te sluiten die minder relevant zijn voor de besluitvormers van vandaag.

Exclusiecriteria waren: studies die enkel uitkomsten of enkel kosten beschrijven, effectiviteitsstudies of studies waarvan alleen posters beschikbaar waren.

3 Resultaten

3.1 Kenmerken van de geïncludeerde studies

In totaal voldeden 33 onderzoeken aan de inclusiecriteria. De geëvalueerde interventies waren gerelateerd aan: angst en depressie (n = 18) (25–42), stoppen met roken (n = 10) (43–53) en alcoholmisbruik (n = 5) (54–58). Er werden geen resultaten gevonden voor eetstoornissen, verslaving aan andere middelen, ernstige psychische aandoeningen (zoals psychose, bipolaire stoornis, schizofrenie) en PTSS na een traumatische geboorte-ervaring.

In termen van type interventie hebben we vier brede categorieën geïdentificeerd. Psychosociale ondersteuning omvat psycho-educatie, huisbezoeken, mentorschap, financiële aanmoedigingen, of ondersteunende telefoontjes of sms'jes (n = 13) (29,39,41,45,48,50,52,53,58–62). Psychologische ondersteuning omvat cognitieve gedragstherapie en begeleiding (n = 5) (25,40,51,54,63). Sommige programma's combineren beide soorten ondersteuning (n = 3) (37,46,64). Andere categorieën zijn farmacologische interventies (n = 2) (30,47), en screeningsprogramma's (n = 5) (26,28,32,56,65). Sommige interventies bestonden uit een mix van farmacologische en psychologische/-sociale ondersteuning (n = 3) (27,31,57) of screening en psychologische/-sociale ondersteuning (n = 2) (35,42). Naast screeningprogramma's werden vier andere preventieve interventies geëvalueerd (29,32,37,62) de overige niet-screening-interventies worden als curatief beschouwd.

De vergelijkende factor in de onderzoeken was voornamelijk gebruikelijke zorg (n = 24), bestaande uit bijvoorbeeld programma's om te stoppen met roken of perinatale zorg zoals voorgeschreven door lokale richtlijnen (25,27,29,31,32,35,37,39–42,45–48,52,59–65). Zeven studies vergeleken uitkomsten zonder interventie (26,28,50,51,53,56,58) en in twee studies werd de kosteneffectiviteit vergeleken met een alternatieve (farmacologische) behandeling (30,57). De beschouwde populatie bestond uit zwangere vrouwen (n = 16) (31,37,41,45–48,50–53,56–59,61), postpartum vrouwen (n = 15) (25,27–30,32,35,39,40,42,54,60,62,63,65) of beide (n = 1) (64). Eén studie was specifiek gericht op postpartumvaders (26). Er werden geen studies gevonden die verband hielden met de geestelijke gezondheid bij ouders vóór de zwangerschap of tussen zwangerschappen.

Studies waren voornamelijk afkomstig uit het VK (n = 15) (27,32,35,37,40,45,47,48,53,54,59–61,63,65) en de VS (n = 11) (25,30,31,42,46,50–52,56,57,64). Andere landen waarin onderzoek is uitgevoerd zijn Australië (n = 3) (39,41,62), Canada (n = 2) (29,58), Zweden (n = 1) (26) en Nieuw-Zeeland (n = 1) (28).

Het meest gebruikelijke perspectief dat in de onderzoeken werd gehanteerd, was dat van een betaler in de gezondheidszorg, waarbij alleen rekening werd gehouden met uitgaven voor gezondheidszorg en productiviteitsverliezen of andere economische kosten werden geëxcludeerd (n = 19) (25,28,30,31,35, 39–42,45,46,50,52,56,57,59–61,64).

Het type economische evaluatie verschilde tussen studies. Elf studies includeerden gezondheidsresultaten in termen van Quality-Adjusted Life Years (QALY's) in een kosten-utiliteitsanalyse (25,26,28,30,32, 39–41,48,52,57,65). QALY's zijn een generieke maat voor de ziektelast die de tijd in een bepaalde gezondheidstoestand weergeeft, gecorrigeerd voor de kwaliteit van leven (uitgedrukt in utiliteitswaarden) die in deze gezondheidstoestand wordt ervaren (66). Dertien onderzoeken werden geïdentificeerd als kosteneffectiviteitsanalyses (27,29,31,37,46,47,50,51,53,58–60,63) omdat gezondheidsresultaten werden opgenomen in natuurlijke eenheden. Zeven studies rapporteerden toenemende gezondheidswinst in zowel QALY's (CUA) als natuurlijke eenheden (CEA) (35,42,45,54,61–63). Ten slotte hebben twee onderzoeken zowel kosten en gezondheidseffecten in geld uitgedrukt in een kosten-batenanalyse (56,64).

In bijna alle onderzoeken (n = 30) werd gekeken naar gezondheidsuitkomsten voor de moeder. Drie onderzoeken omvatten geen resultaten voor de moeder: Asper e.a. bestudeerden screening voor depressie bij de vader, Pollack e.a. includeerden enkel het aantal wiegendoden als gevolg van roken tijdens de zwangerschap en Thanh e.a. berekenden kosteneffectiviteit in functie van het aantal gevallen van foetale alcohol spectrumstoornis bij kinderen.

De tijdshorizon waarvoor patiënten werden beschouwd, was voor de meeste evaluaties beperkt tot één jaar (n = 15) of 2 jaar (+ n = 10) postpartum. Acht studies keken ook naar een periode van meer dan twee jaar, waarvan drie naar de levenslange gezondheid van een patiënt. Als de tijdshorizon langer was dan een jaar, rapporteerden de onderzoeken een verdisconteringsvoet voor kosten, resultaten of beide; slechts één studie (56) rapporteerde niet of discontering werd toegepast.

3.2 Kritische evaluatie van de studies

De meest voorkomende tekortkoming van de beschouwde studies was dat niet alle relevante kosten en gezondheidseffecten werden geïnccludeerd. Naast de in het algemeen korte tijdshorizon die beschouwd werd, omvatte geen enkele studie de gezondheidsresultaten voor moeder, vader en kind tezamen. Ten tweede includeerden studies met betrekking tot dezelfde geestelijke gezondheidstoestand, gezondheidseffecten in termen van verschillende natuurlijke eenheden. Deze eenheden en de gebruikte meetinstrumenten bepalen bijgevolg in welke mate effecten op gezondheid en welzijn geïnccludeerd worden in een evaluatie. Interventies voor het stoppen met roken werden geëvalueerd in termen van bijvoorbeeld kans op roken tijdens de zwangerschap, aantal stoppers, ongunstige geboorte-uitkomsten en bespaarde levensjaren. Resultaten gerelateerd aan depressie werden beschouwd in termen van bijvoorbeeld het aantal vrouwen dat niet langer voldoet aan de diagnostische criteria (zoals EPDS-schaal of SCID-II-beoordeling), aantal depressievrije dagen en risico op uitkomsten van depressie of algemene gezondheidspereceptie SF-36. Dit gebrek aan uniformiteit tussen uitkomsten bemoeilijkt kosteneffectiviteitsvergelijkingen, zelfs voor studies die betrekking hebben op dezelfde aandoening.

Over het algemeen zijn QALY's de geprefereerde uitkomst eenheid om de vergelijkbaarheid van resultaten over ziekte categorieën te verbeteren. De QALY-waarden in de opgenomen onderzoeken waren echter voornamelijk gebaseerd op secundaire data, vanwege een gebrek aan gebruikswaarden die specifiek verband houden met de geestelijke gezondheid tijdens de zwangerschap voor moeders, vaders

en hun kinderen. Het gebruik van deze secundaire QALY-data introduceert een significant risico op vertekening, aangezien ze geen rekening houden met specifieke aspecten gerelateerd aan zwangerschap of de moeder-kind- (vader) relatie. Zo bevatten vier onderzoeken (28,35,42,65) QALY-waarden op basis van literatuur over algemene depressie. Voor kinderen werden QALY-waarden ook benaderd door slechts één specifiek gevolg van een aandoening in overweging te nemen. Eldar-Lissai e.a. gebruikten QALY-waarden met betrekking tot ADHD als maatstaf voor de gedragsproblemen van een kind gerelateerd aan postpartumdepressie en Jones e.a. (2019) gebruikten QALY-waarden gerelateerd aan astma om de impact van roken op het nageslacht vast te leggen. Een andere uitdaging zijn verschillen tussen de gebruikelijke zorg waarmee uitkomsten vergeleken worden. In de meeste onderzoeken (n=24) werden kosten en uitkomsten berekend ten op zicht van 'gebruikelijke zorg'. Deze gebruikelijke zorg zal echter verschillen van land tot land waardoor resultaten niet zomaar generaliseerbaar zijn (67).

Ten slotte, terwijl de meeste (n = 26) onderzoeken op transparante wijze mogelijke onzekerheid met betrekking tot de gerapporteerde resultaten weergaven, was er vaak een gebrek aan een robuuste sensitiviteitsanalyse. Omdat het gebrek aan betrouwbare (lange termijn) data (voor alle betrokken partijen) algemeen erkend werd in de studies, is het onderzoeken van de specifieke impact van onzekerheid op uitkomsten echter onontbeerlijk.

3.3 Synthese van de kosteneffectiviteitsresultaten

De kosteneffectiviteit van een interventie wordt over het algemeen gerapporteerd in termen van een incrementele kosteneffectiviteitsratio (ICER) die de incrementele kosten van de interventie vertegenwoordigt voor één extra eenheid van uitkomst die als relevant wordt beschouwd (QALY's, natuurlijke eenheden of geld). Als gevolg hiervan stelt de ICER beleidsmakers in staat te beoordelen of de extra kosten van een interventie de gegenereerde gezondheidswinst waard zijn. Wanneer een interventie minder kost en effectiever blijkt te zijn (en dus een positieve incrementele gezondheidswinst oplevert) in vergelijking met het alternatief, domineert de interventie en moet deze, althans vanuit economisch perspectief, worden aangenomen (66). Dit was het geval in zes studies (25,26,32,48,53,63), ook al werd er in één onderzoek op aanzienlijke statistische onzekerheid gewezen (53).

Anderzijds is een interventie ook kosteneffectief als de gegenereerde gezondheidswinst groot genoeg is om de extra kosten te compenseren, wat het geval was in twaalf studies (27,28,30,31,35,39,42,45,46,52,58,61). French e.a. rapporteerde geen ICER maar significante klinische verbeteringen en een positief netto voordeel, wat aangeeft dat de interventie kosteneffectief was. De dominante en kosteneffectieve interventies waren: psychologische/ -sociale ondersteuning (n = 11), screening (n = 2), farmacologische (n = 1) of gemengde (n = 4) programma's voor depressie (n = 11), stoppen met roken (n = 6) en middelenmisbruik (n = 2), voor (n = 8) en na (n = 10) geboorte. Zeven studies rapporteerden potentiële kosteneffectiviteit, afhankelijk van de bereidheid om te betalen voor de verkregen gezondheidsresultaten (29,37,50,51,54,56,59). Vier studies benadrukten onzekerheid met betrekking tot de resultaten en daarom is meer onderzoek nodig om de kosteneffectiviteit te beoordelen (41,47,57,62). Slechts drie van de 33 geïncludeerde onderzoeken meldden dat de interventie niet kosteneffectief werd bevonden, wat ook de mogelijke redenen voor deze conclusie aangeeft. Morrell e.a. vond dat er geen extra gezondheidsvoordeel werd gegenereerd door een postnataal ondersteuningsprogramma naast de gebruikelijke zorg door lokale verloskundigen. Dit kan echter afhangen van de manier waarop de gezondheidswinst werd gemeten, aangezien 75% van de interventiegroep wel aangaf dat de ondersteuning beter was dan verwacht (60). Paulden e.a. rapporteerde een gebrek aan

kosteneffectiviteit van screening voor postnatale depressie, dit werd voornamelijk veroorzaakt door de kosten van het omgaan met fout-positieven, wat wijst op het belang van nauwkeurige screening-programma's. Ten slotte concludeerde Stevenson e.a. dat groeps-CGT voor postnatale depressie niet kosteneffectief lijkt te zijn, maar ook hier werd de onzekerheid en de noodzaak van verder onderzoek benadrukt.

In conclusie, de meeste onderzoeken gaven aan dat interventies voor de geestelijke gezondheid tijdens en na de zwangerschap kosteneffectief zijn. Het ontbreken van duidelijke verklarende factoren voor kosteneffectiviteit geeft aan dat een breed scala aan interventies waar voor hun geld biedt voor verschillende aandoeningen en dat beleidsmakers de geestelijke gezondheid vanuit een breed perspectief moeten bekijken. De besproken methodologische uitdagingen duiden echter op onzekerheid van de huidige resultaten en de noodzaak van verder onderzoek.

4 Conclusie

Deze systematische review toonde aan dat het kosteneffectiviteitsbewijs met betrekking tot interventies voor geestelijke gezondheid tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap vrij beperkt is, rekening houdend met het belang van het onderwerp. In totaal werden 33 studies geïdentificeerd, gepubliceerd tussen 2000 en september 2020, die betrekking hebben op angst, depressie, roken of alcoholmisbruik. De meeste economische evaluaties rapporteerden kosteneffectieve resultaten, ook al zijn deze vaak onzeker vanwege een gebrek aan betrouwbare gegevens en problemen bij het correct meten van gezondheidsresultaten.

Het is opmerkelijk dat in geen enkele studie zowel de gezondheid van moeder, kind en vader tezamen werd geïnccludeerd. Er is echter voldoende bewijs dat mentale aandoeningen tijdens en na de zwangerschap een substantiële invloed hebben op elk gezinslid. De richtlijnen voor gezondheidseconomische evaluaties schrijven ook voor dat alle gezondheidseffecten voor alle betrokken partijen geïnccludeerd moeten worden (68). Het is echter een uitdaging om alle lange termijn-effecten in een studie op te nemen. Enerzijds zijn er betrouwbare follow-upgegevens nodig voor alle betrokken partijen. Anderzijds moeten de resultaten worden vastgelegd in geschikte en vergelijkbare eenheden. Wanneer een studie bijvoorbeeld de kost berekent van een daling in aantal depressievrije dagen, is het niet mogelijk om bredere gevolgen zoals toekomstige gedrags- of cognitieve problemen van het kind ook uit te drukken in deze termen.

Tenslotte, om QALY-waarden op een geschikte manier te kunnen gebruiken, is verder onderzoek nodig om de utiliteitswaarden voor moeders, kinderen en vaders te bepalen in de specifieke context van geestelijke gezondheid tijdens en na de zwangerschap. Belangrijk hierbij is een uniforme methodologie om deze waarden te bepalen op zowel gezondheids- als welzijnsvlak, zodat studies vergelijkbaar blijven. Een interessant meetinstrument is bijvoorbeeld de 'revised Prenatal Distress Questionnaire' (NuPDQ) die specifiek ontwikkeld is voor het meten van zwangerschaps-specifieke stress (69).

Geen enkele studie beschouwde bovendien het gelijktijdig voorkomen van psychische aandoeningen bij koppels, evenals comorbiditeiten en de implicaties voor kosteneffectiviteitsresultaten. Depressie bij de vader tijdens de postpartumperiode is positief gecorreleerd met maternale depressie, waarbij de incidentie stijgt van 1,2%-25,5% tot 24%-50% wanneer de partner ook PND ervaart (7,8). Bovendien wijzen studies ook op substantiële comorbiditeiten. Er zijn significante relaties vastgesteld tussen schizofrenie en alcoholgebruik tijdens de zwangerschap, maar ook stoppen met roken, PTSS, angst,

bipolaire stoornis en eetstoornissen zijn in verband gebracht met depressie (4,70–77). Als gevolg hiervan kan de kosteneffectiviteit van interventies voor deze aandoeningen niet berekend worden zonder rekening te houden met deze belangrijke verbanden.

Onze aanbevelingen voor een concrete kosteneffectiviteit studie in Vlaanderen kunnen als volgt worden samengevat:

- toegang tot lange termijn²³ data met betrekking tot de kosten en gezondheids-/welzijns-effecten van 1) mentale gezondheidsinterventies tijdens en na de zwangerschap en 2) een parcours zonder gezondheidsinterventies is noodzakelijk;
- deze data dienen verzameld te worden voor zowel moeder, vader als kind;
- hiervoor is bijkomend onderzoek noodzakelijk om te bepalen op welke manier deze gezondheidseffecten én welzijnseffecten op een uniforme manier gemeten kunnen worden;
- ook voor het gebruik van QALY-waarden moeten specifieke nutswaarden bepaald worden zodat deze effecten volledig meegenomen worden in de economische evaluatie;
- ten slotte moet het gelijktijdig voorkomen van psychische aandoeningen bij koppels en comorbiditeiten worden meegenomen in economische evaluaties om de nauwkeurigheid van de kosteneffectiviteitsresultaten te vergroten.

5 Referenties

1. World Health Organization. WHO | Maternal mental health [Internet]. WHO. 2020 [cited 2020 Sep 3]. Available from: https://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/
2. NICE. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance [Internet]. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. 2020 [cited 2020 Sep 3]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
3. Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*. 2018 Sep 1;104:235–48.
4. Wisner KL, Sit DKY, McShea MC, Rizzo DM, Zoretich RA, Hughes CL, et al. Onset Timing, Thoughts of Self-harm, and Diagnoses in Postpartum Women With Screen-Positive Depression Findings. *JAMA Psychiatry*. 2013 May 1;70(5):490–8.
5. Rao W-W, Zhu X-M, Zong Q-Q, Zhang Q, Hall BJ, Ungvari GS, et al. Prevalence of prenatal and postpartum depression in fathers: A comprehensive meta-analysis of observational surveys. *Journal of Affective Disorders*. 2020 Feb 15;263:491–9.
6. Gressier F, Tabat-Bouher M, Cazas O, Hardy P. Dépression paternelle du post-partum : revue de la littérature. *La Presse Médicale*. 2015 Apr 1;44(4, Part 1):418–24.
7. Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression: A Meta-analysis. *JAMA*. 2010 May 19;303(19):1961–9.

²³ Lange termijn betekent bij voorkeur 'levenslang'.

8. Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *J Adv Nurs*. 2004 Jan;45(1):26–35.
9. Jones I, Chandra PS, Dazzan P, Howard L. Perinatal mental health 2 Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *Lancet*. 2014 Nov 15;384:1789–99.
10. Howard LM, Molyneaux E, Dennis C-L, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*. 2014 Nov 15;384(9956):1775–88.
11. Dennis C-L, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2017;210(5):315–23.
12. Verreault N, Da Costa D, Marchand A, Ireland K, Banack H, Dritsa M, et al. PTSD following childbirth: A prospective study of incidence and risk factors in Canadian women. *Journal of Psychosomatic Research*. 2012 Oct 1;73(4):257–63.
13. Bulik CM, Von Holle A, Hamer R, Knoph Berg C, Torgersen L, Magnus P, et al. Patterns of remission, continuation, and incidence of broadly defined eating disorders during early pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Psychol Med*. 2007 Aug;37(8):1109–18.
14. Lange S, Probst C, Rehm J, Popova S. National, regional, and global prevalence of smoking during pregnancy in the general population: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*. 2018 Jul 1;6(7):e769–76.
15. Popova S, Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*. 2017 Mar 1;5(3):e290–9.
16. Gentile S. Untreated depression during pregnancy: Short- and long-term effects in offspring. A systematic review. *Neuroscience*. 2017 Feb 7;342:154–66.
17. Van den Bergh BRH, van den Heuvel MI, Lahti M, Braeken M, de Rooij SR, Entringer S, et al. Prenatal developmental origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in pregnancy. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* [Internet]. 2017 Jul 28 [cited 2020 Sep 17]; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763416307345>
18. Nilsson E, Lichtenstein P, Cnattingius S, Murray RM, Hultman CM. Women with schizophrenia: pregnancy outcome and infant death among their offspring. *Schizophr Res*. 2002 Dec 1;58(2–3):221–9.
19. Andres RL, Day MC. Perinatal complications associated with maternal tobacco use. *Semin Neonatol*. 2000 Aug;5(3):231–41.
20. Cnattingius S. The epidemiology of smoking during pregnancy: smoking prevalence, maternal characteristics, and pregnancy outcomes. *Nicotine Tob Res*. 2004 Apr;6 Suppl 2:S125-140.
21. Durmus B, Kruithof CJ, Gillman MH, Willemsen SP, Hofman A, Raat H, et al. Parental smoking during pregnancy, early growth, and risk of obesity in preschool children: the Generation R Study. *Am J Clin Nutr*. 2011 Jul;94(1):164–71.
22. Jaakkola JJK, Gissler M. Maternal Smoking in Pregnancy, Fetal Development, and Childhood Asthma. *Am J Public Health*. 2004 Jan 1;94(1):136–40.

23. Khanolkar AR, Byberg L, Koupil I. Parental influences on cardiovascular risk factors in Swedish children aged 5-14 years. *European Journal of Public Health*. 2012 Dec;22(6):840–7.
24. Bauer A, Knapp M, Parsonage M. Lifetime costs of perinatal anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders*. 2016 Mar 1;192:83–90.
25. Ammerman RT, Mallow PJ, Rizzo JA, Putnam FW, Van Ginkel JB. Cost-effectiveness of In-Home Cognitive Behavioral Therapy for low-income depressed mothers participating in early childhood prevention programs. *J Affect Disord*. 2017 Jan 15;208:475–82.
26. Asper MM, Hallén N, Lindberg L, Månsdotter A, Carlberg M, Wells MB. Screening fathers for postpartum depression can be cost-effective: An example from Sweden. *J Affect Disord*. 2018 Dec 1;241:154–63.
27. Boath E, Major K, Cox J. When the cradle falls II: the cost-effectiveness of treating postnatal depression in a psychiatric day hospital compared with routine primary care. *Journal of Affective Disorders*. 2003 Apr 1;74(2):159–66.
28. Campbell S, Norris S, Standfield L, Suebwongpat A. Screening for postnatal depression within the Well Child Tamariki Ora framework: an economic analysis of implementation of a screening programme [Internet]. Christchurch, N.Z.: Health Services Assessment Collaboration (HSAC), University of Canterbury; 2008 [cited 2020 Aug 20]. (HSAC Report). Available from: <http://www.healthsac.net/downloads/publications/HSAC01%20PND%20170608%20Final.pdf>
29. Dukhovny D, Dennis C-L, Hodnett E, Weston J, Stewart DE, Mao W, et al. Prospective economic evaluation of a peer support intervention for prevention of postpartum depression among high-risk women in Ontario, Canada. *Am J Perinatol*. 2013 Sep;30(8):631–42.
30. Eldar-Lissai A, Cohen JT, Meltzer-Brody S, Gerbasi ME, Chertavian E, Hodgkins P, et al. Cost-Effectiveness of Brexanolone Versus Selective Serotonin Reuptake Inhibitors for the Treatment of Postpartum Depression in the United States. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*. 2020 May;26(5):627-+.
31. Grote NK, Simon GE, Russo J, Lohr MJ, Carson K, Katon W. Incremental Benefit-Cost of MOMCare: Collaborative Care for Perinatal Depression Among Economically Disadvantaged Women. *Psychiatr Serv*. 2017 Nov 1;68(11):1164–71.
32. Henderson C, Dixon S, Bauer A, Knapp M, Morrell CJ, Slade P, et al. Cost-effectiveness of PoNDER health visitor training for mothers at lower risk of depression: findings on prevention of postnatal depression from a cluster-randomised controlled trial. *Psychol Med*. 2019 Jun;49(8):1324–34.
33. Morrell CJ, Spiby H, Stewart P, Walters S, Morgan A. Costs and benefits of community postnatal support workers: a randomised controlled trial. England: NIHR Health Technology Assessment programme; 2000.
34. Morrell C.J., Warner R., Slade P., Dixon S., Walters S., Paley G., et al. Psychological interventions for postnatal depression: cluster randomised trial and economic evaluation. The PoNDER trial. *Health Technol Assess*. 2009;13(30):iii–iv, xi–xiii, 1–153.
35. National Collaborating Centre for Mental Health. Case identification and assessment, psychological and psychosocial interventions for the prevention of treatment of mental health problems. In *Antenatal and postnatal mental health: the NICE guideline on clinical management and*

service guidance (update). [Internet]. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists; 2018. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/evidence/full-guideline-pdf-4840896925>

36. Paulden M, Palmer S, Hewitt C, Gilbody S. Screening for postnatal depression in primary care: cost effectiveness analysis. *BMJ*. 2009;339.

37. Petrou S, Cooper P, Murray L, Davidson LL. Cost-effectiveness of a preventive counseling and support package for postnatal depression. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2006 Oct;22(4):443–53.

38. Ride J, Lorgelly P, Tran T, Wynter K, Rowe H, Fisher J. Preventing postnatal maternal mental health problems using a psychoeducational intervention: the cost-effectiveness of What Were We Thinking. *BMJ Open* [Internet]. 2016;6(11). Available from: <https://search.proquest.com/docview/1841319630?accountid=17215>

39. Saing S, Parkinson B, Church J, Goodall S. Cost Effectiveness of a Community-Delivered Consultation to Improve Infant Sleep Problems and Maternal Well-Being. *Value Health Reg Issues*. 2018 May;15:91–8.

40. Stevenson MD, Scope A, Sutcliffe PA. The cost-effectiveness of group cognitive behavioral therapy compared with routine primary care for women with postnatal depression in the UK. *Value Health*. 2010 Aug;13(5):580–4.

41. Turkstra E, Mihala G, Scuffham PA, Creedy DK, Gamble J, Toohill J, et al. An economic evaluation alongside a randomised controlled trial on psycho-education counselling intervention offered by midwives to address women’s fear of childbirth in Australia. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2017 Mar 1;11:1–6.

42. Wilkinson A, Anderson S, Wheeler SB. Screening for and Treating Postpartum Depression and Psychosis: A Cost-Effectiveness Analysis. *Matern Child Health J*. 2017 Apr;21(4):903–14.

43. Alvarado S, Felix RJ, Kohls T, Kao KK, Prince L, Cobian V, et al. Marketing a TIS in the 21st century. *Birth Defects Res Part A Clin Mol Teratol*. 2009;85(5):498.

44. Bell R, Glinianaia SV, van der Waal Z, Close A, Moloney E, Jones S, et al. Evaluation of a complex healthcare intervention to increase smoking cessation in pregnant women: interrupted time series analysis with economic evaluation. *Tob Control*. 2018 Jan;27(1):90–8.

45. Boyd KA, Briggs AH, Bauld L, Sinclair L, Tappin D. Are financial incentives cost-effective to support smoking cessation during pregnancy? *Addiction*. 2016 Feb;111(2):360–70.

46. Dornelas EA, Magnavita J, Beazoglou T, Fischer EH, Oncken C, Lando H, et al. Efficacy and cost-effectiveness of a clinic-based counseling intervention tested in an ethnically diverse sample of pregnant smokers. *Patient Education and Counseling*. 2006 Dec 1;64(1):342–9.

47. Essex HN, Parrott S, Wu Q, Li J, Cooper S, Coleman T. Cost-Effectiveness of Nicotine Patches for Smoking Cessation in Pregnancy: A Placebo Randomized Controlled Trial (SNAP). *Nicotine Tob Res*. 2015 Jun 1;17(6):636–42.

48. Jones M, Smith M, Lewis S, Parrott S, Coleman T. A dynamic, modifiable model for estimating cost-effectiveness of smoking cessation interventions in pregnancy: application to an RCT of self-help delivered by text message. *Addiction*. 2019 Feb;114(2):353–65.

49. Naughton F, Cooper S, Foster K, Emery J, Leonardi-Bee J, Sutton S, et al. Large multi-centre pilot randomized controlled trial testing a low-cost, tailored, self-help smoking cessation text message intervention for pregnant smokers (MiQuit). *Addiction*. 2017;112(7):1238–49.
50. Parker D, Windsor R, Roberts M, Hecht J, Hardy N, Strolla L, et al. Feasibility, cost, and cost-effectiveness of a telephone-based motivational intervention for underserved pregnant smokers. *Nicotine & Tobacco Res*. 2007 Oct;9(10):1043–51.
51. Pollack HA. Sudden infant death syndrome, maternal smoking during pregnancy, and the cost-effectiveness of smoking cessation intervention. *Am J Public Health*. 2001 Mar;91(3):432–6.
52. Ruger JP, Weinstein MC, Hammond SK, Kearney MH, Emmons KM. Cost-Effectiveness of Motivational Interviewing for Smoking Cessation and Relapse Prevention among Low-Income Pregnant Women: A Randomized Controlled Trial. *Value Health*. 2008 Apr;11(2):191–8.
53. Ussher M, Lewis S, Aveyard P, Manyonda I, West R, Lewis B, et al. The London Exercise And Pregnant smokers (LEAP) trial: a randomised controlled trial of physical activity for smoking cessation in pregnancy with an economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2015 Oct;19(84):vii–xxiv, 1–135.
54. Barlow J, Sembi S, Parsons H, Kim S, Petrou S, Harnett P, et al. A randomized controlled trial and economic evaluation of the Parents Under Pressure program for parents in substance abuse treatment. *Drug Alcohol Depend*. 2019;194((Barlow J.) Department of Social Policy and Intervention, University of Oxford, Oxford, United Kingdom):184–94.
55. French MT, McCollister KE, Cacciola J, Durell J, Stephens RL. Benefit-cost analysis of addiction treatment in Arkansas: specialty and standard residential programs for pregnant and parenting women. *Subst Abus*. 2002 Mar;23(1):31–51.
56. Gifford A.E., Farkas K.J., Jackson L.W., Molteno C.D., Jacobson J.L., Jacobson S.W., et al. Assessment of benefits of a universal screen for maternal alcohol use during pregnancy. *Birth Defects Res Part A Clin Mol Teratol*. 2010;88(10):838–46.
57. Premkumar A, Grobman WA, Terplan M, Miller ES. Methadone, Buprenorphine, or Detoxification for Management of Perinatal Opioid Use Disorder: A Cost-Effectiveness Analysis. *Obstet Gynecol*. 2019 Nov;134(5):921–31.
58. Thanh NX, Jonsson E, Moffatt J, Dennett L, Chuck AW, Birchard S. An Economic Evaluation of the Parent–Child Assistance Program for Preventing Fetal Alcohol Spectrum Disorder in Alberta, Canada. *Adm Policy Ment Health*. 2015 Jan 1;42(1):10–8.
59. Bell R, Glinianaia SV, Waal Z van der, Close A, Moloney E, Jones S, et al. Evaluation of a complex healthcare intervention to increase smoking cessation in pregnant women: interrupted time series analysis with economic evaluation. *Tobacco Control*. 2018 Jan 1;27(1):90–8.
60. Morrell CJ, Spiby H, Stewart P, Walters S, Morgan A. Costs and effectiveness of community postnatal support workers: randomised controlled trial. *BMJ*. 2000 Sep 9;321(7261):593–8.
61. Naughton F, Cooper S, Foster K, Emery J, Leonardi-Bee J, Sutton S, et al. Large multi-centre pilot randomized controlled trial testing a low-cost, tailored, self-help smoking cessation text message intervention for pregnant smokers (MiQuit). *Addiction*. 2017 Jul;112(7):1238–49.

62. Ride J, Lorgelly P, Tran T, Wynter K, Rowe H, Fisher J. Preventing postnatal maternal mental health problems using a psychoeducational intervention: the cost-effectiveness of What Were We Thinking. *Bmj Open*. 2016;6(11):e012086.
63. Morrell C.J., Warner R., Slade P., Dixon S., Walters S., Paley G., et al. Psychological interventions for postnatal depression: cluster randomised trial and economic evaluation. The PoNDER trial. *Health Technol Assess*. 2009;13(30):iii–iv, xi–xiii, 1–153.
64. French M.T., McCollister K.E., Cacciola J., Durell J., Stephens R.L. Benefit-cost analysis of addiction treatment in Arkansas: Specialty and standard residential programs for pregnant and parenting women. *Subst Abuse*. 2002;23(1):31–51.
65. Paulden M, Palmer S, Hewitt C, Gilbody S. Screening for postnatal depression in primary care: cost effectiveness analysis. *BMJ* [Internet]. 2009 Dec 22 [cited 2020 Aug 14];339. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2797050/>
66. Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K, Stoddart GL, Torrance GW. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. 4th ed. Great Britain: Oxford University Press; 2015. 379 p.
67. Camacho EM, Shields GE. Cost-effectiveness of interventions for perinatal anxiety and/or depression: a systematic review. *BMJ Open*. 2018 Aug;8(8):e022022.
68. Neumann P, Sanders G, Russell L, Siegel J, Ganiats T. *Cost-effectiveness in health and medicine*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2017. 496 p.
69. Ibrahim SM, Lobel M. Conceptualization, measurement, and effects of pregnancy-specific stress: review of research using the original and revised Prenatal Distress Questionnaire. *J Behav Med*. 2020 Feb 1;43(1):16–33.
70. Park ER, Chang Y, Quinn V, Regan S, Cohen L, Viguera A, et al. The association of depressive, anxiety, and stress symptoms and postpartum relapse to smoking: A longitudinal study. *Nicotine Tob Res*. 2009 Jun 1;11(6):707–14.
71. Seng JS, Rauch SAM, Resnick H, Reed CD, King A, Low LK, et al. Exploring posttraumatic stress disorder symptom profile among pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2010 Sep 1;31(3):176–87.
72. Simoila L, Isometsä E, Gissler M, Suvisaari J, Halmesmäki E, Lindberg N. Schizophrenia and pregnancy: a national register-based follow-up study among Finnish women born between 1965 and 1980. *Arch Womens Ment Health*. 2020 Feb 1;23(1):91–100.
73. Micali N, Simonoff E, Treasure J. Pregnancy and post-partum depression and anxiety in a longitudinal general population cohort: The effect of eating disorders and past depression. *Journal of Affective Disorders*. 2011 Jun 1;131(1):150–7.
74. Whitaker RC, Orzol SM, Kahn RS. The co-occurrence of smoking and a major depressive episode among mothers 15 months after delivery. *Preventive Medicine*. 2007 Dec 1;45(6):476–80.
75. Grisbrook M-A, Letourneau N. Improving maternal postpartum mental health screening guidelines requires assessment of post-traumatic stress disorder. *Can J Public Health* [Internet]. 2020 Aug 11 [cited 2020 Sep 9]; Available from: <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00373-8>
76. Merrill L, Mittal L, Nicolero J, Caiozzo C, Maciejewski PK, Miller LJ. Screening for bipolar disorder during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. 2015 Aug 1;18(4):579–83.

77. Falah-Hassani K, Shiri R, Dennis C-L. The prevalence of antenatal and postnatal co-morbid anxiety and depression: a meta-analysis. *Psychol Med.* 2017 Sep;47(12):2041–53.

Literatuurlijst

Deze literatuurlijst bevat de referenties uit hoofdstuk 1 tot 6. Alle referenties uit hoofdstuk 7 worden op het einde van dit hoofdstuk opgelijst.

- Agentschap Zorg & Gezondheid. (n.d.). *Richtlijnen en procedures voor de samenstelling van voorlopige Zorgraden van de eerstelijnszones*. Retrieved October 7, 2019, from <https://www.zorg-en-gezondheid.be/richtlijnen-en-procedure-voor-de-samenstelling-van-voorlopige-zorgraden-van-de-eerstelijnszones>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). *ACOG committee opinion: Number 757: Committee on Obstetric Practice: Screening for perinatal depression*. 132(5), 208–212. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/11/screening-for-perinatal-depression>
- Arango C, Díaz-Caneja CM, McGorry PD, Rapoport J, Sommer IE, Vorstman JA, McDaid D, Marín O, Serrano-Drozowskyj E, Freedman R, Carpenter W. Preventive strategies for mental health. *Lancet Psychiatry*. 2018 Jul;5(7):591-604. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30057-9. Epub 2018 May 15. PMID: 29773478.
- Armstrong K, Edwards H. The effectiveness of a pram-walking exercise programme in reducing depressive symptomatology for postnatal women. *Int J Nurs Pract*. 2004 Aug;10(4):177-94. doi: 10.1111/j.1440-172X.2004.00478.x. PMID: 15265228.
- Baldwin S, Malone M, Sandall J, Bick D. Mental health and wellbeing during the transition to fatherhood: a systematic review of first time fathers' experiences. *JBIS Database System Rev Implement Rep*. 2018 Nov;16(11):2118-2191. doi: 10.11124/JBISRIR-2017-003773. PMID: 30289768; PMCID: PMC6259734.
- Barker DJ, Osmond C. Infant mortality, childhood nutrition, and ischaemic heart disease in England and Wales. *Lancet*. 1986 May 10;1(8489):1077-81. doi: 10.1016/s0140-6736(86)91340-1. PMID: 2871345.
- Barlow J, Davis H, McIntosh E, Jarrett P, Mockford C, Stewart-Brown S. Role of home visiting in improving parenting and health in families at risk of abuse and neglect: results of a multicentre randomised controlled trial and economic evaluation. *Arch Dis Child*. 2007 Mar;92(3):229-33. doi: 10.1136/adc.2006.095117. Epub 2006 Oct 26. PMID: 17068074; PMCID: PMC2083433.
- Bartelink C, Verheijden E. *Wat werkt bij het versterken van het sociale netwerk van gezinnen?* 2015. https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt-publicatie/Watwerkt_Sociaalnetwerkversterken.pdf
- Bauer A, Knapp M, Parsonage M. Lifetime costs of perinatal anxiety and depression. *J Affect Disord*. 2016 Mar 1;192:83-90. doi: 10.1016/j.jad.2015.12.005. Epub 2015 Dec 15. PMID: 26707352.
- Benahmed N, Lefèvre M, Christiaens W, Devos C, Stordeur S. *Synthese - Naar een geïntegreerd prenataal zorgpad voor laag risico zwangerschappen*. 2019. https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_326_Prenatal_care_Report_1.pdf
- Biel MG, Tang MH, Zuckerman B. Pediatric Mental Health Care Must Be Family Mental Health Care. *JAMA Pediatr*. 2020 Jun 1;174(6):519-520. doi: 10.1001/jamapediatrics.2020.0065. PMID: 32250416.
- Briscoe L, Lavender T, McGowan L. A concept analysis of women's vulnerability during pregnancy, birth and the postnatal period. *J Adv Nurs*. 2016 Oct;72(10):2330-45. doi: 10.1111/jan.13017. Epub 2016 Jun 3. PMID: 27255232.
- Caplan G. *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books Inc. New York. (1964).
- Chew-Graham CA, Sharp D, Chamberlain E, Folkes L, Turner KM. Disclosure of symptoms of postnatal depression, the perspectives of health professionals and women: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2009 Jan 21;10:7. doi: 10.1186/1471-2296-10-7. PMID: 19159478; PMCID: PMC2637839.
- Cook F, Giallo R, Hiscock H, Mensah F, Sanchez K, Reilly S. Infant Regulation and Child Mental Health Concerns: A Longitudinal Study. *Pediatrics*. 2019 Mar;143(3):e20180977. doi: 10.1542/peds.2018-0977. Epub 2019 Feb 8. PMID: 30737245.

- Cooke S, Smith I, Turl E, Arnold E, Msetfi RM. Parent perspectives of clinical psychology access when experiencing distress. *Community Pract*. 2012 Apr;85(4):34-7. PMID: 22586867.
- Da Costa D, Zekowitz P, Nguyen TV, Deville-Stoetzel JB. Mental health help-seeking patterns and perceived barriers for care among nulliparous pregnant women. *Arch Womens Ment Health*. 2018 Dec;21(6):757-764. doi: 10.1007/s00737-018-0864-8. Epub 2018 May 30. PMID: 29846799.
- Damman C, Dewaele B. *Zelfzorg als antwoord op burn-out: investeer ook in jezelf*. 2015 <https://sociaal.net/achtergrond/zelfzorg-als-antwoord-op-burn-out/>
- Demecs IP, Fenwick J, Gamble J. Women's experiences of attending a creative arts program during their pregnancy. *Women Birth*. 2011 Sep;24(3):112-21. doi: 10.1016/j.wombi.2010.08.004. Epub 2010 Sep 24. PMID: 20869936.
- Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Feb 28;(2):CD001134. doi: 10.1002/14651858.CD001134.pub3. PMID: 23450532.
- Desomer A, Van den Heede K, Triemstra M, Paget J, De Boer D, Kohn L, Cleemput I. Use of patient-reported outcome and experience measures in patient care and policy. *Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE)*. 2018. KCE Reports 303. D/2018/10.273/40.
- Devlieger R, Goemaes R, Laubach M. *Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2018*. Brussel. 2019. https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/EMBARGO_SPE_Perinatale%20activiteiten%20in%20Vlaanderen%202018.pdf
- Dierckx de Casterlé B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: a guide for qualitative data analysis. *Int J Nurs Stud*. 2012 Mar;49(3):360-71. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.09.012. Epub 2011 Oct 11. PMID: 21996649.
- Dimidjian S, Goodman SH, Felder JN, Gallop R, Brown AP, Beck A. Staying well during pregnancy and the postpartum: A pilot randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for the prevention of depressive relapse/recurrence. *J Consult Clin Psychol*. 2016 Feb;84(2):134-45. doi: 10.1037/ccp0000068. Epub 2015 Dec 14. PMID: 26654212; PMCID: PMC5718345.
- Doran F, Hornibrook J. Women's experiences of participation in a pregnancy and postnatal group incorporating yoga and facilitated group discussion: a qualitative evaluation. *Women Birth*. 2013 Mar;26(1):82-6. doi: 10.1016/j.wombi.2012.06.001. Epub 2012 Jul 19. PMID: 22818031.
- Feinberg ME, Jones DE, Kan ML, Goslin MC. Effects of family foundations on parents and children: 3.5 years after baseline. *J Fam Psychol*. 2010 Oct;24(5):532-42. doi: 10.1037/a0020837. PMID: 20954763.
- Gaebel W, Becker T, Janssen B, Munk-Jorgensen P, Musalek M, Rössler W, Sommerlad K, Tansella M, Thornicroft G, Zielasek J; European Psychiatric Association. EPA guidance on the quality of mental health services. *Eur Psychiatry*. 2012 Feb;27(2):87-113. doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.12.001. Epub 2012 Jan 20. PMID: 22264656.
- Giallo R, Evans K, Williams LA. A pilot evaluation of 'Working Out Dads': promoting father mental health and parental self-efficacy. *J Reprod Infant Psychol*. 2018 Sep;36(4):421-433. doi: 10.1080/02646838.2018.1472750. Epub 2018 Jun 27. PMID: 29950109.
- Glasgow RE, Harden SM, Gaglio B, Rabin B, Smith ML, Porter GC, Ory MG, Estabrooks PA. RE-AIM Planning and Evaluation Framework: Adapting to New Science and Practice With a 20-Year Review. *Front Public Health*. 2019 Mar 29;7:64. doi: 10.3389/fpubh.2019.00064. PMID: 30984733; PMCID: PMC6450067.
- Goldberg D, Privett M, Ustun B, Simon G, Linden M. The effects of detection and treatment on the outcome of major depression in primary care: a naturalistic study in 15 cities. *Br J Gen Pract*. 1998 Dec;48(437):1840-4. PMID: 10198504; PMCID: PMC1313290.
- Goodman JH. Postpartum depression beyond the early postpartum period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2004 Jul-Aug;33(4):410-20. doi: 10.1177/0884217504266915. PMID: 15346666.
- Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003 Nov 22;327(7425):1219-21. doi: 10.1136/bmj.327.7425.1219. PMID: 14630762; PMCID: PMC274066.

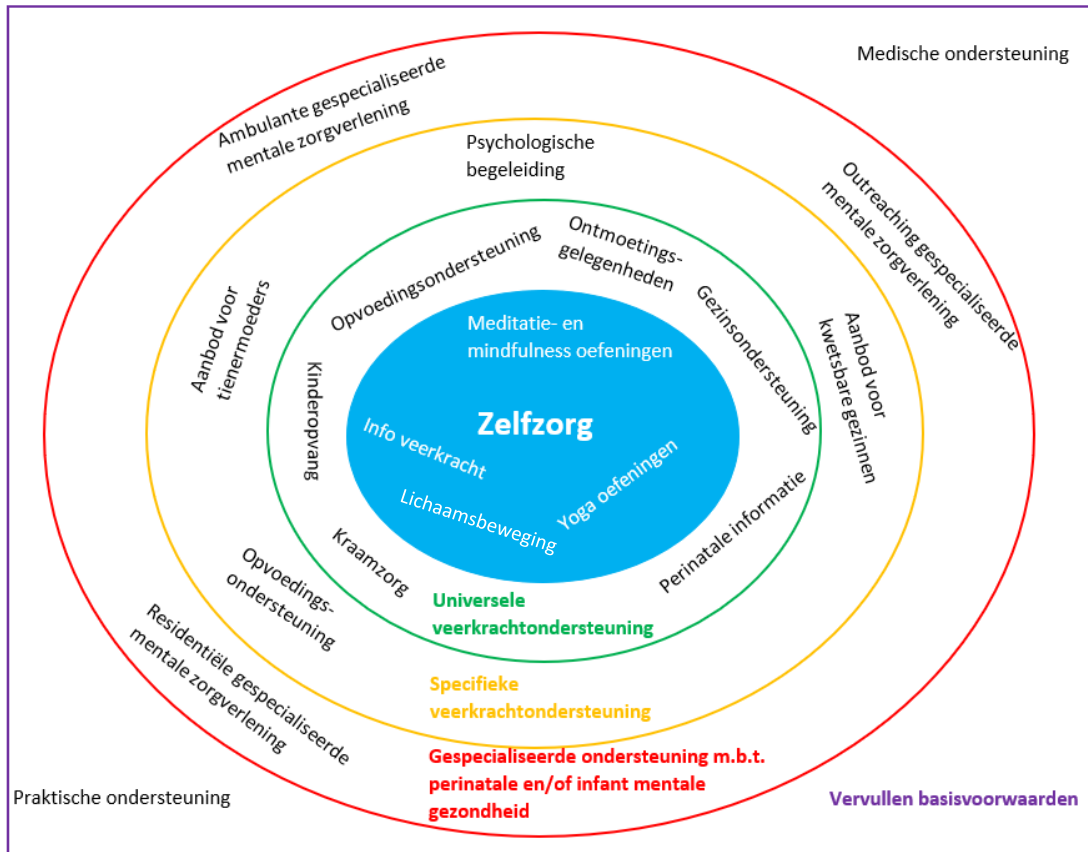
- Hall WA, Clauson M, Carty EM, Janssen PA, Saunders RA. Effects on parents of an intervention to resolve infant behavioral sleep problems. *Pediatr Nurs*. 2006 May-Jun;32(3):243-50. PMID: 16802683.
- Haverman M, Smeets O, Kramer J. (2018). Positief zwanger bij depressieve klachten. Online cursus voor Turkse en Marokkaanse zwangere vrouwen. *Tijdschrift Voor Verloskundigen* (5) 2018. <https://tvv.knov.nl/artikelen/detail/584/positief-zwanger-bij-depressieve-klachten-online-cursus-voor-turkse-en-marokkaanse-zwangere-vrouwen>
- Huis van het Kind Leuven. (n.d.). *Club Mama*. Retrieved January 17, 2020, from <https://www.huisvanhetkindleuven.be/nl/club-mama>
- Hunter B, Warren L. Midwives' experiences of workplace resilience. *Midwifery*. 2014 Aug;30(8):926-34. doi: 10.1016/j.midw.2014.03.010. Epub 2014 Mar 26. PMID: 24742637.
- Johnson M, Schmeid V, Lupton SJ, Austin MP, Matthey SM, Kemp L, Meade T, Yeo AE. Measuring perinatal mental health risk. *Arch Womens Ment Health*. 2012 Oct;15(5):375-86. doi: 10.1007/s00737-012-0297-8. Epub 2012 Aug 1. PMID: 22851128; PMCID: PMC3443336.
- Jones CC, Jomeen J, Hayter M. The impact of peer support in the context of perinatal mental illness: a meta-ethnography. *Midwifery*. 2014 May;30(5):491-8. doi: 10.1016/j.midw.2013.08.003. Epub 2013 Aug 20. PMID: 24035399.
- Kendig S, Keats JP, Hoffman MC, Kay LB, Miller ES, Simas TAM, Frieder A, Hackley B, Indman P, Raines C, Semenuk K, Wisner KL, Lemieux LA. Consensus Bundle on Maternal Mental Health: Perinatal Depression and Anxiety. *J Midwifery Womens Health*. 2017 Mar;62(2):232-239. doi: 10.1111/jmwh.12603. Epub 2017 Apr 6. PMID: 28384395.
- Kenniscentrum Welzijn Wonen en Zorg. *De 7 B's van toegankelijkheid*. 2018
- Koniak-Griffin D. Aerobic exercise, psychological well-being, and physical discomforts during adolescent pregnancy. *Res Nurs Health*. 1994 Aug;17(4):253-63. doi: 10.1002/nur.4770170404. PMID: 8036273.
- Kothari C, Wiley J, Moe A, Liepman MR, Tareen RS, Curtis A. Maternal depression is not just a problem early on. *Public Health*. 2016 Aug;137:154-61. doi: 10.1016/j.puhe.2016.01.003. Epub 2016 Mar 11. PMID: 26972518.
- Leadsom A, Field F, Burstow P, Caroline L. *The 1001 Critical Days - The Importance of the Conception to Age Two Period*. 2013. <https://www.wavetrust.org/Handlers/Download.ashx?IDMF=e1b25e67-b13b-4e19-a3f6-9093e56d6a31>
- Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013 Mar 11;12:18. doi: 10.1186/1475-9276-12-18. PMID: 23496984; PMCID: PMC3610159.
- Levi D, Ibrahim R, Malcolm R, MacBeth A. Mellow Babies and Mellow Toddlers: Effects on maternal mental health of a group-based parenting intervention for at-risk families with young children. *J Affect Disord*. 2019 Mar 1;246:820-827. doi: 10.1016/j.jad.2018.12.120. Epub 2018 Dec 26. PMID: 30795486.
- Lumley J, Austin MP, Mitchell C. Intervening to reduce depression after birth: a systematic review of the randomized trials. *Int J Technol Assess Health Care*. 2004 Spring;20(2):128-44. doi: 10.1017/s0266462304000911. PMID: 15209173.
- Lyons-Ruth K, Todd Manly J, Von Klitzing K, Tamminen T, Emde R, Fitzgerald H, Paul C, Keren M, Berg A, Foley M, Watanabe H. The worldwide burden of infant mental and emotional disorder: Report of the task force of the world association for infant mental health. *Infant Ment Health J*. 2017 Nov;38(6):695-705. doi: 10.1002/imhj.21674. Epub 2017 Oct 31. PMID: 29088514.
- MacArthur C, Winter HR, Bick DE, Lilford RJ, Lancashire RJ, Knowles H, Braunholtz DA, Henderson C, Belfield C, Gee H. Redesigning postnatal care: a randomised controlled trial of protocol-based midwifery-led care focused on individual women's physical and psychological health needs. *Health Technol Assess*. 2003;7(37):1-98. doi: 10.3310/hta7370. PMID: 14622490.
- Maslow A H. A theory of human motivation. *Psychological Review*. 1943; 50(4), 370–396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>
- Mihelic M, Filus A, Morawaska A. Correlates of Prenatal Parenting Expectations in new Mothers: Is Better Self-Efficacy a Potential Target for Preventing Postnatal Adjustment Difficulties? *Prev Sci*. 2016 Nov;17(8):949-959. doi: 10.1007/s11121-016-0682-z. PMID: 27438295.

- Morrell CJ, Sutcliffe P, Booth A, Stevens J, Scope A, Stevenson M, Harvey R, Bessey A, Cantrell A, Dennis CL, Ren S, Ragonesi M, Barkham M, Churchill D, Henshaw C, Newstead J, Slade P, Spiby H, Stewart-Brown S. A systematic review, evidence synthesis and meta-analysis of quantitative and qualitative studies evaluating the clinical effectiveness, the cost-effectiveness, safety and acceptability of interventions to prevent postnatal depression. *Health Technol Assess*. 2016 May;20(37):1-414. doi: 10.3310/hta20370. PMID: 27184772; PMCID: PMC4885009.
- Myors KA, Cleary M, Johnson M, Schmied V. A mixed methods study of collaboration between perinatal and infant mental health clinicians and other service providers: Do they sit in silos? *BMC Health Serv Res*. 2015 Aug 11;15:316. doi: 10.1186/s12913-015-0977-y. PMID: 26260057; PMCID: PMC4531515.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance* 2014. (Issue April 2018).
- O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, Groom HC, Burda BU. Primary Care Screening for and Treatment of Depression in Pregnant and Postpartum Women: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2016 Jan 26;315(4):388-406. doi: 10.1001/jama.2015.18948. PMID: 26813212.
- Parker FL, Piotrkowski CS, Peay L. Head Start as a social support for mothers: the psychological benefits of involvement. *Am J Orthopsychiatry*. 1987 Apr;57(2):220-233. doi: 10.1111/j.1939-0025.1987.tb03532.x. PMID: 3591907.
- Popo E, Kenyon S, Dann SA, MacArthur C, Blissett J. Effects of lay support for pregnant women with social risk factors on infant development and maternal psychological health at 12 months postpartum. *PLoS One*. 2017 Aug 28;12(8):e0182544. doi: 10.1371/journal.pone.0182544. PMID: 28846688; PMCID: PMC5573293.
- Powell C, Bamber D, Long J, Garratt R, Brown J, Rudge S, Morris T, Bhupendra Jaicim N, Plachcinski R, Dyson S, Boyle EM, St James-Roberts I. Mental health and well-being in parents of excessively crying infants: Prospective evaluation of a support package. *Child Care Health Dev*. 2018 Jul;44(4):607-615. doi: 10.1111/cch.12566. Epub 2018 Apr 17. PMID: 29667223.
- Raymond JE. 'Creating a safety net': Women's experiences of antenatal depression and their identification of helpful community support and services during pregnancy. *Midwifery*. 2009 Feb;25(1):39-49. doi: 10.1016/j.midw.2007.01.005. Epub 2007 Mar 29. PMID: 17397975.
- Reid M, Glazener C, Murray GD, Taylor GS. A two-centred pragmatic randomised controlled trial of two interventions of postnatal support. *BJOG*. 2002 Oct;109(10):1164-70. doi: 10.1111/j.1471-0528.2002.01306.x. PMID: 12387471.
- Roseboom T. *De eerste 1000 dagen - Het fundamentele belang van een goed begin vanuit biologisch, medisch en maatschappelijk perspectief* (1st ed.). Utrecht. De Tijdstroom. 2018.
- Rouhi M, Stirling C, Ayton J, Crisp EP. Women's help-seeking behaviours within the first twelve months after childbirth: A systematic qualitative meta-aggregation review. *Midwifery*. 2019 May;72:39-49. doi: 10.1016/j.midw.2019.02.005. Epub 2019 Feb 8. PMID: 30772692.
- Russell K, Ashley A, Chan G, Gibson S, Jones R. *Maternal Mental Health – Women's Voices*. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. London. 2017. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/patients/information/maternalmental-healthwomens-voices.pdf>
- Sexton MB, Hamilton L, McGinnis EW, Rosenblum KL, Muzik M. The roles of resilience and childhood trauma history: main and moderating effects on postpartum maternal mental health and functioning. *J Affect Disord*. 2015 Mar 15;174:562-8. doi: 10.1016/j.jad.2014.12.036. Epub 2014 Dec 18. PMID: 25560192; PMCID: PMC4339466.
- Shaw E, Levitt C, Wong S, Kaczorowski J; McMaster University Postpartum Research Group. Systematic review of the literature on postpartum care: effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. *Birth*. 2006 Sep;33(3):210-20. doi: 10.1111/j.1523-536X.2006.00106.x. PMID: 16948721.
- Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2018 Sep;104:235-248. doi: 10.1016/j.jpsychires.2018.08.001. Epub 2018 Aug 3. PMID: 30114665.

- Slade P, Morrell CJ, Rigby A, Ricci K, Spittlehouse J, Brugha TS. Postnatal women's experiences of management of depressive symptoms: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* 2010 Nov;60(580):e440-8. doi: 10.3399/bjgp10X532611. PMID: 21062541; PMCID: PMC2965991.
- Sambrook Smith M, Lawrence V, Sadler E, Easter A. Barriers to accessing mental health services for women with perinatal mental illness: systematic review and meta-synthesis of qualitative studies in the UK. *BMJ Open.* 2019 Jan 24;9(1):e024803. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024803. PMID: 30679296; PMCID: PMC6347898.
- Thompson MS, Peebles-Wilkins W. The impact of formal, informal, and societal support networks on the psychological well-being of black adolescent mothers. *Soc Work.* 1992 Jul;37(4):322-8. PMID: 1641689.
- T Tse M, Leung R, Ho S. Pain and psychological well-being of older persons living in nursing homes: an exploratory study in planning patient-centred intervention. *J Adv Nurs.* 2012 Feb;68(2):312-21. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05738.x. Epub 2011 Jun 16. PMID: 21679226.
- Van Dale Uitgevers. (n.d.). *Gratis woordenboek*. Retrieved November 22, 2019, from <https://www.vandale.nl/gratis-woordenboek/nederlands/betekenis/laagdrempelig#.Xd5LkehKiUk>
- Van den Bergh BR. Developmental programming of early brain and behaviour development and mental health: a conceptual framework. *Dev Med Child Neurol.* 2011 Sep;53 Suppl 4:19-23. doi: 10.1111/j.1469-8749.2011.04057.x. PMID: 21950389.
- Van Haeken S, Braeken MAKA, Nuyts T, Franck E, Timmermans O, Bogaerts A. Perinatal Resilience for the First 1,000 Days of Life. Concept Analysis and Delphi Survey. *Front Psychol.* 2020 Nov 3;11:563432. doi: 10.3389/fpsyg.2020.563432. PMID: 33224056; PMCID: PMC7670043.
- Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten. (n.d.). *De 7 B's van de toegankelijkheid*. Retrieved November 29, 2019, from <https://www.vvsg.be/kennisitem/vvsg/de-7-bs-van-de-toegankelijkheid>
- Vlaams Instituut Gezond Leven. (n.d.). *Goed-Gevoel-Stoel*. Retrieved August 21, 2019, from <https://www.gezondleven.be/projecten/goed-gevoel-stoel>
- Watson N, Milat AJ, Thomas M, Currie J. The feasibility and effectiveness of pram walking groups for postpartum women in western Sydney. *Health Promot J Austr.* 2005 Aug;16(2):93-9. doi: 10.1071/he05093. PMID: 16130582.
- Wagh CE, Koster EH. A resilience framework for promoting stable remission from depression. *Clin Psychol Rev.* 2015 Nov;41:49-60. doi: 10.1016/j.cpr.2014.05.004. Epub 2014 May 29. PMID: 24930712.
- Weis KL, Lederman RP, Walker KC, Chan W. Mentors Offering Maternal Support Reduces Prenatal, Pregnancy-Specific Anxiety in a Sample of Military Women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2017 Sep-Oct;46(5):669-685. doi: 10.1016/j.jogn.2017.07.003. Epub 2017 Jul 24. PMID: 28751158.
- Wilson-Mitchell K, Bennett J, Stennett R. Psychological health and life experiences of pregnant adolescent mothers in Jamaica. *Int J Environ Res Public Health.* 2014 Apr 30;11(5):4729-44. doi: 10.3390/ijerph110504729. PMID: 24785743; PMCID: PMC4053888.
- Witteveen A, Walker A, Henrichs J. *Kennissynthese mentale weerbaarheid en antepartum depressie*. 1-75. 2017 https://www.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/GGz/OpGGz/636100002_Kennissynthes e.pdf
- Woolhouse H, Small R, Miller K, Brown SJ. Frequency of "Time for Self" Is a Significant Predictor of Postnatal Depressive Symptoms: Results from a Prospective Pregnancy Cohort Study. *Birth.* 2016 Mar;43(1):58-67. doi: 10.1111/birt.12210. Epub 2015 Dec 17. PMID: 26678360.
- World Health Organization. *Mental Health Action Plan 2013 - 2020*. 2013. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>.
- Zenah P, Stafford B., Nagle G., Rice T. Addressing Social-Emotional Development and Infant Mental Health in Early Childhood Systems. Los Angeles, CA: National Center for Infant and Early Childhood Health Policy; January 2005. Building State Early Childhood Comprehensive Systems Series, No. 12
- Zero to Three. (2017). *The Basics of Infant and Early Childhood Mental Health: A Briefing Paper* (pp. 1-4). <https://www.zerotothree.org/resources/1951-the-basics-of-infant-and-early-childhood-mental-health-a-briefing-paper#downloads>
- Zero to Three Infant Mental Health Task Force Steering Committee. (2001). *Definition of infant mental health*.

Bijlagen

1	Deliverable 1 Figuur indeling zorgaanbod	127
2	Deliverable 1 Tabel Indeling soorten organisaties	129
3	Deliverable 1 Tabel Indeling zorgaanbod	131
4	Deliverable 2 Matrix van tools en methodieken (zie apart Excel-bestand)	
5	Deliverables 3 en 4 Factsheet journey map / flow chart met aandacht voor toeleiding en continuïteit van zorg	137
6	Deliverable 5 Factsheet onderzoeksprogramma	147



Tabel 1 indeling soorten organisaties					
Cluster	Categorie	Subcategorie	Extra opdeling	N	
Lokale besturen	Lokale besturen				
	Huizen van het kind				
	Totaal Lokale Besturen				
Gezondheidszorg	(para)medische zorgverleners	Huisartsen	Wijkgezondheidscentra		
		Vroedvrouwen			
		Postpartum consulent			
		Apothekers			
	Totaal (para)medische zorgverleners				
	Ziekenhuizen	Algemeen ziekenhuis			
		Universitair ziekenhuis			
	Totaal Ziekenhuizen				
	Eerstelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	Eerstelijnspsychologische functie	Klinisch psychologen		
			Netwerken GGZ	Volwassenen	
				Kinderen	
				Andere	
	Totaal Eerstelijns GGZ				
	Tweedelijns GGZ	Centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG)	Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis (PAAZ)		
			Psychiatrisch ziekenhuis/centrum		
Totaal Tweedelijns GGZ					
Totaal partners gezondheidszorg					
Welzijn	Diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg	Specifiek voor 1 ^{ste} 1000 dagen	Kraamzorg		
	Diensten Maatschappelijk Werk van de Ziekenfondsen				
	Centra voor Algemeen Welzijn (CAW)				
	Openbare Centra voor Maatschappelijk Werk (OCWM)				
	Totaal Welzijnspartners				

Personen met een zorg- en ondersteuningsvraag (PZON)	Erkende verenigingen van gebruikers en mantelzorgers				
	Diensten oppashulp	Kinderdagverblijven			
	Andere vrijwilligers-organisaties		Babysit		
			Specifiek voor 1 ^{ste} 1000 dagen	Peuterspeelpunt / spe(e)lotheek	
				Andere Spel- en ontmoetingsinitiatieven	
		Algemeen			
Totaal PZON-partners					
Optioneel	Kind en Gezin	Lokaal team			
		Consultatiebureaus			
	Totaal Kind en Gezin				
	Partners van Kind en Gezin		Centra voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning (CKG)		
			Gezinsbond		
			Inloopteams		
			Opvoedingslijn		
			Opvoedingswinkels		
	Totaal Partners van Kind en Gezin				
	Voorzieningen CIG				
Varia					
		Yoga			
Totaal Varia					
Totaal optionele partners					

Tabel indeling soort aanbod: sjabloon				
Soort veerkrachtondersteuning	Kenmerken veerkrachtondersteuning	Categorie	Subcategorie	Extra opdeling subcategorie
Vervullen basisvoorwaarden	<ul style="list-style-type: none"> Vervullen basisvoorwaarden of -behoeften 	Medische ondersteuning	Specifiek voor 1 ^{ste} 1000 dagen	Vroedvrouw 1 ^{ste} lijn
				Prenatale raadpleging / gynaecologie / materniteit
				Neonatologie / NICU
				Pediatrie (raadpleging + afdeling)
		Voor alle leeftijdsgroepen	Huisarts	
		Wijkgezondheidscentra		
		Praktische ondersteuning (m.b.t. huisvesting, financiën, administratie en materieel)	Specifiek voor 1 ^{ste} 1000 dagen	Prenataal steunpunt
				Voor alle leeftijdsgroepen
Zelfzorg	<ul style="list-style-type: none"> Wat men zelf kan doen Gericht op één of meerdere veerkracht-bevorderende factoren 	Lichaamsbeweging		
		Meditatie- en mindfulness technieken		
		Yoga-oefeningen		
		Informatie over veerkracht		
Universele veerkrachtondersteuning	<ul style="list-style-type: none"> Voor alle zwangere vrouwen en/of gezinnen met kinderen jonger dan 2 jaar Promotie mentale gezondheid 	Perinatale informatie		
			Specifiek voor partners	
		Opvoedingsondersteuning (vb. Opvoedingslijn, Opvoedingswinkel, Consultatiebureau Kind & Gezin)		

	<ul style="list-style-type: none"> • Gericht op 1 of meerdere risicofactoren ter preventie van mentale problemen • Aangeboden door vrijwilligers en/of professionals zonder bijkomende specifieke opleiding binnen de (perinatale of <i>infant</i>) mentale gezondheidszorg • Zowel gericht naar het individu als naar een groep • Laagdrempelig (fysiek psychologisch en in tijd bereikbaar) 	Gezinsondersteuning (vb. <i>Consultatiebureau Kind & Gezin</i>)		
		Ontmoetingsgelegenheden (vb. <i>moeder-/oudergroep, peuterspeelpunt, spe(e)lotheek, buurthuis</i>)	Specifiek voor 1 ^{ste} 1000 dagen	Moeder-/oudergroep Peuterspeelpunt / spe(e)lotheek Buurthuis/spelen Varia
			Voor alle leeftijdsgroepen	Buurthuis Varia
		Kraamzorg		
		Kinderopvang/babysit		
Specifieke veerkrachtondersteuning	<ul style="list-style-type: none"> • Voor doelgroep met verhoogd risico op mentale problemen: • Aanbod voor individu met hoog risico op mentale problemen • Aangeboden door professionele zorgverleners die pedagogisch geschoold zijn of een bijkomende specifieke opleiding binnen de (perinatale of <i>infant</i>) mentale gezondheidszorg hebben • Gericht op het individu 	Psychologische begeleiding	Specifiek voor 1 ^{ste} 1000 dagen	Klinisch Psycholoog Postpartum consulent Andere
			Voor alle leeftijdsgroepen	Eerstelijns psychologische zorg (ELP) Klinisch Psycholoog
		Opvoedingsondersteuning (vb. CKG, CIG,...)		
		Aanbod voor tienermoeders		
		Aanbod voor kwetsbare gezinnen		

Gespecialiseerde (mentale) gezondheidszorg	<ul style="list-style-type: none"> • Aanbod voor personen voldoen aan diagnostische criteria van een mentale stoornis • Aanbod voor personen met gevorderde mentale problemen • Aangeboden door professionals werkzaam binnen de geestelijke gezondheidszorg met een eventuele bijkomende perinatale of infant mental health opleiding • Gericht op het individu • Intensieve begeleiding/zorgverlening 	Ambulant	Specifiek voor 1 ^{ste} 1000 dagen	(Expertise)Centrum Perinatale Mentale Gezondheid Kinderpsychiatrie
			Voor alle leeftijdsgroepen	Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) Psychotherapie (klinisch psycholoog en/of psychiater)
		Outreaching	Specifiek voor 1 ^{ste} 1000 dagen	
			Voor volwassenen	Mobiele teams Mobiele crisis teams
		Residentieel	Specifiek voor 1 ^{ste} 1000 dagen	Kinderpsychiatrie Moeder-babyeenheid
			Voor volwassenen	PAAZ Psychiatrisch ziekenhuis / centrum

Matrix van tools en methodieken

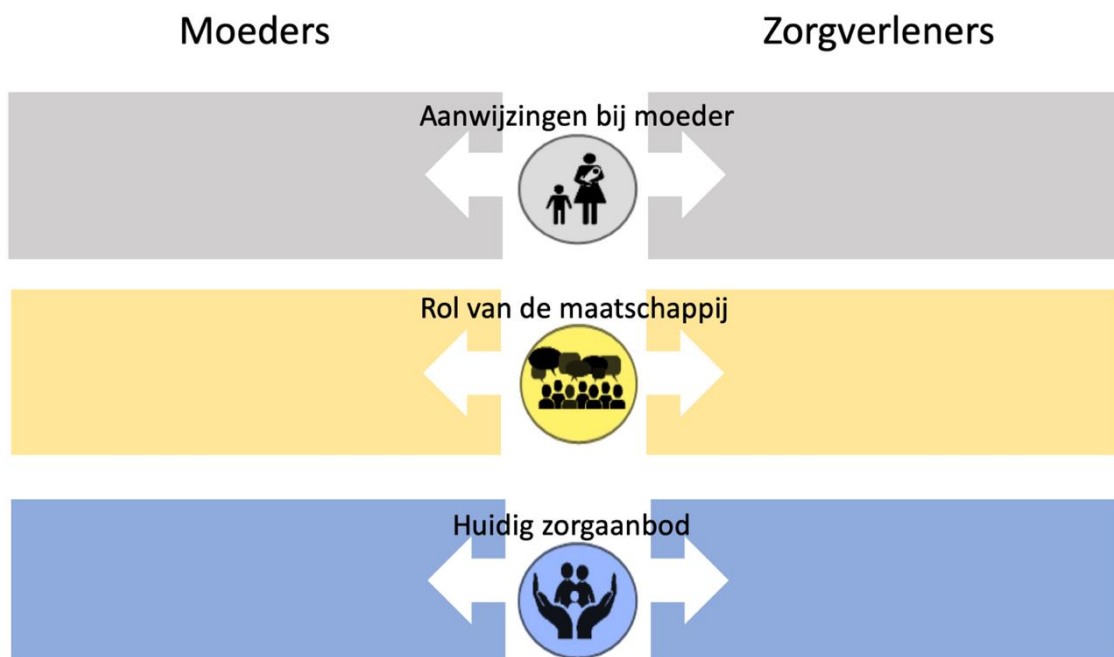
Apart bestand – kan opgevraagd worden bij de onderzoekers via swvg@kuleuven.be.

Factsheet deliverables 3 en 4

Deze factsheet representeert de uitkomsten van deliverables 3 en 4 van project EF41: *Veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap. Nieuwe uitdagingen voor de geestelijke gezondheidszorg in de eerste 1000 dagen van het leven*. Een uitgebreide beschrijving van de methodologie en de resultaten kan u terugvinden in het finale rapport.

Een 'slimme' matrix werd ontwikkeld, die geïntegreerd kan worden in een regionaal zorgpad en sociale kaart ter ondersteuning en bevordering van **een tijdig aanbod, coördinatie en continuïteit van de perinatale¹ mentale gezondheidszorg**.

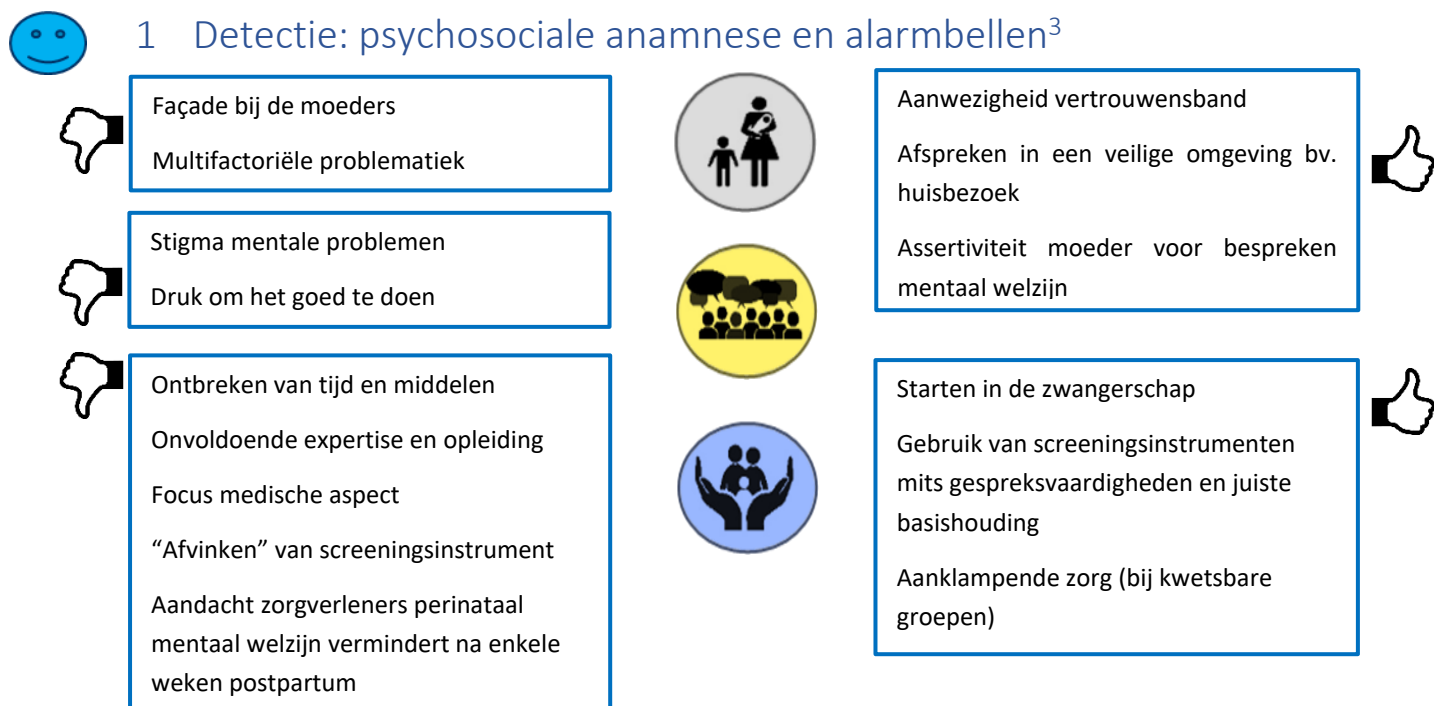
Op basis van de onderzoeksresultaten werden 3 grote thema's gedestilleerd die zowel voorkwamen uit interviews en focusgroep gesprekken bij de moeders (met en zonder perinatale mentale problemen) als uit interviews en focusgroep gesprekken bij de zorgverleners: 1) *aanwijzingen bij de moeder*, 2) *rol van de maatschappij* en 3) *huidig zorgaanbod*² (Figuur 1). Voor elk van deze 3 thema's werden een aantal items gedetecteerd die momenteel niet of onvoldoende aanwezig zijn in de huidige perinatale zorg (Figuren 2, 4, 5). Deze items werden ondergebracht in 3 domeinen van de perinatale zorgverlening: 1) detectie, 2) doorverwijzing en 3) veerkrachtondersteuning bij transitie naar ouderschap en leiden tot een aantal aanbevelingen per domein. Verder stelt deze factsheet hierbij ook de rollen van de verschillende kernactoren binnen het bestaande perinatale zorgpad voor (figuur 6). Dit alles heeft geleid tot de ontwikkeling van een **slimme matrix** (deliverable 4) specifiek voor perinatale veerkrachtondersteuning. Gegevens uit deliverables 1 - 3 omtrent het zorgaanbod voor perinatale veerkrachtondersteuning werden hierin toegevoegd (Figuur 7). Deze matrix kan geïntegreerd worden in bestaande perinatale zorgpaden. Finaal worden **twaalf concrete aanbevelingen** gedaan met de **randvoorwaarden** op basis van de data uit alle bovenvermelde studies en deliverables.



Figuur 1 Gedestilleerde thema's uit de onderzoeksdata.

¹ Met perinataal wordt verder steeds bedoeld de periode tijdens en tot 2 jaar na zwangerschap

² Met huidig zorgaanbod wordt zowel zorg als welzijn bedoeld. Zie details in deliverables 1-3



Figuur 2 Belemmerende (duim omlaag) en bevorderende (duim omhoog) factoren in detectie, naar drie hoofdthema's: 1) aanwijzingen bij de moeder, 2) rol van de maatschappij en 3) huidige zorgaanbod.

Aanbevelingen m.b.t. detectie

- **Systematische opsporing** van aanwijzingen voor verstoring van het perinataal mentaal welzijn: psychosociale anamnese en **alarmbellen** (tabel 1), zowel **pre-** als **postnataal** tot 2 jaar.
- **Verankering van detectie mentaal welzijn** in bestaande pre- én postnatale contactmomenten
 - Ideaal = in geïntegreerd pre- én postnataal zorgpad KCE (1);
 - Cave aandacht opsporen perinataal mentaal welzijn in late postpartum (> 12 maanden).
- Verhogen van **expertise en bewustwording** omtrent **perinataal mentaal welzijn** bij betrokken zorgverleners door doelgerichte training:
 - Integratie van recente inzichten omtrent het thema perinataal mentaal welzijn in bestaande opleiding van huisartsen, vroedvrouwen, gynaecologen, pediaters, medewerkers Kind & Gezin, en kraam- en thuisverzorgenden;
 - Ontwikkelen, organiseren, evalueren en subsidiëren van training omtrent pre- én postnataal mentaal welzijn voor alle betrokken zorgverleners:
 - kennis mentale problematiek, risicofactoren en bewustwording façade moeders;
 - optimaliseren communicatieve vaardigheden en doorvragen mentaal welzijn;
 - aandacht voor moeder-kind dyade en bij uitbreiding moeder-kind-partner triade;

³ *Psychosociale anamnese*: hiermee wordt bedoeld het systematisch bevragen van bestaande risicofactoren aan het begin van de prenatale opvolging, en aan het begin van de postnatale opvolging. *Alarmbellen* zijn cruciaal en dienen systematisch bevroegd te worden (Tabel 1)

Bijlage 5 – Deliverables 3 en 4 Factsheet
 Journey map / flow chart met aandacht voor toeleiding en continuïteit van zorg



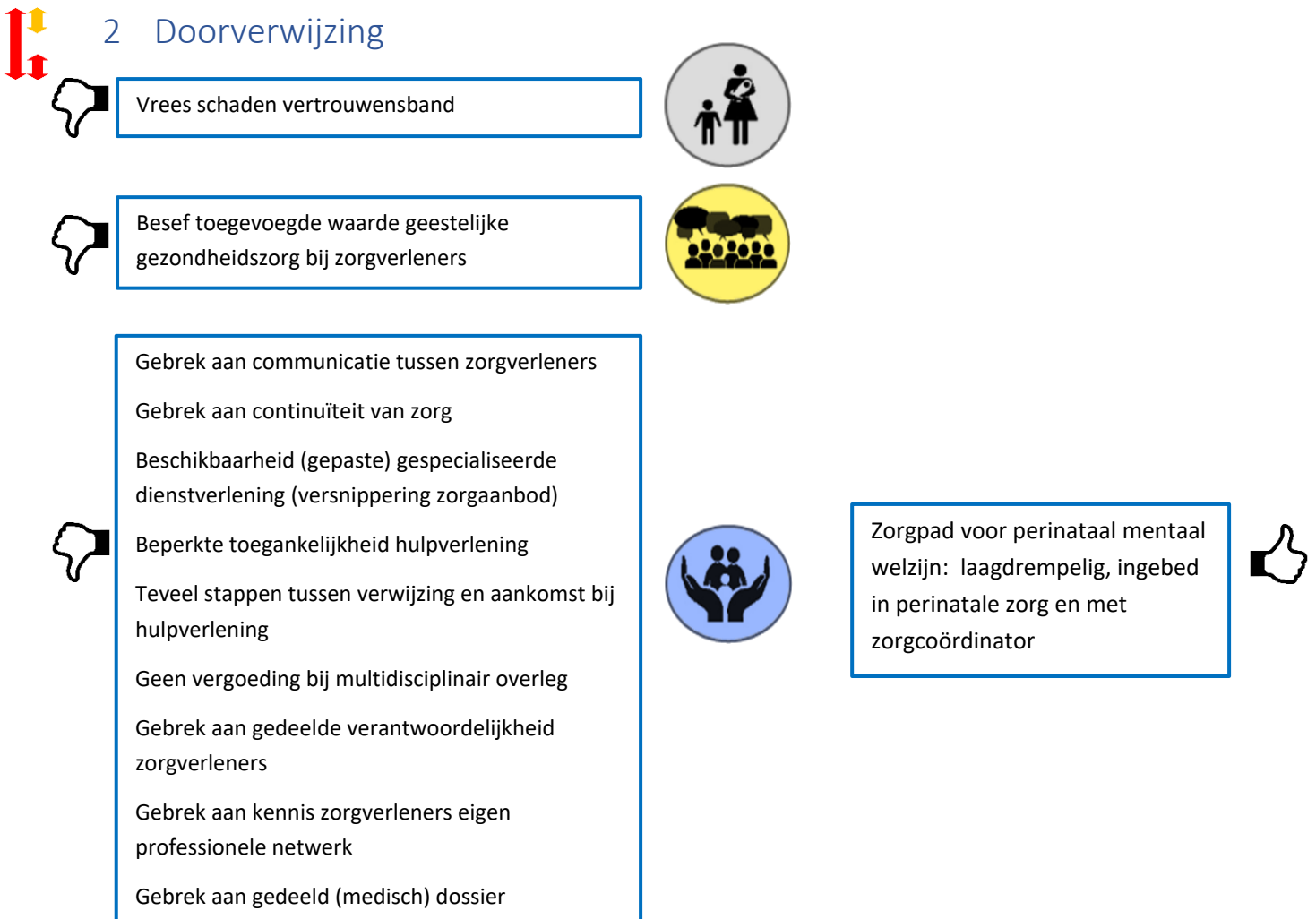
Figuur 3 Indeling veerkracht-ondersteunend zorgaanbod tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap voor Vlaanderen (deliverable 1).

- inzetten op multidisciplinaire aanpak ter bevordering van regionale samenwerking;
- verhogen van kennis omtrent het regionaal zorgaanbod/-landschap (vervullen basisbehoeften, zelfzorg, universele veerkrachtondersteuning, specifieke veerkrachtondersteuning, gespecialiseerde mentale gezondheidszorg) (Figuur 3);
- stimuleren van gedeelde verantwoordelijkheid omtrent het perinataal mentaal welzijn en dit bij *alle betrokken* zorgverleners.

- Creëren van **bewustwording rondom perinataal mentaal welzijn** bij vrouwen en hun familie, en de maatschappij door in te zetten op sensibilisering in de maatschappij (starten in het onderwijs).
- Faciliteren **wetenschappelijk onderzoek** omtrent (deliverable 5):
 - inhoud en vorm van de perinatale psychosociale anamnese;
 - meest geschikte detectie instrument(en) voor de Vlaamse context (inclusief bevraging alarmbellen, tabel 1);
 - tijdstippen waarop de systematische bevraging van o.a. de alarmbellen dient te worden georganiseerd.

Tabel 1 Alarmbellen: veerkracht-ontwrichtende factoren.

Specifieke alarmbellen	Vroeg perinataal (intake)	Bij elk contact tot aan partus	Vroeg postnataal	Bij elk contact tot 2 jaar
Emotionele gesteldheid	X	X	X	X
Vermoeidheid/slaapdeprivatie	X	X	X	X
Verwachtingen t.a.v. zwangerschap/arbeid en bevalling/kraamperiode/ouderschap	X	X	X	X
Aanwezigheid (veilige) informele sociale ondersteuning: partner, bredere omgeving, en werkomgeving	X		X	
Financiële problemen	X		X	
Contextfactoren: ervaringen van de zwangerschap, bevalling en verloop na geboorte	X	X	X	X
Medisch-psychiatrische VG	X			
Nagaan multifactoriële problematiek vb. eenzaamheid, armoede	X		X	



Figuur 4 Belemmerende (duim omlaag) en bevorderende (duim omhoog) factoren in doorverwijzing, naar drie hoofdthema's: 1) aanwijzingen bij de moeder, 2) rol van de maatschappij en 3) huidig zorgaanbod.

Aanbevelingen m.b.t. doorverwijzing

- **Bevorderen van multidisciplinaire samenwerking** door kennismaking en uitwisseling van expertise via:
 - organiseren van trefdagen per eerstelijnszone waarin partners hun werking aan elkaar voorstellen;
 - en/of intervisie voor casuïstiek rond perinatale mentale problemen.
- Faciliteren van het **delen van medische gegevens**.
- Voorzien van **financiële tegemoetkoming** voor zorgprofessionals bij **deelname aan multidisciplinair overleg** om een engagement op lange termijn te bewerkstelligen;
- Faciliteren van **wetenschappelijk onderzoek** omtrent (*deliverable 5*):
 - validatie doorverwijs algoritme perinataal mentaal zorgpad voor Vlaamse context;
 - vergelijkend onderzoek naar de impact van de doorverwijs algoritmes;
 - belang zorgcoördinator perinataal mentaal zorgpad versus optimaliseren zelfmanagement bij cliënt versus optimaal inzetten van de belangrijkste perinatale zorgverlener.

3 Veerkrachtondersteuning bij transitie naar ouderschap



Figuur 5 Belemmerende (duim omlaag) en bevorderende (duim omhoog) factoren in veerkrachtondersteuning bij transitie naar ouderschap, naar drie hoofdthema's: 1) aanwijzingen bij de moeder, 2) rol van de maatschappij en 3) huidig zorgaanbod.

Aanbevelingen m.b.t. veerkrachtondersteuning

- **Integratie van aandacht voor mentaal welzijn in bestaande contacten**
 - Ideaal = pre- én postnataal zorgpad KCE (bv. bij Voorbereiding op Geboorte en Ouderschap, VGO) (1) met:
 - actief betrekken van de partner + aandacht voor koppelrelatie;
 - *voorbereiding én nabespreking* van ervaringen omtrent realistisch ouderschap zowel prenataal, vroeg én laat postnataal (tot 2 jaar);
 - Voorzien van *voorbereiding én nabespreking*⁴ verloop arbeid en bevalling bij *alle* moeders/koppels.

⁴ Standaard nabespreking van arbeid en bevalling; relateren aan verwachtingen en beantwoorden van vragen. Indien nodig ondersteuning bieden voor verwerking.

- Benadrukken van het **belang** van **ondersteuning door een sociaal netwerk** bij *alle* zwangere vrouwen:
 - eigen formele en informele sociale netwerk in kaart laten brengen + motiveren om dit netwerk in te zetten pre- en postnataal;
 - bespreken van opties voor ondersteuning door *peers* (face-to-face of online).
- Effectiever **inzetten van het bestaande zorgaanbod** (potentiële onderzoeksvraag *deliverable 5*).
- **Empowerment** van de moeder/het koppel
 - stimuleren van zelfzorg + zelfmanagement;
 - shared decision making faciliteren en integreren in bestaande zorgpaden
- Uitbreiden van **moederschapsrust** en/of **ouderschapsverlof**
- Verhoogde en frequentere **terugbetaling van psychologische hulpverlening**
- Faciliteren van **wetenschappelijk onderzoek** omtrent (*deliverable 5*):
 - effectiviteit van veerkracht-ondersteunende methoden en tools;
 - kosteneffectiviteitsstudie van veerkracht-ondersteunende methoden en tools.

4 Kernactoren perinataal zorgpad

Met betrekking tot de bestaande kernactoren in het huidige perinatale zorgpad werden belemmerende en bevorderende factoren aangegeven. Deze zijn richtinggevend voor het bepalen van het meest efficiënte en effectieve perinatale mentale zorgtraject (deliverables 5 en 6).

Huisarts



Vaak tijdelijk uit beeld tijdens zwangerschap
Passieve rol bij perinatale mentale problemen
Door sommige moeders gezien als zorgverlener enkel voor fysieke problemen of indien ze medisch attest/voorschrift nodig hebben

Kent gezin vaak al pre-conceptioneel
Vertrouwensfiguur
Kan aan huis komen



Vroedvrouw



Zware verantwoordelijkheid + vraagt veel energie
Blokkeert vaak bij detectie veerkrachtproblemen
Gebrek aan kennis en expertise PMW, en doorverwijsnetwerk
Gebrek aan tijd en middelen

Vertrouwensfiguur pre- en postnataal
Komt aan huis
Sensitief voor bespreken perinataal mentaal welzijn (PMW)



Gynaecoloog



Door moeders niet gezien als mogelijkheid voor uiten mentale bezorgdheden
Weinig tijd per consultatie
Voornamelijk focus op lichamelijke aspect
Na 6w postpartum uit beeld

Voor veel zwangere vrouwen enige zorgverlener voor prenatale begeleiding



Kind & Gezin



Prenatale aanbod (kennismakingsgesprek) nog weinig gekend
Negatief (belerend) imago bij moeders en zorgverleners
Door moeders niet gezien als mogelijkheid voor uiten mentale bezorgdheden
Weinig tijd per consult
Focus op fysieke aspect: groei en ontwikkeling kind
Kennen niet altijd achtergrond gezin
Continuïteit (van medewerkers) niet gegarandeerd
Adviezen bij positieve screening (Whooley) te vrijblijvend

Komen aan huis
Goed geplaatst voor detectie mentale problemen, ook na afsluiten zorgverlening door vroedvrouw
Whooley-vragen op 6w, 3m en 6m postpartum



Pediater



Geen aandacht psychisch welzijn moeder
Medische focus domineert
Gebrek kennis PMW en *infant mental health*

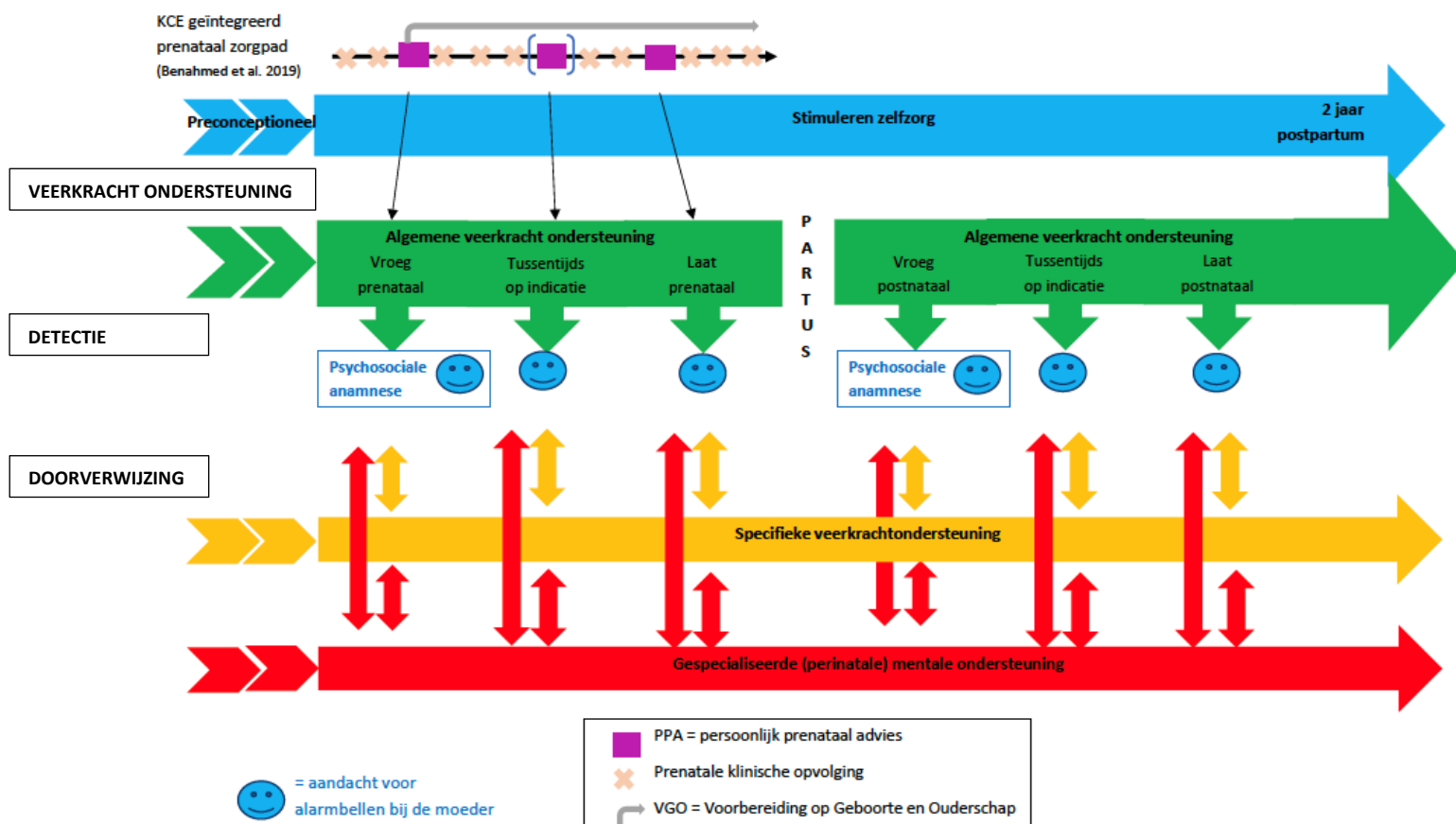
Vaak enige zorgverlener nog in beeld na 12 maanden postpartum
Aanspreekpunt voor moeders bij (lichamelijke) klachten baby of peuter



Figuur 6 Belemmerende (duim omlaag) en bevorderende (duim omhoog) kenmerken van de verschillende kernactoren in het bestaande perinatale zorgpad.

5 De 'slimme' matrix

De data uit de interviews en de focusgroepen met de moeders en zorgverleners hebben geleid tot de ontwikkeling van een 'slimme' matrix (deliverable 4) specifiek voor perinatale veerkrachtondersteuning. Gegevens uit deliverables 1 - 3 omtrent het zorgaanbod voor perinatale veerkrachtondersteuning werden hierin toegevoegd (Figuur 7). De kleuren van de pijlen geven het ondersteuningsniveau aan (*blauw* zelfzorg (voor iedereen), *groen* algemene veerkracht ondersteuning (voor iedereen), *oranje* specifieke veerkrachtondersteuning (op indicatie), *rood* gespecialiseerde veerkracht ondersteuning (op indicatie)), chronologisch voorgesteld doorheen het pre- en postnatale traject, met voorgestelde momenten in de opvolging voor systematische bevraging. Deze matrix kan geïntegreerd worden in bestaande perinatale zorgpaden.



Figuur 7 De 'slimme matrix', voorstel optimalisatie zorgpad: de kleuren van de pijlen geven het ondersteuningsniveau aan (blauw zelfzorg (voor iedereen), groen algemene veerkracht ondersteuning (voor iedereen), oranje specifieke veerkrachtondersteuning (op indicatie), rood gespecialiseerde veerkracht ondersteuning (op indicatie)), chronologisch voorgesteld doorheen het pre- en postnatale traject, met voorgestelde momenten in de opvolging voor systematische bevraging.

12 Concrete aanbevelingen

1. Systematische detectie van alarmbellen voor mentaal welbevinden en veerkracht ondersteuning dienen geïntegreerd te worden in bestaande perinatale zorgpaden. De consultaties voor persoonlijk prenataal advies (PPA) en sessies ter voorbereiding op geboorte en ouderschap (VGO) bieden hiervoor mogelijkheden (KCE) (1). Idealiter worden deze gecombineerd met de klinische opvolgingen. Aandacht voor empowerment van de vrouw, stimuleren van zelfmanagement en gedeelde besluitvorming zijn hierbij cruciaal. Voldoende tijd per consult dient te worden voorzien.
2. Maatschappelijke sensibilisering en bewustwording van een algemeen, specifiek en gespecialiseerd veerkracht verhogend aanbod in de regio dient gefaciliteerd te worden in samenwerking met betrokken actoren in zorg, welzijn en gemeenschapswerk.
3. Sociale steunnetwerken dienen uitgewerkt te worden tijdens de zwangerschap (idealiter pre-conceptioneel) en minstens tot 2 jaar na geboorte. Ervaringsdeskundigen spelen hierbij een belangrijke rol. Mogelijkheden van uitbreiding perinataal verlov dient geëxploreerd te worden.
4. Kennis van het perinataal ondersteuningsaanbod en van de betrokken actoren kan worden verhoogd via het organiseren van regionale en multidisciplinaire trefdagen.
5. Continuïteit van perinatale mentale en veerkracht verhogende zorgaanbod door een vertrouwd contactpersoon naar keuze dient gestimuleerd en gecoördineerd te worden vanaf het begin van de zwangerschap (idealiter preconceptioneel) en dit tot minstens 2 jaar na geboorte.
6. Het perinatale mentale en veerkracht verhogende zorgaanbod dient laagdrempelig en zo dicht mogelijk bij de zorgvrager georganiseerd te worden. Integratie van dit zorgaanbod in bestaande perinatale zorgpaden voorkomt destigmatisering én bevordert toegankelijkheid waardoor mentaal welbevinden en veerkracht ondersteuning eerder als 'normaal' kan worden beschouwd.
7. Gegevensdeling dient gefaciliteerd en geoptimaliseerd te worden binnen regionale multidisciplinaire teams. Eerstelijnszones, vroedvrouwen- en huisartsenkringen kunnen hiervoor een platform zijn.
8. Opleidingen voor toekomstige huisartsen, vroedvrouwen, gynaecologen, pediaters, medewerkers Kind & Gezin, en kraam- en thuisverzorgenden dienen recente inzichten omtrent mentaal welbevinden en meer specifiek omtrent veerkrachtverhoging perinataal te integreren in hun curriculum.
9. Navorming voor afgestudeerde huisartsen, vroedvrouwen, gynaecologen, pediaters, medewerkers Kind & Gezin, en kraam- en thuisverzorgenden omtrent mentaal welbevinden en meer specifiek omtrent veerkrachtverhoging perinataal dient geïntegreerd te worden in een kwaliteitswet en/of in erkenningen via permanente opleiding (portfolio).
10. Systematische organisatie van een regionaal multidisciplinair casusoverleg met financiële vergoeding bevordert de uitbouw van regionale netwerken voor ondersteuning bij mentaal welbevinden en veerkrachtverhoging tijdens de periode van zwangerschap tot minstens 2 jaar na geboorte.
11. Wetenschappelijk onderzoek omtrent optimale detectie en doorverwijsalgoritmes met impact op korte en lange termijn uitkomsten bij moeder en kind, effectiviteit en kostenefficiëntie van veerkrachtondersteuning dient dringend opgezet te worden.
12. Randvoorwaarden voor de optimalisatie van een Vlaams perinataal mentaal zorgpad (2):
 - het inschakelen van een regionale procesfacilitator voor de implementatie en de naleving van het perinatale mentale zorgpad. Deze persoon staat in rechtstreekse verbinding met het Vlaams Expertise Netwerk Perinatale Mentale Gezondheid.
 - een continu kwaliteitsassessment van alle betrokken zorgactoren binnen het perinatale mentale zorgpad.
 - een aangepast financieringsmodel voor de opvolging van een zwangerschap en de periode tot minstens 2 jaar na geboorte.

Bronnen

1. Benahmed N, Lefèvre M, Christiaens W, Devos C, Stordeur S. Towards integrated antenatal care for low-risk pregnancy. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 326. D/2019/10.273/78
2. Kendig S, Keats JP, Hoffman MC, Kay LB, Miller ES, Simas TAM, Frieder A, Hackley B, Indman P, Raines C, Semenuk K, Wisner KL, Lemieux LA. Consensus Bundle on Maternal Mental Health: Perinatal Depression and Anxiety. *J Midwifery Womens Health*. 2017 Mar;62(2):232-239.

Factsheet deliverable 5: Onderzoeksprogramma

In deze factsheet stellen we het onderzoeksprogramma ‘Veerkracht tijdens de eerste 1000 dagen van het leven¹’ voor (deliverable 5). Dit is het resultaat van een systematische weergave van hiaten uit de voorgaande deliverables en de daaruit voortkomende onderzoeksvragen. Structurering vond plaats met behulp van het RE-AIM model. Voor een uitgebreide beschrijving van RE-AIM en het onderzoeksprogramma, verwijzen we graag naar het eindrapport. In deze factsheet worden zo beknopt mogelijk de hoofdpunten weergegeven.

Onderzoekslijn 1: sensibilisering en bewustwording van de maatschappij en van gezondheids- en welzijnswerkers

Hoe kan sensibilisering van de maatschappij, én van gezondheids- en welzijnswerkers ten aanzien van veerkracht en het perinataal mentaal welbevinden, bijdragen aan het belang van optimale veerkracht bij transitie naar ouderschap?

- **Disseminatie** van een uniform gedragen definitie van veerkracht (Van Haeken et al., 2020) en psychosociale kwetsbaarheid door de brede Vlaamse context
- Maatschappelijke sensibiliseringscampagne uitwerken
- Ontwikkelen en **implementeren** van een verdiepende opleiding voor gezondheids- en welzijnswerkers ten behoeve van sensibilisering van veerkracht en het perinataal mentaal welbevinden (minimale inhoud: sensitieve communicatie, transitie naar ouderschap, realistische voorbereiding geboorte en ouderschap, en normalisatie-destigmatisering)
- **Effectiviteit** meten op uitkomsten van perinataal mentaal welbevinden o.a. door patient reported experiences measures (PREMs) en patient reported outcome measures (PROMs) ontwikkeld in onderzoekslijn 2 (Desomer et al., 2018)
- Integratie opleiding en expertise rond veerkracht en perinataal mentaal welbevinden voor gezondheids- en welzijnswerkers in een kwaliteitswet en/of portfolio.

Onderzoekslijn 2: optimalisatie van het perinatale mentale zorgpad

Op welke manier kan het perinatale (mentale) zorgpad, voorgesteld in deliverable 4, optimaal worden geïmplementeerd in Vlaanderen, met aandacht voor aanpassingen bij de transitie naar het ouderschap, normalisatie van tijdelijke veranderingen in perinataal mentaal welbevinden, multidisciplinaire samenwerking, de continuïteit van zorg, de toegankelijkheid, de laagdrempeligheid, en de integratie ervan in leefstijlbegeleidingsprogramma's voor jonge en toekomstige ouders?

- **Predictoren** bepalen van veerkrachtvermindering en mentaal onwelbevinden in de perinatale periode (tot 2 jaar) die invloed hebben op korte en lange termijn uitkomsten van hele gezin
- Ontwikkelen van PROMs en PREMs voor het perinatale mentale zorgpad (deliverable 4)
- Toolbox ontwikkelen van instrumenten ten behoeve van veerkrachtondersteuning, risicoclassificatie, detectie en doorverwijzing (voor integratie in perinataal mentaal zorgpad)
- **Effectiviteit** meten van geïntegreerd perinatale mentale zorgpad, inclusief toolbox, op uitkomsten van perinataal mentaal welbevinden (o.a. door PREMs en PROMs)
- Meten van de **effectiviteit** van regionaal multidisciplinair casuoverleg en verdiepende opleiding op de samenwerking en continuïteit van zorg binnen het perinatale mentale zorgpad
- **Implementatie** onderzoek naar een perinataal mentaal zorgpad in bestaande pre- en postpartale zorgpaden én leefstijlbegeleidingsprogramma voor toekomstige en jonge gezinnen in Vlaanderen

¹ In deze factsheet wordt voor het leesgemak ‘perinataal’ gebruikt, waarmee de periode vanaf de zwangerschap tot 2 jaar erna wordt bedoeld.

Onderzoekslijn 3: kosteneffectiviteit

Wat is de kosteneffectiviteit van een aanbod gericht op het ondersteunen en verhogen van de veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap, op de korte en lange termijn uitkomsten bij toekomstige en jonge gezinnen?

- Systematisch registreren van relevante data met betrekking tot veerkracht, perinataal mentaal welbevinden en de gezondheidseffecten van de interventies op korte en lange termijn bij toekomstige en jonge gezinnen
- Systematisch registreren en evalueren van co-morbiditeiten bij onvoldoende veerkracht en perinataal mentaal onwelbevinden bij toekomstige en jonge gezinnen
- **Kwantificeren** van korte en lange termijn gevolgen voor een economische evaluatie (QALY-waarden)
- **Kosteneffectiviteitsstudie** opzetten: vergelijking van kosten bij het behandelen van psychische problemen in de periode (voor?) tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap versus de kosten van een preventief aanbod gericht op het ondersteunen en verhogen van de veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap
- **Disseminatie** en **implementatie** van de resultaten van de kosteneffectiviteitsstudie in de Vlaamse context

Onderzoekslijn 4: datamanagement

Welke voorwaarden en modaliteiten dienen te worden gerealiseerd om systematische dataregistratie en -management in te zetten in de Vlaamse context zodat ook de effectiviteit en kwaliteit van een onderzoeksprogramma 'veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap' kan worden aangetoond?

- Voorwaarden en modaliteiten ontwikkelen voor een systematische registratie van gegevens over veerkracht en perinataal mentaal (on)welbevinden tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap
- **Haalbaarheid en effectiviteit** nagaan van:
 - systematisch registreren van gegevens rond veerkracht en perinataal mentaal (on)welbevinden in medische dossiers,
 - delen van deze gegevens tussen relevante stakeholders in het perinatale (mentale) zorgpad,
 - koppelen van relevante bestaande Vlaamse en/of Federale databanken voor data-analyse.
- **Faciliteren en verzekeren van koppeling** van bestaande Vlaamse/Federale databanken voor aantonen effectiviteit onderzoekslijnen 1 tot en met 3

De stappen 'adoption' en 'maintenance' van het RE-AIM model zijn in deze factsheet niet afzonderlijk per onderzoekslijn opgenomen omdat deze vergelijkbaar zijn voor de 4 onderzoekslijnen. Met '**adoption**' wordt bedoeld het *vergroten van het draagvlak voor elke onderzoekslijn bij alle stakeholders in het perinatale (mentale) zorgpad*. Met '**maintenance**' wordt bedoeld dat *binnen elke onderzoekslijn een continue evaluatie van de effectiviteit dient te gebeuren waardoor zo nodig bijgestuurd kan worden*. Het evalueren van de effectiviteit van onderzoekslijnen 1 tot en met 3 gebeurt integraal via onderzoekslijn 4: datamanagement.

Referenties

1. Desomer A, Van den Heede K, Triemstra M, Paget J, De Boer D, Kohn L, Cleemput I. Use of patient-reported outcome and experience measures in patient care and policy. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2018. KCE Reports 303. D/2018/10.273/40
2. Van Haeken S, Braeken MAK, Nuyts T, Franck E, Timmermans O, Bogaerts A. Perinatal Resilience for the First 1,000 Days of Life. Concept Analysis and Delphi Survey. *Front Psychol*. 2020 Nov 3; 11:563432. doi: 10.3389/fpsyg.2020.563432. PMID: 33224056; PMCID: PMC7670043.