

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 onderzoeklijnen: 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.