



Kopzorgen in de perinatale periode, de zorg van de vroedvrouw

**| Bachelorproef aangeboden tot het verkrijgen van het
diploma bachelor Vroedkunde |**

Ellen Verhasselt

Interne promotor: Vanessa Verlinden

Externe promotor: An-Sofie Van Parys

Departement Gezondheidszorg

Academiejaar 2017-2018

Voorwoord

Ik had het geluk op te groeien in een warm nest binnen een sociaal geëngageerde familie. Een studie in een menswetenschappelijke richting lag voor de hand. Ik koos voor orthopedagogie en deed nadien werkervaring op als vormingsmedewerker en trajectbegeleider bij maatschappelijk kwetsbare doelgroepen.

De geboorte van mijn kinderen heeft iets essentieels veranderd in mijn leven en heeft mij aangezet om vroedkunde te gaan studeren. Naast mijn opleiding werk ik tot op heden op de PAAZ-afdeling van AZ Nikolaas. Door mijn groeiende interesse in de perinatale mentale gezondheid zie ik hier meer en meer hoe het proces naar ouderschap, de geboorte van een kind en de dagelijkse zoektocht naar een evenwicht, kunnen leiden tot ernstige psychische problemen of bestaande problemen kunnen verergeren. Ik ben ervan overtuigd dat een degelijke ondersteuning met een grote aandacht voor het psychisch welzijn doorheen het proces naar ouderschap, écht het verschil kan maken.

Het is dan ook alleen maar toe te juichen dat vroedvrouwen steeds meer worden aangezet om een duidelijke rol op te nemen in de psychische zorg voor hun patiënt. Zij die instaan voor de begeleiding bij een scharniermoment in een mensleven, horen mijn inziens een warme zorg te bieden met een flinke dosis empathie en onvoorwaardelijk respect. Tijdens mijn stages zag ik dat dit –om uiteenlopende redenen- niet altijd het geval was. Het heeft me aangezet tot de keuze van het thema van mijn bachelorproef. Ik hoop met dit werk meer inzicht te bekomen in wat de vroedvrouw belemmert in haar rol tot het bieden van kwaliteitsvolle psychosociale ondersteuning en een aanzet te geven om deze te optimaliseren.

Een woordje van dank

Vooreerst wil ik mijn promotoren bedanken voor de begeleiding van dit proces: mijn interne promotor, Vanessa Verlinden, voor de duidelijke sturing en aanmoedigende feedback en mijn externe promotor, An-Sofie Van Parys. Ik vond het een eer om door jou begeleid te worden en beroep te kunnen doen op jouw ruime expertise.

Dank aan mijn man Tom, om al die jaren achter mij te blijven staan en me te helpen in het verwezenlijken van al mijn grote plannen.

Nette, Wies en Josse, zonder jullie lag dit werk niet op tafel. Sorry voor de tijd dat jullie me hebben moeten missen, maar zoals jullie kunnen zien, 'waar een wil is, is een weg'. Als ik jullie deze les hebben kunnen meegeven, is het zeker en vast al zinvol geweest.

Ik bedank ook graag mijn vrienden en familie, voor de steun, de opvang van de kinderen en het nalezen van mijn werk en mijn collega's voor hun flexibiliteit en voor de inspirerende gesprekken.

Inhoudsopgave

Voorwoord

Een woordje van dank

Inhoudsopgave

Abstract

1	Inleiding	1
1.1	Probleemstelling.....	1
1.2	Vraagstelling	2
1.3	Methode.....	3
2	De taak van de vroedvrouw	5
2.1	Perinatale periode als sleutelperiode	6
2.2	Effecten van maternale stress op het ongeboren kind	7
3	Evoluties binnen de perinatale zorg.....	9
	Perinatal Mental Health in Vlaanderen.....	10
4	Barrières inzake Perinatal Mental Health	13
4.1	Barrières inzake detectie.....	13
4.2	Barrières inzake begeleiding	16
4.3	Barrières inzake doorverwijzing	17
5	Sterktes en kansen binnen Perinatal Mental Health.....	19
5.1	De attitude van de vroedvrouw	19
5.2	Uitbreiden en optimaliseren van vaardigheden en competenties	20
5.3	Kennis inzake Perinatal Mental Health verhogen	22
5.4	Een duidelijk zorgpad	24
5.5	Netwerk perinatale geestelijke gezondheid.....	25
6	Discussie	28
7	Besluit en aanbevelingen voor de praktijk	30
8	Literatuurlijst	32

Abstract

Kopzorg in het peripartum, de zorg van de vroedvrouw

De rol van de vroedvrouw op vlak van perinatale geestelijke gezondheidszorg

Student: Ellen Verhasselt

Interne promotor: Vanessa Verlinden

Externe promotor: An-Sofie Van Parys

Introductie – probleemstelling – vraagstelling: De perinatale periode is een bewogen periode in een mensenleven. De psychische, sociale en lichamelijke veranderingen die de zwangere doormaakt, zijn van invloed op haar welbevinden. In de transitie naar het ouderschap wordt de flexibiliteit van het ouderpaar of individu op de proef gesteld. We zien een toename van psychische problemen tijdens de zwangerschap of in het eerste jaar na de geboorte. Volgens de internationale richtlijnen is de mentale zorg net zo belangrijk als de medische zorg die de vroedvrouw biedt. Het detecteren van en ondersteuning bij psychosociale problemen, wordt idealiter ingebed in de standaardzorg. De vroedvrouw dient indien nodig, gepast door te verwijzen naar een gespecialiseerde setting. In de praktijk echter zien we dat dit aspect van de perinatale zorg die de vroedvrouw biedt, niet evident is. Bepaalde barrières staan dit aspect van de zorg in de weg. In deze bachelorproef worden deze barrières in kaart gebracht en onderzocht hoe deze kunnen worden aangepakt teneinde het psychisch welzijn van het kraamgezin te optimaliseren.

Methode: Er werd een literatuurstudie uitgevoerd in één databank, namelijk EhBIB Search die 56 databanken omvat. Er werden 598 artikels gevonden. De toepassing van limieten in tijd en taal en vervolgens het screenen van de abstracts, leverde 308 artikels op. Hiervan werden uiteindelijk 25 artikels geïntegreerd in deze literatuurstudie. Deze vormen samen met nationale en internationale richtlijnen de basis voor dit werk.

Resultaten: In de detectie van psychosociale problemen blijken tijdsgebrek, onvoldoende kennis en vaardigheden, negatieve houding t.a.v. screening, het ontbreken van een duidelijk zorgpad (wat na een positieve screening?) en onvoldoende ondersteuning en supervisie vanuit het ziekenhuis parten te spelen. Op vlak van ondersteuning ontbreekt het de vroedvrouw aan kennis en vaardigheden om gepast zorg te bieden. Ook het gebrek aan tijd vormt een barrière. De barrières op vlak van doorverwijzing situeren zich vooral op het niveau van organisatie. Het gaat om onvoldoende beschikbare plaatsen in gespecialiseerde zorgcentra, onvoldoende zicht op een netwerk en de te gefragmenteerde zorgstructuur. In het hele proces is de attitude van de vroedvrouw bepalend voor de zorg die ze biedt.

Besluit: Vroedvrouwen erkennen doorgaans hun rol op vlak van Perinatal Mental Health (PMH) maar ze ervaren belemmeringen om dit in de praktijk om te zetten. Er is nood aan uitbreiding van kennis en vaardigheden van de vroedvrouw. PMH dient een voornamelijk plaats te krijgen in het curriculum van de vroedvrouw in opleiding. Naast de basisopleiding vroedkunde is er – gezien het sterk evoluerende karakter van deze thematiek – eveneens nood aan bijscholing en is regelmatige opfrissing aangewezen. Zowel het theoretische als het praktische luik moeten hierin belicht worden. In het werkveld zijn er rolmodellen nodig die de focus op PMH houden. Om gepast psychosociale zorg te kunnen verlenen, moet men zicht hebben op mogelijkheden naar doorverwijzing toe. Screening en psychosociaal assessment bewees zijn nut maar blijkt enkel zinvol wanneer er een duidelijk zorgpad beschikbaar is. Met de uitwerking van een regionaal netwerk perinatale mentale gezondheid worden samenwerkingsstructuren opgezet wat zorg- en hulpverleners zicht geeft op elkaars aanbod.

1 Inleiding

1.1 Probleemstelling

De *World Health Organization* (WHO) erkent perinatale geestelijke gezondheid als een uiterst belangrijke zaak binnen de publieke gezondheid. Eén op de tien vrouwen wereldwijd heeft tijdens haar zwangerschap of in het jaar volgend op de geboorte, een ernstig psychisch probleem zoals angst- en stemmingsstoornissen of post partum psychose (WHO, 2016)

Een zwangerschap, een bevalling en het prille ouderschap is een bijzondere periode in een mensenleven. Het heeft een impact op fysiek, mentaal, relationeel en sociaal vlak. In deze levensfase heeft de vrouw meer kans om psychische problemen te ontwikkelen. Volgens internationale cijfers zou 10 tot 25% van de vrouwen een depressieve stemming ervaren en 25 tot 45% met angstklachten kampen (Noonan et al., 2016).

Een studie in het Verenigd Koninkrijk toonde aan dat voor een kwart van de vrouwen die overlijden 6 weken tot een jaar na de bevalling, een mentaal probleem aan de basis ligt. Lavender (2016) meldt dat de incidentie van moedersterfte in Australië gerelateerd aan psychosociale problemen over de laatste 12 jaar gelijk is aan overlijden ten gevolge van hemorrhagie. Voor België is er tot op heden echter geen cijfermateriaal bekend.

Met de geboorte van een kind breekt een nieuwe levensfase aan voor beide ouders. Ook voor een volgend kind is aanpassing en verandering nodig in leven en gedrag. Dit gefaseerd proces, in de literatuur beschreven als 'transition to parenthood', verloopt voor mannen en vrouwen overigens niet gelijk (KNOV, 2008). Eerder bestaande psychische problemen kunnen in deze fase meer tot uiting komen. Bovendien blijkt men binnen deze periode vatbaarder te zijn om psychische problemen te ontwikkelen. De negatieve stemming die hiermee gepaard gaat, staat in schril contrast met verwachtingen van de buitenwereld die de geboorte doorgaans ziet als een heuglijk moment waar blijdschap troef is.

De cijfers liegen er niet om. De perinatale gezondheid verdient de nodige aandacht. In Vlaanderen zijn er jaarlijks zo'n 65000 bevallingen. Als de prevalentie van postnatale depressie (voortaan PND) op 15% ligt, wil dat zeggen dat zowat 10000 vrouwen in Vlaanderen zullen lijden aan een postnatale depressie. Indien deze onbehandeld blijft, kan bij vier op de tien vrouwen de postnatale depressie aanslepen en evolueren naar een chronisch beeld (Vliegen et al., 2014).

De mentale gezondheid van een ouderpaar (ongeacht de samenstelling) is bepalend voor het contact met hun kind en bijgevolg ook voor zijn/haar ontwikkeling. Voor vroedvrouwen is er dus een belangrijke taak weggelegd, enerzijds in de preventie en anderzijds in de detectie van en het ondersteunen bij psychische moeilijkheden. Dennis en Creedy (2004) stelden vast dat het risico op een post-partumdepressie bij moeders werd gereduceerd nadat ze intensieve steun kregen van een vroedvrouw na de bevalling.

In de praktijk echter zien we dat die ondersteuning niet evident is voor vroedvrouwen. In de verloskundige context lijkt de psychische gezondheid van ondergeschikt belang t.o.v. de fysieke gezondheid. Allerhande barrières staan een kwalitatieve zorg voor het psychisch welzijn in de weg.

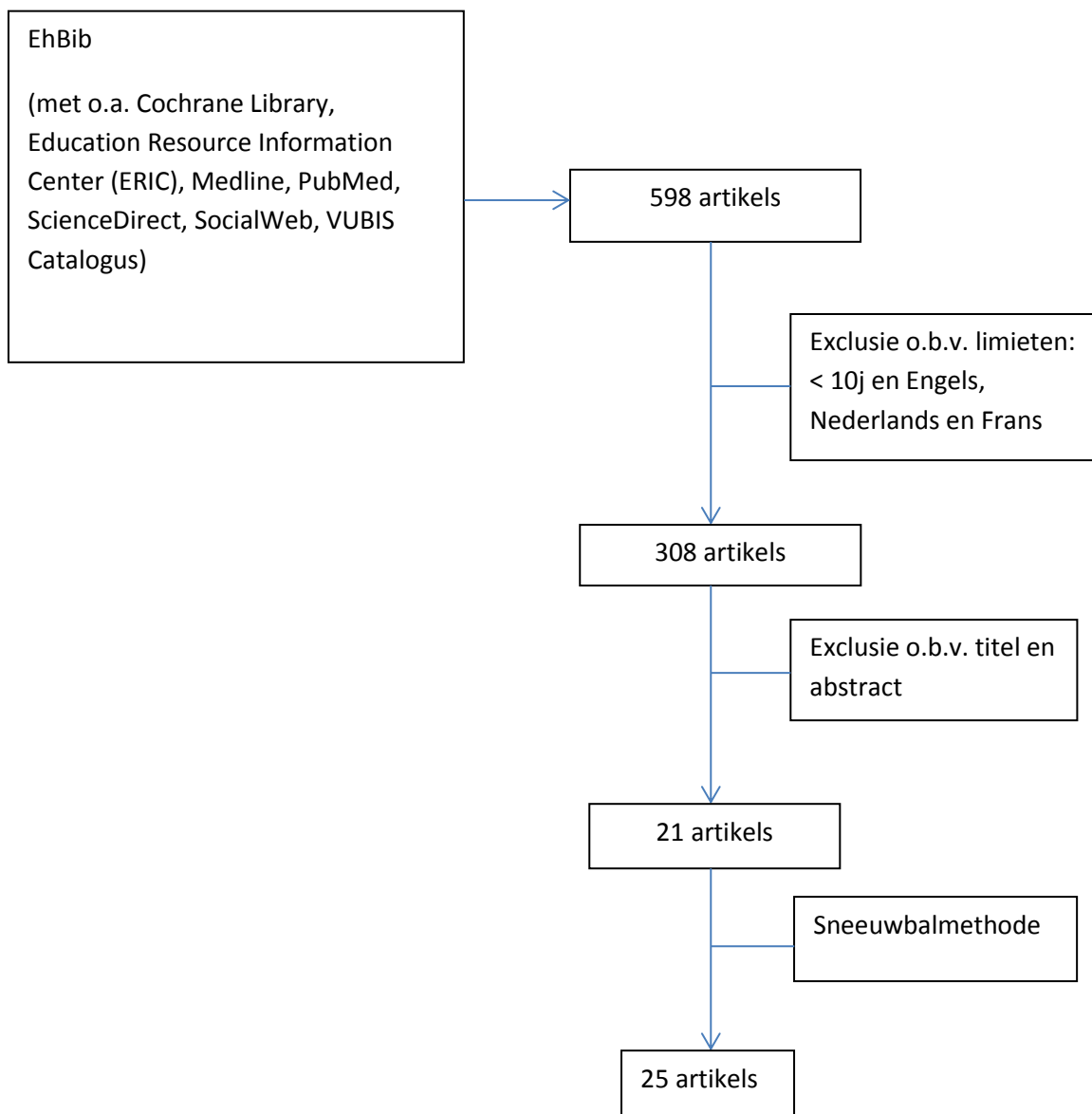
1.2 Vraagstelling

Vanuit de probleemstelling wordt er in dit werk een antwoord gezocht op de volgende onderzoeksvragen:

Op welke barrières stoot de vroedvrouw in het bieden van kwaliteitsvolle zorg voor de mentale gezondheid? Wat is er nodig om haar rol inzake detectie van en begeleiding en doorverwijzing bij psychosociale problemen op te nemen?

1.3 Methode

Er werd een literatuurstudie uitgevoerd binnen EhBIB Search die 56 databanken omvat. Met volgende zoektermen werd gezocht in de tekst als geselecteerd veld: wellbeing/well being – psychosocial problems - prenatal care – perinatal care – antenatal care - postnatal care - psychosocial problems – psychological problems – psychological changes– psychiatric disorder – mental health – maternal mental health – paternal mental health - perinatal mental health – integrated care – midwifery – midwives – midwife. Dit leverde 598 artikels op. Het invoeren van de limieten in tijd (maximum tien jaar oud) en taal (Engels, Nederlands en Frans) resulteerde in 308 artikels. Deze artikels werden gescreend op titel en abstract. Zo werden 21 artikels geselecteerd. Via de sneeuwbalmethode werden nog 4 artikels toegevoegd en aldus werden 25 artikels weerhouden.



Naast deze wetenschappelijke literatuur vormden de richtlijnen van de volgende organisaties een waardevolle bijdrage:

- RCM: Royal College of Midwives. Is een onafhankelijke organisatie in het Verenigd Koninkrijk die ondersteuning biedt aan vroedvrouwen en het ganse team van verloskundigen door middel van advies en ondersteuning i.v.m. het werkveld, opleidingen, conferenties, enz. Het is anderzijds ook een commercieel bedrijf en het sponsort en werkt projecten uit ter ondersteuning van individuele vroedvrouwen en organisaties wereldwijd.
- ICM: International Confederation of Midwives. Dit is de internationale vereniging van organisaties van verloskundigen. De ICM is een erkende niet-gouvernementele organisatie en werkt nauw samen met de WHO, UNFPA, UNICEF en andere organisaties. De ICM vertegenwoordigt verloskundigen via de landelijke beroepsverenigingen.
- NICE: National Institute for Health and Care Excellence. Deze Britse onafhankelijke organisatie ontwikkelt nationale richtlijnen en geeft advies om de sociale en medische zorg te optimaliseren.
- ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists, Amerikaanse beroepsvereniging van verloskundigen en gynaecologen. Het is een non-profitorganisatie met nagenoeg 60 000 leden die als expertisecentrum fungeert en zich vooral toelegt op opleiding en informatie voor haar leden.
- KCE: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg verricht wetenschappelijk onderzoek en adviseert de Vlaamse beleidsmakers bij het nemen van beslissingen in het domein van de gezondheidszorg en de ziekteverzekering. Het KCE is niet betrokken bij de besluitvorming zelf, en evenmin bij de uitvoering ervan, maar het heeft de opdracht om de weg te wijzen naar de best mogelijke oplossingen.

Voor het Hoofdstuk 'Barrières inzake PMH' werd bijna uitsluitend kwantitatief onderzoek gebruikt. In het Hoofdstuk 'sterktes en kansen binnen PMH' werden meerdere kwalitatieve studies gebruikt.

2 De taak van de vroedvrouw

Volgens de WHO is 'gezondheid' een status van zowel fysiek als mentaal en sociaal welzijn. Glover (2013) stelt dat binnen de verloskunde de psychische zorg het meest verwaarloosde aspect is. Meerdere prospectieve studies wezen echter uit dat, bij een moeder met depressieve of angstige stemming of bij het ervaren van stress tijdens de zwangerschap, er een toegenomen risico is voor haar kind op de ontwikkeling van cognitieve en emotionele problemen.

De vroedvrouw wordt verondersteld om naast de medische ook psychosociale zorg te bieden. In het Belgisch beroeps- en competentieprofiel worden de vaardigheden, inzichten en attitudecomponenten beschreven, waarover een vroedvrouw dient te beschikken na haar basisopleiding en gedurende haar hele beroepsuitoefening.

Rol 4: Bewaker van de psychosociale situatie

Competentie: Situeert de vrouw en haar omgeving in de familiale, sociale, maatschappelijke en culturele context en speelt hier gericht op in, rekening houdend met diversiteit en interculturele beleving. Herkent psychosociale crisissituaties en verwijst door naar de gepaste gezondheidszorgverlener(s).

- herkent en respecteert de psychosociale eigenheid van de vrouw, haar gezin en omgeving
- stimuleert ouder-kind hechting
- bewaakt en bevordert de psychosociale zorg voor het (on)geboren kind tot de leeftijd van één jaar
- herkent psychosociale crisissituaties, biedt gepaste zorg en opvolging, en verwijst correct door
- herkent en respecteert diversiteit en interculturele beleving

Op brede basis is men het erover eens dat professionele psychosociale steun in de perinatale zorg geïntegreerd moet worden in de standaardzorg van de vroedvrouw. NICE of Het *National Institute for Health and Care Excellence* (2018) geeft hierover duidelijke richtlijnen weer. Zo wordt aanbevolen om bij iedere patiënt systematisch na te gaan hoe het met de mentale gezondheid van de patiënt is gesteld en dit minstens in het begin van de zwangerschap en in het vroege postpartum. Daarnaast zou er voor iedere patiënt met een psychisch probleem in de voorgeschiedenis een geïntegreerd zorgplan moeten worden opgezet (aard van de behandeling, betrokken hulpverleners, planning,...). Tot slot adviseert NICE om een duidelijk netwerk uit te zetten binnen de perinatale geestelijke gezondheid zodat er snel en efficiënt de gepaste zorg kan geboden worden.

Het ICM bevestigt eveneens dat de psychosociale zorg een vanzelfsprekend deel van het takenpakket van de vroedvrouw en de organisatie is en deze zorg toegankelijk moet zijn voor iedere ouder.

2.1 Perinatale periode als sleutelperiode

De perinatale periode is een bijzondere periode op psychisch vlak. De kwetsbaarheid van deze levensfase biedt opening voor veranderingen en de ontwikkeling van nieuwe patronen. De nakende geboorte van een baby kan ouders motiveren om te werken aan psychische (en eventueel transgenerationale) problemen. De ontwikkeling van de baby en het gezin kan nog alle kanten uit, er zijn immers nog geen vastgeroeste patronen (Lenaerts, 2011).

Voor een kind wordt de periode van de zwangerschap en de eerste twee à drie levensjaren gezien als een uiterst belangrijke ontwikkelingsfase. Het is de periode vóór de ontwikkeling van het narratieve geheugen en voordat herinneringen in woorden kunnen worden uitgedrukt. Deze ervaringen zullen bepalend zijn voor elke toekomstige relatie die het kind aangaat en voor de balans tussen veerkracht en kwetsbaarheid. Tijdens deze jaren groeit vertrouwen in zichzelf en in de wereld. Het kind ervaart een groeiend plezier om zich te engageren in de relatie en is op weg naar een veilige gehechtheid met zijn zorgfiguur en dus naar een gezonde ontwikkeling (Lenaerts, 2017)

Bij jonge ouders die kampen met depressieve gevoelens zien we afvlakking in het contact, weinig 'joint attention' of gedeeld plezier en wederkerige responsiviteit. De zorg voor het kind is aanwezig maar beperkt zich tot 'handelen' zonder diepgaand contact. Ouders komen terecht in een negatieve spiraal van zich terugtrekken uit de relatie of aanklampend vasthouden zowel voor moeder als voor baby. Ze hebben moeite met het kunnen 'verdragen' van momenten van angst en onrust bij het kind. Er is een verhoogde stresstoestand van de moeder wat een verminderd 'reflecterend' vermogen geeft om zich in te leven in de baby en de signalen van de baby juist te interpreteren. De baby ervaart geen of te weinig houvast en ondersteuning en blijft vaak overgeleverd aan zijn soms overspoelende ervaringen. Bovendien ervaart de baby hierdoor onvoorspelbaarheid en dus onveiligheid (Lambregtse-van den Berg et al., 2015).

Tijdens de perinatale periode zien we dat mogelijke onverwerkte kwetsuren gaan herleven in de baby. In plaats van reflectie is er sprake van projectie, van de ouder naar baby toe. Hierdoor krijgt de baby geen erkenning voor zijn gevoel en ervaring en raakt ervan vervreemd.

In die zin dient de mentale gezondheid in de perinatale periode bijzondere aandacht te krijgen. Dit leidt ons naar de essentie van Infant Mental Health: de ouder-kind relatie die in de baarmoeder begint. De kwaliteit van deze relatie moet bevorderd worden om zo de ontwikkeling van het jonge kind te optimaliseren (Zeanah, 2009).

Uit onderzoek van Dennis (2003) blijkt dat vrouwen met een vooraf bestaande psychische problematiek op het moment van de kinderwens hun medicamenteuze behandeling vaak stopzetten uit vrees voor negatieve gevolgen voor hun ongeboren kind. Toch weten we dat voor bepaalde psychische en psychiatrische stoornissen het verderzetten van medicamenteuze behandeling tijdens de zwangerschap wenselijk is. De winst van de psychofarmaca moet afgewogen worden t.o.v. mogelijke kwalijke gevolgen. De dosis dient zo laag mogelijk te zijn. Opvolging door een gespecialiseerde arts is aangewezen (NICE, 2018). Het stopzetten van psychofarmaca impliceert doorgaans het terugkeren of vermeederen van symptomen.

Tijdens de zwangerschap ervaart de aanstaande moeder vaker slaapproblemen. Ook in het postpartum hebben ouders vaak te kampen met een slaapttekort. Anderzijds weten we dat een goede nachtrust van kapitaal belang is voor de mentale gezondheid. Onder invloed van wijzigingen in de hormoonhuishouding zien we meer gemoedsschommelingen en in de partnerrelatie moet er naar een nieuw evenwicht worden gezocht (KNOV, 2008).

Staehelin et al. (2013) omschrijft de eerste dagen na de geboorte en na ontslag uit het ziekenhuis als een 'proefperiode' waarin ouders – vaak zonder professionele omkadering - met hun pasgeborene thuis komen en geconfronteerd worden met de verantwoordelijkheid van de zorg voor hun kind, de borstvoeding en hun eigen fysiek herstel. De zorgverlener, en in het bijzonder de vroedvrouw die aan huis komt, krijgt hiermee een unieke gelegenheid om ouders te versterken en eventuele risicofactoren te detecteren. Tijdens de zwangerschapsopvolging wordt er idealiter een vertrouwensrelatie opgebouwd. Hierdoor zal advies en informatie vlotter aangenomen worden. De kraamvrouw voelt zich ondersteund en gerespecteerd en vanuit die vertrouwensrelatie zal ze sneller geneigd zijn om psychische moeilijkheden bespreekbaar te maken. Vanuit dit idee is de vroedvrouw de uitgelezen persoon om informatie te verstrekken en te counselen (vb. borstvoeding, huilgedrag van baby's,...). Wanneer de vroedvrouw aan huis gaat, krijgt ze ook toegang tot de sociale omgeving van het kraamgezin. Dit kan haar de kans geven om het sociaal netwerk in kaart te brengen en zo een inschatting te maken van steun uit de omgeving.

Mc Caul en Stokes (2011) stelden vast dat in de perinatale periode meer gebruik gemaakt wordt van de gezondheidszorg. Mensen met psychische problemen - die anders onopgemerkt bleven - komen dan in contact met de hulpverlening. De stap naar geestelijke gezondheidszorg is vaak een drempel. In die zin is de zwangerschapsopvolging een uitgelezen kans om ouders met een verhoogd risico op psychosociale problemen te identificeren.

2.2 Effecten van maternale stress op het ongeboren kind

Tijdens de zwangerschap kunnen stress en angst bij de vrouw lichamelijke stresssystemen activeren die op hun beurt een invloed kunnen hebben op de foetus in ontwikkeling. Het autonome zenuwstelsel functioneert op een onbewust niveau en reageert automatisch en snel op een stressvolle situatie, met bijvoorbeeld een verhoging van de hartslag, de ademhaling en de bloeddruk. De hypothalamus-hypofyse-bijnieras, kortweg HPA-as, is juist betrokken bij een minder snelle reactie op stress. Via hypothalamus, die corticotropin releasing factor (CRF) produceert, wordt de hypofyse aangezet tot de productie van adrenocorticotroop hormoon (ACTH), dat via bloedbaan aankomt bij de bijnierschors, die het stresshormoon cortisol afgeeft. Door stress of angst tijdens de zwangerschap kan de foetus worden blootgesteld aan langdurig verhoogde niveaus van cortisol, die bijgevolg ook de foetale circulatie bereiken (Lambregtse-van den Berg et al., 2015).

In de literatuur zijn er heel wat onderzoeken te vinden naar mogelijke gevolgen. Psychische problemen is een zeer ruim begrip en effecten kunnen op veel verschillende domeinen en in verschillende periodes vastgesteld worden. Om tot een globaal overzicht te komen van gevolgen voor het kind, werd er gezocht naar effecten van 'maternale stress' op de baby. Dit kan gaan van depressie en angst tot een sociale problematiek of huiselijk geweld.

Binnen de veelheid aan studies zien we een grote variëteit aan focus die wordt gelegd. Gaande van stress rond de conceptie met gevolgen in het onmiddellijke postpartum, tot stress laat in de zwangerschap met gevolgen voor het kind op lagere schoolleeftijd. Algemeen kan men stellen dat de mate van invloed en het soort gevolgen, afhangt van de zwangerschapstermijn waarop men aan stress wordt blootgesteld, alsook of deze acuut of chronisch van aard is.

De meeste studies zijn prospectief en bekeken de ontwikkeling van het kind. Hierbij werden volgende aspecten onderzocht: temperament, gedrags- of emotionele problemen, motorische en cognitieve ontwikkeling.

Baby's en peuters die tijdens de zwangerschap aan stress werden blootgesteld, vertonen meer regulatieproblemen (vb. moeilijk kunnen aanpassen aan nieuwe situaties), een sterk en langdurig verstoord dag-nachtritme en meer kans op excessief huilen. Glover (2013) stelde vast dat er meer aandachtsproblemen en een pittiger temperament op te merken is. Er zijn meer huilbaby's bij moeders die aan stress werden blootgesteld. Hierbij dient men wel de bedenking te maken dat de moeders die stress ervaren in de zwangerschap, ook na de bevalling een bepaalde houding kunnen aannemen ten aanzien van hun kind, wat leidt tot moeilijker gedrag bij hun baby. Hetzelfde geldt voor het verband van maternale stress en voedingsproblemen dat door Judd (2011) werd vastgesteld. Specifiek voor het ontwikkelen van ADHD en gedragsstoornissen in het algemeen zou het ervaren van stress tijdens de vroege zwangerschap, eerder dan het genetisch aspect doorslaggevend zijn (Glover, 2013).

Meerdere studies toonden aan dat maternale stress geassocieerd wordt met een lager geboortegewicht, preterme arbeid en lagere scores op ontwikkelingstesten. Op obstetrisch vlak zien we meer kunstverlossingen en sectio's. Er is een hogere frequentie van aangeboren afwijkingen doch enkel bij blootstelling aan acute stress en dit in de vroege zwangerschap (Lambregtse-van den Berg et al., 2015).

Glover (2013) nuanceert zijn bevindingen door te stellen dat er in de context van psychische problemen steeds een genetische factor meespeelt, waardoor het mogelijk niet specifiek de blootstelling aan stress tijdens de zwangerschap is, die invloed heeft op het ongeboren kind. Bovendien zien we binnen de populatie van vrouwen die stress ervaren tijdens de zwangerschap een verhoogd gebruik van alcohol en nicotine. Het is moeilijk te achterhalen in welke mate het middelengebruik, dan wel de blootstelling aan stress een lager geboortegewicht of de preterme arbeid veroorzaakt.

Opmerkelijk binnen deze context is het resultaat van het onderzoek van Monk (2003). Deze liet twee groepen vrouwen een complexe computertaak uitvoeren. De ene groep vrouwen omschreef zichzelf als 'angstig', de andere groep niet. In beide groepen was er een stijging van de hartslag bij de moeder maar enkel in de groep van 'angstige vrouwen' was er ook een opmerkelijke stijging van de hartslag van de baby. Men kan dus concluderen dat de invloed van stress afhangt, van hoe de zwangere zichzelf percipieert.

3 Evoluties binnen de perinatale zorg

KNOV stelde vast dat het prenataal controleschema sinds 1949 nauwelijks is veranderd. De verloskundige zorg daarentegen heeft de afgelopen decennia als gevolg van maatschappelijke en technologische ontwikkelingen, wél grote veranderingen doorgemaakt. Waar we vroeger meer als familie leefden zien we een evolutie naar het kerngezin. De meeste contacten beperkten zich vroeger tot 'het dorp' in tegenstelling tot de mogelijkheid tot wereldwijde contacten nu. Toch lijken we steeds verder te evolueren naar een individualistische maatschappij. Jonge gezinnen staan onder hoge druk en ervaren het leven als een ratrace. De meeste jonge gezinnen zijn tweeverdieners. Naast het 'ouder' zijn hebben ze nog een rol te vervullen op de arbeidsmarkt en hebben ze tal van randactiviteiten. Er heerst bovendien een hoge normenstandaard. Sociale media en de huidige beeldvorming rond het hedendaags gezin hebben hierin een grote invloed (Klaas Bauters, 2018)

Door het verhogen van de pensioenleeftijd kunnen jonge gezinnen minder beroep doen op de steun van hun ouders daar deze vaak zelf nog actief zijn op de arbeidsmarkt.

Binnen de patiëntenpopulatie in de perinatale begeleiding zien we de laatste decennia een stijging in leeftijd van beide ouders en een verandering in opleidingsniveau van de moeders. Daarnaast is het kennisniveau van de vroedvrouw uitgebreid en de visie op zorg geëvolueerd. Er is meer aandacht voor preventie en voorlichting. Technologie is niet meer weg te denken en er wordt meer rekening gehouden met de wensen en inbreng van de cliënt. Er is een overvloed aan (digitale) informatie en we zijn in de mogelijkheid om met iedereen in verbinding te staan en goedbedoelde adviezen uit te wisselen.

Hoewel we de laatste jaren een groeiende aandacht zien voor PMH zien we – in tegenstelling tot de fysieke zorg - weinig evolutie in de psychosociale zorg voor de jonge ouders. De toename van psychiatrische problemen en de diagnostiek ervan, alsook de kwalijke gevolgen voor moeder, kind en maatschappij, lijken echter heel wat in beweging te zetten.

De laatste jaren werd er redelijk wat onderzoek gedaan naar de effectiviteit van het routinematig screenen op angst en depressie, en van het psychosociaal assessment. De onderzoekers zijn overtuigd van de voordelen van universele perinatale screening op angst en depressie tijdens de zwangerschap. Dit resulteerde in het advies van de ACOG¹ in 2015 om elke zwangere minstens één keer te screenen op symptomen van depressie en angst. Concreet betekent dit dat bij aanvang van elke zwangerschapsopvolging, aan de vrouw een aantal vragen worden gesteld. Op deze manier zou men de noodzaak tot uitgebreidere screening met 50 à 60% reduceren (Milgrom en Gemmill, 2014).

Hiervoor wordt vaak de Whooley vragenlijst gebruikt:

- Voelde u zich de laatste maand weleens neerslachtig, hopeloos of depressief?
- Voelde u zich de laatste maand gehinderd door minder interesse en plezier in het dagelijkse leven?
- Wilt u hiervoor geholpen worden?

¹ ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists

Bij een positief antwoord kan men ervoor opteren om de vrouw verder te screenen aan de hand van de EDS² vragenlijst of kan men de vrouw doorverwijzen naar haar huisarts of een gespecialiseerde arts (NICE, 2018). Beide screeningsinstrumenten kunnen door de vroedvrouw afgenomen worden. Dit screeningsinstrument stelt geen diagnose maar geeft een indicatie of de klachten die de vrouw ervaart, kaderen binnen een psychische stoornis. Een positieve screening moet leiden naar het klinische assessment. Van hieruit wordt de verdere behandeling gepland en gecoördineerd.

Perinatal Mental Health in Vlaanderen

België volgt de internationale tendens van het verkorten van de ligduur na een ongecompliceerde bevalling. In 2016 kwam de maatregel van Minister De Block tot het terugschroeven van het aantal ligdagen in de kraamafdeling. Zeven ziekenhuizen werden geselecteerd als pilootproject 'bevallen met verkort ziekenhuisverblijf', met een looptijd van twee jaar. Uit meerdere onderzoeken wereldwijd met kortere ligdagen, blijkt dat een kortere ligduur geen negatieve invloed heeft op de tevredenheid van de moeders, noch op de gezondheid van moeder en kind. Goede ondersteuning na de bevalling blijkt echter wel een vereiste. Extra huisbezoeken door de vroedvrouw, kraamhulp, Kind en Gezin,... zijn aangewezen. De pilootprojecten beogen het optimaliseren van de pre- en postnatale zorg in Vlaanderen (De Block, 2016).

De nood aan een duidelijk kader betreffende kwalitatieve zorg drong zich op. Helsloot en Walraevens (2015) onderzochten wat kwaliteitsvolle postnatale zorg kenmerkt en konden dertig kwaliteitsindicatoren destilleren. Dit resulteerde in februari 2016 in een aanbeveling van VBOV³, nl. 'Goede praktijkvoering voor de postnatale zorg: Aanbevelingen voor vroedvrouwen'. Het richt zich vooral tot de vroedvrouw die werkzaam is in de eerstelijnszorg en vormt een evidence based leidraad voor het inhoudelijke werk van de vroedvrouw. Men beoogt hiermee het versterken van het zorgnetwerk en de multidisciplinaire samenwerking die noodzakelijk is om tot een goede moeder- en kindzorg te komen, dus ook op psychologisch vlak (VBOV, 2016).

In 2015 gaf de Vlaamse Overheid met de 'Resolutie betreffende de vroegtijdige detectie en behandeling van de postnatale depressie' erkenning aan de ernst van de problemen in het peripartum. Vanuit de twee Vlaamse Moeder- en babyunits, PC Karus en PC Bethanië werd het pilootproject 'perinatale geestelijke gezondheid opgezet'. Hiermee wil men kwaliteitsvolle psychische zorg realiseren vanaf de zwangerschap tot één jaar na de bevalling. Een eerste grote doelstelling was het ontwikkelen van een getrapte screenings- en assessmentprotocol voor de detectie van psychische problemen met het oog op een efficiënte toeleiding naar gepast zorg. De tweede doelstelling betrof de ontwikkeling van een regionaal zorgpad in samenwerking met alle belangrijke actoren uit eerste-, tweede- en derdelijn (huisartsen, Kind en Gezin, vroedvrouwen, kraamverzorgenden, gynaecologen, pediaters, infantteams,...). Deze werd vanuit de provincie Oost-Vlaanderen ontwikkeld en gecoördineerd. Vanuit de provincie Antwerpen werden de bestaande hulp- en zorginitiatieven in kaart gebracht en adviezen geformuleerd over hoe de samenwerking zou kunnen verbeteren.

² Edinburgh Depression Scale

³ Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen

Zeer recent werden de eindrapporten vanuit het pilootproject Perinatale geestelijke gezondheid van de twee pilootregio's gepubliceerd. Vanuit de Regio Oost-Vlaanderen kwam de 'Richtlijn als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad' tot stand en regio Antwerpen formuleerde adviezen in het opzetten van een regionaal netwerk mentale geestelijke gezondheid.

De 'Richtlijn als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad' (Van Damme et al., 2018) formuleert op basis van uitgebreid onderzoek adviezen inzake identificatie van risicofactoren, screenen van depressie en angst en het klinische assessment van deze klachten. De frequente opvolging van de vrouw binnen de perinatale periode is immers een uitgelezen kans om aandacht te hebben voor haar fysieke, sociale en mentale gezondheid, alsook die van haar gezin. Sociale en mentale problemen dienen hierin gedetecteerd en bespreekbaar gemaakt te worden. De richtlijn stelt dat het bevragen van risicofactoren d.m.v. psychosociaal assessment deel moet uitmaken van geïntegreerde zorg, teneinde een ruimer beeld te krijgen van de leefomstandigheden en sociale en culturele context van elke vrouw en haar gezin. De psychosociale assessmenttool omvat sociale risicofactoren, psychologische/psychiatrische risicofactoren en biologische risicofactoren. Bij het opsporen van sociale risicofactoren wordt gepeild naar de aanwezigheid van sociale ondersteuning, naar (recente) negatieve gebeurtenissen/trauma/ stress en naar geweld in de partnerrelatie. Onder psychologische/psychiatrische verstaan we: persoonlijkheidskenmerken, (familiaal) psychiatrische voorgeschiedenis, ongewenste zwangerschap. Voor de biologische factoren wordt er gepeild naar de genetische kwetsbaarheid en zwangerschapscomplicaties. Deze richtlijn stelt dat het psychosociaal assessment best gebeurt bij het eerste contact en ten laatste rond 16 weken zwangerschap. Het kan afgenomen worden door iedere betrokkene. Wanneer er meer dan twee risicofactoren aanwezig zijn of één hoog-risico factor (psychiatrische voorgeschiedenis, middelengebruik en partnergeweld) kan de vraag worden gesteld of er verdere hulp gewenst is. Op die manier kan gericht doorverwezen worden.

Naast het opsporen van risicofactoren adviseert deze richtlijn om systematisch te screenen naar angst en depressie. Voor het screenen naar depressie volgt men het advies van de NICE Guidelines (2017) om gebruik te maken van de Whooley-vragen. Bij een positief antwoord op één van de twee vragen, dient de EDS schriftelijk te worden afgenomen. Gezien antenatale depressie de grootste predictor is voor postnatale depressie, is het vanuit een preventieve gedachte zinvol om reeds in de antenatale periode te screenen. Daarom stelt men voor om dit rond het consult van 20 à 21 weken te integreren. Rond 6 weken postnataal dient deze herhaald te worden. Net zoals NICE raadt ook deze richtlijn, naast het screenen naar depressieve symptomen ook het screenen naar symptomen van angst aan. Naar analogie van de Whooley-vragen wordt volgende screening voorgesteld:

- Heeft u zich de afgelopen twee weken vaak zenuwachtig, ongemakkelijk of gespannen gevoeld?
- Bent u de afgelopen twee weken niet in staat geweest om te stoppen met piekeren of om controle te krijgen over het piekeren?

Men stelt voor om te screenen op dezelfde tijdstippen als bij depressie. Beide twee-trapsgewijze screenings kunnen door iedere betrokkene in de perinatale zorg worden afgenomen.

Screenen heeft maar zin als het deel uitmaakt van een geïntegreerde zorg. Een positieve score op een screeningsinstrument duidt op een verhoogde kans dat de huidige klachten kunnen verklaard

worden door een mentale stoornis. Een diagnose kan enkel gesteld worden door een klinisch diagnostisch assessment uitgevoerd door een arts of psycholoog.

De richtlijn includeert eveneens een inschatting van acuut suïciderisico. Openlijke dreigingen tot zelfdoding wijzen immers op een acuut risico op zeer korte termijn en vereisen bijgevolg onmiddellijke actie. Aangezien niet iedere suïcidale persoon op een directe manier deze dreiging uit, is het van belang om zo concreet mogelijk de gedachten en plannen te bevragen.

Bij wijze van samenvatting volgt een schematische weergave van het getrappt screeningsprotocol dat in het kader van deze richtlijn werd ontwikkeld.

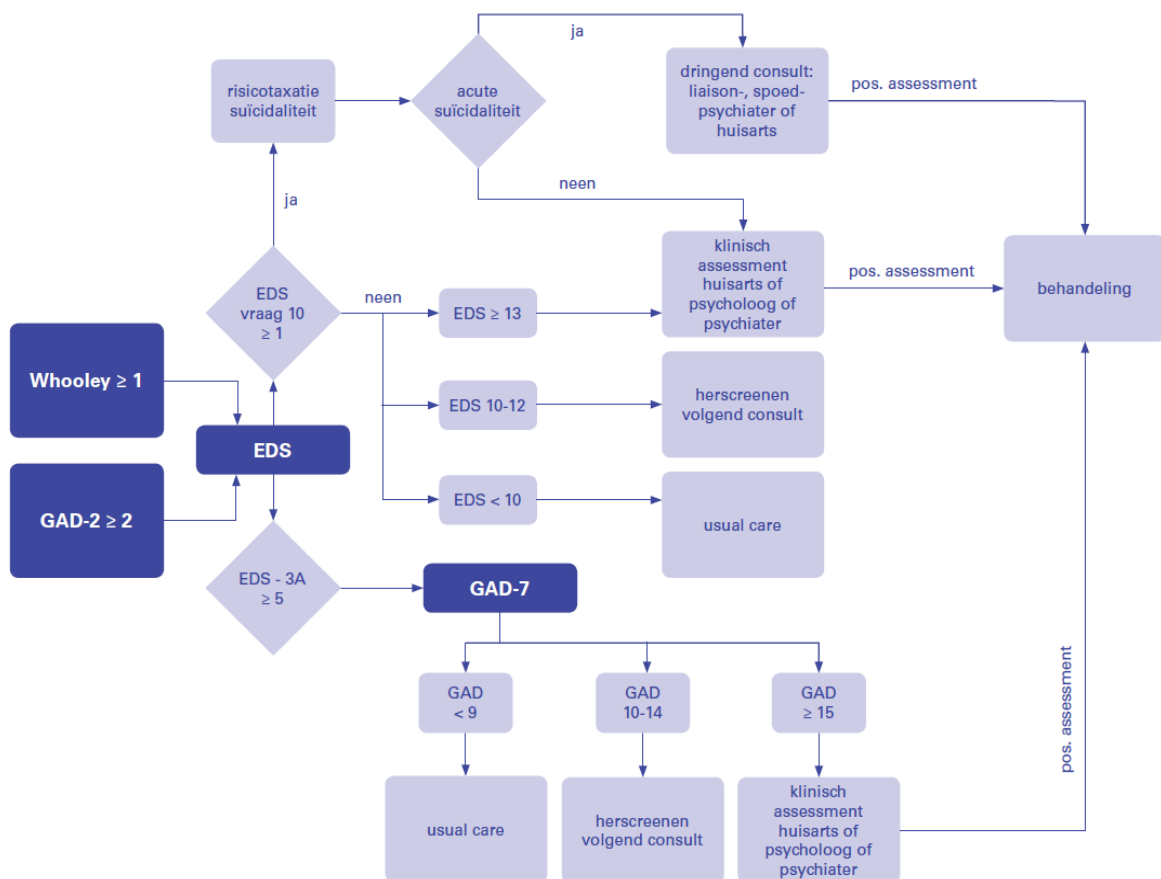


Fig. 1: Presentatie Rita Van Damme, conferentie Perinatale geestelijke gezondheid (2018)

Naast het screeningsprotocol omvat deze richtlijn eveneens aanbevelingen i.v.m. het coachen en begeleiden van de opstart van de screening, detectie en behandeling in alle ziekenhuizen.

Men beklemtoont dat er moet ingezet worden op het sensibiliseren en trainen van hulpverleners: het sensitief bevragen van risicofactoren, het bespreekbaar stellen van psychische klachten en motivationele technieken tot het opnemen van een behandeling. Dit kan zowel in ambulante vorm als in dag- en residentiële behandeling en outreachend.

Daarnaast worden vanuit het Pilotproject Antwerpen adviezen geformuleerd tot het opzetten van een regionaal Netwerk Perinatale Geestelijke Gezondheidszorg en de wijze waarop de zorgvrager naar de gepaste zorg kan geleid worden.

4 Barrières inzake Perinatal Mental Health

Het routinematig screenen heeft zijn nut bewezen. De internationale richtlijnen geven duidelijk aan dat deze screening moet ingebed worden in de standaard perinatale zorg en moet leiden naar gespecialiseerde zorg in geval van psychische problemen. Vroedvrouwen krijgen hiermee een belangrijke taak op psychosociaal vlak (Noonan et al., 2017). Het bewaken van het welzijn van de kraamvrouw en haar gezin is immers een evenwaardig deel van haar takenpakket. Wetenschappelijk onderzoek naar implementatie van PMH in de standaard verloskunde, bracht echter verschillende barrières aan het licht.

In dit hoofdstuk zal aan bod komen wat de vroedvrouw belemmert in de detectie van en begeleiding en doorverwijzing bij psychosociale problemen. We zien barrières op niveau van de vroedvrouw, op niveau van de zorginstelling waar ze werkzaam is, alsook op het niveau van het breder zorgbeleid. Bovendien kan de hulpverlener ook op een weerstand stoten vanuit de patiënt wanneer deze nog niet klaar is voor verdere hulp.

4.1 Barrières inzake detectie

Zowel NICE als de ACOG bevelen het routinematig screenen bij iedere zwangere aan. De eerste stap naar adequate zorg is om problemen op te sporen. Zoals hierboven beschreven, heeft grootschalig onderzoek voldoende evidentie opgeleverd om te stellen dat routinematig screenen tijdens de zwangerschap, effectief is wanneer de mentale stoornis ernstig is, hoog prevalent, ondergediagnosticeerd en behandelbaar is en wanneer er een aanvaardbare accurate screeningsprocedure beschikbaar is die leidt naar verdere zorg (Milgrom en Gemmill, 2014).

Er is een veelheid aan screeningsinstrumenten, elk met hun eigen beperkingen en troeven. De meeste instrumenten zijn specifiek gericht op het opsporen van één psychiatrische stoornis, bijvoorbeeld de EDS voor depressieve stoornis, GAD voor angststoornis en AUDIT voor een afhankelijkheidsproblematiek. Hoewel de richtlijnen adviseren dat iedere zwangere minstens eenmalig vroeg prenataal dient gescreend te worden, blijkt in de praktijk de subjectieve bevinding van de gezondheidswerker doorslaggevend in het wel of niet screenen van de patiënt. Bayrampour en Pavlovic (2017) stellen vervolgens dat screening slechts succes kan hebben wanneer de setting over een aangepast protocol beschikt waarin de screening in een breder zorgpad is ingebed. Hierin komt o.a. het soort instrument en het tijdstip van screenen aan bod.

Naast de screeningstools zijn er ook psychosociale assessmenttools die peilen naar risicofactoren. Ook hier zijn verschillende tools en manieren om deze in de praktijk te brengen. Rollans et al. (2013) onderzocht het gebruik van een gestructureerd sociaal assessment in vergelijking met het flexibele assessment. In de eerste vorm werden de vragen zonder meer afgelezen. In de tweede vorm was de vroedvrouw vrij om de volgorde en verwoording te kiezen. Dit laatste resulteerde in een wederzijds

gesprek waarin – indien nodig - het aanbod werd gedaan om verder in gesprek te gaan over het probleem of zorgen.

Het is duidelijk dat de manier waarop de tool wordt gebruikt, bepalend is voor de resultaten en dus de uiteindelijke geboden zorg. Vroedvrouwen dienen hoe dan ook over een grondige kennis van symptomen, risicofactoren en prevalentie te beschikken (Bayrampour en Pavlovic, 2017). Ze ervaren moeilijkheden om een onderscheid te maken tussen gangbare zwangerschapssymptomen en psychosomatische klachten. Slaapproblemen en ‘moodswings’ worden soms ten onrechte als ‘normale’ zwangerschapskwalen aanzien wat tot onderdetectie leidt van psychische problemen in de zwangerschap. Daarnaast zal de zwangere om dezelfde reden niet geneigd zijn om deze problemen te bespreken, wat op die manier ook een barrière in de detectie vormt.

Het consequent gebruik van een screeningstool door de vroedvrouw hangt af van de mate waarin ze haar bekwaam voelt deze uit te voeren. Williams (2016) deed onderzoek naar de toepassing van screeningsinstrumenten en vond volgende verklaringen waarom de vroedvrouw de screening niet uitvoerde: jonge leeftijd van de patiënt, taalprobleem en subjectief toeschrijven van klachten aan de zwangerschap. Ook bij aanwezigheid van een partner of een student tijdens de consultatie zou de vroedvrouw een barrière voelen om een screening uit te voeren. Het spreekt voor zich dat deze subjectieve selectie resulteert in onderdetectie. Anderzijds is de hoeveelheid aan werkervaring positief geassocieerd met de intentie om te screenen, m.a.w. hoe meer werkervaring men heeft, hoe meer men geneigd is om te screenen.

In Australië, bepaalde delen van de Verenigde Staten en in het Verenigde Koninkrijk is het routinematig screenen al ingebed in de standaard verloskundige zorg. Elders is de vroedvrouw aangewezen op haar professionele sensitiviteit en haar klinische opmerkzaamheid. Uit onderzoek van Noonan (2016) blijkt dat vroedvrouwen in dat geval voor het opsporen van psychosociale problemen kijken naar bepaalde gedragingen en interpersoonlijke communicatiesignalen: extreem/obsessief gedrag t.a.v. zichzelf, hun baby of de woonst, uitgesproken weerstand t.o.v. de vroedvrouw en de uitermate stille kraamvrouw. Vroedvrouwen rapporteren in grote mate moeilijkheden om hun zorgen met betrekking tot hun patiënt uit te spreken omdat het vaak over ‘intuïtie’ gaat.

In dit onderzoek komt ook aan bod hoe vroedvrouwen kijken naar PMH. Hierin zien we dat, van de 155 bevroegde vroedvrouwen 89% zich bekwaam voelt om medisch-obstetrische problemen op te sporen, daarentegen voelt slechts 21% zich voldoende bekwaam als het gaat over het opsporen van stress, angst en depressie. In de bevraging rond het prenataal screenen van de vrouwen, worden verschillende weerstanden gemeld. Vroedvrouwen zijn bang om moeders hiermee stress te bezorgen, hun vertrouwensrelatie te beschadigen, om te stigmatiseren in geval van positieve screening en tenslotte om met het gebruik van de screeningstool een foutieve doorverwijzing tot stand te brengen. In settings waar continuïteit van de zorg nagestreefd wordt, (vb. dezelfde vroedvrouwen in het ziekenhuis als nadien in de thuiszorg) voelen deze vroedvrouwen zich meer in staat om te kunnen inspelen op de noden op mentaal vlak. Sommige vroedvrouwen argumenteren het niet polsen naar het welzijn van hun patiënt met het zichzelf niet in staat achten om er adequaat op te reageren.

De studie van Bayrampour en Pavlovic (2017) rapporteerde volgende weerstanden bij vroedvrouwen voor het uitvoeren van een screening: het niet acceptabel vinden of sceptisch staan tegenover een

screening en het in twijfel trekken van de effectiviteit ervan. Ook een desinteresse in PMH werd als een belangrijke weerstand t.a.v. screening gerapporteerd.

Deze meningen van de vroedvrouw staan in contrast met de studie van Kingston et al. (2014). Hij onderzocht in Canada de publieke opinie inzake routinematig screenen, zowel vroeg prenataal als in het postpartum en dit bij 1207 mannen en vrouwen tussen 18 en 34 jaar. Het resultaat gaf aan dat 63% van de bevroegden van oordeel was dat routinematig screenen op depressie nodig is tijdens de zwangerschap en 73% van de bevroegden vond dat er in het postpartum nood aan was. In de populatie van vrouwen met kinderen vond 79% prenataal screenen aangewezen en was 88,5% voor postnataal screenen. Ook de ontoereikende beschikbare plaatsen voor doorverwijzing weerhoudt de vroedvrouw om haar patiënt te screenen. Engeland heeft bijvoorbeeld 700 000 bevallingen per jaar en beschikt over 50 residentiële plaatsen in een Moeder en Babyeenheid. Vlaanderen heeft twee units die samen over 14 plaatsen beschikken. Daarnaast zijn er nog zes plaatsen voor dagbehandeling en acht plaatsen voor thuisbegeleiding.

Uit een studie van Bayrampour en Pavlovic (2017) bleek dat tijdsgebrek de grootste barrière voor vroedvrouwen was m.b.t. screening. Een extra consultatie wordt hiervoor als mogelijke oplossing geopperd. Meerdere studies wezen uit dat verder onderzoek naar de concrete uitvoering van de screenings- en assessmenttools, zoals plaats en wijze van afname, aangewezen is. In de literatuurstudie van Noonan (2016), waren er drie onderzoeken terug te vinden die ook aandacht hadden voor de psychische ondersteuning naar vroedvrouwen toe, binnen de context van PMH problemen. Een assessmenttool levert vertrouwelijke informatie op. Deze kan de persoon die de screening afneemt op emotioneel vlak beïnvloeden en zo een weerslag hebben op haar vermogen om de patiënt verder te ondersteunen en zelfs op haar persoonlijk leven. Edge (2010) stelde vast dat vroedvrouwen schuld en angst ervaren wanneer ze geen antwoord kunnen bieden op de problemen die naar boven komen. Op die manier hebben ze het gevoel hun patiënt achter te laten zonder dat deze de gepaste zorg kreeg.

Mollart (2009) onderzocht de impact van verschillende screenings- en assessmenttools op het emotioneel welzijn van vroedvrouwen. De tools legden problematieken bloot als: huiselijk geweld, trauma's uit de kindertijd en drug- en alcoholgebruik. Hij stelde vast dat vroedvrouwen overdonderd werden door het frequent voorkomen en de aard van deze problemen. Klinische/professionele supervisie die ingebed is in het standaard functioneren van iedere vroedvrouw, zou hierop een antwoord kunnen bieden. Ook het idee om een externe beroepskracht in te zetten voor de screening wordt binnen deze context geopperd.

Naast het screenen van patiënten, is een grote alertheid en sensitiviteit van de gezondheidswerker nodig. Bovendien is een open en respectvolle houding noodzakelijk en dient men omstandigheden te creëren waarin psychische moeilijkheden bespreekbaar kunnen gemaakt worden.

Onderzoeken m.b.t. psychosociale problemen in het peripartum onderscheiden verschillende risicofactoren. Staehelin et al. (2013) onderzocht de voorspellende waarde van verschillende socio-demografische, maternale en neonatale factoren. Op socio-demografisch vlak zien we dat een lager opleidingsniveau en werkloosheid de kans op de ontwikkeling van psychische problemen doen toenemen. Wat betreft maternale factoren, blijken psychische problemen in de voorgeschiedenis de belangrijkste risicofactor te zijn. We zien ook meer psychische problemen bij een hogere maternale leeftijd en bij tienermoeders. Opvallend is dat voor postnatale depressie bij vaders, de postnatale

depressie van de echtgenote als grootste risicofactor wordt gerapporteerd (Kim en Swain, 2007). Uit onderzoek blijkt dat er weinig eenduidigheid is rond socio-economische factoren en demografische variabelen. Algemeen kan wel gesteld worden dat kwetsbare populaties zoals immigranten en vluchtelingen, tienermoeders en kansarmen, minder toegang hebben tot kwalitatieve zorg en bijgevolg een toegenomen risico hebben op mortaliteit en morbiditeit (Miller et al., 2016). Zij verdienen daarom bijzondere aandacht bij het ontwikkelen van adequate, toegankelijke zorg.

Als we de predictieve factoren bij baby's bekijken, zien we dat neonatale pathologieën zoals vroeggeboorte en aangeboren afwijking, alsook excessief huilen en (borst)voedingsproblemen belangrijke risicofactoren vormen (Staehelin et al., 2013).

4.2 Barrières inzake begeleiding

De review van Noonan (2016) geeft een breed overzicht van de perceptie van vroedvrouwen over hun rol binnen PMH in al zijn facetten en brengt de barrières in kaart. Een eerste belangrijke barrière is een gebrek aan kennis van psychische problemen. Van alle psychische problemen voelen vroedvrouwen zich het meest vertrouwd met postpartum depressie.

In dit onderzoek wil men met de PMHA⁴-schaal nagaan hoe het met de kennis over PMH is gesteld en hoe competent men zich voelt om er mee om te gaan. Van de 155 bevroegde vroedvrouwen zegt 88% heel vertrouwd te zijn met en een goede kennis te hebben over medisch-obstetrische problemen. Verder voelt 67% zich vertrouwd om hiermee om te gaan. Als men die vraagt stelt naar kennis over stress, angst en depressie, vindt slechts 14% vertrouwd te zijn met deze thema's. Zowat 6% van de vroedvrouwen voelt zich bekwaam om met de problemen om te gaan. Nochtans is 88% van de vroedvrouwen akkoord dat PMH een impact heeft op de moeder-kind-binding. Men besluit dat er basiskennis van geestelijke gezondheid is, maar dat de kennis en vaardigheden verder zouden moeten uitgebreid worden om vrouwen op psychologisch vlak beter te kunnen begrijpen en erop te reageren.

Uit de literatuur blijkt dat vroedvrouwen in het werkveld vooral nood hebben aan meer theoretische kennis over psychische stoornissen, om een risicoanalyse te kunnen opmaken en over niet farmacologische interventies en vaardigheden om met stress en agressie om te gaan (Bayrampour en Pavlovic, 2017).

Bepalend voor het adequaat omgaan met vrouwen met psychische problemen is de attitude van de vroedvrouw t.a.v. het psychisch welzijn. De hulpverlener dient er zich te allen tijde bewust van te zijn dat zijn ingesteldheid bepalend is voor zijn gedrag en dus voor de zorg die hij biedt. Een negatieve houding leidt tot stigmatisering en kan de kraamvrouw het gevoel geven om niet in staat te zijn om de zorg voor het kind op te nemen. Een stigma is een barrière naar effectieve zorg waarin, in de eerste plaats de vroedvrouw het meest potentieel heeft om dit te veranderen. De vroedvrouw heeft de rol om in het algemeen het stigma rond PMH te verminderen maar zij moet zelf ook hulp krijgen in het verminderen van haar eigen stigma. Vrouwen verwachten van hun vroedvrouw een niet-

⁴ Perinatal mental health awareness scale

veroordelende aanpak en een onvoorwaardelijke respectvolle houding. Zo zullen ze meer geneigd zijn om problemen aan te kaarten en op die manier efficiënt geholpen worden (Noonan, 2016).

Verschillende onderzoekers zijn het er over eens dat er meer moet ingezet worden op de ingesteldheid van vroedvrouwen t.a.v. PMH. Vroedvrouwen moeten hun persoonlijke attitudes, veronderstellingen en stereotype ideeën rond PMH kunnen exploreren om tot een open en respectvolle houding te komen. Hiervoor is ondersteuning en een duidelijk beleid vanuit de voorziening waarin ze werkzaam zijn, noodzakelijk.

Niet alle vroedvrouwen zijn van mening dat ondersteuning bij PMH-problemen tot het takenpakket van de vroedvrouw behoort. Mivsek en Mc Cauley (2011) doen in hun onderzoek melding van vroedvrouwen die niet de bereidheid hebben om te willen ondersteunen en vinden een sociaal werker, een psychiater of een gynaecoloog hiervoor meer aangewezen. In een studie van Rowan (2010) over de attitude van vroedvrouwen t.a.v. PMH, zien we dat vroedvrouwen die wél een uitgesproken interesse in deze materie hebben en zich hierin willen versterken, worden belemmerd door hun werkgever. Ze krijgen bijvoorbeeld niet de kans om bijscholingen rond deze thematiek binnen de werktijd te volgen en doen dit dan zonder enige compensatie. Tenslotte is ook het nodige praktisch kader niet altijd voorzien, bijvoorbeeld onvoldoende beschikbare ruimte waarin de privacy van de patiënt wordt gegarandeerd.

Het gebrek aan tijd vormt, net zoals voor screening, ook in de ondersteuning van de patiënt een barrière. Drukke op de afdeling belet de vroedvrouw de nodige zorg te bieden aan vrouwen met extra nood op psychosociaal vlak.

4.3 Barrières inzake doorverwijzing

Uit onderzoek van Reilly et al. (2013) blijken volgende zaken bepalend om gericht te kunnen doorverwijzen: over de vaardigheden beschikken om te identificeren en gepaste zorg te bieden, het beschikbaar zijn en het correct gebruik van screenings- en psychosociale assessmenttools, toegang hebben tot duidelijk gedefinieerde zorgpaden, het beschikbaar zijn van gespecialiseerde PMH-teams en tenslotte op de hoogte zijn van verschillende concrete en beschikbare doorverwijzingsmogelijkheden. Dit wordt ook in de studie van Bayrampour en Pavlovic (2016) bevestigd. Men stelt dat gezondheidswerkers onvoldoende op de hoogte zijn van elkaars professioneel aanbod. Er zijn echter wel opmerkelijke regionale verschillen.

Tulley et al. (2002) stelde vast dat een doorverwijzing vaak sterk vertraagd of zelfs onderbroken wordt waardoor er uiteindelijk geen doorstroming naar gepaste hulp plaatsvindt. Oorzaken hiervoor zijn gebrekkige communicatie tussen de betrokken diensten, lange wachtlijsten waardoor er niet tijdig ingespeeld kan worden op de acute nood van de patiënt en onvoldoende continuïteit in de follow-up van de patiënt. Binnen de zorgstructuur is er dus nood aan duidelijk gelinkte diensten, m.a.w. geïntegreerde i.p.v. gefragmenteerde zorg. Volgens Kodner (2009) is er geen consensus over 'integrated care'. Er zijn echter wel modellen uitgeschreven om 'geïntegreerde zorg' op niveau van

de klinische praktijk te implementeren. In de eerder genoemde richtlijn 'screening en detectie van perinatale mentale stoornissen' (2018) wordt gesteld dat een niet-GGZ-werker die evenveel aandacht besteedt aan de mentale als aan de fysieke gezondheid, een belangrijk signaal geeft van gelijke waardering ('*parity of esteem*') van beide gezondheidsfactoren. Het draagt bij tot het vergroten van het algemeen begrip voor perinatale mentale problemen en werkt potentieel drempelverlagend in het toeleiden naar zorg en behandeling.

Naast het beperkt inzicht in de doorverwijzingsmogelijkheden is ook het tekort aan plaatsen, in het bijzonder in de moeder- en babyunits een barrière naar doorverwijzing toe. Vroedvrouwen vinden het ontmoedigend dat bij positieve screening én de bereidheid van de patiënt om zich te laten helpen er geen beschikbare plaats is en dus geen doorverwijzing kan plaatsvinden.

De vrees om te stigmatiseren en het idee dat een doorverwijzing de diagnose van PND met zich mee zou brengen, staat een adequate doorverwijzing in de weg (Bayrampour en Pavlovic, 2017). Wanneer een vroedvrouw een subjectieve weerstand tegenover een doorverwijzing opmerkt, blijkt ze niet geneigd om een eventuele doorverwijzing te bespreken.

5 Sterktes en kansen binnen Perinatal Mental Health

De vroedvrouw bouwt in haar ondersteuning van (aanstaande) ouders een vertrouwensrelatie op en krijgt hierdoor een belangrijke rol op vlak van perinatale mentale gezondheid. Degelijke professionele psychosociale interventies tijdens de zwangerschap worden geassocieerd met minder zorgen, meer voldoening en een groter gevoel van controle (Enkin et al., 2003). Uit onderzoek blijkt dat vroedvrouwen overwegend deze rol erkennen maar dat ze er zich onvoldoende vertrouwd mee voelen en de nodige kennis en competenties missen. Daarnaast missen ze ook emotionele en praktische ondersteuning in de uitvoering van dit deel van hun job. Zowat 80% van de vroedvrouwen geeft aan meer nood te hebben aan kennis inzake PMH over de culturen heen en binnen de ruime context van de geestelijke gezondheid.

In het vorige hoofdstuk kwam aan bod wat een degelijke psychosociale zorg in het peripartum in de weg staat. In dit hoofdstuk worden een aantal kansen of mogelijkheden tot optimalisatie voorgesteld.

5.1 De attitude van de vroedvrouw

Niet toevallig komt dit onderdeel eerst aan bod. We geven zorg vanuit een bepaalde grondhouding en deze kleurt de zorg. De attitude van de verloskundige draagt bij aan de ontwikkeling van een goede relatie met de zorgvrager. De zwangere heeft behoefte aan een vroedvrouw die geïnteresseerd is en geruststelt. Een goede relatie kenmerkt zich door vriendelijkheid, belangstelling, presentie en vertrouwen. Belangrijk is dat de vroedvrouw naar de zwangere een onvoorwaardelijke positieve accepterende houding aanneemt. Vanuit een veilige sfeer voelt de vrouw zich uitgenodigd om haar wensen, zorgen en gedachten te uiten. Dit bevordert de *compliance* of de geneigdheid om adviezen op te volgen en dus tot gedragsverandering te komen (KNOV-standaard, 2008).

Binnen de educatie en opleiding rond perinatale geestelijke gezondheid moet de focus liggen op het doorbreken van het taboe rond mentale problemen en moet 'geestelijke gezondheid' uit de medisch-diagnostische sfeer worden gehaald. Het belemmert immers de vroedvrouw in haar engagement, haar positivisme en haar empathie, wat precies het dagelijks functioneren van de deskundige reflectieve vroedvrouw kenmerkt (MacLellan, 2011; Higgins et al., 2012). Pas als dit laatste gerealiseerd is, kan de focus verschuiven naar het meer technisch aspect zoals vaardigheden die nodig zijn voor screening of doorverwijzing en het werken met mensen met psychische moeilijkheden.

In het Verenigd Koninkrijk geeft het NMC⁵ in haar *code of conduct* duidelijk weer hoe de verpleegkundige en de vroedvrouw zich professioneel dienen op te stellen. Het NMC verklaart dat deze code de essentie beschrijft van de verpleegkundige en verloskundige zorg. Men stelt dat de verpleegkundige of verloskundige vriendelijk en respectvol hoort te zijn en de veiligheid van de

⁵ NMC: Nursing and Midwifery Council

patiënt moet waarborgen. Hij/zij dient actieve participatie in het zorgproces te stimuleren en het nemen van beslissingen hierin aan te moedigen. De verpleegkundige of verloskundige luistert naar de patiënt en heeft aandacht voor diens noden en zorgen. Hij/zij respecteert de waardigheid en privacy van de patiënt en informeert hem over zijn gezondheid en de behandeling, op een voor hem begrijpbare manier en dit in alle openheid en eerlijkheid. Als er fouten gebeuren, verontschuldigt men zich bij de patiënt, licht men toe wat er is gebeurd en waarschuwt vervolgens voor mogelijke gevolgen. De verpleegkundige of verloskundige handelt te allen tijde in eerlijkheid en integriteit. Hij/zij is waakzaam voor kwetsbaarheden en is alert wanneer extra ondersteuning nodig is. Hij/zij leidt de patiënt naar de juiste zorg en ondersteuning die nodig is.

5.2 Uitbreiden en optimaliseren van vaardigheden en competenties

In de preventie van mentale problemen is het **informer en counsellen** door de vroedvrouw van groot belang. Zowel aanstaande als prille ouders, wensen duidelijk geïnformeerd te worden en niet enkel wanneer ze er expliciet om vragen. De informatie dient afgestemd te zijn op de cliënt, d.w.z. de juiste inhoud op het juiste moment in de juiste proportie. Goed geïnformeerde cliënten ervaren minder angst en onzekerheden en een verhoogd gevoel van controle. De vroedvrouw dient na het grondig informeren, haar patiënt te stimuleren tot het maken van keuzes in haar traject., m.a.w. het *informed consent*. (Seefat-Van Teeffelen et al., 2009).

KNOV geeft in haar standaard voor prenatale verloskundige begeleiding een aantal praktische tips mee, zoals expliciet nagaan of de cliënt de informatie heeft begrepen, belangrijke info ook schriftelijk meegeven, wederzijdse verwachtingen naar elkaar toe concreet uitspreken. In geval van taalproblemen of ongeletterdheid kan de website van Zanzu een hulpmiddel zijn om vlotter te communiceren. Het geeft de kans om op een niet-talige manier rond gezondheid, zwangerschap, seksualiteit,... te werken. Zanzu werd ontwikkeld door Sensoa, het Vlaams Expertisecentrum voor Seksuele Gezondheid en BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), het Duits Federaal Agentschap voor Gezondheids promotie. Sensoa is de officiële partnerorganisatie van het Vlaams Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en voert het beleid voor seksuele gezondheid van de Vlaamse Regering uit. BZgA is een gespecialiseerde dienst in de portefeuille van het Duits Federaal Ministerie van Volksgezondheid. Het is verantwoordelijk voor gezondheidsvoorlichting en gezondheidsbevordering namens de Federale Regering en eveneens partner van WHO voor seksuele en reproductieve gezondheid. De inhoud van de website werd goedgekeurd door een internationale adviesraad van Europese experts op het vlak van seksuele en reproductieve gezondheid.

Empowerment is een belangrijk uitgangspunt in de pre- en postnatale zorg door de vroedvrouw. Ze dient in te zetten op protectieve factoren en de sterktes van het kraamgezin. Het **betrekken van de partner** is binnen deze context van groot belang. Van zodra de zorg aanvat moet de betrokkenheid van de partner in de verf worden gezet. Bij koppels die hun ouderrol samen opnemen, krijgen de partners minder het gevoel geïsoleerd te worden van de relatie tussen de moeder en het kind (Kim en Swain, 2007). De Scandinavische landen waren koplopers in het toekennen van ruim vaderschapsverlof om de betrokkenheid in het ouderschap te vergroten. Grootschalig onderzoek

heeft uitgewezen dat deze vaders een diepgaander contact opbouwen met hun kind, een gezondere levensstijl aannemen, minder aanpassingsmoeilijkheden hebben naar de werkcontext en minder risico lopen op een postnatale depressie.

Het Departement of Health reikt in haar HCP⁶ zeer bruikbare tips aan in het betrekken van de partner in perinatale begeleiding, zoals expliciete vermelding dat de aanwezigheid van de vader wenselijk is, expliciet uitnodigen om actief deel nemen in gesprekken, expliciet peilen naar ook hún welbevinden. In gesprek dient men zich ook fysiek tot beide ouders te wenden en wat betreft oogcontact moet het duidelijk zijn dat beide ouders evenwaardig deel uitmaken van het gesprek. Bij gebruik van beeldmateriaal moet dit ook zichtbaar zijn (vb. vaders afbeelden op sociale media, folders,...). Men dient in de planning van de activiteiten en consultaties rekening te houden met de beschikbaarheid van vaders ('s avonds versus overdag). Wanneer er geen tweede ouder aanwezig is, is het raadzaam dit gegeven te bespreken en ruimte te geven voor eventuele vragen of uitdrukken van zorgen.

Jonge ouders hebben naast professionele ondersteuning ook nood aan **informele steun van hun persoonlijk netwerk**. In de preventie van postnatale depressie bij vaders zou de sociale steun de belangrijkste protectieve factor zijn (Philpott, 2016).

Het werken in de thuiszorg brengt volgens Staehelin et al. (2013) zodoende veel kansen met zich mee. Professionals die aan huis komen zien het kraamgezin vaak de eerste dagen na de bevalling en dit in hun eigen vertrouwde omgeving. De vroedvrouw krijgt zicht op de context en kan op die manier een betere inschatting maken van het netwerk waarop het gezin kan steunen. Dit kan gaan om zeer praktische zaken, zoals bijvoorbeeld de mogelijkheid van een familielid om in te slapen of huishoudelijke taken op te nemen tot emotionele steun waar plaats is voor zorgen en twijfels. Ze krijgt de kans om andere betrokkenen zoals partner en familie in te lichten over mogelijk te verwachten moeilijkheden en te counsellen over hoe ermee om te gaan.

Als antwoord op het advies van ACOG (2015) om routinematig te gaan screenen op depressie en angstsymptomen tijdens de zwangerschap, werden in de UK *Listening Visits* (LV) geïmplementeerd om de geïdentificeerde vrouwen gepaste zorg te kunnen bieden. De **kracht van het luisteren** heeft hierin zijn nut bewezen. Deze werkvorm is specifiek ontwikkeld voor hulpverleners in de eerstelijns, die werken met moeders met milde symptomen van depressie en angsten. Het beoogde doel is om tot een oprecht begrip van de vrouw en haar situatie te komen om vervolgens eventuele problemen te identificeren en dan samen een gepaste oplossing te zoeken.

In een randomised controlled trial van Terrazas et al. (2017) worden de successen van drie thuiszorgprogramma's en een praktijk voor obstetrie en verloskunde beschreven waar LV's werden geïmplementeerd. Binnen deze studie heeft men het over '*public health nurses*' wat naar onze Belgische context kan vertaald worden als regioverpleegkundigen van K&G. Voor de implementatie werd hen een 'train the trainer'- opleidingsdag aangeboden waar het ontstaan van LV's, communicatietraining en probleemoplossend denken aan bod kwam.

De LV's werden geïncorporeerd in het bestaande opvolgingsprogramma. Deze wordt als volgt georganiseerd: een eerste huisbezoek wordt gepland rond 28 weken zwangerschap. Een tweede bezoek wordt ingepland rond 10 tot 14 dagen postpartum. Tussen de zes à acht weken post partum

⁶ HCP: Healthy child program, Health department of UK - National Service Framework for Children Young People and Maternity

vindt een laatste bezoek plaats. Wanneer vrouwen bij het eerste bezoek een hogere score hadden op de EDS, werd hen een programma van acht weken met LV-sessies aangeboden. Er werden 41 vrouwen geïnccludeerd. Een controlegroep van 25 vrouwen kreeg dezelfde behandeling. Na deze acht weken werden beiden groepen gescreend met de Hamilton Depression Rating Scale. Voor de eerste groep vertoonden 36% van de vrouwen klinisch significante verbetering en 14% wat betreft de controlegroep.

Gezien de effectiviteit van deze interventie, kwam men vanuit de onderzoeksgroep tot het voorstel om de LV's op te nemen in de nomenclatuurlijst, zodat terugbetaling mogelijk is. Bauwer et al. (2016) deed onderzoek naar de kosteneffectiviteit maar besluit – gezien het belang van dit thema in de publieke mentale gezondheid – dat verder onderzoek aangewezen is om nader inzicht te krijgen in welke interventies nodig zijn voor een langetermijneffect op moeder en kind.

Ondanks effectieve behandelingen voor perinatale depressie, blijkt uit onderzoek dat minder dan 50% van de vrouwen zelf hulp zoekt of aanvaardt, zelfs wanneer de depressie is gediagnosticeerd (Milgrom et al., 2016). Mensen die kampen met psychische problemen, zetten moeilijk de stap naar de hulpverlening. Hierin speelt vooral het idee dat de klachten die ze ervaren, een normaal gevolg zijn van hun zwangerschap waardoor ze niet geneigd zijn om hun klachten te bespreken. Het introduceren van **motiverende gesprekstechnieken** in een training zou hierop een antwoord kunnen bieden.

5.3 Kennis inzake Perinatal Mental Health verhogen

In de literatuur rond PMH valt het op dat er duidelijke richtlijnen zijn over datgene waarover een vroedvrouw aan theoretische kennis op medisch vlak moet beschikken. Dit blijkt echter niet het geval te zijn voor PMH. Het NMC legt in haar huidige standaard '*pre-registration midwifery education*' geen nadruk op PMH binnen de opleiding van toekomstige vroedvrouwen.

Om gepaste zorg te kunnen bieden met aandacht voor de psychische gezondheid, is kennis van zaken nodig. Het onderzoek van Ross-Davie et al. (2006) naar de mate waarin vroedvrouwen zich deskundig voelen op vlak van perinatale geestelijke gezondheid, toonde aan dat 29% van de vroedvrouwen aangeeft geen leerstof rond deze thematiek in hun basisopleiding te hebben gekregen. Voor de vroedvrouwen die verklaarden dat het wel aan bod kwam, vond slechts 17,6% de inhoud voldoende. Meerdere onderzoeken naar de kennis van vroedvrouwen over mentale problemen, concluderen dat een **uitbreiding van het curriculum** van de vroedvrouw in opleiding aangewezen is.

lers onderzoek van Higgins et al. (2015) toonde de effectiviteit van een **trainingsmodule** binnen een studentenpopulatie vroedkunde aan. Aan de hand van een vragenlijst werden de kennis, vaardigheden en attitude van een groep laatstejaarsstudenten gemeten, vóór en na het volgen van de module. De module bestond uit dertig contacturen. Enkele thema's die hierin aan bod kwamen waren psychische stoornissen zoals postnatale depressie, angst, postpartum psychose, eetstoornissen,...., screeningsinstrumenten, medicatie tijdens zwangerschap en borstvoeding en

impact van MMH⁷ op de baby. Na het volgen van de trainingsmodule was er een significante verbetering van zowel de kennis als de vaardigheden. Niet minder dan 93% van de deelnemers vond de inhoud verrijkend. Het werken met rollenspellen bleek erg waardevol omdat ze op die manier in een veilige omgeving aan hun vaardigheden konden werken. Het bleek hen te helpen om moeilijke thema's zoals seksueel geweld en suïcide bespreekbaar te maken. Het onderzoeksteam benadrukt het belang van continuïteit naar het werkveld toe en stelt bovendien expliciet dat een blijvende impact over een langere termijn pas mogelijk is, als men ook na de module in zijn/haar professionele context de tijd en ruimte krijgt om over casussen te reflecteren. Er zijn **rolmodellen** op de werkvloer nodig, die de aandacht voor de mentale gezondheid blijven aanwakkeren. Bovendien is er nood aan **klinische supervisie** om de concrete toepassing van de aangereikte kennis en vaardigheden a.d.h.v. concrete casussen systematisch te evalueren. Dit overlegmoment bevordert het contact tussen collega's en doet nieuwe ideeën en kansen ontstaan. Er is eveneens plaats voor debriefing en reflectie bij traumatische ervaringen en het draagt op die manier bij aan de zorg voor de zorgverlener.

De studie binnen de Surry University (Davies et al., 2016) leverde gelijkaardige bevindingen op. Voor de uitwerking en het onderwijzen van de module voor de laatstejaarsstudenten, werd een team van experts aangesteld. Volgende thema's kwamen aan bod: de meest voorkomende psychische problemen in de perinatale periode (angst en depressie, post partum psychose, afhankelijkheid, PTSS, eetstoornissen,...), behandeling en zorgpaden, en houding tegenover PMH vanuit verschillende sociale en culturele achtergronden. Er werden ook practica georganiseerd rond bijvoorbeeld babymassage en mindfulness. Ook de psychische gezondheid van de vroedvrouw kwam aan bod. Deze module werd gespreid over zes weken met één volledige lesdag per week en stond voor vijftien credits. Uit de evaluatie bleek een aanzienlijke toename van de theoretische kennis en praktische vaardigheden en een positievere attitude t.a.v. PMH-problemen. De studenten gaven aan zich meer vertrouwd en competent te voelen in het identificeren van en omgaan met psychische problemen.

Het NSPCC⁸ bracht een rapport uit 'Prevention in mind – Spotlight on perinatal mental health'. Het is een actieplan conform de richtlijnen van RCP⁹ en NICE en doet concrete aanbevelingen naar de opleiding tot vroedkundige en naar bijscholingen voor vroedvrouwen die reeds in het werkveld staan. Zo stelt men dat minstens om de twee jaar een opfrissing van PMH nodig is. Hierin dienen volgende zaken aan bod te komen: identificatie en management, risicofactoren, medicatie, lokale zorgpaden en doorverwijzingsmogelijkheden. Dit hoort geen eenzijdige theoretische uiteenzetting te zijn maar een interactieve bijeenkomst waarin ook casussen worden besproken. D.m.v. rollenspelen zou men vaardigheden kunnen trainen en zelfvertrouwen opbouwen om het contact met de zorgvrager te verbeteren.

Het RCM lanceerde in 2015 het advies dat elke materniteit een vroedvrouw in dienst zou moeten hebben die gespecialiseerd is in PMH op een erkend niveau. Bovendien wil men streven naar een systematische, gestructureerde aanpak van PMH-problemen en stelt men dat elke professional die werkt in de perinatale periode over een bepaalde sensitiviteit en waakzaamheid en een grondige kennis en begrip van PMH moet beschikken. In antwoord op dit advies werd in het Verenigd

⁷ MMH: Maternal Mental Health

⁸ NSPCC: National Society for Prevention of Cruelty to Children

⁹ RCP : Royal College of Psychiatrists

Koninkrijk vanuit het MMHA¹⁰ het project ***Specialist Maternal Mental Health Midwives*** gerealiseerd. Dit project omvat: het ontwikkelen van een netwerk met alle gezondheidswerkers die geïnteresseerd zijn in PMH, het ontwikkelen van een PMH-standaard bestaande uit een toolkit/richtlijn en een trainingscurriculum en tenslotte het opzetten van een opleiding *specialist maternal mental health midwife* of SMMHM.

The Royal College of Midwives heeft een document ontwikkeld waarin ze de competenties in kaart brengt van de standaardopleiding tot vroedvrouw en daarnaast ook de specifieke competenties voor de SMMHM.

In Vlaanderen wordt recent de opleiding 'psychische gezondheid rond zwangerschap en bevalling' georganiseerd in samenwerking met het UZ Gent en de universiteit van Gent. Een sterke wetenschappelijke onderbouwing is bijgevolg gegarandeerd. In deze opleiding wordt een basispakket aan kennis en vaardigheden aangereikt om psychische veranderingen bij aanstaande ouders beter te herkennen en te begeleiden. Er worden theoretische kaders en praktische tools aangereikt om signalen en symptomen te detecteren en om emotionele veranderingen bespreekbaar te maken. Ook het opzetten van een behandeling of begeleiding en doorverwijzing naar de gepaste zorg- en hulpverlening komt aan bod. De opleiding vormt eveneens de aanzet voor een intervisienetwerk. De deelnemers komen minstens twee keer per jaar samen voor het uitwisselen van ervaringen en advies, het bespreken van complexe casussen en het uitbouwen van een verwijsnetwerk. De opleiding richt zich tot vroedvrouwen, verpleegkundigen, artsen, sociaal assistenten, psychologen, seksuologen, etc. (Van Parys, 2018)

In de context van de mentale gezondheid in het post partum is Lieve Van Weddingen een gekend coach en therapeut. Vanuit de toenemende nood aan mentale ondersteuning van jonge moeders zette ze de opleiding 'postpartum consulent' op. Ze richt zich tot therapeuten, coaches, psychologen, vroedvrouwen, lactatiedeskundigen, counselors, bemiddelaars en aanverwante beroepen. Volgende thema's komen aan bod: verschillende postpartum fenomenen, ondersteunende gesprekken voeren en verdiepende vraagstelling, omgaan met gevoelens van angst, depressie, onzekerheid en twijfels, verhogen van eigen bewustzijn en omgang met jezelf en anderen en de opstart van een praktijk als postpartum consulent. Na het voltooien van de opleiding onder haar supervisie, vormen de cursisten een postpartumnetwerk waar prille moeders of hun vroedvrouw beroep kunnen op doen.

5.4 Een duidelijk zorgpad

Uit vorig hoofdstuk weten we dat het ontbreken van zicht op de mogelijkheden inzake gespecialiseerde zorg, de vroedvrouw weerhoudt om psychische problemen ter sprake te brengen. Bovendien blijkt screening pas waardevol wanneer er een gepast gevolg kan aan gegeven worden. Er is dus nood aan een duidelijk zorgpad en een overzichtelijk lokaal zorgaanbod.

In de literatuur zijn verschillende richtlijnen en modellen beschreven voor het uitzetten van een lokaal zorgpad. Ze zijn erop gericht om tot een eenduidig screenings- en assessmenttool te komen met concrete informatie over het soort tool, tijdstip, gebruik en wie deze afneemt en brengen tevens

¹⁰ MMHA: Maternal Mental Health Alliance

de doorverwijzingsmogelijkheden in kaart. Algemeen kan men stellen dat voor de implementatie van een nieuwe richtlijn of protocol de betrokkenheid van een multidisciplinair team van vroedvrouwen, psychiaters, gynaecologen, neonatologen, psychologen,... nodig is voor de concrete uitwerking in de verloskundige praktijk (Lavender, 2015). Inzicht in de achtergrond, de voordelen en de kansen die de implementatie brengt, stimuleert de intrinsieke motivatie om het toe te passen.

NICE (2011) beveelt aan om gebruik te maken van een getrappt model om de zorg voor PMH-problemen te plannen en te organiseren. In de laatste decennia kan Australië als wereldleider beschouwd worden in de ontwikkeling van beleid en klinische praktijk voor PMH. De standaard perinatale zorg in Australië werkt volgens het 'Safe Start model'. Typerend voor dit model is dat er standaard bij aanvang van de zorg in het ziekenhuis een psychosociaal assessment wordt georganiseerd. Van hieruit wordt een risicoselectie opgemaakt die wekelijks wordt besproken in een multidisciplinair team om op die manier snel en efficiënt een gepast zorgtraject uit te stippelen. Zo sluit de gespecialiseerde perinatale zorg naadloos aan bij de eerstelijns. Recent onderzoek toont echter aan dat dit Safe start model resulteert in te veel vals-positieve vrouwen. Als antwoord op deze beperking ging in 2017 in Sidney het PIPA-project van start. PIPA staat voor *perinatal integrated psychosocial assessment*. De grote verschillen zijn dat binnen het PIPA-project een bredere waaier van psychosociale risicofactoren aan bod komen. Bovendien geeft het een idee van de mate waarin risicofactoren aanwezig zijn en niet enkel de aan- of afwezigheid van risicofactoren. Bij PIPA worden ook bijkomstige bevindingen in rekening gebracht zoals 'hoe presenteert de vrouw zich op consultatie'. Dit geeft de mogelijkheid om in geval van 'geen risico' de betrokkene toch verder te laten opvolgen. De voordelen van dit model t.o.v. het eerder gehanteerde model dient nog verder geëvalueerd te worden.

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat de liaisonfunctie binnen ziekenhuizen uiterst zinvol kan zijn in de zorg aan moeders/vaders met psychische problemen. Zij zouden kunnen ingezet worden om systematisch het psychosociaal assessment uit te voeren. Ondanks het transdisciplinair werken is er een opmerkelijk gebrek aan inzicht in de verschillende interventie- en behandelingsmogelijkheden binnen het ziekenhuis zelf en het zorgaanbod van lokale zorgactoren (Broemeling et al., 2006).

5.5 Netwerk perinatale geestelijke gezondheid

Zoals eerder beschreven heeft onderzoek uitgewezen dat er nood is aan een transparant lokaal zorgaanbod. Binnen PMH krijgen huisartsen en vroedvrouwen hierin een belangrijke taak. Zij zijn vertrouwde figuren voor hun patiënt en zijn dus de aangewezen personen om problemen rond de mentale gezondheid van het hele gezin te bespreken (Hardie en Critchley, 2008). Ook Kind en Gezin kan door zijn laagdrempeligheid een belangrijke speler zijn. Recent kwam er echter een belangrijke wijziging in hun werkwijze. Waar de regioverpleegkundigen vroeger een bezoek aan bed deden op de kraamafdeling, zullen ze nu reeds op het einde van de zwangerschap op huisbezoek gaan. De redenen hiervoor zijn enerzijds het terugschroeven van het aantal ligdagen na een ongecompliceerde bevalling maar anderzijds ook de vroegdetectie en preventie van psychosociale problemen. Jorissen, L. (2018, 9 januari). Persoonlijke communicatie.

Binnen het zorgnetwerk dienen naast zorgpartners als CGG, huisartsen, expertisecentra, psychologen, vroedvrouwen, therapeuten,... ook specifieke initiatieven en verenigingen een plaats te krijgen. Het contact met lotgenoten wordt door jonge ouders als heel waardevol ervaren. In een onderzoek van Lavender (2016) over de effecten van PMH-interventies (vb. Mindfulness) verklaren de deelnemers dat ze zich bij andere groepsleden begrepen voelen doordat ze zich herkennen in wat ze in die fase doormaken. In de Vlaamse context zien we steeds meer initiatieven die erop gericht zijn om jonge ouders te verenigen en een isolement trachten te voorkomen of doorbreken. Deze staan echter wel nog in hun kinderschoenen. Mamacafé's, babbelgroepen e.d. kunnen eveneens een meerwaarde hebben in de preventie van of ondersteuning bij psychosociale problemen. Ook het principe van Centering Parenting en Centering Pregnancy steunt hierop.

In het onderzoek van Mc Caul en Stokers (2006) wordt het project *Family action Pilot perinatal support* beschreven. Hierin worden vrijwillige 'befrienders' opgeleid om zwangeren mee te ondersteunen. Men legt sterk de nadruk op het verbeteren van het psychisch welzijn en het optimaliseren van de ouder-kind binding. Het betrof een groot werkingsgebied in Londen met een hoge prevalentie van doorverwijzingen naar gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. De opgeleide vrijwilligers stonden in voor praktische en emotionele ondersteuning, huisbezoeken, wekelijkse drop-in momenten en begeleiding van familiespeldagen. Uit evaluatie van dit project blijkt dat 88% van de gebruikers een verbetering vaststelde van zijn psychisch welbevinden en 47% merkte een toename van sociale steun op. Omwille van het succes van dit project werd het uitgebreid naar vier andere regio's in Engeland. Men benadrukt echter de complementaire waarde van dit project en het feit dat het initiatief in geen geval de standaard zwangerschapsopvolging kan vervangen.

In Vlaanderen hebben we met het Project 'Een buddy bij de wieg' dat in 2009 vanuit de Artevelde Hogeschool werd opgezet een gelijkaardig initiatief. Maatschappelijk kwetsbare gezinnen kunnen beroep doen



een buddy
bij de wieg

op een buddy die hen begeleidt tijdens de periode van zwangerschap en geboorte tot één jaar na de geboorte. Aanvankelijk startte het project in Gent maar omwille van het succes was er uitbreiding naar de andere provincies en zelfs naar Nederland toe. Het project beoogt een betere continuïteit binnen het zorglandschap voor aanstaande en jonge gezinnen in maatschappelijk kwetsbare situaties. Men werkt intussen ook aan een netwerk van vrijwilligers om op die manier een zo toegankelijk mogelijk aanbod te creëren.

Ook in de Scandinavische landen zien we in dit domein zeer inspirerende initiatieven. Zweden was pionier in de uitbouw van Familiecentra. Het eerste centrum daar opende in 1970 zijn deuren. Intussen zijn deze familiecentra wijdverspreid in heel Scandinavië; Denemarken, IJsland, Finland, Noorwegen,... Deze laatste koos voor de term 'familiehuis' (Familien Hus) wat daarmee een gemoedelijke en huiselijk sfeer doet vermoeden. De toenemende interesse vanuit andere landen is opmerkelijk.

Deze centra hebben een zorgaanbod gaande van prenataal tot lagere schoolleeftijd van de kinderen. Jonge gezinnen kunnen er terecht voor gezondheids promotie en voorlichting in de ruime zin. Het basisidee van een familiecentrum is dat het welzijn van een kind sterk verband houdt met het

welzijn van zijn ouders. Bovendien zijn ouders afhankelijk van de vaardigheden die ze bezitten om te beantwoorden aan de noden van hun kind. Men zet in op het versterken van de opvoedingsvaardigheden van de ouders en de partnerrelatie. Empowerment staat hierbij centraal. Men beoogt hiermee sociale integratie en solidariteit. Er worden laagdrempelige activiteiten aangeboden en het is tevens een ontmoetingsplaats voor families met kinderen. De focus ligt niet op eventuele verschillen maar op dat wat hen bindt, nl. dat ze zich in dezelfde levensfase bevinden.

Opvallend is de intensieve en transdisciplinaire samenwerking met andere instanties waardoor ook de link gelegd wordt met de derdelijn. Er worden ook vrijwilligers opgeleid om het centrum te helpen runnen. Om de vijf jaar vinden er gezinscentrumconferenties plaats om kennis uit te wisselen en te netwerken.

6 Discussie

De onderzoeken die in dit werk aan bod kwamen, belichten een andere demografische populatie wat mogelijk een effect heeft op de resultaten. De Europese verloskundige context verschilt immers van de Amerikaanse of Australische context. Ook binnen een werelddeel, een land of zelfs een provincie ziet men vaak verschillende wijzen van organiseren van de zorg. Hierdoor is het niet evident om dit met de juiste nuance naar onze context te vertalen. Bovendien leggen deze onderzoeken mogelijk andere belemmeringen bloot of spelen deze afhankelijk van de context in meer of mindere mate een rol in de uitvoering van de zorg. Uit mijn persoonlijke praktijkervaring vond ik echter wel veel erkenning in de barrières die aan bod kwamen.

De nood aan uitbreiding rond kennis en vaardigheden kwam zeer sterk naar voren. Er is een gigantische bron aan informatie rond PMH, met zeer concrete adviezen rond de uitwerking van opleidingen en trainingsprogramma's. Om dit te realiseren blijken echter wel nog aanpassingen nodig op alle niveaus. De ontwikkeling van gestandaardiseerde schalen om kennis, vaardigheden en attitude te meten, zou onderzoekers de kans geven om interventies te evalueren.

In de Vlaamse ziekenhuizen is het gangbaar om de deskundigheid van referentieverpleegkundigen in te roepen. Deze hebben een specifieke kennis opgebouwd rond bijvoorbeeld wondzorg of diabetes. Zoals er elders de opleiding tot '*specialist PMH midwife*' wordt georganiseerd, zou ook een opleiding tot referentievroedvrouw PMH kunnen worden gerealiseerd. Haar taak binnen de verloskundige setting zou dan in de eerste plaats de coördinatie van de zorg van de patiënt met psychische problemen zijn en indien nodig het organiseren van een doorverwijzing. Daarnaast kan zij als contactpersoon fungeren voor andere zorgverstrekkers binnen en buiten het ziekenhuis. Anderzijds moet men waakzaam blijven om de continuïteit van de zorg niet in het gedrang te brengen. De vroedvrouw bouwt immers een vertrouwensrelatie op met haar patiënt. Het inroepen van een andere hulpverlener mag deze relatie niet schaden.

Naast het gebrek aan kennis en vaardigheden bleek ook het gebrek aan tijd parten te spelen in de opvolging van patiënten. Ervaring leert me echter dat het grondig informeren van patiënten, het aftoetsen van zorgen, wensen en bedenkingen en het bespreken van wederzijdse verwachtingen de tijdsinvestering meer dan waard is. Mijn inziens gaat er te veel tijd verloren net doordat er te weinig duidelijkheid wordt gecreëerd, met wederzijdse ergernissen tot gevolg. Dit kleurt het hele zorgtraject en de beleving ervan voor de patiënt.

Opmerkelijk is dat in de literatuur betrekkelijk weinig gegevens te vinden zijn rond het psychisch welzijn van vaders. Men is er zich steeds meer van bewust dat vaders actief moeten betrokken worden in de begeleiding en dat hun welbevinden in het proces naar ouderschap de nodige aandacht verdient. Toch dienen we al zeer specifiek op zoek te gaan naar literatuur hierrond en is de informatie ten opzichte van maternale perinatale gezondheid zeer schaars. Het feit dat de grootste risicofactor voor postnatale depressie bij vaders, de postnatale depressie van zijn partner is, bewijst nogmaals het belang van de aandacht voor de vaders.

Het leiden van een patiënt naar andere zorgpartners doet vragen rijzen rond de privacy van de patiënt. De patiënt dient immers zijn toestemming te geven om informatie te delen. Bovendien zijn gegevens rond psychosociale zaken van een heel andere aard dan medische gegevens zoals waarden

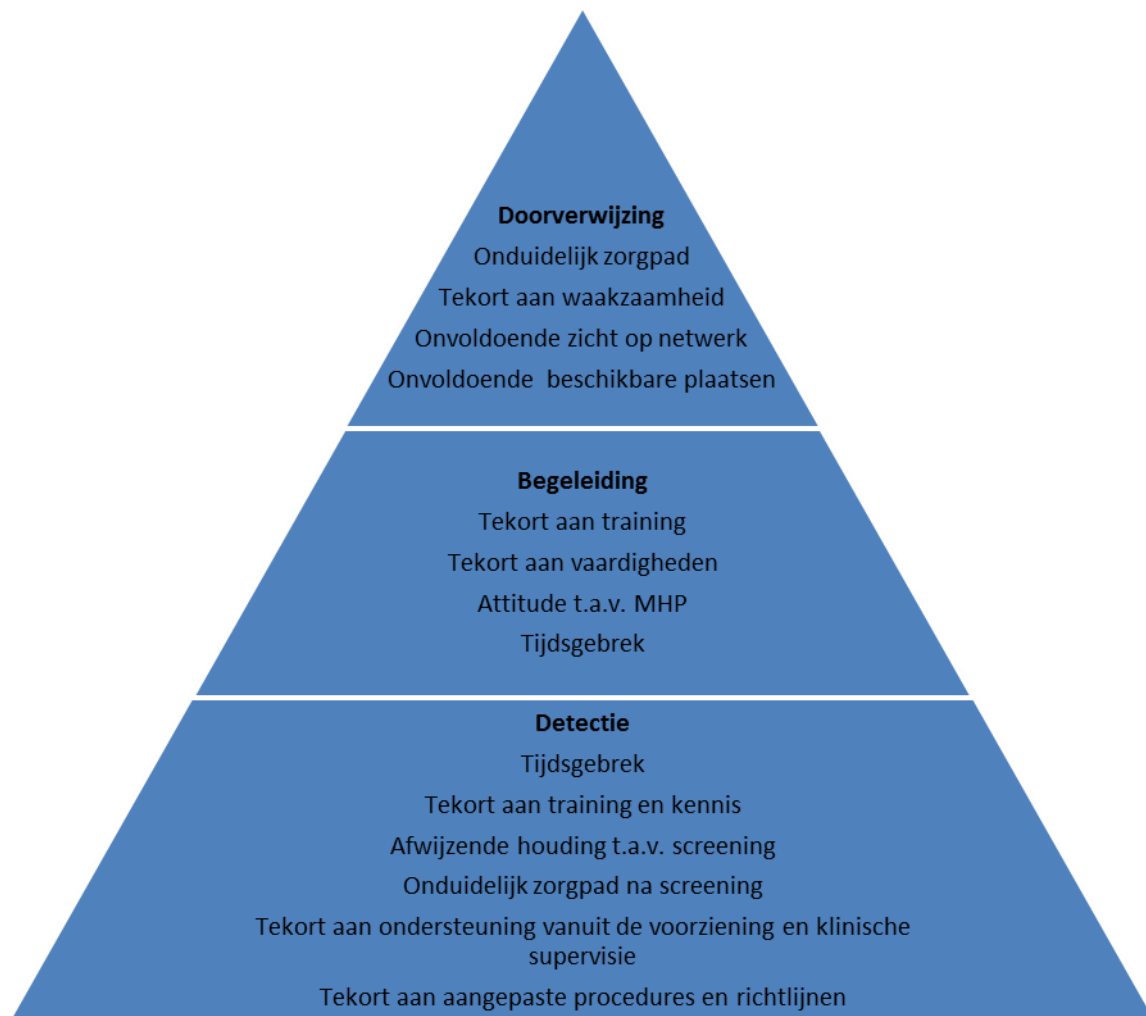
van vitale parameters, resultaten van medische beeldvorming of objectief waarneembare symptomen. Wat betreft gegevens rond sociale of psychologische zaken, is het een kunst om bevindingen en observaties zo objectief mogelijk en met de juiste nuance te communiceren. Daarbij is wat voor de ene hulpverlener relevant is, dit niet noodzakelijk voor de andere hulpverlener.

Een duidelijk zorgpad moet een patiënt op een vlotte manier naar de gepaste geestelijke gezondheidszorg leiden. Vanuit mijn eigen werkervaring stel ik me vragen bij de expertise van perinatale mentale gezondheid binnen de bestaande hulpverlening. Net zoals vroedvrouwen bepaalde kennis en vaardigheden missen, zullen er ook in de bestaande geestelijke gezondheidszorg tekorten zijn om kwalitatieve zorg te bieden aan de zwangere of jonge ouders.

7 Besluit en aanbevelingen voor de praktijk

Nationale en internationale richtlijnen stellen duidelijk dat de zorg voor de mentale gezondheid van het kraamgezin een volwaardig deel moet uitmaken binnen de zwangerschapsopvolging en het post partum. De periode van zwangerschap en het prille ouderschap wordt gezien als dé periode bij uitstek om rond psychosociale zaken te werken. Ook op preventief vlak is er voor de vroedvrouw een belangrijke taak weggelegd.

In de praktijk echter worden vroedvrouwen met een aantal barrières geconfronteerd. Deze worden bij wijze van besluit in onderstaande figuur weergegeven.



Op vlak van detectie zien we dat een tekort aan tijd een belangrijke beperking vormt. Daarnaast vindt de vroedvrouw dat ze over onvoldoende kennis en vaardigheden beschikt. Niet alle vroedvrouwen zijn overtuigd van de meerwaarde van routinematig screenen en van hun rol hierin. Bovendien geeft de vroedvrouw aan, nood te hebben aan duidelijke richtlijnen inzake detectie en aan een duidelijk zorgpad. Daarnaast mist de vroedvrouw emotionele en praktische ondersteuning vanuit de context waarin ze werkt.

Wat ondersteuning bij psychosociale problemen betreft, zien we dat ook hier de tijdsdruk een belemmering vormt. Eveneens vindt de vroedvrouw zich onvoldoende deskundig om psychosociale ondersteuning te bieden. De attitude van de vroedvrouw ten aanzien van PMH is bepalend voor de zorg die ze biedt.

Naar doorverwijzing toe zien we dat er onvoldoende zicht is op het zorgnetwerk. Zorgverstrekkers zijn onvoldoende op de hoogte van het zorgaanbod zowel binnen als buiten de setting waar ze werken. De plaatsen in een gespecialiseerde zorginstelling zijn ruim onvoldoende waardoor een transfer sterk vertraagd of afgebroken wordt.

Wereldwijd zien we inspirerende voorbeelden van goede praktijken die bovengenoemde barrières kunnen reduceren of zelfs elimineren. In de eerste plaats moet er ingezet worden op de sensibilisering van de vroedvrouw ten aanzien van PMH. De vroedvrouw dient te allen tijde een onvoorwaardelijke positieve, open, empathische en respectvolle houding aan te nemen tegenover de zorgvrager. Dit is een essentiële basis die we ook moeten vertaald zien in de opleiding tot vroedvrouw. Er is nood aan uitbreiding van het curriculum van de opleiding vroedkunde. Naast een theoretisch luik moeten studenten ook de kans krijgen om aan bepaalde vaardigheden te werken, zoals motiverende gesprekstechnieken, het sensitief bevragen van de patiënt, het gericht informeren en counselen. Oefeningen als rollenspelen zouden een waardevolle werkvorm zijn. Verder hebben studenten wanneer zij in het werkveld komen, nood aan rolmodellen. In een team moet de mogelijkheid zijn om casussen te bespreken en te reflecteren over ieders aanpak. Systematische klinische supervisie kan deze nood opvangen.

Naast de basisopleiding is ook bijscholing nodig. Men adviseert om kennis en vaardigheden rond PMH om de twee jaar op te frissen. In het Verenigd Koninkrijk is er een opleiding tot gespecialiseerde PMH vroedvrouwen. Deze houden de alertheid in het team hoog. Ze fungeren als aanspreekpunt en worden betrokken in de concrete uitvoering van actuele aanbevelingen.

Het routinematig screenen en het psychosociale assessment hebben hun nut bewezen en worden meer en meer toegepast in de verloskundige praktijk. Tot nog toe ontbreekt echter de omkadering, met name een duidelijk zorgpad. Hulpverleners hebben nood aan duidelijkheid over het zorgaanbod en de weg er naartoe. Hierbij is een intensieve multidisciplinaire samenwerking nodig en dient de continuïteit van de zorg te worden nagestreefd.

8 Literatuurlijst

- Bayrampour, M.S., Pavlovic, B.A. (2017). Barriers to addressing perinatal mental health issues in midwifery settings. *Midwifery*. DOI:10.1016/j.midw.2017.12.020
- Davies, L., Page, N., Glover, H., Sudbury, H. (2016). Developing a perinatal mental health module: An integrated care approach. *British Journal of Midwifery*. DOI: 10.12968/bjom.2016.24.2.118
- Glover, V. (2013). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Practice & Research clinical Obstetrics and Gynecology*. DOI:10.1016/j.bpobgyn.2013.08017
- Higgins, A., Carroll, M., Sharek, D. (2015). Impact of perinatal mental health education on student midwives' knowledge, skills and attitudes: A pre/post evaluation of a module of study. *Nurse education today*. DOI:10.1016/j.nedt.2015.09.007
- Judd, F., Stafford, L., Gibson, P., Ahrens, J. (2011). The early Motherhood Service: an acceptable and accessible perinatal mental health service. *The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*. DOI:10.3109/10398562.2011.562294
- Kingston, D., Mc Donald, S., Tough, S., Austin, M.P., Hegadoren, K., Lasiuk, G. (2014). Public views of acceptability of perinatal mental health screening and treatment preference: a population based survey. *BMC pregnancy and childbirth* 14-67
- KNOV, Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (2008). Prenatale Verloskundige begeleiding. *Aanbevelingen voor ondersteuning, interactie en voorlichting*. <https://www.knov.nl/prentale-verloskundige-begeleiding>
- Lavender, T.J., Ebert, L., Jones, D. (2016). An evaluation of perinatal mental health interventions: An integrative literature review. *Woman and Birth*. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.04.004>
- Lenaerts, M. (2011). De vroege moeder-kindrelatie bij moeders met borderline-problematiek. In Rexwinkel, M., Schmeets, M., Pannevis, C., Derkx, B. *Handboek infant mental health: inleiding in de ouder-kindbehandeling* 196-180
- Loureiro, L., Goes, A., Maia, T., Paim da Camara, G., Nunes, L. (2009). Mental health promotion during pregnancy and early childhood: an action-research project in primary health care. *Suade Mental* 9 (25), 79-90
- Maternal Mental Health Alliance, NSPCC, Royal College of Midwives (2014) *Specialist Mental Health Midwives – What they do and why they matter*. <http://www.nspcc.org.uk/Inform/resourcesforprofessionals/underones/mental-health-midwives>
- McCaul, A., Stokes, J. (2011). Perinatal support to protect maternal mental health. *Nursing Times*, 107: 48, 16-18
- NICE (2014) Antenatal and postnatal mental health: *Clinical management and health service guidance clinical guideline (CG192)*. <https://www.nice.org.uk/guidance.cg192>

Noonan M., Doody O., Jomeen J., Galvin R. (2016). Midwives' perceptions and experiences of caring for woman who experience perinatal mental health problems: an integrative review. *Midwifery* 56-71

Noonan M., Jomeen J., Galvin R. (2017). Survey of midwives' perinatal mental health knowledge, confidence, attitudes and learning need. *Woman and Birth*.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.02>

Philpott, LF. (2016). Paternal postnatal depression: How midwives can support families. *British Journal of Midwifery* 24 (7)

Reilly, N., Black, E., Chambers, G.M., Schmied, V., Matthey, S., Farrell, J.,...Austin, M.P. (2013). A comparative effectiveness trial of two models of perinatal integrated psychosocial assessment: the pipa-project. *BMC Pregnancy and Childbirth*. DOI: 10.1186/s12884-017-1354-0

Rollans, M., Schmied, V., Kemp, L., Meade, T. (2013). We just ask some questions... 'the process of antenatal psychosocial assessment by midwives. *Midwifery* 29, 935-42

Royal College of Obstetricians and Gynecologists (2011) *Good practice No.14 management of woman with mental health issues during pregnancy and the postnatal period*.
<https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/good-practice-14>

Stahelin, K., Kurtha, E., Schindler, C., Schmid, M., Zemp, E. (2013). Predictors of early postpartum mental distress in mothers with midwifery home care, results from a nested case-control study. *The European journal of medical science*. DOI:10.4414/smw.2013.13862

Teeffelen, A.S., Nieuwenhuijze, M., Korstjens, I. (2011). Woman want proactive psychosocial support from midwives during transition to motherhood: a qualitative study. *Midwifery* 27 (1), 122-127

Terrazas, C., Segre, L.S., Wolfe, C. (2018). Moving beyond depression screening: integrating perinatal depression treatment into OB/Gyn practices. *Primary Health Care Research & Development*.
<https://doi.org/10.1017/S1463423618000099>

The Royal College of Midwives (2015). Caring for woman with mental health problems. *Standard and competency framework for specialist maternal mental health midwives*. <https://www.rcm.org.uk>

Van Damme, R., Van Parys, A.S., Vogels, C., Roelens, K., Lemmens, G. (2018). *Richtlijn als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad, screening en detectie van perinatale mentale stoornissen*

Vliegen, N., Casalin, S., Luyten, P. (2014). The course of postpartum depression: a review of longitudinal studies. *Harvard Review of Psychiatry*. DOI: 10.1097/HRP.000000000000013