

# Perinatale thuisbehandeling; ggz in verbondenheid met het gezin

R. Evrard, K. Plasmans, I. Mestdagh, V. Wyckaert, H. Peeters

- Achtergrond** Eén op vijf (aanstaande) moeders kampt met perinatale mentale gezondheidsproblemen. Deze zijn geassocieerd met een verhoogde kans op opname van de moeder en ontwikkelingsproblemen bij het pasgeboren kind. Vroegtijdige interventie leidt doorgaans tot volledig herstel. Thuisbehandeling Moeder&Baby maakt sinds 2018 deel uit van een getrappt zorgsysteem vanuit de Moeder-Baby-Eenheid (MBE) in PZ Bethanië.
- Doel** Het belang van thuisbehandeling duiden als behandelvorm binnen de perinatale geestelijke gezondheidszorg.
- Methode** Expliciteren hoe thuisbehandeling Moeder&Baby vanuit PZ Bethanië wordt ingezet binnen het regionaal perinataal zorgpad ggz.
- Resultaten** Perinatale thuisbehandeling is een toegankelijke behandelvorm die als doel heeft om opname zo veel mogelijk te vermijden. Ze brengt parent-infantpsychotherapie aan huis en heeft zo impact op de gehechtheidsrelatie tussen een moeder en haar baby. Door de nauwe samenwerking met het eigen steunnetwerk en de zorgpartners in de eerste en tweede lijn verzekert thuisbehandeling continuïteit in zorg, op maat van het gezin.
- Conclusie** Gespecialiseerde perinatale thuisbehandeling lijkt een waardevolle behandelvorm waarbij specifieke expertise vanuit een gespecialiseerde ggz-partner in het gezin en het zorgnetwerk wordt geïmplementeerd.

Het belang van mentaal welzijn in de zorg voor (aanstaande) moeders en hun pasgeboren kind wordt steeds meer erkend. Naar schatting krijgt één op de vijf vrouwen mentale gezondheidsproblemen tijdens de peripartumperiode, de periode van zwangerschap tot één jaar na de bevalling.<sup>1</sup> Deze problemen leiden niet alleen tot een verhoogde maternele morbiditeit en mortaliteit, maar hebben ook een beduidende impact op de ontwikkeling en de gezondheid van het kind.<sup>2,3</sup> Vroegdetectie en -interventie gaan veelal gepaard met volledig herstel van de moeder-babydyade en dragen bij tot intergenerationele groei.<sup>4</sup> Toch blijft de drempel groot en vinden jonge gezinnen moeizaam de weg naar de (gespecialiseerde) hulpverlening.<sup>1</sup>

## Historie en huidige perinatale ggz

In 1948 werden voor het eerst moeders samen met hun pasgeboren kind opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis in Groot-Brittannië. Frankrijk en België volgden dit voorbeeld in respectievelijk 1979 en 1985. Inmiddels zijn er wereldwijd verschillende moeder-baby-eenheden (MBE), waaronder 22 in Groot-Brittannië, 17 in Frankrijk en 2 in Vlaanderen.<sup>5</sup>

De ervaring en expertise die over de jaren ontwikkeld werden, speelden een belangrijke rol in het verder vormgeven van het zorglandschap. Zo leidde een

resolutie in het Vlaams Parlement (2015) betreffende 'de vroegtijdige detectie en behandeling van de postnatale depressie' in 2018 tot het uitrollen van een valide screenings- en detectieprogramma, regionale zorgpaden en de oprichting van het Vlaamse Expertise Netwerk Perinatale Mentale Gezondheid (VENPMG). De beleidsaanbevelingen die vervolgens in 2021 door het VENPMG werden geformuleerd, schetsen de voorwaarden voor kwalitatieve perinatale mentale gezondheidszorg.<sup>6</sup> De gespecialiseerde perinatale mentale gezondheidszorg in Vlaanderen is opgebouwd uit 5 modules: poliklinische zorg, thuisbehandeling, liaison, dagbehandeling en opname. Deze zorgmodules worden aangestuurd door gespecialiseerde perinatale geestelijke gezondheidspartners op de tweede en derde lijn: de Moeder-Baby-Eenheden (Karus te Gent en Bethanië te Zoersel), de centra perinatale psychiatrie (UZ Gent en UPC KU Leuven) en verschillende centra geestelijke gezondheidszorg. Perinatale thuisbehandeling was tot voor kort een ontbrekende zorgmodule in ons werkgebied (Antwerpen, Limburg en Vlaams-Brabant) en wordt vanaf januari 2024 uitgerold in alle Vlaamse regio's. Perinatale thuisbehandeling wordt in veel landen op verschillende manieren georganiseerd. Om een beter zicht te krijgen op wat de huidige klinische praktijkvoering precies inhoudt, zochten we relevante literatuur in

## AUTEURS

**Reyka Evrard**, tijdens het schrijven van dit artikel: kinder- en jeugdpsychiater in opleiding; thans: kinder- en jeugdpsychiater, CGG Andante.

**Kristiaan Plasmans**, psychiater, Moeder-Baby-Unit, Psychiatrisch ziekenhuis Bethanië, Zoersel.

**Irmgard Mestdagh**, psychiater, Psychiatrisch ziekenhuis Bethanië, Zoersel.

**Véronique Wyckaert**, klinisch psycholoog, Moeder-Baby-Unit, Psychiatrisch ziekenhuis Bethanië, Zoersel.

**Helga Peeters**, coördinator project Perinatale Mentale Gezondheid Provincie Antwerpen, Psychiatrisch ziekenhuis Bethanië, Zoersel.

## Correspondentie

R. Evrard (reyka.evrard@andante.be).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 23-1-2024.

## Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2024;66(4):209-212

PubMed, Web of Science en PsycINFO. We gebruikten hiervoor de volgende zoektermen: 'perinatal psychiatric disorder', 'perinatal mental health' AND 'perinatal mental health team', 'home treatment' en 'home visiting'. Na screening op basis van titel en abstract werden in totaal 27 artikelen gevonden.

Het merendeel van de gevonden artikelen gaan over de implementatie van screeningprogramma's of veerkrachtgerichte interventies in de reeds bestaande zorgprogramma's in de eerste lijn.<sup>7-9</sup> In één ander artikel wordt de kortdurende en intensieve follow-up door een mobiel crisisteam bij acute perinatale geestelijke gezondheidsproblemen belicht.<sup>10</sup>

Slechts in één artikel legt men de focus op de perinatale thuisbehandeling en beschrijft de ervaringen van moeders die werden gevolgd door zogenaamde specialist perinatal community mental health teams in Engeland.<sup>11</sup>

Hoewel de concrete organisatie niet omschreven wordt, zijn deze multidisciplinaire teams gericht op de psychotherapeutische behandeling van matige tot ernstige perinatale mentale gezondheidsproblemen, met oog voor de moeder-kindrelatie, en in nauwe samenwerking met de verschillende zorgpartners en MBE.<sup>12</sup>

In dit artikel beschrijven we de zorgmodule thuisbehandeling Moeder&Baby vanuit PC Bethanië en trachten we vanuit onze eigen ervaring en de literatuur een antwoord te formuleren op de vraag: Wat zijn kansen, maar ook uitdagingen van gespecialiseerde perinatale thuisbehandeling binnen een regionaal zorgpad? We zijn ons ervan bewust dat de thuisbehandeling Moeder&Baby stoelt op een specifieke zorgorganisatie in de eigen regio en dat ook de implementatie in een andere werkregio verder onderzoek verdient.

## Geïntegreerd verklaringsmodel voor parent-infant mental health

Psychische klachten in de peripartumperiode verwijzen niet uitsluitend naar een psychiatrisch ziektebeeld, maar zijn vaak sterk verweven met psychosociale en

existentiële thema's, typerend voor een nieuwe levensfase en de vaak heftige ervaring van het ouderschap.<sup>13</sup> Theoretische denkkaders zoals *The motherhood constellation*, *the ghosts and angels in the nursery* en de *infant mental health*-visie bieden belangrijke aanknopingspunten voor de behandeling (zie **tabel 1**).<sup>14, 15</sup>

## Tabel 1. Theoretische denkkaders in parent-infant mental health

Stern schetst in zijn boek *The motherhood constellation* (1995) belangrijke veranderingen in het denken van (aanstaande) ouders over (de noden en relatie met) het kind en diens rol als ouder. Bezorgdheden hieromtrent gaan veelal gepaard met een verminderd mentaal welzijn.<sup>14</sup>

De *ghosts and angels in the nursery* verwijzen naar het theoretisch denkkader van respectievelijk Fraiberg en Lieberman waarin de negatieve vroegkinderlijke ervaringen en de warme verbondenheid tussen een ouder en de eigen ouders zich herhalen binnen de gehechtheidsrelatie met het eigen kind.<sup>15</sup> Perinatale mentale gezondheidszorg omvat ook de zorg voor de moeder-kinddyade en het zich ontwikkelende kind met zijn eigen temperament zoals beschreven in de *infant mental health*-visie.<sup>16</sup> Wanneer processen van onderlinge afstemming en coregulatie door kind-, ouder- of omgevingsfactoren bemoeilijkt worden, komen de gehechtheidsrelatie en het vertrouwen in eigen ouderschap onder druk te staan.

Het is hierbij van belang om het concept van de *good enough parent* van Winnicott in het achterhoofd te houden.<sup>17</sup> Elke ouder-kindrelatie kent immers momenten van goede en minder goede afstemming en beide zijn noodzakelijk voor de ontwikkeling van het kind.

Dit in tegenstelling tot de zogenaamde *adverse childhood experiences* en de aanwezigheid van toxische stress (langdurige stress in afwezigheid van zorgzame veilige relaties of *bufferprocessen*) die geassocieerd zijn met belangrijke gezondheidsproblemen op korte en lange termijn.<sup>18</sup>

De behandeling van perinatale mentale gezondheidsproblemen is veelzijdig en de interventies zijn gericht op elk van volgende ingangspoorten: de psychiatrische symptomen, ouderlijke stress, eventuele kindfactoren en de moeder-kinddyade. Naast medicamenteuze interventies en psychologische behandeling van de moeder is er ook ruim aandacht voor een therapeutische behandeling die het mentaliseren van de ouder over de baby bevordert: de zogenaamde parent-infantpsychotherapie. Deze therapie bundelt verschillende behandelstrategieën die het coreguleren versterken met als doel de gehechtheidsrelatie te herstellen.

## Thuisbehandeling Moeder&Baby

### Zorginhoud

Thuisbehandeling Moeder&Baby vanuit PC Bethanië biedt multidisciplinaire en specialistische derdelijnsbehandeling aan huis voor (aanstaande) moeders, medeouders en hun pasgeboren baby. Hierbij verschilt de invulling wezenlijk van een regulier mobiel team dat de behandeling van het psychiatrisch ziektebeeld van de moeder als voornaamste doel heeft. Thuisbehandeling Moeder&Baby brengt de expertise vanuit een gespecialiseerde perinatale ggz-partner aan huis en beoogt parent-infantpsychotherapie in het thuisklimaat te realiseren. Daarbij bedient men zich van specifieke methodieken zoals mindfulness met de baby, *speaking for the baby*, video-interactiebegeleiding en babymassage. Deze methodieken hebben als doel de verwondering over en de band met de baby te versterken en het mentaliseren over de baby te bevorderen.<sup>19-21</sup>

De keuze voor de module thuisbehandeling hangt af van de voorkeur van de moeder of het systeem zoals bijvoorbeeld het niet gescheiden willen zijn van de oudere kinderen, de aanwezigheid van een steunend netwerk of problemen op meerdere domeinen. Verder zijn de relatieve zorgzwaarte en/of een ongeschiktheid voor een open groepsklimaat in de module (dag)opname bepalend voor de keuze. Wanneer thuisbehandeling haalbaar is, kunnen we vroeg ingrijpen in het thuisklimaat en wordt een opname mogelijk vermeden.

### Zorgorganisatie

Moeder&Baby te Zoersel biedt sinds 2018 de zorgmodule thuisbehandeling aan met een potentiële caseload van 96 jonge gezinnen per jaar. Gedurende een periode van 4 maanden worden wekelijks contactmomenten van 2 uur aan huis georganiseerd door eenzelfde hulpverlener van het multidisciplinaire team (psychiatrisch verpleegkundige, vroedvrouw of psycholoog). Er zijn daarnaast regelmatig contactmomenten met de psychiater.

### Kwaliteitsbewaking

Om de therapeutische processen binnen thuisbehandeling Moeder&Baby op een systematische manier te toetsen, hanteren we de volgende meetinstrumenten:

- de *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), een screeningsvragenlijst gebaseerd op zelfrapportage die het risico op een postnatale depressieve en/of angststoornis duidt.
- De *Mothers' Object Relations Scale* (MORS-sf), voor het inventariseren van de ervaren warmte/intrusie in de ouder-kindrelatie, de beleving van jonge ouders en het mentale beeld dat zij vormen over de gedachten, gevoelens en intenties van de baby.
- De Bayley-III-NL, om een beeld te krijgen van de ontwikkeling van het kind.<sup>22-24</sup>

Het wekelijks multidisciplinaire overleg baseren we steeds op deze klinische schalen en het parent-infant mental health-model om het therapeutisch proces op een gestandaardiseerde manier te bespreken. We delen de perinatale thuisbehandeling op in een opstartfase, een behandel fase en een afrondende fase en structureren deze met 2 trajectbesprekingen in open dialoog met de moeder en het systeem. Als uitgangspunt voor deze trajectbespreking vragen we aan de moeder en de medeouder om vooraf een aantal voorbereidende vragen te beantwoorden. Zowel hulpvragers als hulpverleners waarderen het samen spreken met de ouders over de voorbije periode, de voortgang, het formuleren van nieuwe doelstellingen en het betrekken van eigen steun- of professioneel netwerk in het behandel- en nazorgtraject als erg waardevol.

## Kansen, beperkingen en uitdagingen van perinatale thuisbehandeling

### Kansen

Gegeven het prille ouderschap is een opname ver van huis vaak een intrusieve en ingrijpende ervaring.<sup>25</sup> Daarom is thuisbehandeling een waardevolle aanvulling, aangezien ze afgestemd wordt op maat en behoefte van een jong gezin, geheel passend binnen de principes van de vermaatschappelijking van zorg.<sup>9-11</sup>

De huidige literatuur benoemt 'voldoende aandacht voor de perinatale context en de specifieke expertise in parent-infant mental health' als een belangrijke meerwaarde in de perinatale hulpverlening.<sup>10,11</sup> Bovendien biedt de verankering van perinatale thuisbehandeling in het aanbod van gespecialiseerde perinatale ggz-partners naast expertisedeling ook de mogelijkheid tot het op- en afschalen van zorg in afstemming met het systeem. Vanuit de klinische praktijk en de literatuur leren we dat perinatale thuisbehandeling de drempel naar gespecialiseerde zorg verlaagt en zorg biedt aan kwetsbare gezinnen die voordien moeilijker bereikt werden vanuit (gespecialiseerde) hulpverlening.<sup>16</sup> Hulpverleners komen aan huis en krijgen bijgevolg een unieke kijk in het leven van deze jonge gezinnen; de systeemdynamieken, het steunnetwerk en de bestaande protectieve factoren. Dit zijn alle waardevolle ingangspunten voor behandeling en het biedt hulpverleners de kans om ook het netwerk bij behandeling te betrekken.

## Beperkingen

Hoewel perinatale thuisbehandeling gericht is op behandeling van matige tot ernstige perinatale mentale gezondheidsproblemen, is deze behandelvorm niet altijd toereikend om tegemoet te komen aan de zorgnoden van jonge gezinnen. Het belang van samenwerking met (semi)residentiële zorgmodules is essentieel: enerzijds door het intensiever therapeutisch aanbod dat onder andere non-verbale therapie en lotgenotencontact omvat en anderzijds door de veilige, steunende en zorgende omgeving die een (dag)opname creëert voor de moeder en het zich ontwikkelende kind.<sup>25</sup>

Verder wordt in de literatuur ook gesproken over de wachttijd als belangrijke beperking van perinatale thuisbehandeling.<sup>11</sup> Hoewel het opstarten van de zorgmodule thuisbehandeling Moeder&Baby een belangrijke capaciteitsuitbreiding met zich meebrengt (caseload 96 per jaar in vergelijking met een caseload van 56 per jaar voor de modules (semi)residentiële behandeling), blijft de zorgvraag actueel groter dan het aanbod. Voldoende capaciteit is essentieel om snel antwoord te bieden op zorgvragen en dus de kans op psychische aandoeningen bij het opgroeiend kind te verminderen.

In de literatuur benoemen moeders tot slot continuïteit in zorg over een langere periode als waardevol. Perinatale thuisbehandeling is daarentegen steeds kortdurend en richt zich op de perinatale periode.<sup>11</sup>

## Uitdagingen voor de toekomst

In de klinische praktijk moeten we vaststellen dat moeders vaak gemonitord worden door generalistische zorgpartners in eerste en tweede lijn (denk aan mobiel crisisteam, Kind en Gezin en huisarts). Bovendien worden deze zorgpartners vaak actief betrokken in de behandeling met oog op de continuïteit van zorg. Deze verscheidenheid aan zorgpartners ervaren jonge gezinnen veelal als intrusief en overweldigend. Goede samenwerkingsverbanden en coördinatie tussen de perinatale thuisbehandelaar en verschillende zorgpartners zijn dus belangrijk.<sup>10,11</sup> In deze coördinatie en afstemming kunnen regionale zorgpaden een rol spelen. Bovendien bieden ze de bijkomende mogelijkheid van expertisedeling vanuit gespecialiseerde perinatale ggz-partners over de verschillende lijnen, zowel intra- als extramuraal.

Tot slot willen we benadrukken dat er meer wetenschappelijk onderzoek nodig is om een beter zicht te krijgen op:

- de effectiviteit van gespecialiseerde perinatale thuisbehandeling;
- de impact van cultuur- en gendersensitief werken;
- de beleving van de patiënten;
- de precieze indicatiestelling voor thuisbehandeling;
- de verhouding met andere zorgmodules en
- de vereiste zorgcapaciteit.

Hoewel we vanuit PC Bethanië vooralsnog geen sociodemografische patiëntgegevens of behandelresultaten kunnen presenteren, hopen we in de toekomst via systematisch onderzoek bij te dragen aan evidencebased behandeling van perinatale mentale gezondheidsproblemen.

## CONCLUSIE

Het is belangrijk om de zorg voor een jong gezin dat onder druk komt te staan ten gevolge van mentale gezondheidsproblemen bij de moeder, zo dicht mogelijk bij het gezin te organiseren en separatie van de moeder-kinddyade en het gezin te vermijden. Perinatale thuisbehandeling versterkt bestaande protectieve omstandigheden en bouwt verder op zowel het eigen steunnetwerk als de goede zorgen van de eerste en de tweede lijn.

Door de nauwe samenwerking met de zorgpartners in de eerste en de tweede lijn kan de nodige zorgcontinuïteit geborgd worden en ontstaat er een gedeelde expertise. Op basis van de beschikbare literatuur en de eigen klinische ervaring is perinatale thuisbehandeling een waardevolle behandelvorm binnen het perinataal zorgpad.

## LITERATUUR

- 1 Van Damme R, Van Parys A-S, Vogels C, e.a. Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen: richtlijn als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-04/Richtlijn-perinatale-gezondheid.pdf>.
- 2 Vliegen N, Casalin S, Luyten P. The course of postpartum depression: a review of longitudinal studies. *Harv Rev Psychiatry* 2014; 22: 1-22.
- 3 Stein A, Pearson RM, Goodman SH, e.a. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet* 2014; 384: 1800-19.
- 4 Poobalan AS, Aucott LS, Ross L, e.a. Effects of treating postnatal depression on mother-infant interaction and child development: systematic review. *Br J Psychiatry* 2007; 191: 378-86.
- 5 Connellan K, Bartholomaeus C, Due C, e.a. A systematic review of research on psychiatric mother-baby units. *Arch Womens Ment Health* 2017; 20: 373-88.
- 6 Werkgroep Traject Perinatale Mentale Gezondheid. Aanbevelingen tot Vlaamse visie en prioriteiten ter ondersteuning van Perinatale Mentale Gezondheid. Vlaams Expertise Netwerk Perinatale Mentale Gezondheid; 2021. [https://zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-11/Rapport%20PMG\\_1.pdf](https://zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-11/Rapport%20PMG_1.pdf).
- 7 Greve RA, Braarud HC, Skotheim S, e.a. Feasibility and acceptability of an early home visit intervention aimed at supporting a positive mother-infant relationship for mothers at risk of postpartum depression. *Scand J Caring Sci* 2018; 32: 1437-46.
- 8 Horowitz JA, Murphy CA, Gregory K, e.a. Nurse home visits improve maternal/infant interaction and decrease severity of postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2013; 42: 287-300.
- 9 Tabb KM, Bentley B, Pinerros Leano M, e.a. Home visiting as an equitable intervention for perinatal depression: a scoping review. *Front Psychiatry* 2022; 13: 826673.
- 10 Rubio L, Lever Taylor B, Morant N, e.a. Experiences of intensive home treatment for a mental health crisis during the perinatal period: A UK qualitative study. *Int J Ment Health Nurs* 2021; 30: 208-18.
- 11 Lever Taylor B, Kandiah A, Johnson S, e.a. A qualitative investigation of models of community mental health care for women with perinatal mental health problems. *J Ment Health* 2021; 30: 594-600.
- 12 Royal College of Psychiatrists. College Report CR232: 'Perinatal mental health services: Recommendations for the provision of services for childbearing women'. 2021.
- 13 O'Mahen H, Fedock G, Henshaw E, e.a. Modifying CBT for perinatal depression: what do women want?: a qualitative study. *Cogn Behav Pract* 2012; 19: 359-71.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.