

Rapport 65

Juli 2026

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

Onderzoeker: Leonie Miserez¹
Promotor: prof. dr. Annick Bogaerts¹
Copromotor: dr. Leontien Jansen^{1,2}

¹Departement Ontwikkeling en Regeneratie, REALIFE-onderzoeksgroep, KU Leuven

²Departement Neurowetenschappen, Onderzoeksgroep Maatschappelijke Geestelijke Gezondheidszorg, KU Leuven

Samenvatting (download hier het [rapport](#))

Situering en doelstellingen

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

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

De doelstellingen van dit project waren dan ook als volgt:

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

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

Methodologie

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

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

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

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

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

Belangrijkste resultaten

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

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

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

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

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

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

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

Conclusie

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

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

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

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

