

PATH

evaluatie rapport



Inhoudstafel

Inhoud	2	
PerinAtal menTal Health (PATH) Partnership	5	
Auteurs van het rapport	9	
Dankwoord	10	
Afkortingenlijst	11	
Glossarium	12	
Legende	12	
Samenvatting	13	
Introductie	15	
01	Het Path Project	16
02	Methode Evaluatie	21
Informatieverzameling	22	
Vragenlijsten	23	
Impact van COVID-19-pandemie	25	
Werkpakket 1 – online services	25	
— WP1.1 Multimediacampagne	25	
— WP1.2 Onlineservices – hulpverleners en werkgevers	26	
— WP1.3 Onlineservices – (aanstaande) ouders	26	
Werkpakket 2 – Face-to-Face services	27	
— WP 2.1 Face-to-face services – (aanstaande) ouders	27	
— WP2.2 Face-to-face services – hulpverleners	27	
— WP2.3 Face-to-face services – peer supporters	28	
Analyse van de gegevens	29	
Evaluatie Frankrijk	29	

PATH in enkele cijfers	31
PATH Output 1: Multimediacampagne om bewustzijn te verhogen en om PMI te de-stigmatiseren	33
— Vlaanderen, België	33
— Nederland	35
— Verenigd Koninkrijk	36
— Samenvatting output 1	37
PATH Output 2: een set van online hulpmiddelen voor hulpverleners en werkgevers	38
— Vlaanderen, België	38
— Nederland	40
— Verenigd Koninkrijk	41
— Samenvatting output 2	43
PATH Output 3: een nieuw multimedia, internationaal steunplatform om nieuwe families te helpen om ouderlijk bewustzijn te creëren en om PMI te herkennen, voorkomen en verhelpen	44
— Vlaanderen, België	44
— Nederland	46
— Verenigd Koninkrijk	47
— Samenvatting output 3	49
PATH Output 4: een set van steun sessies voor nieuwe families	50
— Vlaanderen, België	50
— Nederland	51
— Verenigd Koninkrijk	53
— Samenvatting output 4	55
PATH Output 5: face-to-face training: cursus voor hulpverleners	56
— Vlaanderen, België	56
— Nederland	58
— Verenigd Koninkrijk	60
— Samenvatting output 5	61
PATH Output 6: peer support training en een netwerk van intergenerationele ondersteuningsgroepen	62
— Vlaanderen, België	62
— Nederland	64
— Verenigd Koninkrijk	64
— Samenvatting output 6	65
Verslag Frankrijk	66
— Introduction	66
— Recently published data	67
— Actions	68

Samenwerking	72
Evaluatie	73
Reflectie	73
COVID-19	75
Publicaties en presentaties	76
— Publicaties	76
— Slotconferentie	79
Duurzaamheid	81

Referenties	85
Bijlages	87
PATH Output 1: Multimediacampagne om bewustzijn te verhogen en om PMI te destigmatiseren	88
— Bijlage 1.1 – Vlaanderen, België	88
— Bijlage 1.2 – Nederland	92
— Bijlage 1.3 – Verenigd Koninkrijk	96
PATH Output 2: een set van online hulpmiddelen voor hulpverleners en werkgevers	100
— Bijlage 2.1 – Vlaanderen, België	100
— Bijlage 2.2 – Nederland	103
— Bijlage 2.3 – Verenigd Koninkrijk	105
PATH Output 3: een nieuw multimedia, internationaal steunplatform om nieuwe families te helpen om ouderlijk bewustzijn te creëren en om PMI te herkennen, voorkomen en verhelpen	108
— Bijlage 3.1 – Vlaanderen, België	108
— Bijlage 3.2 – Nederland	112
— Bijlage 3.3 – Verenigd Koninkrijk	116
PATH Output 4: een set van steun sessies voor nieuwe families	120
— Bijlage 4.1 – Vlaanderen, België	120
— Bijlage 4.2 – Nederland	124
PATH Output 5: face to face training cursus voor hulpverleners	128
— Bijlage 5.1 – Vlaanderen, België	128
— Bijlage 5.2 – Nederland	130
PATH Output 6: peer supporter training en een netwerk van intergenerationele steungroepen	133
— Bijlage 6.1 – Vlaanderen, België	133

PerinAtal menTal Health (PATH) Partnership

PATH is een consortium dat over de landsgrenzen heen gaat, bestaande uit 13 organisaties komende vanuit het Verenigd Koninkrijk, Nederland, Frankrijk en België. Het PATH-project werd goedgekeurd en gefinancierd door het EU Interreg 2 Zeeën programma (Sociale Innovatie – 2019-2022), met cofinanciering door het Europese Regionale Ontwikkelingsfonds (ERDF). Het project zou vier jaar lopen vanaf 2019 tot 2022, maar werd omwille van de COVID-19 pandemie verlengd tot en met 2023.

The Health and Europe Centre, Lead Partner, Kent, UK



PATH-partner Health And Europe Centre, een sociale onderneming, is een ervaren partner in door Europa gefinancierde projecten. De kennis en ervaring wordt ingezet om allerlei gezondheidsorganisaties in Europa te ondersteunen.

Het centrum biedt verschillende samenwerkings- en leermogelijkheden en heeft meer dan tien jaar ervaring met het aanvragen, beheren en uitvoeren van door de EU gefinancierde gezondheidsprojecten. Hierbij wordt intensief samengewerkt met collega's uit andere landen.

Devon Mind, Project Partner, Plymouth, UK



Devon Mind strijdt voor geestelijke gezondheid in Devon. Devon Mind is een onafhankelijke liefdadigheidsinstelling voor geestelijke gezondheid aangesloten bij de Britse National Mind Association. Zij geven advies, informatie en ondersteuning aan iedereen in Devon die een psychisch probleem heeft. Ze voeren ook campagne om lokale ondersteunende diensten te verbeteren, het bewustzijn te vergroten en het begrip van geestelijke gezondheid in Devon te bevorderen.

Southampton City Council, Project Partner, Southampton, UK



SCC werkt in strategisch partnerschap samen met de regering, regionale overheidsinstanties, het bedrijfsleven, de academische wereld, maatschappelijke diensten en burgers om inkomende investeringen en groei veilig te stellen, grote ontwikkelingen te stimuleren, bedrijven te ondersteunen en vaardigheden en werkgelegenheid te vergroten door middel van sociale innovatie.

Het 'Employment Support Team' van SCC biedt hulp, advies en begeleiding aan mensen met een handicap of meervoudige, complexe behoeften bij het vinden van duurzaam werk of een opleiding. Om vrouwen te ondersteunen met, of met een risico op, lichte perinatale psychische aandoeningen, werken de caseworkers samen met de plaatselijke diensten voor geestelijke gezondheidszorg.

Odisee Hogeschool, Project Partner, St. Niklaas, BE



Odisee Hogeschool biedt in totaal 25 bacheloropleidingen aan voor meer dan 10.000 studenten, verspreid over 6 campussen in Vlaanderen. Het onderzoek binnen de cluster Gezondheidszorg is verdeeld over zes speerpunten: voeding, ouderenzorg, actieve buurten en levensstijlinterventies, zorginnovatie, perinatale en familiale zorg en onderwijsmodules van de toekomst. Het PATH-project is gekoppeld aan het speerpunt perinatale en familiale zorg waarbij de onderzoeksexpertise van de opleiding Vroedkunde op vlak van gezondheidspromotie, mobiele applicaties, online hulpverlening en ondersteuning van ouders met een premature of zieke baby wordt ingebracht.

Kent County Council, Project Partner, Maidstone, UK



KCC is de provinciale overheid welke 12 districten en 300 gemeentes omvat.

De afdeling volksgezondheid van KCC heeft ervaring met het in opdracht geven en coördineren van gezondheid bevorderende diensten voor preventie en ondersteunen

van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen, en van het evalueren en beheren van de diensten in het graafschap. Zij adviseren ook lokale gezondheids- en sociale commissarissen over het verbeteren van de resultaten voor gezondheid en welzijn.

**Institute of Health Visiting, Project Partner,
Emsworth, UK**



IHV geeft voorrang aan de gezondheid van de baby en streeft naar verbetering van die gezondheid. Daar ligt de focus van IHV, een onafhankelijke liefdadigheidsinstelling en beroepsorganisatie.

Uitgangspunt van IHV is dat een gezonde ouder en een gezonde ouder-kindrelatie de basis vormt voor een goede geestelijke gezondheid van het kind gedurende het hele leven: fysieke gezondheid is niet mogelijk zonder geestelijke gezondheid.

**Kent and Medway NHS and Social Care Partnership
Trust, Project Partner, Maidstone, UK**



Kent and Medway NHS and Social Care Partnership Trust (KMPT) biedt een scala aan geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg aan ongeveer 1,8 miljoen mensen in Kent en Medway.

De KMPT Perinatal Mental Health Community Service (PMHCS) is gespecialiseerd in de beoordeling, diagnose en behandeling van vrouwen met matige tot ernstige geestelijke gezondheidsproblemen voor, tijdens en na de zwangerschap. In het verlengde hiervan wordt geestelijke gezondheidszorg geboden op de Rosewood Mother and Baby Unit, de regionale opnameafdeling. Deze gezondheidsdienst biedt multidisciplinaire input, met evidence-based praktijken waaronder psychologische therapieën, ondersteuning en interventies voor vrouwen en hun gezinnen in de perinatale periode.

AP Hogeschool, Evaluatie Partner, Antwerpen, BE



AP Hogeschool is een hogeschool in Antwerpen die praktijkgericht en vernieuwend onderzoek doet en zodoende bijdraagt aan de samenleving en het onderwijs. Het onderzoeksteam van de bacheloropleiding vroedkunde is actief in verschillende lopende onderzoeksprojecten en projecten wetenschappelijk onderzoek, die aansluiten bij het thema van PATH: maternale life balance tijdens de transitie naar het ouderschap, perinatale geestelijke gezondheidszorg en verloskundige zorg bij zwangere vrouwen in een kwetsbare situatie. De opleiding heeft een eigen community hub (Nova Vida) en organiseert gratis activiteiten en workshops voor Antwerpse vrouwen en hun partners. De activiteiten zijn gericht op het vinden, vaststellen en behouden van gezondheid en een optimale levensbalans voor vrouwen in alle stadia in hun levensloop, dit door middel van informatieverstrekking en ondersteuning, ook door lotgenoten. PATH sluit aan bij de

overtuiging dat gedeelde kennis, expertise en ervaringen een gedeelde kracht zijn. AP Hogeschool ontving bijkomende financiering van de provincie Antwerpen om te kunnen deelnemen aan het PATH- project ter ondersteuning van het emotioneel welbevinden van jonge ouders in de provincie Antwerpen.

**Bournemouth University, Project Partner,
Bournemouth, UK**



Bournemouth University is één van de top universiteiten ter wereld en bekroond met de Queen's Anniversary Prize for Higher Education. Het PATH-projectteam valt onder de faculteit Wetenschap en Technologie, die beschikt over geavanceerde apparatuur voor VR-, AR- en gametechnologieën met capaciteit om eigen software te ontwikkelen voor onderzoek en innovatie.

**Vzw Gehechtheid in Ontwikkeling,
Project Partner, Antwerpen, BE**



Vzw GiO, Gehechtheid in Ontwikkeling, werd opgericht om op maatschappelijk en politiek vlak te sensibiliseren in het belang van een warme en veilige gehechtheidsband tussen ouders en jonge kinderen.

Doel van vzw GiO is het ontwikkelen van initiatieven die een blijvende attitudeverandering rond de fundamentele voorwaarden voor een optimale vroege ontwikkeling bevorderen. Dit gebeurt door opleiding en vorming, laagdrempelige behandelinitiatieven en research.

Maasstad Ziekenhuis, Project Partner, Rotterdam, NL



Het Maasstad Ziekenhuis is één van de zeven Santeon ziekenhuizen in Nederland. Regionaal werkt het Maasstad Ziekenhuis samen in het [Verloskundig Samenwerkingsverband \(VSV\) Rotterdam-Zuid](#). In het VSV zijn, naast het Maasstad Ziekenhuis, ook het Ikazia Ziekenhuis, 8 Kraamzorgorganisaties en 26 Verloskundige praktijken vertegenwoordigd. Het VSV werkt verder nauw samen met de verschillende Centra van Jeugd en Gezin welke verspreid door de stad en de omliggende dorpen locaties hebben.

**EPSM Lille Métropole – WHO Collaborating Centre,
Project Partner, Lille, FR**



WHOCC, een dienst van de Lille-Métropole Public Mental Health Organisation, is één van de 48 in geestelijke gezondheid gespecialiseerde WHO Collaborating Centres in de wereld en het enige in Frankrijk.

Voor de periode 2022-2026 is het WHOCC aangewezen om op de volgende vier pijlers te werken: (1) De WHO helpen om goede praktijken in gemeenschapsdiensten voor geestelijke gezondheid te bevorderen en te documenteren; (2) Het WHO-programma voor de evaluatie van kwaliteit en respect voor de rechten van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen in Frankrijk en in Franstalige landen ondersteunen en ontwikkelen; (3) De WHO helpen om de deelname van gebruikers en burgers aan diensten voor geestelijke gezondheid, onderzoek en opleiding te bevorderen; (4) Bijdragen aan de kennis en ontwikkeling van e-mental health als innovatieve technologie.

**Karel de Grote Hogeschool, Project Partner,
Antwerpen, BE**



KdG Hogeschool is een katholieke hogeschool in Antwerpen met ongeveer 13.500 studenten en ongeveer 1.400 werknemers.

KdG Hogeschool doet praktijkgericht onderzoek in verloskunde en verpleegkunde, met als doel de professionalisering van deze velden door de ontwikkeling, implementatie & valorisatie van praktische interventies in het werk werkveld en de maatschappij. Een specifieke onderzoekslijn richt zich op het verbeteren van de kennis en positie van perinatale zorg binnen de eerstelijnszorg in Vlaanderen.

KdG beschikt over een uitgebreid netwerk van zowel regionale als landelijke beroepsverenigingen, ziekenhuizen, eerstelijns zorgorganisaties, evenals patiëntenorganisaties.

Auteurs van het rapport

Prof. dr. Y. Kuipers – Projectleider evaluatie – AP Hogeschool Antwerpen

Mrs. C. Brosens – Evaluatie partner – AP Hogeschool Antwerpen

Drs. L. Van den Branden – Evaluatie partner – AP Hogeschool Antwerpen

Drs. R. Bleijenbergh – Evaluatie partner – AP Hogeschool Antwerpen

Mrs S. Rimaux – Evaluatie partner – AP Hogeschool Antwerpen

Dankwoord

Onze dank gaat bovenal uit naar alle (toekomstige) ouders, partners, werkgevers, zorgverleners, peer supporters, ... voor hun tijd en inzet om de trainingen van PATH bij te wonen en de verschillende vragenlijsten van de evaluatie in te vullen. We willen graag alle projectpartners bedanken voor hun inzet, enthousiasme, samenwerking, het ontwikkelen van mooie en waardevolle producten en activiteiten en voor hun constructieve bijdrage aan de datacollectie voor het evalueren van dit project. Als laatste willen we graag onze projectleider Sophie McGannan van het Health and Europe Centre bedanken voor haar eindeloze enthousiasme, steun en de coördinatie van het project.



NB: Een deel van alle projectpartners zijn afgebeeld op bovenstaande foto.

Alle verdere foto's opgenomen in het rapport, zijn met toestemming van de personen afgebeeld.

Afkortingenlijst





- 2 Seas – 2 Seas Mers Zeeën
- BE - België
- BRS - Brief Resilience Scale
- DLQ - Depression Literacy Questionnaire
- DSS - Depression Stigma Scale
- EPDS - Edinburgh Postnatal Depression Scale
- EPSM - l'Établissement Public de Santé Mentale
- FR - Frankrijk
- GAD-2 - Generalized Anxiety Disorder 2-item
- GiO - Gehechtheid in Ontwikkeling
- GSE - General Self-Efficacy Scale
- HEC - Health and Europe Centre
- HRA - Health Research Authority
- IHV - Insititute of Health Visiting
- KCC - Kent County Council
- KdG Hogeschool - Karel de Grote Hogeschool
- KMPT - Kent and Medway NHS and Social Care Partnership Trust
- MAAS - Maternal Antenatal Attachment Scale
- MHSAS - Mental Health Seeking Attitude Scale
- MHSIS - Mental Health Seeking Intention Scale
- MPAS - Maternal Postnatal Attachment Scale
- NHS - National Health Services
- PAAS - Paternal Antenatal Attachment Scale
- PATH - PerinAtal menTAl Health
- PIMMHS - Professional Issues in Maternal Mental Health Scale
- PMHCS - Perinatal Mental Health Community Service
- PMI - Perinatal Mental Illness
- PPAS - Paternal Postnatal Attachment Scale
- PSP GGZ - Praktijkspecialist Perinatale Geestelijke Gezondheidszorg
- RSES - Rosenberg Self-Esteem Scale
- SCC - Southampton City Council
- SPSS - Statistical Package for Social Sciences
- UA - Universiteit van Antwerpen
- UGent – Universiteit Gent
- UK - United Kingdom / het Verenigd Koninkrijk
- VBOV - Vlaamse Beroepsorganisatie voor Vroedvrouwen
- VOKA - Vlaamse Ondernemers Kamers Alliantie
- VR - Virtual Reality
- VSV - Verloskundig Samenwerkingsverband
- WHO - World Health Organisation
- WHOCC WHO - Collaborating Centre For Research and Training in Mental Health

Glossarium

- 2 Seas Mers Zeeën – regio waarin het project zich situeerde, rond de Noordzee en het Kanaal.
- Coping – de manier waarop iemand met problemen en stress omgaat
- Peer support(ers) – iemand met eenzelfde of vergelijkbare ervaring als de persoon die de ondersteuning krijgt of nodig heeft die emotionele en informatieve ondersteuning verleent. De peer supporter is niet noodzakelijkerwijs een professional, eerder een ervaringsdeskundige.
- Perinataal – periode rond de geboorte, vanaf de laatste weken zwangerschap tot de eerste weken postpartum
- Postpartum – periode na de bevalling
- Prenataal – periode voor de geboorte, tijdens de zwangerschap
- Virtual Reality - een door de computer gegenereerde omgeving met scènes en voorwerpen die levensecht lijken



Legende

-  Er werd een positief effect aangetoond op basis van de voor- en nameting van de evaluatie.
-  Er werd geen verschil gezien tussen de voor- en de nameting van de evaluatie.
-  Er werd een negatief effect aangetoond op basis van de voor- en de nameting van de evaluatie.
-  Er waren geen metingen of onvoldoende respondenten om een effect aan te tonen.

Samenvatting

Een zwangerschap of baby brengt een grote aanpassing en verantwoordelijkheid met zich mee. Onderzoek toont aan dat 1 op 5 vrouwen in de 2 Seas regio kampt met depressieve klachten en/of angstgevoelens tijdens de zwangerschap en het eerste jaar postpartum (1). Dit was de directe aanleiding voor het Europese PATH-project. Vanaf de aftrap in 2019 zijn allerlei initiatieven ondernomen om aanstaande en kersverse ouders een hart onder de riem te steken. Dit gebeurde met de focus op hulp bij de fysieke, sociale en mentale voorbereiding op de vele veranderingen die een nieuw gezin met zich meebrengt.

Binnen het Europese PATH-project is een rijk aanbod aan tools en cursussen ontwikkeld voor ouders, professionals en werkgevers. Al deze initiatieven richten zich op het zo goed mogelijk voorbereiden van ouders op de emotionele achtbaan van het ouderschap. Bij het PATH-consortium zijn dertien partners uit Frankrijk, Vlaanderen (België), Nederland en het Verenigd Koninkrijk betrokken. PATH is eind maart 2019 van start gegaan en heeft via het internationale Interreg 2 Seas-programma meer dan 8 miljoen euro Europese financiering gekregen. Iedereen binnen dit project voelde de nood om rond perinatale mentale gezondheid te werken en vooral heel wat enthousiasme om mooie resultaten te bekomen.

Één van de belangrijke aspecten van het project was de ontwikkeling van een online digitaal platform, [de online hub](#). Deze biedt een schat aan informatie om zowel families als professionals op gebied van perinatale mentale gezondheid te ondersteunen. Het platform bestaat uit heel wat informatie, online tools, e-learnings en links naar trainingen. Daarnaast werden ook face-to-face-trainingen ontwikkeld voor verschillende doelgroepen in de vier verschillende landen.

Al deze tools en trainingen werden in kaart gebracht aan de hand van hun inhoud en deelnemers van de doelgroepen en verschillende output werden geëvalueerd met voor- en nametingen. Door de metingen konden we beschrijven wat de socio-demografische gegevens van respondenten waren, alsook depressieve klachten, stigma omtrent perinatale mentale gezondheid, kennis over depressie, angstgevoelens,...



Door middel van deze evaluatie kunnen we concluderen dat enkele trainingen en tools een mooi resultaat opleverden en zo de vooropgestelde doelstellingen behaald hebben, zoals bijvoorbeeld: het verminderen van depressieve klachten, reduceren van stigmatisering en kennis en bewustwording vergroten.

Algemeen was dit PATH-project een mooie opportuniteit om perinatale mentale gezondheid op de kaart te zetten binnen de vier verschillende landen. Er werd duidelijk ingezet op de noden van (aanstaande) ouders en professionals, hieruit werden heel wat bruikbare, vernieuwende en kennis verbredende tools en trainingen ontwikkeld.

Introductie



Zwangerschap en ouderschap zijn grote levensgebeurtenissen, waarin zowel fysieke als emotionele veranderingen zich voordoen. Hoewel de periode voor en rond de geboorte van hun kind door de meeste mensen als een leuke, spannende tijd wordt ervaren, is het voor anderen ook vaak een stressvolle periode, voor de ene al wat ernstiger dan voor de andere. Prenatale stress heeft vaak als oorzaak het veranderen van het lichaam en psychologische veranderingen, maar ook de aanstaande bevalling, aanpassingen op familiaal, financieel en beroepsgebied kunnen stress met zich meebrengen (1–5).

Psychische problemen die zich voordoen tijdens de zwangerschap, kunnen als voorspeller optreden voor het ontwikkelen van een postpartumdepressie (6–8). Postpartumdepressie is één van de meest gekende aandoeningen die vallen onder de noemer PMI. PMI heeft invloed op zowel de moeder, haar kind, de familie en bijgevolg de hele maatschappij. Tijdens de eerste duizend dagen van het kind (vanaf zwangerschap tot en met 2 jaar), wordt de basis van het verdere leven gelegd, op gebied van hechting, sociale en emotionele ontwikkeling. “Als we ervoor zorgen dat onze kinderen een goede start krijgen, creëren we een gezondere maatschappij,” zegt Binu Singh, kinderpsychiater verbonden aan het Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven (9).

Daarnaast blijkt het moederschap een grote impact te hebben op de life balance van moeders. Hiermee wordt de balans tussen werk, gezinsleven, fysieke en mentale gezondheid bedoeld. Een positieve life balance is nodig om je fysiek, emotioneel en sociaal gezond te voelen (10). Een verminderde life balance wordt in verband gebracht met verminderd emotioneel welbevinden (11).

In de 2 Seas regio is er al redelijk wat bekendheid rond ernstige vormen van PMI. De verschillende landen hebben een verschillende aanpak voor de problematiek, maar toch blijft de prevalentie van de problematiek ongewijzigd en blijken er grote groepen mensen met milde en matige klachten. De percentages PMI in de vier partnerlanden zijn vergelijkbaar en al jaren onveranderd, terwijl die in andere delen van Europa aanzienlijk lager liggen. Afzonderlijke landen zijn er niet in geslaagd het probleem met succes aan te pakken. Een bredere aanpak kan helpen door te leren van elkaar, ervaringen uit te wisselen en te leren wat mogelijks in een bepaalde regio werkt, ook bruikbaar en relevant kan zijn voor een andere regio. Het samenbrengen van de verschillende expertise, over landsgrenzen heen, kan een oplossing zijn om de milde en matige klachten van PMI meer onder de aandacht te brengen en hiervoor de juiste oplossingen aan te bieden.

01

Het PATH Project

01

“Het PATH project werd door middel van co-creatie ontwikkeld om tegemoet te komen aan de gemeenschappelijke behoefte van de vier partnerlanden om PMI meer onder de aandacht te brengen en een oplossing te bieden aan personen met milde en matige klachten.”

Het project is een landsgrensoverschrijdend partnerschap met 7 partners uit het Verenigd Koninkrijk (HEC, Devon Mind, SCC, KCC, IHV, KMPT, Bournemouth University), 1 partner uit Nederland (Maasstad Ziekenhuis), 1 partner uit Frankrijk (EPSM Lille Métropole) en 4 partners uit Vlaanderen (België) (AP Hogeschool Antwerpen, Odisee Hogeschool, vzw GiO, KdG Hogeschool). Naast de projectpartners zijn er ook nog 24 observerende, op afstand betrokken partners: 5 in Vlaanderen, 7 in Frankrijk, 5 in Nederland, 5 in het Verenigd Koninkrijk, 1 in Griekenland en 1 in de Verenigde Staten. Het project ging van start in februari 2019 en liep tot en met december 2022.

PATH wilde een bijdrage leveren aan het voorkomen van milde en matige vormen van PMI en het doelmatig kunnen screenen en succesvol ondersteunen van vrouwen, families en hulpverleners met betrekking tot PMI. Hiervoor werd een holistische aanpak voor ogen gesteld, uitgewerkt in twee werkpakketten, bestaande uit zes verschillende outputs. Deze outputs bestonden uit verschillende trainingen en interventies die ontwikkeld werden binnen PATH. Hieronder vindt u een overzicht van de werkpakketten met bijhorende outputs. De verschillende partners hebben aan elke output een eigen invulling gegeven, gebaseerd op de lokale context en noden, met input van de andere partners. Een gedetailleerd overzicht van de verschillende interventies en trainingen per land, zijn te vinden bij het hoofdstuk resultaten en ervaringen.

De algemene doelstellingen van het PATH-project die behaald werden zijn:

- Het ontwikkelen van een inclusieve, holistische gezondheidsstructuur: vraag-gestuurd en in samenwerking met bestaande patiënten en aanstaande/nieuwe ouders
- De ondersteuning aan ouders vóór de geboorte bij de voorbereiding op hun nieuwe rol
- Dankzij de verschillende tools van PATH, waaronder anonieme online diensten, kregen vrouwen toegang tot steun op een manier die hen het beste past
- De vaardigheden van gezondheidswerkers zijn verbeterd, zodat zij PMI doeltreffend kunnen behandelen
- Een nieuwe multimedia internationale support hub is ontwikkeld, inclusief gaming en avatars, om gezinnen te helpen bij het ontwikkelen van bewustzijn & het herkennen, voorkomen en overwinnen van PMI
- Wetenschappelijk geëvalueerde PMI-trainingen (voortbouwend op de best beschikbare evidentie) om de kennis te vergroten en zorgverleners/werkgevers/ouders bij te scholen zijn ontwikkeld en aangeboden
- Een multimediacampagne om PMI onder de aandacht te brengen en te destigmatiseren
- Peer support voor nieuwe gezinnen, het vergroten van zelfredzaamheid via de bredere gemeenschap en sociale netwerken
- Zorg/ondersteuning vanuit de gemeenschap en digitale hulpmiddelen bij het monitoren van PMI zijn aangeboden
- Tools voor hulp en ondersteuning aan (aanstaande) ouders, (student)zorgverleners, werkgevers en het brede publiek zijn aangeboden
- Een collectief begrip van PMI werd gecreëerd binnen de 4 deelnemende regio's
- Een systeem-brede oplossing met een groot bereik

Deze overkoepelende doelstellingen werden verwezenlijkt binnen twee werkpakketten.

Het **eerste werkpakket** had als doel om nieuwe, duurzame online diensten te ontwerpen, aan te leveren en te implementeren met als doel milde en matige klachten van PMI vroegtijdig te herkennen en voorkomen en het mentale welzijn van nieuwe gezinnen te ondersteunen. Dit werd uitgevoerd aan de hand van drie outputs.

- **Output 1: Multimediacampagne om bewustzijn te verhogen en om PMI te destigmatiseren:**

Binnen de eerste output werd via een multimediacampagne bewustwording, erkenning, preventie en destigmatisering van perinatale mentale gezondheid bereikt. Dit in eerste plaats bij (aanstaande) ouders, maar ook bij het brede publiek. De verschillende partnerlanden hebben dit op verschillende manieren aangepakt.

De doelgroep van de multimediacampagne bestond uit zwangere en pas bevallen vrouwen, hun partners, familie, vrienden en bijgevolg de hele maatschappij.

— **Output 2: Een set van online hulpmiddelen voor hulpverleners en werkgevers:**

Binnen deze output werd een set van online hulpmiddelen ontwikkeld, met als doel de bekendheid van PMI te vergroten om hulpverleners en werkgevers te helpen sneller PMI te herkennen en PMI te destigmatiseren.

De doelgroep van deze online hulpmiddelen zijn hulpverleners en werkgevers die in aanraking komen met zwangere en pas bevallen vrouwen en hun familie.

— **Output 3: Een multimedia, internationaal steunplatform om nieuwe families te helpen om ouderlijk bewustzijn te creëren en om PMI te herkennen, voorkomen en verhelpen:**

Het doel van deze output is om een nieuwe, online multimedia hub te ontwikkelen, testen en implementeren waarop jonge gezinnen de nodige hulp kunnen vinden om bekendheid rond PMI te vergroten, PMI te voorkomen en eventueel te behandelen.

De doelgroep van deze hub zijn zwangere en pas bevallen vrouwen, hun partners en familie, hulpverleners en werkgevers die in aanraking komen met zwangere vrouwen en bijgevolg de hele maatschappij.

Het **tweede werkpakket** had als doel om nieuwe, duurzame face-to-face interventies te ontwikkelen, aanleveren en implementeren. Deze face-to-face interventies hebben als doel om bewustwording rond PMI te verhogen, PMI te voorkomen en het ondersteunen van het mentaal welbevinden van nieuwe en jonge gezinnen.

Gezien de COVID-19 pandemie, is een deel van deze outputs gedeeltelijk online georganiseerd, om zo te voldoen aan de plaatselijk geldende coronamaatregelen.

— **Output 4: Ondersteunende sessies voor nieuwe/jonge gezinnen:**

Het doel van deze output was om een reeks live sessies te ontwikkelen, uitvoeren en implementeren om jonge gezinnen te ondersteunen. Door voorbereid ouderschap te promoten in deze sessies, wilde het project bewustwording rond PMI verhogen, ouders helpen PMI sneller te herkennen en te voorkomen en zo PMI te verminderen. Tevens had deze output als doel om de zelfeffectiviteit van ouders te verhogen, ouders te ondersteunen sneller hulp te zoeken, veerkracht te verhogen en perinatale hechting te bevorderen.

De doelgroep van deze output bestond uit zwangere en pas bevallen vrouwen en hun partners.

— **Output 5: Face-to-face training cursus voor hulpverleners:**

Het doel van deze output was om een reeks live sessies te ontwikkelen, uitvoeren en implementeren om (student) hulpverleners die in aanraking komen met jonge gezinnen,

te ondersteunen. Deze sessies hadden als doel om het zelfvertrouwen van (student) hulpverleners omtrent het herkennen van PMI, door te verwijzen waar nodig en gesprekken voeren rond PMI te verhogen.

De doelgroep van deze output bestond uit (student) hulpverleners die in aanraking komen met jonge gezinnen.

— **Output 6: Peer supporttraining en een netwerk van intergenerationele steungroepen:**

Het doel van deze output was om een training te ontwikkelen, uitvoeren en implementeren voor peer supporters van nieuwe gezinnen en om een netwerk van intergenerationele ondersteuning in de gemeenschap te ontwikkelen. Hiermee wilde het project inzetten om getrainde peer supporters te creëren die zich voldoende zeker voelen om in interactie te gaan met jonge gezinnen en PMI te herkennen en de jonge gezinnen door te verwijzen waar nodig.

Deze doelgroep bestond uit mensen uit de directe omgeving van jonge gezinnen die zich kunnen opstellen als (ondeskundige) peer supporter.

02

Methodie Evaluatie

02

De evaluatiemethode en manier waarop de gegevens verzameld werden, werd bepaald aan de hand van de verschillende te behalen outputs die vooropgesteld waren in dit project. De evaluatiemethode werd voorgesteld op de verschillende crossborder meetings en steeringgroup meetings aan het begin van het project om draagvlak te creëren binnen de alle PATH-groep. Via online vragenlijsten werden de verschillende outputs te geëvalueerd in de verschillende doelgroepen: (i) (aanstaande) moeders en hun (ii) partners (vaders, co-ouders, co-moeders), (iii) werkgevers, (iv) zorgverleners en (v) peer supporters (peers of buddies). Ethische goedkeuring werd verleend (SHW_19_34) door de UA op 9 oktober 2019 en informatie werd verzameld van november 2019 tot juli 2022.

Voor het Verenigd Koninkrijk werden aparte ethische goedkeuringen verleend door het HRA op 09 september 2021 (IRAS project ID: 297553) en op 13 mei 2022 (IRAS project ID: 308882)

Informatieverzameling

De gegevens werden verzameld in Nederland, Vlaanderen en het Verenigd Koninkrijk. Werving van de respondenten vond plaats via de netwerken van het project en de project partners en de observerende partners, studenten verloskunde, posters, banners, flyers, websites, sociale media (bijv. Twitter®, LinkedIn®, Facebook®, Instagram®), studiedagen, conferenties, lokale initiatieven op het gebied van geestelijke gezondheid en media (kranten, lokale tv en radio) en tijdens de activiteiten van de project partners, dit door de partners zelf. Links en QR-codes naar de vragenlijsten werden door de projectpartners en observerende partners verspreid. De personen van de verschillende doelgroepen namen vrijwillig deel aan de vragenlijst, konden op elk moment hun

deelname beëindigen en gaven vooraf toestemming via een online formulier voor geïnformeerde toestemming.

De gegevens werden verzameld voor en na het gebruik van een door PATH ontwikkelde interventie of training (aan de hand van een voor- en nameting). Er werd gebruik gemaakt van bestaande, gevalideerde vragenlijsten in de Engelse en Nederlandse taal, geassocieerd met het hoofdthema "perinatale geestelijke gezondheid en welzijn" en de bijbehorende outputs. Door consequent gebruik te maken van dezelfde vragenlijsten bij de verschillende doelgroepen kunnen effectieve vergelijkingen van de uitkomsten worden gemaakt. Van elke doelgroep werden socio-demografische en persoonlijke gegevens verzameld, gebaseerd op eerder onderzoek dat is uitgevoerd om determinanten en effecten van meerdere (interacterende) interventies en interventiecomponenten te bestuderen (12–15).

Vragenlijsten

Hieronder kan een overzicht teruggevonden worden van de gebruikte vragenlijsten in de verschillende doelgroepen en werkpakketten:

- De **Whooley** vragenlijst screent naar de aanwezigheid van depressieve symptomen. De vragenlijst bestaat uit 2 vragen die beantwoord worden met ja of nee. Een positief antwoord op minimaal 1 vraag wordt als een positieve test beschouwd (16).
- De **EPDS** screent naar de mogelijke aanwezigheid van depressieve symptomen. De vragenlijst bestaat uit 10 items met 4 antwoordmogelijkheden (0–3), waaruit de respondent het antwoord kiest dat het dichtst aanleunt bij hoe hij of zij zich voelde in de afgelopen week. De score heeft een range van 0 tot 30, hoe hoger de score, hoe meer kans op het ontwikkelen van depressieve symptomen (17).
- De **GAD-2** is een korte en eenvoudig uit te voeren screeningstool voor gegeneraliseerde angststoornissen. De vragenlijst bestaat uit 2 vragen die peilen naar angstgevoelens van de respondent in de afgelopen 2 weken. Er bestaan 4 antwoordmogelijkheden gaande van 0 (helemaal niet) tot 3 (bijna elke dag). Een score op beide vragen van 3 of meer wordt als een positieve test beschouwd (18).
- De **DSS** meet attitudes van mensen ten aanzien van depressie. De vragenlijst is opgedeeld in 2 keer 9 items waarbij het eerste deel gaat over de mate waarin mensen zelf stigmatiserende attitudes hebben ten aanzien van mensen met een depressie (persoonlijk stigma). Het tweede deel van de vragen gaat over mate waarin mensen denken dat anderen in de samenleving stigmatiserende attitudes hebben ten aanzien van mensen met een depressie (sociaal stigma). Het betreft een 5-punts Likertschaal, met een range van 18 tot 90 voor de volledige schaal en 9 tot 45 voor de subschalen. Een hogere totaalscore wijst op hogere mate van stigmatiseren (19).
- De **DLQ** meet de kennis omtrent depressie en bestaat uit 22 items die waar of niet waar zijn. De respondent kan elk item scoren met één van volgende drie opties: waar, niet

waar of weet niet. Elk juist antwoord levert één punt op. Hogere scores wijzen op een hogere kennis van mentale gezondheid met betrekking tot depressie (19,20).

- De **MAAS** is een zelfrapportage vragenlijst bestaande uit 19 items voor de beoordeling van de moeder-kind binding tijdens de prenatale periode. Elke vraag wordt gescoord van 1 tot 5, waarbij hogere scores een sterkere hechting weergeven. De totaalscore wordt berekend door de som van alle items te bepalen, deze varieert van 19 tot 95 (21).
- De **MPAS** is een zelfrapportage vragenlijst bestaande uit 19 items voor de beoordeling van de moeder-kind binding in de postnatale periode. Elke vraag wordt gescoord van 1 tot 5, waarbij hogere scores een sterkere hechting weergeven. De totaalscore wordt berekend door de som van alle items te bepalen, deze varieert van 19 tot 95 (22).
- De **PAAS** is een zelfrapportage vragenlijst bestaande uit 16 items voor de beoordeling van de vader-kind binding in de prenatale periode. Elke vraag wordt gescoord van 1 tot 5, waarbij hogere scores een sterkere hechting weergeven. De totaalscore wordt berekend door de som van alle items te bepalen, deze varieert van 19 tot 80 (21).
- De **PPAS** is een zelfrapportage vragenlijst bestaande uit 19 items voor de beoordeling van de vader-kind binding in de postnatale periode. Elke vraag wordt gescoord van 1 tot 5, waarbij hogere scores een sterkere hechting weergeven. De totaalscore wordt berekend door de som van alle items te bepalen, deze varieert van 19 tot 95 (23).
- De **BRS** is ontwikkeld om de mate van veerkracht te beoordelen. De 5 stellingen worden beantwoord aan de hand van een Likertschaal van 1 (helemaal niet mee eens) tot en met 5 (helemaal mee eens). Hoe hoger de score hoe meer veerkracht (24).
- De **MHSAS** meet de algemene evaluatie van de respondenten met betrekking tot het zoeken van hulp van een professional in de geestelijke gezondheidszorg als ze geconfronteerd werden met een mentale gezondheidsklacht. De vragenlijst bestaat uit 9 items die gescoord kunnen worden van 1 tot en met 7. Een hogere score duidt op een positievere houding ten opzichte van het zoeken van hulp (25).
- De **MHSIS** meet de intentie van respondenten om hulp te zoeken van een professional in de geestelijke gezondheidszorg als ze een psychisch probleem zouden hebben. Het meetinstrument bestaat uit 3 items die gescoord kunnen worden van 1 tot en met 7. Een hogere score wijst op een grotere intentie om hulp te zoeken (26).
- De **RSES** is een 10-item schaal die globale eigenwaarde/zelfwaardering meet door zowel positieve als negatieve gevoelens te bevragen. Alle items worden beantwoord aan de hand van een Likertschaal van 1 (helemaal mee eens) tot en met 4 (helemaal mee oneens). Bij de analyse werden de scores van items 2, 5, 6, 8 en 9 omgekeerd. De scores van alle items werden opgeteld en hogere scores wijzen op een hoger gevoel van eigenwaarde (27).
- De **PIMMHS** is een 10-item vragenlijst die de opleidingsbehoefte van zorgverleners in de geboortezorg identificeert aangaande de maternale mentale gezondheid. De respondent kiest uit de antwoordmogelijkheden: sterk oneens – oneens – eens – sterk mee eens (28).
- De **GSE** is een 10-item vragenlijst die de maat van zelfeffectiviteit meet (zelfrapportage). De 10 vragen worden gescoord aan de hand van een Likertschaal van 1 (volledig onjuist)

tot en met 4 (volledig juist). De totaalscore wordt berekend door de som van alle items te bepalen. Voor de GSE varieert de totaalscore tussen 10 en 40, waarbij een hogere score op meer zelfredzaamheid duidt (29).

** Deze werden niet allemaal tegelijkertijd ingezet, maar gericht op de verschillende outputs in de verschillende werkpakketten en activiteiten.*

Impact van COVID-19-pandemie

Bij de start van de COVID-19 pandemie (2020) werden vier vragen omtrent de impact van COVID-19 toegevoegd aan de verschillende vragenlijsten. De volgende stellingen werden weergegeven waarbij de participanten deze konden scoren van 1 (geen impact) tot en met 10 (hoge impact). Van deze scores werden steeds de gemiddeldes weergegeven.

- Het coronavirus heeft een effect op mijn gedachten.
- Het coronavirus heeft een effect op mijn gemoedstoestand (welbevinden, mentale gezondheid).
- Het coronavirus heeft een effect op mijn gedrag.
- Het coronavirus heeft een effect op mijn lichamelijke gezondheid.

Werkpakket 1 – online services

Duurzame onlinediensten ontwerpen, leveren en implementeren om de herkenning en preventie van perinatale mentale gezondheid te vergroten en het mentale welzijn van nieuwe gezinnen te ondersteunen.

- **Doelstellingen:**
 1. Bewustmaking van PMI (bij alle belanghebbenden)
 2. Herkennen, voorkomen, omgaan met, en (zelf)beheren van PMI (bij (aanstaande) moeders: alle vrouwen, vrouwen die kwetsbaar zijn voor PMI en vrouwen met PMI)
 3. De-stigmatiseren van PMI (inclusief zelfstigma en sociaal stigma en discriminatie/ etikettering) (bij alle belanghebbenden)
 4. Succesvolle terugkeer naar het werk van moeders na zwangerschapsverlof of (vroegtijdige) succesvolle terugkeer na afwezigheid van verlof
 5. Bereiken van 600.000 relevante mensen in de regio van Interreg 2 Seas
- **WP1.1 Multimediacampagne**

Een multimediacampagne ontwikkelen, testen en uitrollen om PMI meer bekendheid te geven, de stigmatisering ervan tegen te gaan en voorbereid ouderschap te bevorderen.

EVALUATIE OUTPUTS:

1. Bewustwording van PMI
2. Erkenning en preventie van PMI
3. De-stigmatisering van PMI
4. Aantal bereikte personen

DOELGROEP:

- Zwangere vrouwen
- Postpartum vrouwen (tussen 6 weken en 1 jaar postpartum)
- Partners (van zwangere/postpartum vrouwen)
- **WP1.2 Online services – hulpverleners en werkgevers**

Ontwikkelen, testen en aanbieden van een reeks online hulpmiddelen voor hulpverleners en werkgevers.

EVALUATIE OUTPUTS:

1. Bewustwording van PMI
2. Erkenning van PMI
3. De-stigmatisering van PMI

DOELGROEP:

- Hulpverleners (bv.: vroedvrouwen, verpleegkundigen, artsen, ...)
- Werkgevers
- **WP1.3 Online services – (aanstaande) ouders**

Ontwikkelen, testen en uitrollen van een nieuw online en internationaal steunpunt om nieuwe gezinnen te helpen bij het ontwikkelen van ouderbewustzijn en bij het herkennen, voorkomen en overwinnen van PMI.

EVALUATIE OUTPUTS:

1. PMI onder de aandacht brengen
2. PMI herkennen
3. PMI de-stigmatiseren
4. PMI voorkomen en/of verminderen

DOELGROEP:

- Zwangere vrouwen
- Postpartum vrouwen (tussen 6 weken en 1 jaar postpartum)
- Partners (van zwangere/postpartum vrouwen)

Werkpakket 2 – Face-to-Face services

Nieuwe, duurzame face-to-face diensten ontwerpen, leveren en uitvoeren om de herkenning en preventie van PMI te vergroten en het mentaal welzijn van nieuwe gezinnen te ondersteunen.

— WP 2.1 Face-to-face services – (aanstaande) ouders

Een cursus ondersteuningssessies voor 4000 nieuwe gezinnen in gemengde groepen van zwangere vrouwen en ouders ontwerpen, testen, en inbedden.

DOELSTELLINGEN:

1. Verhogen van de zelfredzaamheid van de moeder en haar partner tijdens de zwangerschap
2. Verhogen van de zelfredzaamheid van de moeder en haar partner tijdens het vroege ouderschap
3. Verhogen van het bewustzijn en erkenning van PMI (symptomen) door de moeder en haar partner
4. Verhogen van het bewustzijn van moeder en haar partner over de impact van PMI op de (nieuwe) gezinseenheid
5. Verhogen van het hulpzoekend gedrag van de moeder voor PMI
6. Verhogen van de perinatale hechting (prenataal en postnataal)
7. Toenemen van de veerkracht ervaren door de moeder en haar significante naaste
8. Verminderen van PMI, gezinsstress en ouderschapsstress

EVALUATIE-UITKOMSTEN:

1. Zelfredzaamheid van ouders
2. Erkenning van PMI
3. PMI-niveaus
4. Veerkracht
5. Aantal bereikte mensen

DOELGROEP:

- Zwangere vrouwen
- Postpartum vrouwen (tussen 6 weken en 1 jaar postpartum)
- Partners (van zwangere en postpartum vrouwen)

— WP2.2 Face-to-face services – hulpverleners

Ontwikkeling, testen en uitrollen van face-to-face opleidingscursussen voor hulpverleners.

DOELSTELLINGEN:

1. Toename van zelfvertrouwen bij professionals in het herkennen van PMI (symptomen)
2. Toename van zelfvertrouwen bij professionals in het doorverwijzen naar relevante ondersteuning
3. Toename in herkenning van PMI door professionals
4. Toename in het aanbieden van ondersteuning en ondersteunende middelen door professionals
5. Toename in vertrouwen voelen in het voeren van gesprekken over PMI door professionals
6. Toename van zelfredzaamheid van professionals

EVALUATIE-UITKOMSTEN:

1. Zelfvertrouwen van zorgverleners in het herkennen van PMI (symptomen)
2. Zelfvertrouwen in zorgprofessionals in het doorverwijzen naar de relevante ondersteuningsbronnen
3. Zelfvertrouwen in het voeren van gesprekken over PMI
4. Getrainde zorgprofessionals
5. Aantal bijeenkomsten

DOELGROEP:

- Hulpverleners (bv.: vroedvrouwen, verpleegkundigen, artsen, ...)

— **WP2.3 Face-to-face services – peer supporters**

Ontwikkelen, testen, uitrollen en verankeren van opleidingen voor peer supporters en een netwerk van intergenerationele gemeenschapsondersteuning.

EVALUATIE-UITKOMSTEN:

1. Zelfvertrouwen bij peer supporters in het herkennen van PMI (symptomen)
2. Zelfvertrouwen bij peer supporters in het doorverwijzen naar relevante ondersteuningsbronnen
3. Getrainde peer supporters
4. Persoonlijke contacten met (aanstaande) ouders
5. Aantal gemeenschapsnetwerken/groepen

DOELGROEP:

- Peer supporters

Analyse van de gegevens

SPSS® versie 25.0 is gebruikt om de gegevens te analyseren. Beschrijvende analyses worden uitgevoerd met betrekking tot socio-demografische of persoonlijke gegevens en scores van de respectievelijke vragenlijsten (prevalentiecijfers). De resultaten worden beschrijvend weergegeven binnen elk sub-werkpakket per land.

Evaluatie Frankrijk

Aangezien de Franse partner pas later ingestroomd is in het project, was het niet mogelijk om aan te sluiten aan de evaluatiemethode zoals die hierboven beschreven werd. De Franse partner heeft de evaluatie van hun interventies en trainingen zelf uitgevoerd en hier een verslag van geschreven. Dit verslag werd bij het hoofdstuk Resultaten en ervaringen ([Verslag Frankrijk](#)) opgenomen.

03

Resultaten en ervaringen

03

PATH in enkele cijfers

- Meer dan 50 miljoen mensen binnen de algehele populatie bereikt met de multimediacampagne
- Meer dan 440 werkgevers bereikt met informatie en trainingen
- Meer dan 7700 (aanstaande) moeders die gebruik hebben gemaakt van de PATH online tools
- Meer dan 7000 zorgverleners en werkgevers bereikt met informatie en trainingen
- Meer dan 450 peer supporters bereikt
- Meer dan 150.000 bezoekers op de online hub
- Meer dan 30.000 mensen bereikt met PATH-special van het VROEG-magazine

De resultaten worden nu besproken per output en per land. De belangrijkste resultaten van de voor- en nametingen worden hier weergegeven. Voor meer informatie en beschrijvende analyses kunnen de bijlages geraadpleegd worden.



Overkoepelend voor alle gerealiseerde outputs binnen PATH geldt dat iedereen welkom was zolang ze binnen de doelgroep vielen – dit ongeacht gender, afkomst, leeftijd, handicap ... De verschillende realisaties werden door de partners op verschillende manieren bekend gemaakt om zo de brede maatschappij te bereiken. Hiermee voldoen we aan voldoende doelstellingen:

- Includeren van verschillende culturen en gemeenschappen
- Gelijkheid en non-discriminatie garanderen bij de toegang tot de tools en diensten
- Selectie van deelnemers en gebruikers op niet-discriminerende basis

PATH Output 1: Multimediacampagne om bewustzijn te verhogen en om PMI te de-stigmatiseren.

In totaal bereikten we een aanzienlijk aantal mensen met de multimediacampagne binnen België, Nederland en het Verenigd Koninkrijk. Hieronder kan een overzicht van de multimedia campagne in de drie verschillende landen teruggevonden worden.

Vlaanderen, België

Deze campagne werd ontwikkeld en uitgevoerd door de KdG Hogeschool en werd gelanceerd in januari 2022. De multimedia campagne werd voornamelijk gevoerd via sociale media met gebruik van de [Instagram-pagina 'Mama ben je oke?'](#). Hierbij werd de strategie van 'paid media' toegepast en werden er advertenties gebruikt. Daarnaast werd er ook een artikel gepubliceerd in een populair online magazine voor (aanstaande) moeders. Via de campagne op Instagram werden getuigenissen van jonge ouders geplaatst, samen met inzichten uit eerder onderzoek, aangevuld met tips & tricks. Deze campagne was gericht op zwangere vrouwen, vrouwen in het eerste jaar na de bevalling, hun partners en de omgeving.



Het Instagram-account 'Mama ben je oke?' had 1040 volgers.



Instagram 'Mama ben je oke'

In Vlaanderen hebben 1506 (aanstaande) moeders en hun partners deelgenomen aan de **voormeting** van dit werkpakket. 92,1% waren (aanstaande) moeders, 7,9% waren partners. De helft van de deelnemers (51,5%) vulden de vragenlijst in tijdens de zwangerschap. Gemiddeld waren zij 24 weken zwanger. De deelnemers die de vragenlijst invulden na de bevalling (48,5%), deden dit gemiddeld 22 weken na de bevalling. Van de zwangere vrouwen die de voormeting invulden had één op drie een verhoogde kans op het ontwikkelen van depressieve klachten. Bij de vrouwen die de vragenlijst invulden na de bevalling, was dit ongeveer één op vijf. Bij de partners was er een verschil te zien tussen mannelijke en vrouwelijke partners. 12,8% van de mannelijke partners en 32,5% van de vrouwelijke partners hadden een verhoogde kans op het ontwikkelen van depressieve klachten. Naast de depressieve klachten werd er ook gekeken naar stigmatisering, zowel persoonlijk als sociaal stigma. In de voormeting werd vastgesteld dat het persoonlijk stigma lager ligt dan het sociaal stigma. Dit kan betekenen dat de deelnemers vinden dat ze zelf minder stigmatiserende gedachten hebben over bepaalde thema's ten opzichte van de algemene bevolking.

De **nameting** werd in Vlaanderen door 244 deelnemers ingevuld. De vragenlijst werd samen met de multimediacampagne verspreid. Opnieuw was het grootste deel van de deelnemers (aanstaande) moeders (92,2%). Van de zwangere vrouwen die de vragenlijst hebben ingevuld na het zien van de campagne, was de kans op het ontwikkelen van depressieve klachten hoger dan bij de vrouwen die de vragenlijst hadden ingevuld voor de campagne van start ging. De kans op het ontwikkelen van depressieve klachten bij moeders en partners in het eerste jaar na de bevalling, was ongewijzigd na het zien van de campagne.

Als we kijken naar de meting voor de campagne ten opzichte van de meting na de campagne zien we dat het stigmatiseren is gedaald. Daarnaast werd ook het luik 'erkenning en bewustwording' aangepakt met deze multimediacampagne. Dit bleek uit de vele reacties op de getuigenissen die gepost werden op de Instagram®-pagina 'Mama ben je oke':

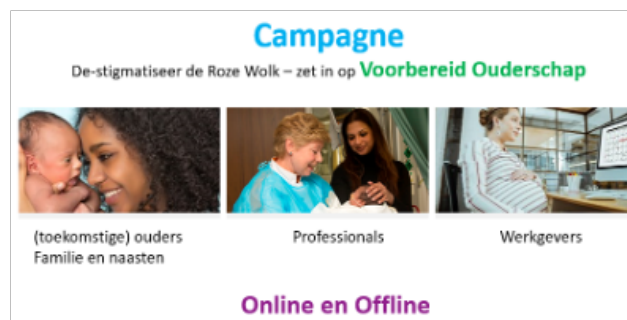
"Zo mooi verwoord en zo herkenbaar. Ben blij dat je het hebt ingestuurd want dat gaat veel mama's deugd doen om te zien dat ze niet alleen zijn met deze gevoelens, net zoals ik dat ervaar bij deze getuigenis."

"Het is oké als het even niet oké is. Zo belangrijk om je gevoelens te uiten, je open te stellen, zeker niet op te kroppen want het prille moederschap is te mooi om niet van te genieten!"

Voor meer informatie en beschrijvende analyses zie Bijlage 1.1 – Vlaanderen, België (tabel 1).

Nederland

De inhoud van de Nederlandse campagne werd ontwikkeld aan de hand van resultaten uit onderzoek, zoals literatuur, vragenlijsten, interviews, focusgroepen. Verschillende strategieën werden toegepast binnen deze multimediacampagne. Online werd er gewerkt via sociale media (Facebook®, Instagram®, LinkedIn®) en de website MattieClick. Daarnaast werd via een Plan-de-campagne een continue stroom van publicaties, persberichten, podcasts, radio-interviews en informatie gegenereerd voor het destigmatiseren van de roze wolk in de geboortezorg door mentale gezondheid bespreekbaar te maken. Een groot deel van deze producten zijn terug te vinden op de [online hub van Nederland](#). De campagne werd gelanceerd op 8 juni 2021.



In Nederland hebben 311 (aanstaande) moeders en hun partners deelgenomen aan de **voormeting** van dit werkpakket. 83,0% waren (aanstaande) moeders, de overige 17,0% waren partners. Iets meer dan de helft (55,6%) van de deelnemers vulden de vragenlijst in tijdens de zwangerschap. Zij waren gemiddeld 25 weken zwanger. Tijdens de zwangerschap was de kans op ontwikkelen van depressieve klachten ongeveer 1 op 3. Tijdens het eerste jaar na de bevalling was de kans ongeveer 1 op 5. Bij de partners was er een verschil te zien tussen mannelijke en vrouwelijke partners. 22,6% van de mannelijke partners en 36,4% van de vrouwelijke partners hadden een verhoogde kans op het ontwikkelen van depressieve klachten. Er werd vastgesteld dat het persoonlijk stigma hoger ligt dan het sociaal stigma. Dit kan betekenen dat de deelnemers vinden dat ze zelf meer stigmatiserende gedachten hebben over bepaalde thema's ten opzichte van de algemene bevolking.

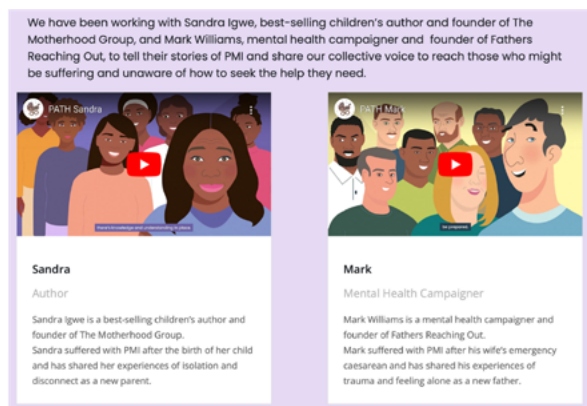
In Nederland hebben 166 (aanstaande) moeders en hun partners deelgenomen aan de **nameting** van dit werkpakket. Zij hebben de vragenlijst dus ingevuld nadat ze met de multimediacampagne in aanraking kwamen. Opnieuw bestond het grootste deel van de respondenten uit (aanstaande) moeders (92,8%). Ongeveer één op vijf van de vrouwen had een verhoogde kans op het ontwikkelen van depressieve klachten, zowel tijdens de zwangerschap als in het eerste jaar na de bevalling.

Hiermee lijkt het dat de kans op het ontwikkelen van depressieve klachten bij de vrouwen die de campagne hebben gezien dus lager ligt dan bij vrouwen die de campagne niet gezien hebben en is één van de doelstellingen van de multimediacampagne, namelijk depressieve klachten verminderen, behaald. Bij de partners werd geen verschil aangetoond. Als we kijken naar de meting voor de campagne ten opzichte van de meting na de campagne, zien we dat het stigmatiseren totaal, maar ook het persoonlijk stigma, is gedaald.

Voor meer informatie en beschrijvende analyses zie Bijlage 1.2 – Nederland (tabel 2).

Verenigd Koninkrijk

De multimediacampagne is gecreëerd en georganiseerd door KMPT in samenwerking met Four Health. Het bureau Four Health heeft de campagne ontwikkeld op basis van marktonderzoek omtrent de ervaringen van (aanstaande) ouders binnen het thema PMI. De campagne werd gelanceerd in mei 2021 en werd verspreid via verschillende kanalen: voornamelijk sociale media (online campagne Four Health), 250 apotheken (verspreiden PATH-apotheek-zakjes bij verkoop van geselecteerde babyproducten), 8 materniteiten (PATH-posters opgehangen), nieuwsbrieven, TV- en radio-interviews. Een groot deel van deze producten zijn terug te vinden op de [online hub van Verenigd Koninkrijk](#) – waaronder de [social media campagne met Sandra en Mark](#). In totaal zijn meer dan 40 miljoen mensen in het Verenigd Koninkrijk bereikt.



In het Verenigd Koninkrijk hebben 902 (aanstaande) moeders en hun partners deelgenomen aan de **voormeting** van dit werkpakket. De meeste hiervan waren moeders in het eerste jaar na hun bevalling. Bij de zwangere vrouwen was de kans op het ontwikkelen van depressieve gevoelens ongeveer 1 op 2. Bij de vrouwen in het eerste jaar na hun bevalling was die kans ongeveer 1 op 4. Er werd vastgesteld dat het persoonlijk stigma lager ligt dan het sociaal stigma. Ze schatten zichzelf dus minder stigmatiserend in ten opzichte van de algemene bevolking.

In het Verenigd Koninkrijk hebben 247 (aanstaande) moeders en hun partners deelgenomen aan de **nameting** van dit werkpakket. Zij hebben de vragenlijst dus ingevuld nadat ze de multimediacampagne hebben gezien. Ook deze respondenten waren voornamelijk (aanstaande) moeders. Binnen deze output kon er geen effect van de multimediacampagne op het verminderen van depressieve klachten worden aangetoond. Ook op het gebied van stigma werd geen effect aangetoond aan de hand van de vragenlijsten.

Echter werd de multimediacampagne erg positief onthaald en waren de reactie lovend. De campagne werd tevens genomineerd als finalist voor de PM Society Digital Award 2022 in de categorie 'Healthcare Charities, Patient Association and the NHS'.

Voor meer informatie en beschrijvende analyses zie **Bijlage 1.3 – Verenigd Koninkrijk (tabel 3)**.

Samenvatting output 1

Meer dan 50 miljoen mensen werden bereikt met deze eerste output. Op basis van de vragenlijsten, het aantal bereikte mensen en de impact van de campagnes binnen de verschillende landen kan gesteld worden dat de overkoepelende doelstellingen werden behaald binnen deze output:

- Ontwikkelen van een multimediacampagne om PMI onder de aandacht te brengen en te destigmatiseren
- Een collectief begrip van PMI creëren



PATH Output 2: een set van online hulpmiddelen voor hulpverleners en werkgevers.

Vlaanderen, België

In Vlaanderen werden er zowel (online) tools ontwikkeld voor hulpverleners binnen de perinatale setting, alsook voor werkgevers die betrokken zijn bij de (dagelijkse) organisatie rond de zwangere en de pas bevallen werkneemster.

De AP Hogeschool Antwerpen ontwikkelde in samenwerking met Odisee Hogeschool een [e-learning omtrent de perinatale mentale gezondheid](#). Deze e-learning bestaat uit 13 topic-gerelateerde modules met als doelgroep (student) zorgverleners binnen de moeder-kindzorg. Naast het theoretische aspect van perinataal mentaal welbevinden, worden praktische tips aangereikt om dit onderwerp met de ouders bespreekbaar te maken. Hierbij is tevens aandacht voor hoe men zo nodig kan doorverwijzen. De hulpverleners kunnen deze e-learning gratis volgen en dit op hun eigen tempo. Na het afronden van de volledige e-learning ontvangen ze een bijscholingsattest voor 10 vormingsuren.

Er meldden reeds 463 hulpverleners zich aan om deel te nemen aan deze e-learning. 130 hiervan voltooidde de e-learning en verkregen alvast een attest. De e-learning werd positief onthaald door studenten en professionals in het werkveld.



“Ik vond de e-learning zeer leerrijk. De manier waarop de info werd gebracht was heel duidelijk. De combinatie powerpoint en video maakte het extra makkelijk om te volgen.”

“Ik vond het een zeer interessante e-learning waarvan ik eigenlijk vind dat de inhoud minimaal bekend moet zijn bij elke zorgverlener, voor een veilige zorgverlening.”

“Het was een heel leerrijke e-learning, vooral de praktische tips zijn voor mij als kraamverzorgende het meest interessant geweest, zo kan ik op het werkveld waar ik dit toch best vaak tegenkom, hopelijk toch ook iets meer betekenen voor mijn gezinnen. Heel erg bedankt!”

Naast de e-learning heeft onderwijs plaatsgevonden in het Masterprogramma voor verpleegkunde en vroedkunde aan de UA in het onderwijsonderdeel ‘De vroedvrouw

in de hedendaagse zorgmaatschappij' (academiejaar 2020/2021 en 2021/2022). Onderwijs was gericht op prevalentie, universele preventie en geïndiceerde preventie (risico-screening), inclusief de interventie What's Up Mama (zie output 3: [Vlaanderen, België](#)). De evaluatie van de studenten was positief.

Daarnaast ontwikkelde Odisee Hogeschool samen met een masterstudente van UGent verschillende tools voor werkgevers. De hulpmiddelen bestonden uit een [checklist voor werkgevers](#), een [contactplan 'Zwangerschap'](#), een [contactplan 'Welkom Terug'](#). Bijkomend werd een live event "Mentaal welbevinden en welzijn van (toekomstige) ouders op de werkvloer" georganiseerd voor werkgevers, leidinggevenden en preventiediensten in samenwerking met de Vlaamse werkgeversorganisatie VOKA. De checklist informeert naar de mentale gezondheid van (toekomstige) ouders op de werkvloer. De checklist omvat cijfers en feiten, signalen van verminderd emotioneel en mentaal welzijn, tips om mentaal welzijn bespreekbaar te stellen en nuttige links om door te verwijzen. Het contactplan 'Zwangerschap' is een tool om diverse zaken omtrent zwangerschap te bespreken met de werkneemster. Verschillende aspecten komen aan bod, waaronder risicoanalyse, prenatale onderzoeken, aanvang zwangerschapsverlof, overdracht van taken, communicatie tijdens zwangerschapsverlof en werkhervatting. Het contactplan 'Welkom terug' is een tool om de terugkeer naar de werkvloer te bespreken. Diverse aspecten komen aan bod zoals belangrijkste wijzigingen in de organisatie, risicoanalyse, borstvoedingspauzes, administratie en combinatie werk en gezin. Dit alles met als doel het bewustzijn vergroten bij werkgevers omtrent perinatale mentale gezondheid van werknemers. Daarnaast hebben deze tools ook als doel de kennis te verhogen en hulpmiddelen aan te bieden om doeltreffende ondersteuning te bieden aan hun werknemers. De inhoud van deze tools werd ontwikkeld in samenwerking met de Britse partners en op basis van interviews met (aanstaande) ouders, werkgevers en preventiediensten in Vlaanderen.

De tools werden via een masterproef (UGent) geëvalueerd bij werkgevers en leidinggevenden op volledigheid, relevantie, bruikbaarheid en meerwaarde.



In Vlaanderen hebben 425 respondenten deelgenomen aan de **voormeting** van dit werkpakket. Het overgrote deel hiervan waren hulpverleners (94,4%). Deze hulpverleners waren voornamelijk (student) vroedvrouwen en verpleegkundigen, zowel in de eerste als tweede lijn zorg. In deze vragenlijst werd er gepeild naar de kennis van depressie. De kennis werd gescoord aan de hand van stellingen. Er werd gekeken of de respondenten de stelling juist of fout inschatten of dat ze het antwoord niet wisten. Daarnaast werd er ook gekeken naar stigma, zowel persoonlijk als sociaal stigma. De gemiddelde score

van persoonlijk stigma ligt lager dan die van sociaal stigma. De Vlaamse hulpverlener schat zijn eigen stigmatiserende gedrag dus lager in ten opzichte van de algemene bevolking.

Aan de **nameting** namen 109 respondenten deel. Dit waren voornamelijk hulpverleners, namelijk (student) vroedvrouwen en verpleegkundigen.

»

Op het gebied van kennis van depressie werd er geen effect aangetoond. Daarnaast werd er ook gekeken naar stigma, zowel persoonlijk als sociaal stigma. De gemiddelde score van persoonlijk stigma ligt lager dan die van sociaal stigma, maar zijn gelijkaardig aan de scores van de voormeting.

Voor meer informatie en beschrijvende analyses zie Bijlage 2.1 – Vlaanderen, België (tabel 4).

Nederland

Maasstad Ziekenhuis werkte binnen deze output samen met MattieClick en Okibo. Zij ontwikkelden enerzijds een e-learning '[Integrale Kindzorgsysteem](#)' voor hulpverleners in de geboortezorg omtrent perinatale mentale gezondheid. Deze bestaat uit een cursus met 8 uur aan e-learning gecombineerd met een praktijktraining van 1 dag. Deze cursus werd gevolgd door 138 hulpverleners.

Anderzijds werd ook een [e-learning ontwikkeld voor werkgevers](#) bestaande uit 3 modules en gekoppeld aan een praktijktraining. De online cursus gaat over zowel gevaarlijke werksituaties tijdens de zwangerschap of terugkeer naar het werk als over de effecten van hormoonbehandeling met het oog op een ouderschapswens. In een andere cursus zijn werkgevers getraind om signalen te herkennen waaruit blijkt dat een werknemer overbelast dreigt te worden. Direct ingrijpen bij het opmerken van deze signalen kan langdurige uitval voorkomen. Aanvullend op de cursus is een praktijktraining ontwikkeld. Deze wordt ondersteund met beeldmateriaal en audiobberichten. Voor werknemers zijn eveneens tools gemaakt om aan te kunnen geven wat er nodig is om goed te kunnen functioneren. Een voorbeeld is een e-learning over het stigma rond mentale gezondheidsproblemen in de geboortezorg. In totaal werden 25 werkgevers getraind.



Naast de e-learning werd er ook via podcasts, blogs en een documentaire ingezet op bewustwording bij hulpverleners en werkgevers. Een groot deel van deze producten zijn terug te vinden op de [online hub van Nederland](#). Ten slotte konden zorgverleners en werkgevers hier terecht voor allerlei info omtrent perinatale mentale gezond en doorverwijzing naar de online tools. Deze website bereikte in Nederland zo'n 758 zorgverleners en 417 werkgevers. ✓

In Nederland hebben 351 respondenten deelgenomen aan de **voormeting** van dit werkpakket. Het overgrote deel hiervan waren hulpverleners (98,0%). Deze hulpverleners waren voornamelijk vroedvrouwen en verpleegkundigen, zowel in de eerste als tweede lijn. De gemiddelde score van persoonlijk stigma ligt lager dan die van sociaal stigma. De Nederlandse hulpverlener schat haar/zijn eigen stigmatiserende gedrag dus lager in ten opzichte van de algemene bevolking.

?

Aan de **nameting** namen geen respondenten deel. Het is dus niet mogelijk om een eventueel effect van deze output aan te tonen aan de hand van de respons.

Voor meer informatie en beschrijvende analyses zie Bijlage 2.2 – Nederland (tabel 5).

Verenigd Koninkrijk

In het Verenigd Koninkrijk werden de tools ontwikkeld door een samenwerking van verschillende Britse partners en de inhoud werd gecreëerd samen met hulpverleners, werkgevers en mensen met PMI-ervaring. Dit resulteerde in heel wat hulpmiddelen en bronnen voor hulpverleners en werkgevers, die allemaal werden ondergebracht op de [online hub](#).

Voor de zorgverleners was er enerzijds informatie over PMI, waaronder de verschillende soorten ziektebeelden, wie risico loopt en de beschikbare behandelingen. Deze werd ontwikkeld op basis van verschillende focusgroepen en peer reviews van de projectpartners. Anderzijds was er ook een luik met informatie over stigmatisering van perinatale geestelijke gezondheid en hoe zorgverleners (aanstaande) ouders kunnen ondersteunen, de praktijk kunnen verbeteren en stigmatisering kunnen verminderen en de communicatie tussen patiënten en professionals kunnen verbeteren. Het onderdeel omvatte ook gesimuleerde scenario's in de vorm van trainingsvideo's en ervaringsverhalen.

Daarnaast werden er ook voor [werkgevers verschillende tools op de hub](#) beschikbaar gemaakt. Een belangrijk onderdeel van het werk van PATH was te begrijpen hoe het welzijn van ouders op de werkplek kan worden ondersteund. IHV voerde een literatuuronderzoek uit en deed vervolgens samen met SCC verder onderzoek en interviews met ouders en werkgevers, wat resulteerde in tien aanbevelingen voor werkgevers met betrekking tot het welzijn van ouders op de werkplek.

Eenzijds werden informatie en aanbevelingen omtrent moederschapsrechten, de verantwoordelijkheden van de werkgever met betrekking tot gezondheid en veiligheid en specifieke richtlijnen voor COVID-19 aangeboden. Verder werden ook praktische handvatten aangeboden, zoals bijvoorbeeld: een zwangerschapsverlof-kalender, de Terug-naar-het-werk Checklist, enzovoort. Anderzijds kon via de hub ingeschreven worden voor een gratis training voor werkgevers omtrent perinatale mentale gezondheid. Het Employment Support Team van SCC zorgde voor het ontwikkelen van een één-op-één ondersteuning. Centraal stond een persoonsgerichte aanpak, onder meer in de vorm van workshops gericht op het terug aan het werk gaan. Het accent lag daarbij op het opbouwen van zelfvertrouwen en motivatie van jonge ouders die terug aan het werk gaan. Met de 'Bear-Picknick' bereikte het team veel mensen in de omgeving en kon hen voorzien van waardevolle informatie. Dit waren vrijblijvende picknicks voor jonge gezinnen die zich aan het voorbereiden waren om terug aan het werk te gaan. Aan de kinderen werden beertjes uitgedeeld die een T-shirt met PATH-logo droegen.



In het Verenigd Koninkrijk hebben 232 respondenten deelgenomen aan de **voormeting** van dit werkpakket. Het overgrote deel hiervan waren hulpverleners (84,9%). Deze hulpverleners waren voornamelijk vroedvrouwen en wijkverpleegkundigen. De gemiddelde score van persoonlijk stigma ligt lager dan die van sociaal stigma. De Britse hulpverlener schat zijn eigen stigmatiserende gedachten dus lager in ten opzichte van de algemene bevolking.

Aan de **nameting** namen slechts 9 respondenten deel. Het is dus niet mogelijk om een eventueel effect van deze output aan te tonen aan de hand van deze respons.

Voor meer informatie en beschrijvende analyses zie Bijlage 2.3 – Verenigd Koninkrijk (tabel 6).

Samenvatting output 2

Binnen output 2 werden heel wat tools en informatievoorzieningen ontwikkeld binnen de verschillende landen. Al was het moeilijk om elke tool individueel te evalueren, gezien het lage aantal respondenten, doch werden belangrijke overkoepelende doelstellingen behaald binnen deze output en werden heel wat leerrijke tools ontwikkeld voor werkgevers en zorgverleners én verzameld op de hub:

- PATH verbeterde de vaardigheden en kennis van zorgverleners zodat zij PMI doeltreffend kunnen behandelen
- Kennis over PMI en de noden van (aanstaande) ouders werd voorzien voor werkgevers, zodat zij deze op een ondersteunde manier bespreekbaar kunnen maken met hun werknemers
- Checklists, tools en opleidingen voor werkgevers werden voorzien om te gebruiken bij zwangere werknemers
- Vrij beschikbare instrumenten en interventies werden ontwikkeld
- Een pool van kennis werd gecreëerd
- Er is toegang tot elektronische versies van al het ontwikkelde materiaal in elke taal voor verspreiding via eigen netwerken



PATH Output 3: een nieuw multimedia, internationaal steunplatform om nieuwe families te helpen om ouderlijk bewustzijn te creëren en om PMI te herkennen, voorkomen en verhelpen.

Vlaanderen, België

In Vlaanderen werd de tool [What's Up Mama](#)[®] ontwikkeld door AP Hogeschool Antwerpen. Dit gebeurde in nauwe samenwerking met een expertenpanel. Dit panel bestond uit een gevarieerde groep experten uit de geboortesector, zowel ervaringsdeskundigen, hulpverleners, ICT-medewerkers en academici. What's Up Mama is een website ontwikkeld voor zwangere en pas bevallen vrouwen. Vrouwen kunnen deze website gratis en zo vaak als nodig bezoeken. Er wordt uitleg gegeven over welke emotionele veranderingen er plaats kunnen vinden tijdens de zwangerschap en het eerste jaar postpartum en door welke factoren in het leven je als vrouw meer kans hebt om uit balans te raken wanneer je een kind krijgt. Daarnaast kunnen vrouwen aangeven of ze last ervaren van deze veranderingen en in welke mate. Er worden tips & tricks (praktisch, relaxatie...) aangereikt om emotioneel in balans te blijven of om te helpen om terug in balans te komen, zoals een relaxatie-oefening of tips om het dagelijks leven praktischer te maken. Via makkelijke vragen ontvangt de vrouw advies op maat.

In het geval een vrouw aangeeft op basis van de vragen zich emotioneel in balans te voelen, zullen de vrouwen gerustgesteld worden en aangeraden worden om indien nodig op een later moment de website opnieuw te raadplegen. In het geval een vrouw aangeeft zich emotioneel uit balans te voelen, beantwoordt de vrouw vragen om de ernst hiervan te bepalen met passend advies. Indien de vrouw behoefte heeft aan professionele hulp, wordt er een lijst aangeboden met hulpverleners in de buurt. De vrouw krijgt een persoonlijk overzicht van haar situatie en hoe ze hier het beste mee om kan gaan, passend bij haar situatie.

Er werd een sociale kaart geconstrueerd die hulpverlening met betrekking tot perinatale psychische en emotionele hulp en ondersteuning inventariseerde in Antwerpen, Oost-Vlaanderen en West-Vlaanderen. Deze kaart maakt inzichtelijk wat het aanbod is aan hulpverlening en ondersteunende diensten. De kaart bevat 233 diensten, met een gevarieerd aanbod aan zowel individuele, in groep, reguliere en alternatieve hulpverlening.



De website werd positief geëvalueerd:



Sanne Peeters was een van de eerste verloskundigen die What's Up Mama aan cliënten aanbod. Ze vertelt: 'Veel zwangere of net bevallen vrouwen kunnen wel wat mentale begeleiding gebruiken.

Als een vrouw aangeeft zorgen of stress te hebben, wijs ik haar op What's Up Mama. Wat ik er sterk aan vind, is dat het advies gepersonaliseerd is. Het is geen standaard vragenlijst, maar de vragen die de gebruiker krijgt komen voort uit eerdere antwoorden die zij gegeven heeft. En ook het advies is op de antwoorden afgestemd. Doordat het programma anoniem is, is het laagdrempelig te gebruiken. Het laat de gebruiker zien dat het niet gek is dat ze zich soms onzeker voelt.'

Eline Kennis is een van de moeders die in haar zwangerschap met What's Up Mama aan de slag ging. Inmiddels is ze bevallen van haar dochter. Ze zegt: 'Het programma is heel makkelijk te gebruiken. Als ik een onzeker moment had, klikte ik de website aan. Ik heb niet direct iets met de adviezen gedaan. Ik vond het vooral fijn om de ervaringen van andere zwangere vrouwen te lezen. Ze gaven me het gevoel dat ik niet de enige ben die angstige momenten heeft in haar zwangerschap. En ook daarna, want ook nu Flore geboren is, pak ik What's Up Mama er nog weleens bij.'

De podcast "[Leven alle jonge mama's op een roze wolk?](#)" werd door één van de Vlaamse PATH medewerkers opgenomen en uitgezonden door 'De Universiteit van Vlaanderen' om te vertellen dat zwangerschap en moeder worden niet voor iedereen een pretje is. In deze podcast wordt er verwezen naar What's Up Mama. Deze podcast werd in tevens in Nederland [gedeeld](#). Als laatste werd de website op de [instagrampagina](#) van influencer Julie (een warme plek voor mama's met 15.200 volgers) gedeeld. De website werd door 5537 personen bezocht.

Er werd gebruik gemaakt van dezelfde analyses voor deze **voormeting**. Zie voor de beschrijving van deze analyses 'PATH Output 1 – [Vlaanderen, België](#)' voor de beschrijving van deze analyses.

Aan de **nameting** van dit werkpakket namen 78 (aanstaande) ouders deel. Hiervan vulde 38,5% de vragenlijst in tijdens de zwangerschap en 61,5% tijdens het eerste jaar na de bevalling. In vergelijking met (aanstaande) ouders die What's Up Mama niet gebruikt hadden, zien we dat er in de groep die de tool wel gebruikt heeft minder angst en depressieve klachten voorkwamen, minder stigmatisering was ten opzichte van PMI en men meer kennis had over het topic.

Voor meer informatie en beschrijvende analyses zie Bijlage 3.1 – Vlaanderen, België (tabel 7).

Nederland

Nederland zette in op een betere voorbereiding, levensstijl adviezen en weten waar (aanstaande) ouders terecht kunnen indien zorg nodig is. Daarnaast hadden zij de bijkomende doelstelling om ouders minder afhankelijk te laten zijn van zorgverleners en dus ook zichzelf beter te kunnen ondersteunen en beroep te doen op hun eigen sociaal netwerk. Binnen deze outputs zijn [meerdere online tools](#) ontwikkeld voor (aanstaande) ouders.

De [e-learning Zelfbewust Zwanger](#) bestond uit 20 modules – 12 tijdens de zwangerschap en 8 postpartum. De cursus draagt op verschillende manieren bij aan een goede mentale gezondheid van de deelnemers. De informatie varieert van praktische tips, bijvoorbeeld over het maken van contact met de baby in de buik, tot informatie over de veranderingen die het lichaam tijdens de zwangerschap en de bevalling ondergaat. Ook worden er handvaten gegeven voor het omgaan met pijn, stress of negatieve gedachten. Bewegingsoefeningen, positieve bevallingsverhalen en praktische to-do-lijstjes maken eveneens onderdeel uit van de cursus. Een apart onderdeel betreft de informatie over wat er allemaal te kiezen valt, ook als het gaat om de zorgverlener. Gedurende drie jaar hebben ongeveer 400 deelnemers deze e-learning gevolgd.

E-learning Zelfbewustzwanger



Zwanger en nu?

Je hebt er korte of langere tijd naar uitgekeken, en dan is het zo ver. Je bent zwanger! Je verandert en met jou de wereld om je heen. Om je bewust en doordacht voor te bereiden tijdens je zwangerschap, voor je bevalling en je nieuwe rol als ouder ontwikkelde de cliëntorganisatie Zelfbewustzwanger een e-learning die je thuis met je partner kan volgen.

Verder werden er nog verschillende apps ontwikkeld: Preconceptie app, ZwApp+, NaZorg, LossApp en de NeoZorg app. De ZwApp+ is sinds februari 2021 meer dan 2000 keer gedownload. De NeoZorg app werd in gebruik genomen in het Maasstad en Ikazia Ziekenhuis in maart 2021. In Ikazia hebben ruim 900 ouders gebruik gemaakt van de NeoZorg app en in het Maasstad ziekenhuis maakten 850 ouders gebruik van deze app. Vanaf lancering in juni 2022 zijn er in de Loss-App meer dan 2000 gebruikers accounts aangemaakt. De apps stellen zwangere vrouwen in de gelegenheid om zich fysiek, mentaal en sociaal voor te bereiden op de verschillende fases van de reis die komen gaat. Overigens ook als het anders verloopt: wanneer zwanger worden bijvoorbeeld niet meteen lukt, of wanneer er medische klachten ontstaan in de zwangerschap of zich bij de geboorte complicaties voor doen, zoals bijvoorbeeld vroeggeboorte. Tot slot bieden de apps aan ouders ondersteuning in die eerste spannende maanden na de geboorte.



Er werd gebruik gemaakt van dezelfde analyses voor deze **voormeting**. Zie voor de beschrijving van deze analyses 'PATH Output 1 – Nederland' voor de beschrijving van deze analyses.



Aan de **nameting** namen slechts 14 respondenten deel. Het is dus niet mogelijk om een eventueel effect van deze output aan te tonen aan de hand van deze respons.

Voor meer informatie en beschrijvende analyses zie Bijlage 3.2 – Nederland (tabel 8).

Verenigd Koninkrijk

In het Verenigd Koninkrijk werd er binnen deze output ingezet op [de online hub](#). Hierop werden verschillende informatiebronnen en tools aangereikt voor (aanstaande) ouders met als doel verbetering van herkenning en bewustwording van lichte tot matige PMI en daarnaast ook met het doel tot destigmatisering omtrent PMI. De online hulpmiddelen werden ontwikkeld in samenwerking met de verschillende Britse partners en personen met ervaring met PMI. Op de hub was zowel informatie te verkrijgen omtrent zwanger worden (de preconceptiefase), hulpmiddelen om mentale gezondheid te ondersteunen

(bijvoorbeeld: mindfulness), alsook specifieke tools voor (aanstaande) moeders en hun partners. Hierbij werd ingegaan op kennis over PMI, maar ook ontspanningsoefeningen en informatie omtrent de impact van sociale media. Daarnaast werd er ook informatie en tips & tricks omtrent het connecteren met je baby, zowel tijdens de zwangerschap alsook postpartum, aangeboden. Ten slotte konden (aanstaande) ouders ook (praktische) informatie terugvinden omtrent ouderschap en gaan werken.

How can mindfulness help my mental health?

- Noticing the good moments – our minds are often on the look out for risk. This means we are more likely to replay mistakes in our minds. We then forget the good moments. Taking time to notice even the small, good moments can help boost our mood
- Grounding during difficult moments – this is about bring our focus to what is around us. What can I see? What can I hear?
- Breaking down difficult challenges into smaller steps. Taking it each moment at a time
- Improving our self-awareness

Aangezien het in dit werkpakket om dezelfde doelgroep en vragenlijsten gaat als bij output 1: multimediacampagne, werd er gebruik gemaakt van dezelfde analyses voor deze **voormeting**. Zie voor de beschrijving van deze analyses 'PATH Output 1 – [Verenigd Koninkrijk](#)' voor de beschrijving van deze analyses.

?

Aan de **nameting** namen geen respondenten deel. Het is dus niet mogelijk om een eventueel effect van deze output aan te tonen.

Voor meer informatie en beschrijvende analyses zie Bijlage 3.3 – Verenigd Koninkrijk (tabel 9).

Samenvatting output 3

Binnen output 3 werden er heel wat tools en informatievoorzieningen ontwikkeld, welke gebundeld werden op de online hub. Dit duurzaam platform met links naar al de verschillende ontwikkelingen werd voor zover meetbaar meer dan 150.000 keer bezocht. Volgende doelstellingen werden dan ook behaald binnen deze output:

- **PATH ondersteunt ouders voor de geboorte bij de voorbereiding op hun nieuwe rol**
- **Dankzij de verschillende tools van PATH, waaronder anonieme online diensten, krijgen vrouwen toegang tot ondersteuning op een manier die hen het beste past**
- **Een nieuwe multimedia internationale support hub, inclusief gaming en avatars, werd ontwikkeld om gezinnen te helpen bij het ontwikkelen van bewustzijn & het herkennen, voorkomen en overwinnen van PMI**
- **Een ondersteuningssysteem (met zowel online alsook offline tools) waar vrouwen en families op verschillende manieren hulp kunnen vinden en toegang tot kunnen krijgen werd gecreëerd**
- **Door een anonieme, online en zelfgekozen route aan te bieden naar professionele of gemeenschapsondersteuning helpt PATH vrouwen en gezinnen hun situatie te begrijpen en te identificeren en op het juiste niveau en op het juiste moment hulp te zoeken**
- **Vrij beschikbare instrumenten en interventies werden gecreëerd**
- **Een pool van kennis werd gecreëerd**
- **Toegang tot elektronische versies van al het ontwikkelde materiaal in elke taal voor verspreiding via eigen netwerken**
- **Een laagdrempelig aanbod van zorg omtrent PMI**



PATH Output 4: een set van steun sessies voor nieuwe families.

Vlaanderen, België

In Vlaanderen werden er binnen deze output studenten vroedkunde van de AP Hogeschool Antwerpen ingezet om trainingen te ontwikkelen en te geven. Zeven laatstejaars studenten organiseerden een workshop voor (aanstaande) ouders omtrent perinatale mentale gezondheid. Ze deden dit in kader van hun eindwerk en onder begeleiding van de onderzoekers binnen PATH. Elke student mocht een workshop uitwerken rond een specifiek topic binnen deze output, deze waren:

- Workshop 'voorbereiding op het ouderschap'
- Workshop 'mentale gezondheid tijdens de zwangerschap en kraamtijd'
- Workshop 'waar komen die tranen ineens vandaan - emotionele aspecten'
- Workshop 'veerkracht'

VEERKRACHT TIJDENS DE ZWANGERSCHAP

Perinatal mental illness (PMI), ofwel perinatale mentale ziekte, is een belangrijke complicatie die voor en tijdens de zwangerschap en 1 jaar na de geboorte van het kindje voor kan komen (Howard, Plot & Stein, 2014).

1 op de 5 vrouwen krijgt een perinatale depressie (Howard, Plot & Stein, 2014).

20%

82

Antwoord op de vraag 'welk cijfer geeft u deze workshop?' Weergegeven in het gemiddelde cijfer

VEERKRACHT

Het vermogen om te herstellen van stress en tegenslagen

Daarom is er een online workshop ontwikkeld voor de organisatie PATH over veerkracht tijdens de zwangerschap, gericht op zwangere vrouwen.

PATH is een internationale organisatie en staat voor Perinatal Mental Health

Verloskundige relevantie

- Het is een workshop die toepasbaar is in de verloskundige wereld en ook gegeven kan worden door bijvoorbeeld een verloskundigenpraktijk of in de tweede lijn op informatieavonden.
- De preventie en behandeling van mentale problemen kunnen hierdoor makkelijker worden.

Conclusie

Het doel van taboes doorbreken en mentale gezondheid bespreekbaar maken kan behaald worden door middel van een workshop rondom veerkracht tijdens de zwangerschap.

De plus- en minpunten van de ontwikkelde workshop

- Interactie met lotgenoten
- Beter inzicht in eigen veerkracht
- Relevant en bruikbaar
- Live versus online
- Veel theorie in één keer

Copyright © M. Plot, P. & Stein & 2014. No health without perinatal mental health. The Journal of Women's Health, 2014. Perinatal Mental Health: How can we help women with mental health issues? Hong, Wai-P. & C., Ashman, A., McCann, S., Baker, N., Weston, C., Boring, S., Rickett, K., Fitzgerald, T. 2018. Advance childhood experiences and mental and behavioral health conditions during pregnancy: the role of fathers. Journal of Women's Health, 28(4), 450-461. doi: 10.1089/jwh.2018.0128

Grondig literatuuronderzoek en afstemmingen met experts ging vooraf aan het ontwikkelen van deze workshops. Deze trainingen voor (aanstaande) ouders bestonden uit verschillende onderdelen: het delen van theorie, bewustwording en de-stigmatisering omtrent 'de roze wolk' alsook interactieve momenten waarbij ervaringen gedeeld werden. In totaal namen 35 (aanstaande) ouders deel aan de verschillende workshops. ✓

In Vlaanderen namen 26 (aanstaande) ouders deel aan de **voormeting** van dit werkpakket. Deze waren voornamelijk zwangere vrouwen en hun partners. In deze vragenlijst werd gepeild naar de kans op het ontwikkelen van een depressie en de veerkracht van de respondenten. Er waren in deze kleine set respondenten géén deelnemers met een verhoogde kans op het ontwikkelen van depressieve klachten. De meerderheid scoorde normaal of hoog op de vragenlijst omtrent veerkracht.

✘ Aan de **nameting** namen geen respondenten deel. Het is dus niet mogelijk om een eventueel effect van deze output aan te tonen. Echter waren de aanwezigen van de workshops wel enthousiast tijdens de sessies en gaven de ouders de studenten positieve feedback.

"Ik vond het een heel leerrijke workshop. Ik had nooit eerder over mijn veerkracht nagedacht, maar dit is heel belangrijk, zeker met de baby." ✓

Voor meer informatie en beschrijvende analyses zie Bijlage 4.1 – Vlaanderen, België (tabel 10).

Nederland

✓ In Rotterdam werd een PATH HUIS geopend, waar workshops rond voorbereid ouderschap werden aangeboden aan gezinnen en waar zwangere vrouwen ook voor informatie en advies konden komen. De verschillende trainingen die binnen deze output van PATH werden ontwikkeld in Nederland, worden in het PATH HUIS aangeboden. In Nederland werden binnen deze output twee initiatieven opgestart voor (aanstaande) ouders. Enerzijds ontwikkelde Maasstad Ziekenhuis de tentoonstelling "Pad van Voorbereid Ouderschap" waarin het medische geboortezorgpad en Centrum van Jeugd en Gezin samen werd gebracht. Deze tentoonstelling werd ontwikkeld aangezien er duidelijk nood was aan laagdrempelige, begrijpelijke, toegankelijke en gratis informatie omtrent het (aanstaande) ouderschap. Tevens maakte de tentoonstelling in het PATH HUIS in Rotterdam het "Pad van Voorbereid Ouderschap" inzichtelijk. In de tentoonstelling komen diverse informatielijnen samen. Levensgrote foto's, een audiotour en informatieve filmpjes schetsen het pad naar ouderschap. De informatie leidt tot inzicht in het zorgpad waar (aanstaande) ouders voor staan. Zij vinden zelf de weg en blijven in regie. De informatie maakt dat zij minder angst en stress ervaren. Sinds de opening van de tentoonstelling hebben ongeveer 300 zwangere vrouwen partners en families de tentoonstelling bezocht. Echter bleek de drempel om naar het PATH HUIS te komen vrij groot. Daardoor werd de kinkhoestvaccinatie die zwangere vrouwen krijgen op 22 weken, georganiseerd in het PATH HUIS, zodat dit gecombineerd kon worden met een bezoek aan het PATH HUIS. Het PATH huis werd positief geëvalueerd:

“In mijn eigen land wist ik de weg maar hier in Nederland moet ik alles weer opnieuw uitvinden. Deze tentoonstelling is heel verhelderend over hoe het in Nederland georganiseerd is.”

Anderzijds werd ook de training van [MattieClick](#) ontwikkeld voor (aanstaande) ouders. MattieClick is een praktische methode om hun eigen sociaal netwerk in kaart te brengen. Met dit hulpmiddel krijgt men in vijf stappen meer zicht op de eigen situatie. Ook kunnen de gebruikers eenvoudig inventariseren bij wie ze met een hulpvraag terecht kunnen. In totaal volgden 166 (aanstaande) ouders deze workshop om MattieClick efficiënt te kunnen gebruiken binnen het ouderschap.



In Nederland namen 21 (aanstaande) ouders deel aan de **voormeting** van dit werkpakket. Deze waren voornamelijk vrouwen in het eerste jaar na de bevalling. In deze vragenlijst werd gepeild naar de kans op het ontwikkelen van een depressie en de veerkracht van de respondenten. In deze kleine set respondenten had 3 op 4 van deelnemers een verhoogde kans op het ontwikkelen van depressieve klachten. De meerderheid scoorde laag op de vragenlijst omtrent veerkracht.

Aan de **nameting** namen geen respondenten deel. Het is dus niet mogelijk om een eventueel effect van deze output aan te tonen.

Voor meer informatie en beschrijvende analyses zie Bijlage 4.2 – Nederland (tabel 11).

Verenigd Koninkrijk

In het Verenigd Koninkrijk werden twee cursussen ontwikkeld met concrete handvaten om aandacht te besteden aan de perinatale mentale gezondheid van (aanstaande) ouders. De eerste betrof de overgang naar het moederschap vanuit psychologisch en sociaal oogpunt. De cursus ging concreet over het proces 'moeder worden'. Een aanstaande moeder kan heen en weer worden geslingerd tussen wie zij vóór het moederschap was en wie zij geacht wordt te zijn als moeder. Dit kan een verlies van een gevoel van eigenwaarde betekenen, waar de moeder om kan rouwen. Hetzelfde geldt voor het ogenschijnlijke verlies van de dingen die ze deed voor ze de baby kreeg. De eerste cursus bevatte stappen om ouders te helpen de veranderingen te erkennen. Ook was er aandacht voor het verwerken van die veranderingen. De cursus vond zowel online als in lokale centra plaats. In totaal namen 57 (aanstaande) ouders deel aan deze cursus en werd deze erg positief onthaald, met name de herkenning en normalisering was erg fijn voor de deelnemers. Alle deelnemers gaven aan dat de cursus hen erg had geholpen:

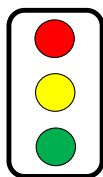
"Het is zo'n opluchting te weten dat hoe ik me voel normaal en natuurlijk is en dat ik niet alleen ben."

"Erg geruststellend dat iemand de moeilijke dingen van het moeder worden normaliseert."

In de tweede cursus, die vijf weken duurde, stond het omgaan met moeilijke emoties en gedachten centraal. Ouders kregen verschillende coping technieken aangereikt voor het ondersteunen van hun mentaal welzijn. De laatste sessie ging over hoe ouders de geleerde vaardigheden kunnen blijven gebruiken. Ouders merkten op dat ze het leuk vonden om verschillende copingtechnieken te leren. Deze cursus werd zowel online gegeven als face-to-face in lokale centra. 37 (aanstaande) ouders volgden deze intensieve training en men was erg enthousiast over de cursus.

"Het was echt interessant om te leren over hoe onze hersenen werken en ons bewust te worden van gevoelens en fysieke signalen en om verschillende technieken te leren."

Daarnaast werden er ook nog 1-op-1 sessie gegeven omtrent 'Emotionele ondersteuning' bij 67 (aanstaande ouders). Ten slotte werden ook enkele praktische tools ontwikkeld, waaronder de tool 'Stoplicht – Check je mentaal welzijn':



Stoplicht – Check je mentale welzijn

De beschrijving in de 3 zones is relatief en hangt samen met 'jouw ervaringen'. Het Stoplicht is geen diagnose instrument. Het kan je helpen nadenken over jouw mentale welzijn en bespreekbaar maken met anderen. Je hoeft niet te wachten tot je in de rode zone bent voor je aandacht besteed aan je mentale gezondheid.

Rode Zone – mentale balans is laag

Wanneer ik dat al niet doe, ik moet nu eerst werken aan mijn eigen mentale balans. Welke vaardigheden kan ik gebruiken? Waar kan ik hulp en ondersteuning vinden?

Wanneer je al geprobeerd hebt dit te doen en toch in de rode zone blijft steken, is er iets anders dat je kan proberen? Misschien ben je al goed bezig maar kost het wat meer tijd om effect te krijgen. Wanneer je honger hebt, denk je misschien dat 1 sinaasappel eten genoeg is. Je moet nog wat meer eten. Hetzelfde geldt voor zelfhulp technieken en therapie sessies – die werken ook niet in een keer.

Oranje zone – begin een dip te voelen in mijn mentale balans

Wat heb ik nodig om in mentale balans te blijven? Zijn er fysieke of mentale gezondheidsproblemen die aandacht nodig hebben? Heb ik mijn gezondheid op de laatste plaats gezet? Wat kan ik vandaag doen om mijn mentale balans te bevorderen?

Groene zone – mentaal in balans voelen

Ik moet de dingen blijven doen die me helpen me gezond en mentaal in balans te voelen.



Voor dit werkpakket werden er geen vragenlijsten verspreid in het Verenigd Koninkrijk. Het is dus niet mogelijk om een eventueel effect van deze output aan te tonen.

Samenvatting output 4

Binnen output 4 werden verschillende trainingen ontwikkeld voor (aanstaande) ouders. Elke training werd positief onthaald, wat resulteerde in positieve mondelinge feedback van de deelnemers. Ook hier werden overkoepelende doelstellingen behaald:

- **PATH ondersteunt ouders voor de geboorte bij de voorbereiding op hun nieuwe rol**
- **Tools voor hulp en ondersteuning werden aangeboden**
- **Een ondersteuningssysteem (met zowel online alsook offline tools) waar vrouwen en families op verschillend manieren hulp kunnen vinden en toegang tot kunnen krijgen werd gecreëerd**
- **Voorzieningen voor (aanstaande) vaders werden ontwikkeld**
- **Een laagdrempelig aanbod van zorg omtrent PMI**



PATH Output 5: face-to-face training: cursus voor hulpverleners.

Vlaanderen, België

Binnen Vlaanderen werden verschillende cursussen aangeboden aan zorgverleners omtrent perinatale mentale gezondheid. Enerzijds werd een training opgestart door Odisee Hogeschool in samenwerking met een expertgroep met als doel kennis en bewustwording van professionals te vergroten en om skills om te screenen en communiceren te verbeteren. De cursus duurde één dag en was voornamelijk gericht op hulpverleners die zorg en ondersteuning verlenen aan vrouwen en gezinnen tijdens de perinatale periode, zoals (student) vroedvrouwen, huisartsen, gynaecologen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, psychologen, psychiaters, enz. In totaal namen 92 hulpverleners deel aan deze training, verspreid over vier vormingsdagen.



Anderzijds ontwikkelde vzw GiO de opleiding PSP GGZ. De methodiek van de cursus is 'Train the trainer'. Binnen deze cursus is het doel dat hulpverleners zich verdiepen in perinatale geestelijke gezondheid en bewustzijn van organisatorische problemen creëren om consequent aandacht te besteden aan perinatale geestelijke gezondheid in hun organisatie. Deze vierjarige opleiding bestond uit twee modules en zag er als volgt uit:

- 2x per maand een les of groepsgesprek gedurende 4u30, een wekelijkse observatietask, een jaartaak en eindwerk
- 2 modules van 2 jaar (40 weken)
- De lessen en groepsgesprekken vonden tijdens de werkuren plaats, geen inschrijvingskosten vereist



Er namen 13 zorgverleners effectief deel aan deze opleiding. Zij kunnen nu als praktijkspecialist de opgedane kennis verder uitdragen in hun eigen organisatie.

De eerste module 'observatie van de baby of het kind' gebeurde in de thuissituatie. Hierbij gingen de deelnemers één uur per week gedurende achttien maanden observeren. Hierover schreven ze een uitgebreide rapportage gericht op de ontwikkeling van het kind en de impact van de relatie tot de ouders en broers of zussen hierop. Verder was er een twee wekelijks klinisch lesmoment waarbij er tijdens het laatste semester gefocust werd op het theoretische aspect. Daarnaast was er twee wekelijks ook steeds een reflectief groepsproces. De module werd positief geëvalueerd:



"Ik heb geleerd mijn eigen lichaam, gedachten en gevoelens te gebruiken als een goed instrument om vroege gehechtheid te beoordelen. Hoewel ik het theoretische materiaal erg leuk vind, heeft de training me meer vertrouwen gegeven in mijn eigen, persoonlijke manier van omgaan met angstopwekkende situaties."

"Aanvankelijk dacht ik dat dit niets voor mij was, omdat ik al zoveel jaren ervaring heb. Maar gaandeweg zag ik de kracht van zelfreflectieve communicatie over de details van wat ik in 'mijn' familie en bovendien in mezelf kon waarnemen. Ik leerde luisteren naar collega's en ik begrijp beter hoe een sterke samenwerking in teamverband essentieel is om goede geestelijke gezondheidszorg te verlenen."

De tweede module 'Dynamiek binnen de organisatie' focuste zich op de deelnemende organisaties dichter te brengen bij de training én bij deelnemers de skills te ontwikkelen om duurzame integratie van bewustzijn voor perinatale geestelijke gezondheid in hun organisatie te verkrijgen. Hierbij werden er overlegmomenten gepland met managers en de deelnemer(s), gingen de deelnemers observeren binnen andere organisaties, werden er theoretische en casestudie discussies gevoerd binnen de groepsgesprekken en werden de deelnemers geholpen om specifieke projecten op te zetten in hun organisatie. Binnen deze training werden de doelstellingen bereikt en de cursisten die de volledige en intensieve opleiding konden volgen, hebben deze aanpak als positief ervaren.



Tenslotte werden nog twee bijscholingen georganiseerd door AP Hogeschool en Odisee Hogeschool in samenwerking met de VBOV. De eerste bijscholing 'Tips & Tricks voor het omgaan met de broze wolk' vond plaats op 18 januari 2022. Hierbij werd het PATH-project voorgesteld en werden onderzoeksresultaten van psychische problemen van Vlaamse moeders weergegeven en bediscussieerd. Daarnaast werd een lezing gegeven omtrent psychologische veranderingen tijdens zwangerschap en postpartum en was er ook een presentatie omtrent de screening en het zorgpad psychologische kwetsbaarheid in Vlaanderen. Tot slot werden ervaringsverhalen gedeeld en was er ruimte voor discussie. De tweede bijscholing 'Aandacht voor jezelf is geen bijzaak' werd georganiseerd op 23 maart 2022 en richtte zich meer op het welzijn van de hulpverlener zelf. Hierbij werd ingegaan op volgende topics: zelfzorg, burn-out en psychische klachten, tips voor werkende moeders, werk gerelateerde traumatische ervaringen



als vroedvrouw. Deze bijscholing werd beëindigd met een sessie mindfulness om de hulpverleners te laten proeven van de praktijk. In totaal namen er 79 vroedvrouwen deel aan deze bijscholingen. Zij waren zeer positief over de bijscholingen.

In Vlaanderen namen 180 hulpverleners deel aan de **voormeting** van dit werkpakket. Voornamelijk vroedvrouwen en verpleegkundigen namen deel. Het persoonlijk stigma lag lager dan het sociaal stigma, wat wil zeggen dat de Belgische hulpverlener zichzelf minder stigmatiserend inschat ten opzichte van de rest van de bevolking.



Aan de **nameting** namen 85 respondenten deel. Ook dit waren vooral vroedvrouwen en verpleegkundigen. De helft van deze respondenten nam deel aan de training rond mentale gezondheid tijdens de perinatale periode voor zorgverleners. Op het gebied van stigma, zelfredzaamheid en opleidingsbehoefte werd er geen effect aangetoond. Op het gebied van kennis werden er bepaalde stellingen gelijk en bepaalde stellingen beter gescoord dan tijdens de voormeting. Er waren geen stellingen die minder goed scoorden. Deze resultaten tonen een positief effect aan van de training op het gebied van kennis omtrent depressie.



Voor meer informatie en beschrijvende analyses zie Bijlage 5.1 – Vlaanderen, België (tabel 12).

Nederland

In Nederland werden verschillende trainingen opgesteld voor zorgverleners. Ten eerste werd de cursus '[Family centred care in geboortezorg en neonatologie](#)' ontwikkeld. Deze cursus richt zich primair op obstetrie-, neonatologie- en kinderverpleegkundigen om (aanstaande) ouders te coachen in hun regierol, de zorg voor hun baby en het samen tot beslissingen te komen. In de cursus worden kennis en vaardigheden aangereikt over cultuur, interculturele communicatie, sociale verloskunde, mentale en sociale gezondheid. Dit gebeurt via een cursus aangevuld met twaalf e-learning modules en een praktijktraining communicatie en interculturaliteit. De training is geaccrediteerd voor verpleegkundigen, kraamverzorgenden, verloskundigen, gynaecologen en kinderartsen. In totaal hebben 412 (student) zorgverleners deze training gevolgd.

Ten tweede was er een cursus 'Voorbereid ouderschap'. Binnen deze cursus zijn er twee verschillende trainingen ontwikkeld. Enerzijds werd de training 'Voorbereid ouderschap – Neonatologie met Family Integrated Care Interventie' gegeven aan diverse zorgverleners. Deze 'family centred Integrated care-interventie' gaat dieper in op de voorwaarden van zorg voor baby's, al dan niet gezond, ziek of te vroeg geboren, op de neonatologie. Naast kennis via de cursus en zes e-learning modules, wordt de zorgprofessional geleerd het werkboek 'Reisgids - Ouders op de neonatologie' te gebruiken in de samenwerking met jonge ouders. Het werkboek bevat een lesprogramma en informatie welke gebruikt kan worden door de verpleegkundigen in de coaching





en training van de ouders naar zelfstandig zorgen voor hun baby. Deze training werd gevolgd door 142 zorgverleners. Men was erg enthousiast over de training. Anderzijds werd ook de training '[Pad van het Voorbereid ouderschap train-the-trainer](#)' ontwikkeld. Deze workshop voor professionals zet in op hoe je in de organisatie en in je werk de (aanstaande) ouders kan voorzien van eenduidige, betrouwbare, valide informatie. Er wordt aandacht besteed aan de gelaagdheid van communicatie, de tentoonstelling (zie output 3 – [Nederland](#)) wordt doorlopen, er is ruimte om te reflecteren op zichzelf en eigen organisatie om af te ronden met verbeteractiviteiten voor de praktijk. In totaal hebben 200 zorgverleners aan deze training deelgenomen die positief waren over de training.



Als derde werd ook de cursus '[Integrale kindzorgsysteem](#)' ontwikkeld (zie output 2 – [Nederland](#)). Voor Kinderverpleegkundigen die kinderen met bijzondere zorgen verplegen is deze training ontwikkeld. Vanuit 'Integrale Kindzorg' wordt kinderverpleegkundigen geleerd te werken met Medische Kindzorg Samenwerking. Een methode die uit vier stappen bestaat. De eerste twee vinden in het ziekenhuis plaats. Vervolgens wordt de zorg met een structurele overdracht overgedragen naar organisaties in de thuisomgeving. Daar vindt stap drie plaats: indicatie en aanbod van zorg. Stap 4 betreft de afsluiting van het zorgplan wanneer aanvullende zorg thuis niet meer nodig is. Ouders met een extra uitdaging in de zorg voor hun kind blijven zo beter mentaal en sociaal in balans. Deze cursus bestond uit 8 modules en 1 dag praktijktraining en werd gevolgd door 180 (student) zorgverleners.



Ten vierde volgden ook 42 professionals de cursus op de website Zelfbewust Zwanger (zie output 2 – [Nederland](#)) onder de aandacht te brengen van de cliënten. In een online training van 2 uur werden zorgverleners wegwijs gemaakt in de cursus en werd er ingezet op hoe zij deze onder de aandacht kunnen brengen van (aanstaande) ouders.



Ten slotte werd ook de cursus 'MattieClick' in verschillende vormen aangeboden voor zorgverleners. In deze trainingen leren professionals hoe de methode van MattieClick praktisch toegepast kan worden en hoe zij zo (aanstaande) ouders kunnen motiveren en ondersteunen. Deze workshops zijn geschikt voor professionals in de zorg en het sociale domein. In totaal hebben 109 professionals een training omtrent MattieClick gevolgd.



In Nederland namen 200 hulpverleners deel aan de **voormeting** van dit werkpakket. Dit waren voornamelijk vroedvrouwen en verpleegkundigen. Enerzijds werd er gekeken naar persoonlijk en sociaal stigma. Het persoonlijk stigma lag lager dan het sociaal stigma, wat wil zeggen dat de Nederlandse hulpverlener zichzelf minder stigmatiserend inschat ten opzichte van de rest van de bevolking. Anderzijds werd er gekeken naar de zelfredzaamheid en opleidingsbehoefte van zorgverleners in de geboortezorg.

Aan de **nameting** namen 114 respondenten deel. Ook dit waren vooral vroedvrouwen en verpleegkundigen. De meesten van deze respondenten nam deel aan de training 'family-centred care in geboortezorg en neonatologie'. Op het gebied van stigma werd er geen effect aangetoond. Op het gebied van kennis werden de stellingen ofwel



✓ gelijk ofwel beter gescoord dan tijdens de voormeting. Er waren geen stellingen die slechter werden gescoord. Hiermee tonen we een positief effect aan van de training op het gebied van kennis omtrent depressie. Op het gebied van zelfredzaamheid en opleidingsbehoefte werd geen effect aangetoond. " "

Voor meer informatie en beschrijvende analyses zie Bijlage 5.2 – Nederland (tabel 13).

Verenigd Koninkrijk

In het Verenigd Koninkrijk werden er verschillende trainingen ontwikkeld voor zorgprofessionals door meerdere partners.

IHV heeft in het kader van deze output een bewustwordingsprogramma voor partners ontwikkeld voor zorgverleners, in samenwerking met Dad Matters UK, een Home Start project. Deze training heeft als doel zorgverleners aan te moedigen inclusieve praktijken en diensten voor gezinnen in de perinatale periode te ontwikkelen. Dit is een 3-uur durende cursus gebaseerd op hedendaags onderzoek en ervaringen van vaders, gebracht door Dad Matters UK, een onderdeel van Home Start. Het programma bestaat uit een inleidende module om het nadenken over inclusiviteit te stimuleren. Deze cursus werd in totaal door 224 (student) zorgverleners gevolgd en werd erg positief bevonden:

✓ *"Het gaf me vertrouwen om naar vaders te vragen over hoe ze zich voelen."*

"De kennis die ik heb opgedaan moet worden gedeeld met collega's en steun voor vaders moet worden opgenomen in richtlijnen en documentatie."

"Inzicht om te vragen hoe de vader zich voelt na de overgang naar het vaderschap. Vooral als er een traumatische geboorte was."

Daarnaast ontwikkelden Devon Mind en KMPT samen een training omtrent 'Inzicht in perinatale mentale gezondheid' voor zorgverleners. Deze training bestond uit drie verschillende modules. Deze konden afzonderlijk gevolgd worden of de volledige training van drie modules. De eerste module focuste op het bewustzijn van perinatale mentale gezondheid. Hierbij was het doel om meer bewustwording omtrent PMI te creëren, meer inzicht te geven in de gevolgen hiervan, kennis te vergroten omtrent de beschikbare ondersteuning voor ouders en gezinnen en handvaten te bieden om door te verwijzen. Module twee ging meer in op inzicht verkrijgen en verminderen van stigma omtrent perinatale mentale gezondheid. Hierbij was het doel om kennis te vergroten omtrent verschillende soorten stigma en barrières te herkennen. Tot slot richtte de derde module zich op het verbeteren van de communicatie alsook op zelfzorg voor de zorgverleners. Deze laatste module had als doel dat zorgverleners zich meer

bewust zijn van hoe effectief te communiceren met (aanstaande) ouders, meer bewust te zijn van belemmeringen voor goede communicatie en bewustwording creëren over hoe belangrijk het is om in te zetten op je eigen welzijn als zorgverlener (zelfzorg). In totaal namen 241 (student) zorgverleners deel aan deze face-to-face training. De zorgverleners namen volgende waardevolle lessen mee naar huis:



"Het heeft nieuwe perspectieven opgeleverd overwie en waarom iemand beïnvloed wordt door perinatale mentale problemen. Dit zal mij in de toekomst ten goede komen, omdat ik meer kennis heb over vroegtijdige waarschuwingssignalen en nieuwe benaderingen heb geleerd voor de vragen die ik stel."

"Om de ouders met PMI te kunnen ondersteunen en hen naar de juiste ondersteuning te verwijzen."

"Vertrouwen op mijn instinct om verdere hulp te zoeken."



Aan de **voor- en de nameting** namen geen respondenten deel. Het is dus niet mogelijk om een eventueel effect van deze output aan te tonen.

Samenvatting output 5

In output 5 werden talrijke waardevolle trainingen ontwikkeld. Aan de hand van de vele positieve reacties van deelnemers en een beperkt positief effect vanuit de vragenlijsten, kan gesteld worden dat ook hier overkoepelende doelstellingen werden gerealiseerd:

- PATH verbeterde de vaardigheden van zorgverleners zodat zij PMI doeltreffend kunnen ondersteunen en behandelen
- Een collectief begrip van PMI werd gecreëerd



PATH Output 6: peer support training en een netwerk van intergenerationale ondersteuningsgroepen.

Vlaanderen, België

In Vlaanderen werden studenten vroedkunde getraind en ingezet als peer supporters. Binnen Odisee Hogeschool kregen eerstejaars studenten vroedkunde de opdracht een interview af te nemen bij een zwangere vrouw. Hierbij was het hoofddoel om zwangere vrouwen bewuster te maken van hun perinatale mentale gezondheid. Daarnaast was het de bedoeling om als peer supporter inzicht te verkrijgen in de ervaring en de beleving van een normale zwangerschap en het belang om aandacht te besteden aan psychosociaal welzijn tijdens de zwangerschap. In totaal werkten 40 studenten vroedkunde deze taak uit als peer supporter. Daarnaast werd er binnen Odisee ook een theatervoorstelling georganiseerd om bij het brede publiek aandacht en bewustzijn omtrent perinatale mentale gezondheid te creëren. Hierbij waren zo'n 60 personen aanwezig, die hopelijk op hun beurt als peer supporter kunnen fungeren en zo het mentaal welzijn van (aanstaande) ouders in hun omgeving zullen ondersteunen.

THEATERVERVOORSTELLING
31 maart 2022
Sint-Niklaas - 20u

Café Odisee

'En later word ik...'
Café Odisee

Graag bieden wij met plezier het muzikaal verhaal 'En later word ik...' aan.

Deze theatervoorstelling wordt gebracht door vier vrouwelijke muzikanten en zangeressen, elk met een eigen (zoek)proces en levensverhaal binnen het thema 'MAMA ZIJN'. Verschillende aspecten rond ouderschap met bijhorende gevoelens en emoties komen aan bod zoals de eerste zwangerschap, eerste keer mama, verlies van een kindje, onvervulde kinderwens, tweestrijd tussen het vroegtijdig verlangen naar het moederschap en in vraag stellen van de kinderwens, laat mama worden, enz. Deze verhalen worden gebundeld en afgewisseld met gepaste vierstemmige muziek.

Deze voorstelling wordt georganiseerd door de Opleiding Vroedkunde van Odisee Hogeschool in het kader van het Europees Interreg project PATH rond emotioneel welbevinden en mentale gezondheid tijdens zwangerschap en ouderschap.

REGIE: VIBESWEMING ZANGCOACH BILLY AERTSEN
EEN EIGEN VERHAAL IN MUZIEK & WOORD OVER HET AL DAVEN NIET MOEDER ZIJN

Datum: dondag 31 maart 2022
Locatie: Odisee - Campus Sint-Niklaas om 20u
TiJdstip: gratis
InscriJven: chity.volckaert@odisee.be

Interreg
2 Seas Mers Zeeën
PATH

odisee.be

Deze voorstelling wordt mogelijk gefinancierd door het Europees Fonds voor Regionale Ontwikkeling en Opleiding Hogeschool.

Ook de AP Hogeschool Antwerpen zette hun studenten vroedkunde in als peer supporters. Enerzijds kregen de studenten de opdracht om een zwangere vrouw (en haar gezin) op te volgen gedurende de zwangerschap en de eerste weken postpartum tijdens de taak 'Caseload Midwifery'. Hierbij fungeerde de student als een extra vertrouwenspersoon



binnen de transitieperiode naar het ouderschap. In totaal werkte zo'n 146 student vroedvrouwen deze opdracht uit. Anderzijds kregen de studenten vroedkunde ook een workshop perinatale mentale gezondheid en hoe zij hier een rol in kunnen spelen. Hierbij was het doel voornamelijk om de kennis rondom depressie en emotioneel welzijn te vergroten en om stigma omtrent dit topic te reduceren. Deze les duurde 2 uur en studenten ervaarden deze als erg waardevol. In totaal namen 82 studenten vroedkunde deel aan deze workshop met positieve ervaringen en leermomenten als gevolg.



“Ik vond het een mooie en confronterende training. Goed dat hier aandacht aan wordt besteed, omdat er toch veel mensen niet over praten. We kunnen hier nog veel van leren. Zeker al toekomstige vroedvrouwen, dan weten we wat we kunnen aanbieden. Mooi onderzoek!”

In België namen 110 peer supporters deel aan de **voormeting** van dit werkpakket. Deze waren voornamelijk vrouwen. Enerzijds werd gekeken naar persoonlijk en sociaal stigma. De scores van persoonlijk en sociaal stigma lagen vrij dicht bij elkaar, wat wil zeggen dat de Belgische peersupporter zichzelf niet minder of meer stigmatiserend inschat ten opzichte van de rest van de bevolking. De kennis van de peer supporters met betrekking tot depressies werd nagegaan aan de hand van stellingen, waarbij er gekeken werd of ze de stelling juist of fout inschatten of het antwoord niet wisten. Anderzijds werd gekeken naar de zelfredzaamheid van de peer supporters.



Aan de **nameting** namen 35 respondenten deel. Dit waren vooral studenten vroedkunde. Op het gebied van stigma werd er geen effect aangetoond. Op het gebied van kennis werden bepaalde stellingen gelijk en andere stellingen beter gescoord dan tijdens de voormeting. Er waren geen stellingen die minder goed scoorden. Deze resultaten tonen een positief effect aan van de training op het gebied van kennis omtrent depressie. Op het gebied van zelfredzaamheid werd geen effect aangetoond.



Voor meer informatie en beschrijvende analyses zie Bijlage 6.1 – Vlaanderen, België (tabel 14).

Nederland

In Nederland werden twee trainingen voor peer supporters aangeboden. Enerzijds een 'train-de-trainer cursus' waarbij samengewerkt werd met Stichting Me Mam en HELLp. Binnen deze cursus werd gebruik gemaakt van een e-learning module specifiek gericht op peer supporters en een praktijktraining waarbij er werd ingegaan op het voorzitten, begeleiden en presenteren aan een groep vanuit lotgenotencontact. Deze training werd gevolgd door 5 deelnemers. Daarnaast werd ook de [documentaire 'Ze wist toch waar ze aan begon'](#) gebruikt om peer supporters (en de gehele bevolking) te bereiken. Hierin vertellen moeders over hun ervaring met een psychische aandoening na de zwangerschap en hoe de omgeving daarmee omging. Het doel van de documentaire is het taboe op mentale gezondheid rondom zwangerschap en geboorte bespreekbaar te maken, tevens één van de doelstellingen van PATH. De documentaire, aangevuld met interviews met professionals en een ervaringsdeskundige, is te zien op de [hub](#). De volledige opname is ook te bekijken met Franse of Engelse ondertiteling. Anderzijds werd er binnen dit werkpakket ook een training aangeboden rond MattieClick. Hierbij werden peer supporters getraind om de tool MattieClick mee te begeleiden. In totaal werden in deze cursus 15 peer supporters getraind. Dit gebeurde zowel online als face-to-face.

Aan de **voor- en de nameting** namen geen respondenten deel. Het is dus niet mogelijk om een eventueel effect van deze output aan te tonen.

Verenigd Koninkrijk

In Verenigd Koninkrijk werd er in samenwerking met verschillende partners een face-to-face training ontwikkeld. Deze had als doel bewustwording van perinatale mentale gezondheid te verhogen bij peer supporters. Hierbij werd er ingezet op kennis van PMI vergroten, stigma reduceren en kennis van doorverwijzing vergroten. Deze training werd ontwikkeld samen met zorgverleners en mensen met PMI-ervaring. Inhoud hiervan werd intern beoordeeld en is getest met de relevante doelgroepen. Devon Mind en KMPT bereikten in totaal 74 peer supporters met deze training. Deze deelnemers waren erg positief over de training:

"Het was zeer nuttig."

"Om de ouders met PMI te kunnen ondersteunen en hen naar de juiste ondersteuning te verwijzen."

Aan de **voor- en de nameting** namen geen respondenten deel. Het is dus niet mogelijk om een eventueel effect van deze output aan te tonen.

Samenvatting output 6

Binnen deze output werden meer dan 450 peer supporters bereikt. Zij werden bewust gemaakt van perinatale mentale gezondheid en kregen tools aangereikt om hun kennis en skills hieromtrent te verbeteren.

Volgende doelstelling werd behaald binnen deze output:

- Peer support voor nieuwe gezinnen werden getraind en zo wordt de zelfredzaamheid vergroot via de bredere gemeenschap en sociale netwerken



Verslag Frankrijk.

Disclaimer: Aangezien de Franse partner later instapte in het project, konden zij niet meer deelnemen aan de oorspronkelijk vooropgestelde methode van evaluatie, zoals hierboven beschreven. Onderstaande tekst werd aangeleverd door de Franse partner EPSM Lille Métropole – WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health (CCOMMS).

Introduction

Since 2020, the CCOMS is in charge of the development of the PATH project in France. The coordination team has been in place since May 2021, and the project will end in March 2023. Although it started later than in the other partner countries (UK, Belgium, Netherlands), the PATH project benefits from the deployment in France of the First 1000 Days policy piloted since 2021 by the Ministry of Solidarity and Health.¹ This is a new public policy designed around the needs of children and their parents. Among the key measures: extending paternity leave to 28 days, generalising the early pre-natal interview (4th month of pregnancy; generalisation since 2021) and the early post-natal interview (between the 4th and 8th week after delivery; generalisation since 2022) in order to detect perinatal mental illnesses at an early stage, increasing resources in maternity wards, creating new parent-baby units, generalising home visits during pregnancy and after delivery, etc. Other initiatives are more concerned with support for parenthood, such as the creation of parents' groups, or the provision of simple and reliable information via the website² and the mobile application 1000 premiers jours³.

Well-identified by scientific research, the period of the first 1000 days extends from the first months of pregnancy to the child's second birthday. During this period, the physical, emotional and nutritional environment in which the child evolves shapes its overall health and future well-being. The first 1000 days therefore offer a multitude of opportunities to support the child's healthy development and to build with him some of the foundations of his life, for him and for the adult he will become. For parents, it is also a time of profound changes, which can be a source of fatigue and negative emotions. This is why parents and children need to be accompanied and supported throughout the first 1,000 days, so that they can live these first moments of life together in peace.



The PATH project meets this prevention objective because it aims to raise awareness among families, health professionals and employers of mild to moderate perinatal psychological disorders.

1 <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/1000premiersjours-presentation-24.08.21.pdf>

2 <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr>

3 <https://1000jours.fabrique.social.gouv.fr/>

Recently published data

The following very recently published data support the importance of such a project in France. These data for assessing perinatal mental health in France prior to the release of PATH resources:

- The National Perinatal Survey 2021 was coordinated by the French National Institute of Health and Medical Research (INSERM) among approximately 13,000 women who had just given birth in March 2021 and then 2 months after giving birth aimed to collect information on their health and that of their child.

The 2-month follow-up (> 7000 women included) made it possible for the first time to evaluate women's mental health at national level. 16.7% of women had major depressive symptoms (Edinburgh Depression Postpartum Scale (EPDS) score ≥ 13) at 2 months postpartum. In addition, 15.5% of women had a difficult or very difficult pregnancy and 11.7% had a bad or very bad experience of their delivery.

Publication October 2022, report available online: https://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2022/10/ENP2021_Rapport_Octobre2022.pdf

- In addition, the CIANE (Collectif Inter-associatif autour de la naissance), in partnership with Santé Publique France, carried out an online survey between January and June 2021 with the aim of identifying the factors favouring maternal lack of security and proposing measures to improve care from pregnancy to the post-partum period. The results based on more than 8500 responses from pregnancies between 2016 and 2021 show that :

The first weeks at home are a very difficult period for many women, especially primiparous women: loneliness for about a third of women, lack of support for half of women, discouragement for 30 to 40% of women. The extension of paternity leave (from 14 to 28 days since July 2021) is welcome but still insufficient.

Midwives' home visits are an essential element of reassurance.

Despite this, women lack information and support to overcome the difficulties they face. About 50% of them said they had not received any information about their mental health after childbirth and less than 40% of them said they knew who to contact in case of mental distress.

Recommendations:

- Organise an awareness-raising campaign to encourage partners to take leave and to do so in the first few weeks after the birth. Raise awareness of this issue in companies to remove the obstacles to taking leave.
- Adjust the number of midwife home visits to the needs of women.
- As part of the preparation for birth and parenthood, add two sessions in the post-natal period to answer women's questions and encourage exchanges between peers.

Publication September 2022, report available online: <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2022/09/RapportCIANE-SPF.pdf>

- Finally, according to an OpinionWay survey of around 300 mothers and 120 fathers of children under 2 months old in August 2021:
 - Only about half of mothers and fathers considered that they had been sufficiently informed about postpartum depression
 - Even though in this survey about 30% of mothers and 18% of fathers said they had experienced depressive symptoms or had a diagnosed depressive episode (7% of mothers and 5% of fathers) in the postpartum period.

In this study, the taboo surrounding postpartum depression, the lack of communication and awareness, the guilt of parents and their lack of knowledge appeared to be very potentially aggravating factors.

Publication, August 2021, report available online: <https://www.opinion-way.com/fr/sondage-d-opinion/sondages-publies/opinionway-pour-qare-post-partum-et-sante-mentale-septembre-2021/viewdocument/2676.html>

Actions

Thus, the CCOMS' mission is to adapt the PATH project to the French context through two main axes: information and training.



Between May and October 2021, several institutional and associative partners were contacted in order to form the project's Steering Committee (nearly 40 experts and representatives of national institutions in perinatal and mental health, including the Ministry of Solidarity and Health and parents' associations such as Maman Blues).

The Steering Committee validated the action plan in November 2021. It has been meeting every 3 months since then and working groups have been set up for each of the planned actions.

The 4 actions carried out in France are the following:

1. « Information » axis:

- Families and health care professionals



In partnership with PSYCOM, a national mental health information organisation, two information brochures of about 15 pages each will be published soon (paper and digital versions). The first brochure will inform new and future parents about the transition to parenthood, the symptoms of the baby blues and perinatal depression, and resources for getting better (care, associations, peer support). The second brochure will present the different perinatal mental illnesses, their screening, diagnosis and treatment.

Minimum target population: The first brochure will be printed in 60,000 copies and the second in 20,000 copies. They will be widely distributed by the national network of French PATH partners. These brochures will also be distributed in digital format and referenced in the 1000 first days application.



— Fathers/second parents

In addition to the first brochure, and in order to raise awareness of perinatal mental health among fathers or second parents, an illustrated information medium in comic book format is being designed in partnership with PSYCOM and the association The Ink link, which is piloting the action. This document will be distributed on the main social networks.



— Families and employers

In order to raise awareness among employers and families of the close relationship between the transition to parenthood, mental health and employment, 10 podcast episodes are planned in partnership with "Studio Caféine", which is piloting the action (key words: rights, gender equality, wellbeing at work, mental health of future and new parents, the 1000 first days policy, family-friendly company policies).



2. « Training » axis:

— Health care professionals

Finally, the 4th action is an e-learning training, a MOOC (Massive Online Open Course) entitled "Perinatal mental health in the first 1000 days". The target audience is: general practitioners and specialists, midwives, nurses, psychologists, psychomotricians, social workers, etc. A total of 46 video lessons of 15 minutes each, including parents' testimonies and quizzes, will be divided into 3 modules (module 1 "transition to parenthood and perinatal mental disorders", module 2 "child development and health" and module 3 "care pathways, networking and peer support"). This training will be translated into English. This action is conducted in partnership with Pédagogie Numérique en Santé (PNS).

Based on the average number of perinatal professionals enrolled in previous PNS MOOCs, the target population for this action is estimated to be between 2500 and 3000 health care professionals.

On successful completion of the course, each applicant will receive a certificate as proof of completion.

An assessment of the candidates' knowledge before and after completing the MOOC will be carried out.

In the future, this course may be accredited for continuous professional development (CPD).

All of these information and training tools will be available in early 2023 and will be posted on the PATH project website.

A conference dedicated to the PATH project will be held on November 18th during the ARIP congress,⁴ which last year brought together around 300 health care professionals on site and over 1000 online.



The MOOC will also be presented at the Paris Santé Femmes congress⁵ to be held in Lille in January 2023.

4 <https://environner-bebe.sciencesconf.org/>

5 <https://paris-sante-femmes.fr/>

04

Verworven inzichten

Samenwerking

Dit internationaal project leverde een brede waaier op aan bruikbare, vernieuwende en kennis verbredende tools en trainingen. In de verschillende landen werd nauw samengewerkt om tot deze eindproducten te komen. Cross border meetings, Zoom®-vergaderingen, steering group meetings en veel mailverkeer en telefoongesprekken gingen hieraan vooraf. Een project van vier jaar levert mooie resultaten op, maar is ook een uitdaging qua management en communicatie, zeker in tijden van een pandemie. Partners leren elkaar (interprofessioneel) kennen en komen doorheen de jaren ook wat cultuurverschillen tegen. Dit kwam zowel in de manier van werken tot uiting als in het communicatieve aspect. Als partners hebben we veel geleerd hebben uit dit project - enerzijds qua expertise omtrent perinataal mentaal welzijn, anderzijds qua internationale samenwerking en communicatie.

De verschillen op gebied van taal en cultuur zijn één van de eerste barrières die een internationaal project als PATH moet weten te overwinnen. Ten eerste is Engels niet voor alle partners de moedertaal. Dit heeft tot gevolg dat in de vertaling soms waardevolle informatie verloren gaat. Regelmatig aftoetsen bij elkaar of de boodschap goed begrepen werd, is hierbij van cruciaal belang. Hoewel de regio van het PATH-project geografisch niet zo groot is, botste het consortium toch op enkele cultuurverschillen in communicatiestijl. Zo merkten we hoe partners uit het Verenigd Koninkrijk soms vanuit beleefdheid eerder bevestigend en enthousiast reageerden op bepaalde voorstellen, hoewel zij er eigenlijk niet mee akkoord waren. Dit rijmde dan weer niet helemaal met de vaak directe manier van communiceren door partners uit Nederland. Met de opeenvolgende partners uit Frankrijk verliep de communicatie wat gelijklopend met de Engelse stijl, maar werd ook nog een hiërarchisch aspect opgemerkt, wat dan weer voor de Vlaamse en Nederlandse partners eerder ongewoon was. Het opsporen van deze blinde vlekken bij jezelf en een juiste manier van omgaan met elkaar vinden, vereiste, zeker in het eerste projectjaar, een grote tijdsinvestering. De komst van de COVID 19-pandemie maakte deze zoektocht nog extra uitdagender, aangezien de geschreven en online communicatie (via e-mails en Zoom®-meetings) hier nog een tweede barrière bovenop plaatste.

Naast de waardevolle interculturele leermomenten en ervaringen werden binnen de crossborder samenwerking de volgende doelstellingen behaald:

- **Er werd geleerd van elkaar en van verschillende initiatieven die hebben plaatsgevonden en deze werden verbeterd**
- **Bestaande uiteenlopende ervaring, expertise en kennis werd samengebracht (o.a. op een gedeeld online platform Basecamp)**
- **Intensieve Cross-Border samenwerking en co-creaties, rekening houdend met elke individuele partnerorganisatie**
- **Verskillende trainingen en tools in de verschillende landen werden ontwikkeld en getest**
- **De slotconferentie werd samen georganiseerd**



Evaluatie

Binnen de evaluatie was er voornamelijk een groot verschil op te merken qua manier van werken met het Verenigd Koninkrijk. De evaluerende partner (in Vlaanderen) verkreeg ethische goedkeuring om deze verschillende vragenlijsten te verspreiden binnen de vier landen (SHW_19_34). Binnen het Verenigd Koninkrijk nam één van de Britse partners de verantwoordelijkheid voor de evaluatie. Binnen de organisatorische krijtlijnen van NHS was het nodig om zelf ethische goedkeuring aan te vragen binnen het Verenigd Koninkrijk. Deze extra aanvragen zorgden voor vertraging binnen het Britse evaluatieproces. Over twee jaren heen (2020–2022) werden er in totaal 14 amendementen aangevraagd. Uiteindelijk konden in het Verenigd Koninkrijk de vragenlijsten in werkpakket 1 verspreid worden vanaf september 2021 en de vragenlijsten in werkpakket 2 vanaf mei 2022. Het einde van de datacollectie was echter voorzien voor juli 2022, waardoor de tijdspanne voor het verspreiden van de vragenlijsten te kort was. Jammer genoeg konden hierdoor lopende trainingen binnen het Verenigd Koninkrijk niet geëvalueerd worden, omdat deze uiteraard al van start waren gegaan voor het verkrijgen van ethische goedkeuring.

De evaluatie binnen Frankrijk kende tevens barrières. De huidige partner stapte later in het project. De eerdere Franse partner voorzag grote (ethische) uitdagingen om de evaluatie uit te voeren zoals vooropgesteld voor de vier landen. Na het vertrek van de eerste Franse partner kwam WHO CCOMS aan boord, maar gezien de korte tijdspanne waarin zij moesten bijbenen met de rest van het project, werd het moeilijk om de vooropgestelde vragenlijsten alsnog te verspreiden in Frankrijk. Daardoor werd er – samen met de projectmanager – beslist om de evaluatie in Frankrijk over te laten aan de partner zelf. Deze partner schreef zelf een verslag van deze evaluatie en hun verwezenlijkingen neer in dit rapport (zie Verslag Frankrijk).

Ondanks het bestaan van de Helsinki overeenkomst (30), leren we dat ethische processen in verschillende landen op verschillende wijzen worden uitgevoerd volgens verschillende protocollen dat niet altijd de praktische uitvoering van de evaluatie ten gunste komt.

Reflectie



De resultaten die werden verkregen in dit project tonen aan dat er heel wat verwezenlijkt werd binnen de verschillende outputs. Bijna alle algemene doelstellingen die werden vooropgesteld, werden behaald. Via de multimediacampagne werd een groot deel van de algemene bevolking bereikt en werd er zo meer bewustzijn gecreëerd voor perinatale mentale gezondheid. De vragenlijsten tonen enkele mooie resultaten aan van de verschillende trainingen. Zo blijken de online tools zeker waardevol en effectief. Helaas kon er niet overal een effect aangetoond worden.

Algemeen zien we wel dat we met onze vragenlijsten voornamelijk hoogopgeleide, samenwonende en tewerkgestelde (aanstaande) ouders, vooral vrouwen, bereikten. De resultaten dienen dus steeds met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. Daarnaast moeten we er ons bewust van zijn dat we met deze evaluatie een groot deel van de

populatie hebben gemist, in het bijzonder personen in een meer kwetsbare situatie, zoals alleenstaanden en anderstalige nieuwkomers. Het is zeker belangrijk om PMI in de toekomst te exploreren bij een meer kwetsbare groep van (aanstaande) ouders met psychosociale problemen.



Los van de vooropgestelde outputs zijn er ook nog enkele extra technologische tools ontwikkeld binnen het PATH-project. Enerzijds werd er gebruik gemaakt van VR en anderzijds werden Comic Strips gebruikt. Binnen PATH zijn VR-films gemaakt, in samenwerking met Bournemouth University en IHV, over jonge ouders met psychische gezondheidsproblemen na de geboorte van hun baby. Deze bieden een kijkje in de echte emoties van ouders met hun kindje thuis, wanneer er sprake is van mentale gezondheidsproblemen. VR is een door de computer gegenereerde omgeving met scènes en voorwerpen die levensecht lijken. De gebruiker draagt een VR-headset en krijgt zo het gevoel ondergedompeld te worden in de opname: je bevindt jezelf in de wereld van het gefilmde gezin alsof je er daadwerkelijk bij bent. Het observeren van de nagespeelde realiteit zorgt voor meeslepend ervaringsleren: de intensiteit en complexiteit van mentale gezondheidsproblemen beleef je als zorgverlener zoals ouders dit ervaren. Dit vergemakkelijkt het herkennen van signalen die verband houden met een mentale disbalans.



Daarnaast werd er in samenwerking met Bournemouth University een tool ontwikkeld voor moeders die een traumatische bevalling hebben meegemaakt. Bijzonder is dat de tool gegoten is in de vorm van een stripverhaal (Comic Strips). De gebruiker kan een avatar kiezen en dit naar believen modelleren. In de tekstballonnen kan de gebruiker een verhaal neerschrijven. Een traumatische bevalling kan een grote impact hebben op het leven van een vrouw.



De eerste stap in de identificatie van een bevallingstrauma is het bevragen van gevoelens en gedachten in het postpartum. Daartoe zijn ervaringsverhalen vertaald in een soort 'storytelling'. Dit gebeurde in het kader van eindwerken binnen de opleiding Vroedkunde van Odisee Hogeschool. Studenten vroedkunde vertaalden traumatische bevallingsverhalen die ze hadden gehoord uit interviews met bevallen vrouwen, aan de hand van de Comic Strips. Deze strip werd daarna als communicatiemiddel gebruikt in verdere gesprekken met ouders als herkenningmiddel.

Verder werd de Comic Strip tool ook gebruikt in een informatiebrochure rond bekkengordelpijn om ervaringsverhalen en emoties gerelateerd aan deze problematiek (zoals pijn, sociaal isolement, neerslachtige gevoelens, angst, enz.) te delen en te zorgen voor (h)erkenning.

De ontwikkeling van deze technologische tools zorgt ervoor dat ook volgende doelstelling werd behaald binnen het PATH-project:

- **Gezondheids- en sociale wetenschappelijke kennis werd gecombineerd met digitale technologie (VR, eHealth-apps en games, geavanceerde gaming-technologie) om het begrip van nieuw ouderschap te verdiepen.**



COVID-19

In december 2019 kwamen de eerste nieuwsberichten over de COVID-19 pandemie. Op dat moment hadden wij als partners het eerste projectjaar bijna achter de rug. In dit projectjaar was vooral ingezet op de neuzen in dezelfde richting te zetten, de culturele en taalbarrières zoals eerder besproken te overwinnen en de planning om de eerste trainingen op te zetten.



Toen in het voorjaar van 2020 de lockdowns in de verschillende landen werden aangekondigd, had dit effect op het project en waren aanpassingen noodzakelijk. Alle projectpartners zetten collectief hun schouders onder aanpassingen maar ook onder een onvoorziene maar wel succesvol gerealiseerde informatie-hub over COVID-19 voor de verschillende doelgroepen in het project. Daarnaast toonden de projectpartners dat zij flexibel en creatief waren om de werkpakketten te kunnen aanbieden. Het volledige



tweede werkpakket bestond uit trainingen die face-to-face zouden plaatsvinden, in kleinere en grotere groepen. Waar mogelijk werden trainingen omgevormd naar een online alternatief. Zo werden in Vlaanderen de workshops voor ouders (zie output 4 – [Vlaanderen, België](#)) en de trainingsdagen voor zorgverleners (zie output 5 – [Vlaanderen, België](#)), respectievelijk als online workshops en twee webinars aangeboden. Ook in het Verenigd Koninkrijk werd een aangepaste, online versie opgezet van de cursussen voor ouders (zie output 4 – [Verenigd Koninkrijk](#)) die oorspronkelijk face-to-face voorzien waren. De cursus die voorzien was voor peer supporters in Nederland (zie output 6 – [Nederland](#)) werd omgevormd tot een e-learning, om zo alsnog de peer supporters te bereiken. Tevens werd de documentaire “Ze wist toch waar ze aan begon”, die gebruikt was in de Nederlandse multimediacampagne (zie output 1 – [Nederland](#)), verder verspreid onder alle stakeholders, om deze alsnog te bereiken.



De pandemie bracht onvoorzien ook enkele opportuniteiten met zich mee. Zo leerden we als partners dat het mogelijk is om hulpverleners, jonge ouders en werkgevers te bereiken via online kanalen. Hulpverleners die aanwezig waren bij één van de webinars in Vlaanderen, gaven als feedback dat het handig was dat de mogelijkheid bestond om op een later tijdstip de opname te bekijken, omdat ze anders moeilijk aanwezig konden zijn door hun werktijden. Tevens werd er op de online hub (zie [PATH Output 3](#)) een volledige pagina toegewijd aan COVID-19. Bepaalde partners engageerden zich om deze pagina up to date te houden met correcte informatie omtrent COVID-19 die betrekking had tot zwangerschap, geboorte en kleine kinderen, met als extra focus mentaal welbevinden en waar hulp te vinden. Dit spontane engagement werd enorm geapprecieerd en toonde de veerkracht van de partners.



AP Hogeschool verrichte een bijkomende analyse naar de invloed van COVID-19 op de psychologische gezondheid van zwangere en postpartum vrouwen in Vlaanderen voor en tijdens de pandemie. Dit was mogelijk aangezien de Vlaamse vragenlijsten reeds verspreid werden in Vlaanderen onder zwangere en pas bevallen vrouwen, alvorens de eerste lockdown intrad. De bevindingen van deze analyses werden gepubliceerd in het wetenschappelijke tijdschrift PlosOne en zijn voor iedereen [toegankelijk](#).

Publicaties en presentaties

De resultaten en tools van het PATH-project werden via diverse kanalen verspreid. De resultaten van de bevraging werden gepubliceerd in peer-reviewed (inter)nationale tijdschriften. Verschillende PATH-partners konden de resultaten presenteren op (inter)nationale congressen aan de hand van presentaties en posters. Een overzicht van publicaties en presentaties van alle partners is hieronder te vinden.



Publicaties

- Bleijenbergh R, Van den Branden L, van Gils Y, Van de Craen N, Kuipers Y. Validation of the postpartum bonding questionnaire: a cross-sectional study among Flemish mothers. *Midwifery*. 2022
- Brosens C, van Gils Y, Van den Branden L, Bleijenbergh R, Rimaux S, Mestdagh E, Kuipers Y. Coping behaviour associated with pregnancy-related anxiety: a cross-sectional study *International journal of Childbirth* (accepted)
- De Moor, S., Jacobs, K., Steckel, S., Tency, I. Beleving van zwangere vrouwen en kraamvrouwen tijdens de coronacrisis. Ervaring met zorgverlening tijdens de eerste lockdownperiode in kaart gebracht. *Tijdschrift voor Vroedvrouwen*, 2021, 27 (2), 83-90
- Kuipers, Y. Perinatal mental Health (PATH) Perinatale emotionele gezondheid. *De Verloskundige*. 2021; juli/augustus.

- Kuipers Y, Mestdagh E. Emotional wellbeing of student midwives during COVID-19. *Woman and Birth*. 2022
- Kuipers Y, Bleijenbergh R, Van den Branden L, Van Gils Y, Rimaux S, Claerbout A, Mestdagh E. Psychological health of pregnant and postpartum women before and during the COVID-19 pandemic. *PlosONE*. 2022
- Nair, B. New Project to support parents experiencing perinatal mental illness. *Journal of General Practice Nursing*. 2022; March.
- Van de Craen N, Van den Branden L, Kuipers Y. Begaan én bekwaam? Percepties en ervaringen van Vlaamse vroedvrouwen betreft hun rol in het ondersteunen van de transitie naar het ouderschap tot het eerste jaar postpartum. *Tijdschrift voor Vroedvrouwen*. 2021; 27(1):17-23.
- Van den Branden L, Van de Craen N, Van Leugenhaege L, Mestdagh E, Timmermans O, Van Rompaey B, Kuipers Y. On cloud nine? Maternal emotional wellbeing six weeks up to one year postpartum – A cross-sectional study (submitted)
- Van den Branden L, Van de Craen N, Van Leugenhaege L, Mestdagh E, Timmermans O, Van Rompaey B, Kuipers Y. Flemish midwives' perspectives on supporting women during the transition to motherhood: A Q-methodology study. *Midwifery*. 2022
- Van den Branden L, Van de Craen N, Mestdagh E, Timmermans O, Van Rompaey B, Kuipers Y. *MetoWE: a Delphi-study of the midwife's tasks when supporting women during transition to parenthood* (submitted)
- Van Gils Y, Bleijenbergh R., Brosens C., Van den Branden L, Rimaux S., Kuipers Y.J. The validation of the Brief COPE in a Belgian perinatal population. *Maternal and Child Health Journal*. 2022.
- VROEG Special (magazine): PATH-project 2022
- Vier Nederlandse Bachelor of Science studenten verloskunde van de Verloskunde Academie Rotterdam, Hogeschool Rotterdam en 1 Master of Science student public health van de Universiteit van Amsterdam gebruikten kwantitatieve data van PATH om hun thesis te schrijven onder supervisie van het AP evaluatie team en sloten hiermee hun studie succesvol af.

Presentaties

- Nair B, Kuipers Y. It takes a village... Perinatal Quality Network Annual Forum Royal College of Psychiatrists (11/11/19)
- Van den Branden L. On cloud nine? Maternal emotional wellbeing six weeks up to one year postpartum – A cross-sectional study. Landelijk Kenniscentrum Psychiatrie & Zwangerschap, Nederland Symposium Zwangerschap en angst/ depressie/ psychose (17/01/20)
- Nair, B. International Marce Society Conference (06/10/20)
- Van den Branden L. On cloud nine? Maternal emotional wellbeing six weeks up to one year postpartum – A cross-sectional study – Conferentie Dublin (03/04/20)

- Society for Reproductive and Infant Psychology (SRIP) 41st (online) annual conference, Chester, Verenigd Koninkrijk (september 2021):
 - Kuipers Y. Validity and accuracy of the Whooley questions and Fear of Childbirth Scale to identify reduced antenatal emotional wellbeing
 - Brosens C. PATH Study Protocol – poster presentation
- iHV Conference (April 2021)
- Nair B. Update PATH project. Perinatal Quality Network Annual Forum, Royal College of Psychiatrists Royal College of Psychiatrists South Eastern Division Autumn Conference 2021 (18/11/21)
- CARE 4 (Februari 2022):
 - Brosens C. Coping behaviour associated with pregnancy-related anxiety – poster CARE 4 Gent (Februari 2022)
 - Kuipers, Y., Bleijenberg, R., Van den Branden, L., van Gils, Y., Brosens, C., Tency, I. Perinatal Mental health of pregnant and postpartum women across four North Sea coastal areas – the Flemish online/ digital tools. CARE4 International Scientific Nursing and Midwifery Conference, 8-10 februari 2022 (online, symposium)
 - Tency, I. Brosens, C., Van den Branden L., Jacquemyn, Y. Identifying gaps and needs of health professionals on training with regard to perinatal mental health. CARE4 International Scientific Nursing and Midwifery Conference, 8-10 februari 2022 (online, oral presentation)
 - Oral presentatie Development What's up Mama. CARE4 International Scientific Nursing and Midwifery Conference, 8-10 februari 2022 (online, oral presentation)
 - Mini-symposium PATH (inhoud, doel, interventies, evaluatie). CARE4 International Scientific Nursing and Midwifery Conference, 8-10 februari 2022 (online, oral presentation)
 - Kuipers, Y. Posterpresentatie: Validity and accuracy of the Whooley questions and Fear of Childbirth Scale to identify reduced antenatal emotional wellbeing
 - Van den Branden L. Posterpresentatie: Percepties vroedvrouwen rol & taken in de begeleiding van pre- en postnatale vrouwen en maternaal perinataal welbevinden
 - presentation
- Tency, I., Verduyck, L. Vroedvrouw en zwanger? Wat nu? Tips voor zwangere werknemers en werkende moeders. Studiedag Hoofdzaak? Aandacht voor jezelf is geen bijzaak!, Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen, 24 maart 2022 (voordracht, webinar)
- Nair, B. Presentation at joint medical and NMP training event - Care Grow Live (20/04/22)
- Nair, B. South East Perinatal Mental Health Webinar (26/04/22)
- Tency, I., Vallaey, E. Mentaal welbevinden en welzijn van (toekomstige) ouders op de werkvloer. Tips en tricks voor werkgevers. Infosessie Mentaal welbevinden van (toekomstige) ouders op de werkvloer, Odisee Hogeschool en VOKA Health Community, 10 mei 2022, Aalst
- Nordic Midwifery Congres, Helsinki (mei 2022):
 - Mental wellbeing of pregnant and postpartum women before and during COVID-19

- Prior, F., Stickland D., Tency, I. Naber, F. Parents thriving in the workplace, Final conference PATH, 16 November 2022, Antwerp (presentation)
- Tang, W., Tency, I., Devlin, T., Zequn, L., Yichen, H. McGannan, S. Documenting perinatal mental health experience through interactive digital storytelling. Comics, linguistics, visual languages and artificial intelligence for mental health, eHealth Conference, Rome, 6-7/02/2023 (accepted, presentation)

Slotconferentie

Tot slot werden al de verwezenlijkingen gepresenteerd op de slotconferentie van PATH op 16 november 2022, te Kinopolis Antwerpen.

Het programma van deze slotconferentie zag er als volgt uit:



9:00 Arrival & coffees

9:30 Welcome from Candice De Windt: Care and welfare ambassador for the Flemish Government **and Hilde Crevits:** Deputy minister-president of the Flemish Government and Flemish minister of Welfare, Public Health and Family

And a short introduction from the Health and Europe Centre - Lead Partner of the PATH perinatal mental health project: Sophie McGannan

10:00 Guest speaker: Dr. Alain Grégoire

The power of alliances in fostering change

10:45 Guest speaker: Dr. Tatiana Salisbury

Looking after perinatal mental health in maternal and child health services

11:15 Guest speaker: Dr. Lois McKellar

Your time: Perinatal mental health in the palm of your hand

12:00 Networking lunch

13:00 "Parents thriving in the workplace"

Hosted by partners of the PATH project: Francesca Prior & Daniel Stickland (Southampton City Council), Inge Tency (Odisee) & Fabienne Naber (Maasstad)

Join our PATH team for an interactive learning session including recommendations and resources for supporting parents' perinatal mental health and wellbeing in the workplace, as well as findings from a pre, during and post COVID world of work across the UK, France, Belgium and the Netherlands

13:45 “The role of healthcare professionals in promoting perinatal mental health”

Hosted by partners of the PATH project: Dr. Bosky Nair (Kent and Medway NHS partnership trust), Christine Franckx (Gio VzW), Jacobien Wagemaker (Maasstad) & Nathalie Leone (World Health Organisation Collaborating Centre for Training and Research in Mental Health)

Join our cross-border PATH panel as they discuss and present work from the four PATH countries with a focus on how healthcare professionals can make a difference in primary care provision of perinatal mental health and promote parent-infant relationships.

14:30 Networking, further learning from the PATH project & poster presentations in the Terrace Room

During the afternoon we will actively bring together attendees to share good practices and discuss overcoming obstacles in education, policy making or practice by inviting applications for poster presentations.

Stands in the networking area include:

- Path of prepared parenting exhibition
- Virtual reality exhibition
- Comic strip making
- Synappz digital health
- E-learnings from different partners
- What’s up mama: online tool for pregnant and postpartum women
- Matrescence and wellbeing information for expectant and new parents
- Peer support from client association

16:00 Learning from PATH and closing - Prof. dr. Yvonne Fontein-Kuipers

(AP University College - PATH project partner) on the learning from and legacy of PATH

17:00 Conference end

Tijdens en na de verschillende presentaties van de gastsprekers, was er telkens een interactief moment met het publiek. Er werd een microfoon in de vorm van een kubus door de zaal gegooid, waarmee deelnemers van de conferentie hun vragen konden stellen. De namiddag werd volledig gewijd aan het voorstellen van trainingen en tools die ontwikkeld werden in het project. Ook hier konden de deelnemers interactief in gesprek gaan met de projectpartners. Daarnaast was er de mogelijkheid om tijdens de lunch en het moment in de namiddag te netwerken met de aanwezigen en de projectpartners. Hier werden vele nieuwe contacten gelegd. Tijdens deze netwerkmomenten verkregen de projectpartners zeer positieve reacties van de aanwezigen van de conferentie, zowel op de ontwikkelde tools en trainingen als op de presentaties van de gastsprekers. Deze boeiende, leerrijke dag bereikte zo’n 250 (student) zorgverleners, peer supporters, werkgevers en sympathisanten, waaronder (aanstaande) ouders. Deze dag werd erg positief onthaald. Een verslag van deze boeiende dag werd in een [korte video](#) gegoten.

Met deze slotconferentie, in combinatie met alle tools en trainingen, werd ook volgende doelstelling behaald:

- **Vrouwen/gezinnen (inclusief vaders), gezondheidswerkers, werkgevers en de bredere gemeenschap met elkaar in contact brengen**



Duurzaamheid

 Binnen dit project werden voornamelijk tools en trainingen ontwikkeld binnen de vooropgestelde output en de vooropgestelde tijdslijn van het project. Het is echter de bedoeling dat deze ontwikkelingen verder worden verfijnd en geïmplementeerd in de werking van elke organisatie. [De online hub](#), waarop alle online tools werden gebundeld, blijft nog 5 jaar bestaan. Informatie zal echter niet meer up to date worden gehouden. Door de vele links naar de verschillende organisaties en externe tools hopen we dat deze hub een duurzaam platform blijft waar vele (aanstaande) ouders, zorgverleners, werkgevers op terecht kunnen. Verdere financiering wordt gezocht om de ontwikkelde materialen en trainingen te optimaliseren en te implementeren in de dagelijkse praktijk. Door de vele positieve reacties op het PATH-project is het duidelijk dat er nood is om het topic 'perinatale mentale gezondheid' verder te exploreren. Het PATH project was erg waardevol en geeft ons handvatten om hiermee verder aan de slag te gaan.

Ook door het ontwikkelen van deze online hub werd er nog voldaan aan twee doelstellingen op vlak van duurzaamheid:

- **Vrij beschikbare instrumenten en interventies werden gecreëerd**
- **Een pool van kennis werd gecreëerd**



04

Conclusie

Binnen het vierjarig PATH-project werd er gewerkt aan twee verschillende werkpakketten bestaande uit zes outputs, met elk verschillende doelstellingen.

Binnen het **eerste werkpakket** werden nieuwe, duurzame online diensten ontworpen om de herkenning en preventie van perinatale mentale gezondheid te vergroten en het mentale welzijn van nieuwe gezinnen te ondersteunen. Binnen de multimediacampagne ([PATH Output 1](#)) hebben we in de verschillende landen meer dan 50 miljoen mensen bereikt én werd er aangetoond dat er grotendeels een verbetering was qua depressieve klachten alsook het reduceren van stigmatisering. De online tools voor zorgverleners en werkgevers ([PATH Output 2](#)) werden erg enthousiast onthaald door (student) zorgverleners. Binnen deze output kon er geen effect aangetoond worden op basis van deze evaluatie. De online tools voor (aanstaande) ouders ([PATH Output 3](#)) waren erg divers in de verschillende landen, maar ook deze werden erg positief onthaald. Binnen deze output konden we aantonen dat de tool in Vlaanderen een positief effect had, waarbij (aanstaande) moeders minder angst en depressieve klachten ervaarden, er minder stigmatisering was en meer kennis na het gebruik van de tool. Voor Nederland en het Verenigd Koninkrijk konden we geen effect aantonen binnen deze output, voornamelijk wegens te weinig respondenten. Echter werden deze outputs wel positief onthaald door de gebruikers.

Binnen het **tweede werkpakket** werden nieuwe, duurzame face-to-face diensten ontworpen om de herkenning en preventie van PMI te vergroten en het mentale welzijn van nieuwe gezinnen te ondersteunen. De trainingen voor (aanstaande) ouders ([PATH Output 4](#)) werden ontwikkeld op basis van de noden van families en er waren veel lovende reacties van de deelnemers. Helaas konden we geen effect aantonen binnen deze output, voornamelijk wegens te weinig respondenten. De trainingen voor zorgverleners ([PATH Output 5](#)) waren erg divers en werden deels online en deels face-

to-face gegeven. Binnen Nederland en Vlaanderen kon er aan de hand van de analyses een positief effect aangetoond worden. In het Verenigd Koninkrijk konden we geen effect aantonen binnen deze output, aangezien hier geen respondenten waren. Ten slotte werden de trainingen voor peer supporters (PATH Output 6) ook erg positief onthaald. Hierbij werd er via de evaluatie een positief effect aangetoond van de trainingen in Vlaanderen. Voor Nederland en het Verenigd Koninkrijk konden we geen effect aantonen binnen deze output, voornamelijk wegens te weinig respondenten. De deelnemers van deze trainingen waren wel zeer enthousiast.



We kunnen concluderen dat de algemene doelstelling behaald is in dit project:

- **PATH ontwikkelde een inclusieve, holistische gezondheidsstructuur: vraag gestuurd en in samenwerking met ervaringsdeskundigen en (aanstaande) ouders.**

Referenties

Condon J. T. 1993. The assessment of antenatal emotional attachment: development of a questionnaire instrument. *The British journal of medical psychology*, 66 (Pt 2), 167–183. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1993.tb01739.x>

Condon, J. T. and Corkindale, C. J. 1998. The Assessment of Parent-to-Infant Attachment: Development of a self-report questionnaire instrument. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16(1): 57-77

Condon JT, Corkindale CJ, Boyce P. 2008. Assessment of postnatal paternal–infant attachment: development of a questionnaire instrument. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 26(3):195–210 DOI 10.1080/02646830701691335.

Cox, J.L., Holden, J.M., Sagovsky, R., 1987. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150 (6), 782-786.

Fontein-Kuipers Y, Ausems M, van Limbeek E, Budé L, de Vries, R, Nieuwenhuijze M. Factors influencing maternal distress among Dutch women with a healthy pregnancy. *Women and Birth*. 2015; 28:e36–e42. doi: 10.1016/j.wombi.2015.02.002.

Fontein-Kuipers Y, Ausems M, de Vries R, Nieuwenhuijze M. The effect of Wazzup Mama?! An antenatal intervention to prevent or reduce maternal distress in pregnancy. *Archives of Women’s Mental Health*. 2016; 19(5):779–88. DOI: 10.1007/s00737-016-0614-8.

Fontein-Kuipers Y, van Limbeek E, Ausems M, de Vries R, Nieuwenhuijze M. Responding to maternal distress: from needs assessment to effective intervention. *International Journal of Public Health*. 2017; 62(4):441–452. doi:10.1007/s00038-016-0910-0.

Griffiths, K.M., Christensen, H., Jorm, A.F., Evans, K., & Groves, C. (2004) Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 185: 342–349.

Gulliver, A., Griffiths, K.M., Christensen, H., MacKinnon, A., Calear, A.L., Parsons, A., Bennet, K., Batterham, P.J., Stanimirovic, R. (2012) Internet-Based Interventions to Promote Mental Health Help-Seeking in Elite Athletes: An Exploratory Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 14: 69.

Hammer, J. H., & Parent, M. C., & Spiker, D. A. (2018). Mental Help Seeking Attitudes Scale (MHSAS): Development, reliability, validity, and comparison with the ATSSPH-SF and IASMHS-PO. *Journal of Counseling Psychology*, 65, 74–85. doi: 10.1037/cou0000248

Hammer, J. H., & Spiker, D. A. (2018). Dimensionality, Reliability, and Predictive Evidence of Validity for Three Help Seeking Intention Instruments: ISCI, GHSQ, and MHSIS. *Journal of Counseling Psychology*, 65, 394–401. doi: 10.1037/cou0000256

Jomeen, J., Jarrett, P., & Martin, C. R. (2018). Professional issues in maternal mental health scale (PIMMHS): The development and initial validation of a brief and valid measure. *European journal of midwifery*, 2, 2. <https://doi.org/10.18332/ejm/83276>

Kuipers J, Van Leugenhaege L, Van de Craen N, Van den Branden L, Bleijenbergh R, Mestdagh E, Van Rompaey B. Factors influencing the maternal life balance of Flemish mothers, a cross-sectional study. *Applied Research in Quality of Life*. Accepted for publication 2019

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35–37). Windsor, UK: NFER-NELSON.

Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International journal of behavioral medicine*, 15(3), 194–200. <https://doi.org/10.1080/10705500802222972>

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166:1092–1097.

Whooley, M., Avins, AL., Miranda, J., & Browner, WS. (1997) Case-Finding Instruments for Depression Two Questions Are as Good as Many. *Journal General Internal Medicine*. 12: 439–445.

Bijlages

Disclaimer: De data maken deel uit van het programma Interreg 2 Seas Mers Zeeën en volgens artikel 14 van de partnerschapsovereenkomst PATH 2 2S05-002 5 (06/02/2019), documenten die uitdrukkelijk als vertrouwelijk zijn aangemerkt, zullen de projectpartners maatregelen nemen om te garanderen dat alle bij het project betrokken medewerkers de vertrouwelijkheid van de data zullen respecteren, de data niet zullen verspreiden, niet aan derden zullen verstrekken en de data niet zullen gebruiken zonder toestemming van de hoofdpartner (Health & Europe Centre) of de partner die de gegevens heeft verstrekt (AP Hogeschool Antwerpen). Volgens artikel 14 van de partnerschapsovereenkomst PATH 2 2S05-002 5 (06/02/2019) worden verzoeken om toegang tot data gecontroleerd door onderzoekers van de evaluatiepartner van het PATH-project (AP Hogeschool Antwerpen). Daarom zijn de gegevens alleen op aanvraag beschikbaar.

PATH Output 1 – Multimediacampagne om bewustzijn te verhogen en om PMI te destigmatiseren

Bijlage 1.1 – Vlaanderen, België

Tabel 1 – Beschrijvende analyses WP1.1 België		VOORMETING (N=1506)			NAMETING (N=244)		
Socio demografische factoren		N	%	N	%	N	%
Geslacht	Man	43	2,9	7	2,9		
	Vrouw	1460	96,9	237	97,1		
	X	3	0,2	0	0		
Moeder/partner	(Aanstaande) moeder	1387	92,1	225	92,2		
	Partner	119	7,9	19	7,8		
Zwanger/bevallen	Zwanger	776	51,5	51	20,9		
	Postpartum	730	48,5	193	79,1		
Uren werken per week	Geen betaalde job	65	4,3	5	2,0		
	1-19 u	76	5	10	4,1		
	20-32 u	400	26,2	67	27,5		
	33-40 u	783	52	136	55,7		
	> 40 u	182	12,1	26	10,7		
Diploma	Geen	0	0	0	0		
	Lager onderwijs	18	1,2	1	0,4		
	BSO	48	3,2	5	2,0		
	7de jaar BSO, volledige graad ASO, TSO of KSO	230	15,3	33	13,5		
	Graduaat/Hoger beroepsonderwijs niveau 5, Bachelor, BanaBa	693	46	120	49,2		
	Master, ManaMa, PHD	517	34,3	85	34,8		
	België	1408	93,5	240	98,4		
Land geboorte	Anders	98	6,5	4	1,6		
	Gehuwd / (on)wettelijk samenwonend	1448	96,1	238	97,5		
	LAT-relatie (Living Apart Together)	7	0,5	2	0,8		
Kinderen uit een vorige relatie	Alleenstaand	51	3,4	4	1,6		
	Weduwe/weduwnaar	0	0	0	0		
	Ja	59	3,9	6	2,5		
Geloofsovertuiging	Nee	1447	96,1	238	97,5		
	Ja	380	25,2	46	18,9		
	Nee	1126	74,8	198	81,1		
	Ja	489	32,5	101	41,4		

		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Stigma depressie (DSS somscore)		48,3785	7,23366	18	76	46,7014	7,02678	23	63
Persoonlijk stigma		19,5296	4,34419	9	35	18,2579	3,64827	9	32
Sociaal stigma		28,8489	5,03488	6	45	28,4434	5,39034	9	42
<i>p</i> -waarde persoonlijk/sociaal stigma		<0,001				0,160			
Kennis depressie (DLQ)									
Kennis depressie (DLQ somscore)		12,7263	4,28545	0	22	12,6555	3,82124	1	20
Kennis depressie (DLQ items)		Juist		Fout/fk weet het niet		Juist		Fout/fk weet het niet	
		N	%	N	%	N	%	N	%
1) Mensen met een depressie spreken vaak op een onsamenhangende manier		525	41,9	728	58,9	77	36,8	132	63,2
2) Mensen met een depressie kunnen zich schuldig voelen, ook wanneer zij geen blaam hebben		1099	87,7	154	12,3	189	90,4	20	9,6
3) Roekeloos gedrag is een bekend verschijnsel van depressie		452	36,1	801	63,9	62	29,7	147	70,3
4) Gebrek aan zelfvertrouwen en een laag zelfbeeld kan een symptoom van een depressie zijn		1081	86,3	171	13,7	178	85,6	30	14,4
5) Het vermijden van schouren in stoeptegels kan een symptoom van depressie zijn		543	43,3	710	56,7	84	40,4	124	59,6
6) Mensen met een depressie horen vaak stemmen die er niet zijn		817	65,2	436	34,8	132	63,5	76	36,5
7) Te veel of te weinig slapen kan een symptoom van depressie zijn		1082	86,4	171	13,6	184	88,5	24	11,5
8) Te veel eten of geen interesse hebben in eten kan een symptoom van depressie zijn		1084	86,5	169	13,5	177	85,1	31	14,9
9) Depressie heeft geen invloed op je geheugen of concentratie		1017	81,2	236	18,8	178	85,6	30	14,4
10) Het hebben van meerdere persoonlijkheden kan een symptoom van depressie zijn		594	47,4	659	52,6	93	44,7	115	55,3
11) Als resultaat van depressie kunnen mensen soms trager of meer prikkelbaar reageren		1127	89,9	126	10,1	187	89,9	21	10,1
12) Psychologen schrijven antidepressiva voor		920	73,4	333	26,6	168	80,8	40	19,2
13) Een milde depressie kan iemands leven net zo verstoren als multiple sclerose of doofheid		758	60,5	495	39,5	133	63,9	75	36,1
14) De meeste mensen met depressie moeten opgenomen worden in een (psychiatrisch) ziekenhuis		1109	88,5	144	11,5	192	92,3	16	7,7
15) Veel beroemde mensen hebben last van een depressie		491	39,2	762	60,8	84	40,4	124	59,6
16) Er zijn vele behandelingen voor depressie die veel effectiever zijn dan antidepressiva		41	3,3	1212	96,7	12	5,8	196	94,2
17) Voor de behandeling van depressie zijn gesprekken met een hulpverlener net zo effectief als Cognitieve Gedragstherapie		100	8	1153	92	14	6,7	194	93,3
18) Voor de behandeling van een milde / matige depressie is CGT net zo effectief als antidepressiva		461	36,9	790	63,1	69	33,2	139	66,8
19) Van alle alternatieve geneeswijzen en levensstijlbehandelingen, werken vitamines het beste voor de behandeling van depressie		511	40,8	741	59,2	81	38,9	127	61,1
20) Wanneer men antidepressiva gebruikt, kunnen deze gestopt worden zodra iemand zich beter voelt		947	75,6	305	24,4	160	76,9	48	23,1
21) Antidepressiva zijn verslavend		222	17,7	1030	82,3	42	20,2	166	79,8
22) Antidepressiva werken direct zodra men deze gaat gebruiken		965	77,1	287	22,9	149	71,6	59	28,4

Bijlage 1.2 – Nederland

Tabel 2 – Beschrijvende analyses WP1.1 Nederland		VOORMETING (N=311)		NAMETING (N=166)	
Socio demografische factoren		N	%	N	%
Geslacht	Man	31	10,0	1	0,6
	Vrouw	280	90,0	165	99,4
	X	0	0	0	0
Moeder/partner	(Aanstaande) moeder	258	83,0	154	92,8
	Partner	53	17,0	12	7,2
	Zwanger	173	55,6	35	21,1
	Postpartum	138	44,4	131	78,9
Uren werken per week	Geen betaalde job	22	7,1	15	9,0
	1-19 u	27	8,7	12	7,2
	20-32 u	134	43,1	108	65,1
	33-40 u	90	28,9	24	14,5
	> 40 u	38	12,2	7	4,2
Diploma	Geen	0	0	1	0,6
	Basisschool, VMBO-basis	5	1,6	5	3,0
	VMBO-kader, VMBO-theretisch, HAVO-4, MBO-3	47	15,1	28	16,9
	HAVO-5, WVO, MBO-4	67	21,5	40	24,1
	WVO (atheneum of gymnasium), HBO (propedeuse)	120	38,6	55	33,1
	WO, PhD	72	23,2	37	22,3
	Nederland	288	92,6	157	94,6
Land geboorte	Anders	23	7,4	9	5,4
	Gehuwd / (on)wettelijk samenwonend	296	95,2	160	96,4
Burgerlijke staat	LAT-relatie (Living Apart Together)	2	0,6	0	0
	Alleenstaand	13	4,2	6	3,6
Kinderen uit een vorige relatie	Weduwe/weduwnaar	0	0	0	0
	Ja	23	7,4	8	4,8
Geloofsvertoeging	Nee	288	92,6	158	95,2
	Ja	72	23,2	34	20,5
Psychische klachten in het verleden	Nee	239	76,8	132	79,5
	Ja	122	39,2	65	39,2
	Nee	189	60,8	101	60,8
Hiervoor behandeld		N=122		N=65	
	Ja	97	79,5	53	81,5
	Nee	25	20,5	12	18,5
	Ja	88	28,3	62	37,3
Psychische klachten bij broers/zussen/ouders	Nee	194	62,4	93	56,0
	Ja				

		29	9,3			11	6,6		
	Dat weet ik niet								
	Ja	92	29,6			41	24,7		
	Nee	219	70,4			125	75,3		
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Leeftijd		31,31	5,137	19	60	30,25	4,279	19	41
Lichamelijke gezondheid		4,58	2,676	1	10	4,67	2,664	1	10
Ervaart emotionele steun	Score 1 (geen klachten) – 10 (veel klachten)	7,75	1,554	2	10	7,74	1,553	1	10
Ervaart praktische steun	Score 1 (geen steun) – 10 (maximale steun)	7,68	1,626	2	10	7,64	1,826	1	10
Voldoende informatie (aanstaand) ouderschap	Score 1 (geen) – 10 (maximaal)	7,97	1,372	1	10	8,07	1,425	1	10
	Impact COVID-19	N=199				N=135			
	Score 1 (geen invloed) – 10 (veel invloed)								
	Het coronavirus heeft een effect op mijn gedachten	5,40	2,534	1	10	5,1	2,397	1	10
	Het coronavirus heeft een effect op mijn gemoedstoestand (welbevinden, mentale gezondheid)	4,95	2,572	1	10	5,2	2,314	1	10
	Het coronavirus heeft een effect op mijn gedrag	5,54	2,616	1	10	4,99	2,46	1	10
	Het coronavirus heeft een effect op mijn lichamelijke gezondheid	4,03	2,678	1	10	4,09	84	1	10
	Zwangere vrouwen en partners	N=173				N=35			
		N	%			N	%		
Trimester	Eerste trimester (<= 14 weken)	31	17,9			4	11,4		
	Tweede trimester (15-27 weken)	68	39,3			12	34,3		
	Derde trimester (28-42 weken)	74	42,8			19	54,3		
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Weken zwanger		24,923	10,1162	5	41	26,74	8,84	7	40
Graviditeit		1,89	1,370	1	9	2,11	1,301	1	8
Pariteit		0,45	0,668	0	3	0,74	0,741	0	2
Voelt zich voorbereid op de bevalling	Score 1 (minimaal voorbereid) – 10 (maximaal voorbereid)	6,83	1,871	1	10	7,49	1,121	5	9
Voelt zich voorbereid op het ouderschap	Score 1 (minimaal voorbereid) – 10 (maximaal voorbereid)	7,43	1,571	2	10	7,6	1,311	5	10
	Postpartum vrouwen en partners	N=138				N=131			
		N	%			N	%		
Wijze van bevallen	Vaginaal	86	62,3			99	75,6		
	Vaginaal met hulp	15	10,9			10	7,6		
	Geplande keizersnede	8	5,8			12	9,2		
	Spoed keizersnede	29	21,0			10	7,6		
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Weken postpartum		25,989	14,9058	1	52	22,084	13,1057	2	51
Graviditeit		2,1	1,252	1	6	1,992	1,1128	1	7
Pariteit		1,67	0,831	1	5	1,6	0,687	1	5
In welke mate...	Score 1 (ontevreden/onvoorbereid) – 10 (tevreden/maximaal voorbereid)								
... kijkt u tevreden terug op geboorte van de baby		7,00	2,6	1	10	7,74	2,286	1	10
... voelde u zich voorbereid op de bevalling		7,08	2,5	1	10	7,5	2,224	1	10

... kwamen uw verwachtingen van de bevalling overeen met de realiteit	6,12	2,687	1	10	6,4	2,553	1	10
... voelde u zich voorbereid op het ouderschap	7,12	2,07	1	10	7,57	1,789	1	10
... kwamen uw verwachtingen over het ouderschap overeen met de realiteit	6,70	2,163	1	10	6,79	2,27	1	10
Verhoogde kans angst (Whooley*/GAD2)								
	N	%			N	%		
Screening angst – Whooley*								
1x ja	71	22,8			35	21,1		
2x ja	91	29,3			43	25,9		
Nee	149				88	53,0		
	N=162				N=78			
Gegeneraliseerde angst (GAD2)								
Ja	31	19,1			18	23,1		
Nee	131	80,9			60	76,9		
<i>* De Whooley vragenlijst screent naar de aanwezigheid van depressieve symptomen. De vragenlijst bestaat uit 2 vragen die beantwoord worden met ja of nee. Een positief antwoord op minimaal 1 vraag wordt als een positieve test beschouwd (Whooley et al., 1997). → Indien 1x ja of 2x ja kreeg de participant de vragenlijst GAD2.</i>								
Herhoogde kans op het ontwikkelen van depressieve klachten (EPDS)								
	N	%	M	SD	N	%	M	SD
Moeders eerste trimester	N=24				N=3			
Verhoogde kans (≥11)	9	37,5			0	0		
Somscore totaal			8,1437	5,5977			7	2,68551
Moeders tweede trimester	N=63				N=12			
Verhoogde kans (≥10)	17	27,0			2	16,7		
Somscore totaal			8,1801	5,4809			6,4167	6,8551
Moeders derde trimester	N=63				N=18			
Verhoogde kans (≥10)	15	23,8			4	22,2		
Somscore totaal			6,5203	4,6619			6,7778	5,67301
Moeders postpartum	N=108				N=121			
Verhoogde kans (≥13)	23	21,3			17	14,0		
Somscore totaal			8,4825	5,2172			7,7517	4,6170
Mannelijke partners	N=31				N=0			
Verhoogde kans (≥10)	7	22,6			-	-		
Somscore totaal			5,4409	4,5974			-	-
Meemoeders	N=22				N=12			
Verhoogde kans (≥12)	8	36,4			4	33,3		
Somscore totaal			11,3939	5,4238			7,9167	4,20948
Stigmatisering depressie (DSS)								
	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Stigma depressie (DSS somscore)	47,0498	8,4848	20	70	45,5342	6,9248	23	66
Persoonlijk stigma	27,1297	5,39254	9	43	18,774	3,7544	10	30
Sociaal stigma	19,9252	4,59148	9	35	26,7603	5,52774	11	41
p-waarde persoonlijk/sociaal stigma	0,003				0,223			
Kennis depressie (DLQ)								
Kennis depressie (DLQ somscore)	11,7218	4,85331	0	21	11,4853	4,1583	0	21

Kennis depressie (DLQ items)	Juist		Fout/ik weet het niet		Juist		Fout/ik weet het niet	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1) Mensen met een depressie spreken vaak op een onsamenhangende manier	118	44,4	148	45,6	46	33,8	90	66,2
2) Mensen met een depressie kunnen zich schuldig voelen, ook wanneer zij geen blaam hebben	219	82,3	47	17,7	113	83,1	23	16,9
3) Roekeloos gedrag is een bekend verschijnsel van depressie	94	35,3	172	64,7	36	26,5	100	73,5
4) Gebrek aan zelfvertrouwen en een laag zelfbeeld kan een symptoom van een depressie zijn	230	86,5	36	13,5	120	88,2	16	11,8
5) Het vermijden van scheuren in stoeptegels kan een symptoom van depressie zijn	115	43,2	151	56,8	55	40,4	81	59,6
6) Mensen met een depressie horen vaak stemmen die er niet zijn	154	57,9	112	42,1	66	48,5	70	51,5
7) Te veel of te weinig slapen kan een symptoom van depressie zijn	231	87,2	34	12,8	119	87,5	17	12,5
8) Te veel eten of geen interesse hebben in eten kan een symptoom van depressie zijn	226	85,0	40	15,0	120	88,2	16	11,8
9) Depressie heeft geen invloed op je geheugen of concentratie	194	72,9	72	27,1	107	78,7	29	21,3
10) Het hebben van meerdere persoonlijkheden kan een symptoom van depressie zijn	120	45,1	146	54,9	54	39,7	82	60,3
11) Als resultaat van depressie kunnen mensen soms trager of meer prikkelbaar reageren	227	85,3	39	14,7	129	94,9	7	5,1
12) Psychologen schrijven antidepressiva voor	140	52,6	126	47,4	65	47,8	71	52,2
13) Een milde depressie kan iemands leven net zo verstoren als multiple sclerose of doofheid	130	48,9	136	51,1	85	62,5	51	37,5
14) De meeste mensen met depressie moeten opgenomen worden in een (psychiatrisch) ziekenhuis	223	83,8	43	16,2	107	78,7	29	21,3
15) Veel beroemde mensen hebben last van een depressie	86	32,3	180	67,7	42	30,9	94	69,1
16) Er zijn vele behandelingen voor depressie die veel effectiever zijn dan antidepressiva	9	3,4	257	96,6	3	2,2	133	97,8
17) Voor de behandeling van depressie zijn gesprekken met een hulpverlener net zo effectief als Cognitieve Gedragstherapie	45	16,9	221	83,1	11	8,1	125	91,9
18) Voor de behandeling van een milde / matige depressie is CGT net zo effectief als antidepressiva	90	33,8	176	66,2	41	30,1	95	69,9
19) Van alle alternatieve geneeswijzen en levensstijlbehandelingen, werken vitamines het beste voor de behandeling van depressie	87	32,7	179	67,3	42	30,9	94	69,1
20) Wanneer men antidepressiva gebruikt, kunnen deze gestopt worden zodra iemand zich beter voelt	178	67,2	87	32,8	89	65,4	47	34,6
21) Antidepressiva zijn verslavend	38	14,3	228	85,7	22	16,2	114	83,8
22) Antidepressiva werken direct zodra men deze gaat gebruiken	164	61,2	102	38,3	90	66,2	46	33,8

Bijlage 1.3 – Verenigd Koninkrijk

Tabel 3 – Beschrijvende analyses WP1.1 Verenigd Koninkrijk		VOORMETING (N=902)			NAMETING (N=247)		
Socio demografische factoren		N	%	N	%	N	%
		Geslacht	Man	40	44,4	2	0,8
	Vrouw	861	95,5	243	98,4		
	X	1	0,1	2	0,8		
Moeder/partner	(Aanstaande) moeder	850	94,2	241	97,6		
	Partner	52	5,8	6	2,4		
Zwanger/bevallen	Zwanger	278	30,8	116	47		
	Postpartum	624	69,2	131	53		
Uren werken per week	Geen betaalde job	106	11,8	45	18,2		
	1-19 u	74	7,9	25	10,1		
	20-32 u	179	19,8	36	14,6		
	33-40 u	409	45,3	107	43,3		
	> 40 u	137	15,2	34	13,8		
Diploma	Geen	4	0,4	3	1,2		
	Primary education/ Primary education and 3 years of secondary education	11	1,2	6	2,4		
	General Certificate of Secondary Education (GSCE) CQF-level 1/EQF-level 2 BTEC level 3 (QCF levels 3/ EQF level 4)	139	15,4	53	21,5		
	Advanced levels (A-levels), GSCE level 3A, General Certificate of Education (GCE A), OCF-level (EQF-level 4)	154	17,1	58	23,5		
	Graduaat/Hoger beroepsonderwijs niveau 5, Bachelor, BanaBa	374	41,5	94	38,1		
	Master degree (OCF level 7/ EQF level 7), Postgraduate Diploma/ certificate (OCF level 7/ EQF level 7), Doctoral degree	229	24,4	33	13,4		
Land geboorte	Verenigd Koninkrijk	837	92,8	230	93,1		
	Anders	65	7,2	17	6,9		
Burgerlijke staat	Gehuwd / (on)wettelijk samenwonend	831	92,1	205	83,0		
	LAT-relatie (Living Apart Together)	37	4,1	22	8,9		
	Alleenstaand	33	3,7	19	7,7		
	Weduwe/weduwenaar	1	0,1	1	0,4		
Kinderen uit een vorige relatie	Ja	99	11,0	28	11,3		
	Nee	803	89,0	219	88,7		
Geloofsovertuiging	Ja	163	18,1	50	20,2		
	Nee	739	81,9	197	79,8		
Psychische klachten in het verleden	Ja	500	55,4	173	70,0		
	Nee	402	44,6	74	30,0		

Hiervoor behandeld	N=500				N=173			
	Ja	82,2	18	51	143	82,7	18	47
Psychische klachten bij broers/zussen/ouders	Nee	17,8	1	10	30	17,3	1	10
Psychische klachten tijdens zwangerschap/postpartum	Ja	50,2	1	10	142	57,5	1	10
	Nee	41,0	1	10	74	30,0	1	10
Leeftijd	Dat weet ik niet	8,8	1	10	31	12,6	1	10
	Ja	50,1	1	10	190	76,9	1	10
Lichamelijke gezondheid	Nee	49,9	1	10	57	23,1	1	10
	Score 1 (geen klachten) – 10 (veel klachten)	31,95	5,186	18	29,82	5,163	18	47
Ervaart emotionele steun	4,86	2,333	1	10	5,06	2,138	1	10
Ervaart praktische steun	7,27	2,256	1	10	5,61	2,456	1	10
Voldoende informatie (aanstaand) ouderschap	Score 1 (geen steun) – 10 (maximale steun)	6,84	2,452	1	5,61	2,600	1	10
	Score 1 (geen) – 10 (maximaal)	5,99	2,561	1	4,89	2,283	1	10
Impact COVID-19								
Het coronavirus heeft een effect op mijn gedachten	N=812							
	Score 1 (geen invloed) – 10 (veel invloed)	6,91	2,654	1	10	7,16	2,495	1
Het coronavirus heeft een effect op mijn gemoedstoestand (welbevinden, mentale gezondheid)	N=217							
	Score 1 (geen invloed) – 10 (veel invloed)	6,82	2,706	1	10	7,18	2,573	1
Het coronavirus heeft een effect op mijn gedrag	N=116							
	Score 1 (geen invloed) – 10 (veel invloed)	6,65	2,741	1	10	6,88	2,703	1
Het coronavirus heeft een effect op mijn lichamelijke gezondheid	N=278							
	Score 1 (geen invloed) – 10 (veel invloed)	5,57	2,952	1	10	6,06	2,996	1
Zwangere vrouwen en partners								
Trimester	N	38	13,7		38	32,8		
	Eerste trimester (≤ 14 weken)	109	39,2		45	38,8		
	Tweede trimester (15-27 weken)	131	47,1		33	28,4		
Weken zwanger	M	25,867	8,924	5	20,7	9	6	39
	SD	2,4281	1,6909	1	1,91	1,265	1	7
Graviditeit	N	0,73	1,095	0	0,53	0,859	0	4
	SD	5,96	2,452	1	4,17	2,239	1	10
Voelt zich voorbereid op de bevalling	Score 1 (minimaal voorbereid) – 10 (maximaal voorbereid)	7,27	2,298	1	5,25	2,75	1	10
	Score 1 (minimaal voorbereid) – 10 (maximaal voorbereid)							
Voelt zich voorbereid op het ouderschap	N=624							
	Score 1 (minimaal voorbereid) – 10 (maximaal voorbereid)	308	49,4		61	46,6		
Postpartum vrouwen en partners								
Wijze van bevallen	N	87	13,9		28	21,4		
	Vaginaal	86	13,8		13	9,9		
	Vaginaal met hulp	143	22,9		29	22,1		
	Geplande keizersnede	M	24,994	14,3711	0	22,79	12,937	0
Weken postpartum	SD	1,66	1,607	0	1,81	1,54	1	8
	Graviditeit							

Pariteit	Score 1 (ontevreden/onvoorbereid) – 10 (tevreden/maximaal voorbereid)	1,53	1,03	0	8	1,33	0,738	1	5
In welke mate...									
... kijkt u tevreden terug op geboorte van de baby		6,95	2,813	1	10	5,76	3,131	1	10
... voelde u zich voorbereid op de bevalling		6,56	2,773	1	10	5,55	2,946	1	10
... kwamen uw verwachtingen van de bevalling overeen met de realiteit		5,69	3,16	1	10	4,6	3,009	1	10
... voelde u zich voorbereid op het ouderschap		6,71	2,421	1	10	5,75	2,381	1	10
... kwamen uw verwachtingen over het ouderschap overeen met de realiteit		6,21	2,557	1	10	4,47	2,438	1	10
Verhoogde kans angst (Whooley*/GAD2)									
		N	%			N	%		
Screening angst – Whooley*									
1x ja		180	20,0			33	13,4		
2x ja		354	39,2			202	81,8		
Nee		368	40,8			12	4,9		
		N=534				N=235			
Gegeneraliseerde angst (GAD2)									
Ja		244	45,7			175	74,5		
Nee		290	54,3			60	25,5		
* De Whooley vragenlijst screent naar de aanwezigheid van depressieve symptomen. De vragenlijst bestaat uit 2 vragen die beantwoord worden met ja of nee. Een positief antwoord op minimaal 1 vraag wordt als een positieve test beschouwd (Whooley et al., 1997). → Indien 1x ja of 2x ja kreeg de participant de vragenlijst GAD2.									
Herhoogde kans op het ontwikkelen van depressieve klachten (EPDS)									
		N	%	M	SD	N	%	M	SD
Moeders eerste trimester		N=36				N=28			
Verhoogde kans (≥11)		20	55,6			35	92,1		
Somscore totaal				11,2511	6,69403			18,9618	5,40057
Moeders tweede trimester		N=101				N=43			
Verhoogde kans (≥10)		55	54,5			42	97,7		
Somscore totaal				11,0113	5,65421			19,1628	4,42359
Moeders derde trimester		N=125				N=32			
Verhoogde kans (≥10)		70	56,0			31	96,9		
Somscore totaal				10,5592	5,95975			20,2188	4,60529
Moeders postpartum		N=588				N=128			
Verhoogde kans (≥13)		249	42,3			109	85,2		
Somscore totaal				11,9067	6,04949			17,993	5,37755
Mannelijke partners		N=39				N=2			
Verhoogde kans (≥10)		13	33,3			0	0		
Somscore totaal				8,5128	5,21572			15,000	7,7071
Meemoeders		N=13				N=4			
Verhoogde kans (≥12)		8	61,5			3	75,0		
Somscore totaal				12,3846	7,03015			14,2500	4,5734
Stigmatisering depressie (DSS)									
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Stigma depressie (DSS somscore)		41,1328	8,90888	18	73	44,3882	9,78847	18	72

	Persoonlijk stigma		4,50334		17,1266		5,12693		9		36	
	Sociaal stigma		6,71118		27,2616		6,84906		9		45	
	p-waarde persoonlijk/sociaal stigma		<0,001		0,019							
Kennis depressie (DSS)												
Kennis depressie (DIQ, somscore)												
Kennis depressie (DIQ, items)												
	Juist		3,18273		0		22		12,7773		3,75511	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1) Mensen met een depressie spreken vaak op een onsamenvattende manier	462	56,1	362	43,9	89	40,5	131	59,5	131	59,5	131	59,5
2) Mensen met een depressie kunnen zich schuldig voelen, ook wanneer zij geen blaam hebben	750	91	74	9	211	95,9	9	4,1	9	4,1	9	4,1
3) Roekeloos gedrag is een bekend verschijnsel van depressie	217	26,3	607	73,7	38	17,3	182	82,7	182	82,7	182	82,7
4) Gebrek aan zelfvertrouwen en een laag zelfbeeld kan een symptoom van een depressie zijn	795	96,6	29	3,5	213	96,8	7	3,2	7	3,2	7	3,2
5) Het vermijden van scheuren in stoeptegels kan een symptoom van depressie zijn	529	64,2	295	35,8	126	57,3	94	42,7	94	42,7	94	42,7
6) Mensen met een depressie horen vaak stemmen die er niet zijn	538	65,3	286	34,7	134	60,9	86	39,1	86	39,1	86	39,1
7) Te veel of te weinig slapen kan een symptoom van depressie zijn	774	93,9	50	6,1	208	94,5	12	5,5	12	5,5	12	5,5
8) Te veel eten of geen interesse hebben in eten kan een symptoom van depressie zijn	788	95,6	36	4,4	208	94,5	12	5,5	12	5,5	12	5,5
9) Depressie heeft geen invloed op je geheugen of concentratie	702	85,2	122	14,8	187	85,0	33	15,0	33	15,0	33	15,0
10) Het hebben van meerdere persoonlijkheden kan een symptoom van depressie zijn	426	51,7	398	48,3	101	46,4	118	53,6	118	53,6	118	53,6
11) Als resultaat van depressie kunnen mensen soms trager of meer prikkelbaar reageren	618	75,0	206	25,0	173	78,6	47	21,4	47	21,4	47	21,4
12) Psychologen schrijven antidepressiva voor	130	15,8	694	84,2	27	12,3	193	87,7	193	87,7	193	87,7
13) Een milde depressie kan iemands leven net zo verstoren als multiple sclerose of doofheid	488	59,2	336	40,8	118	53,6	102	46,4	102	46,4	102	46,4
14) De meeste mensen met depressie moeten opgenomen worden in een (psychiatrisch) ziekenhuis	750	91,0	74	9,0	186	84,5	34	15,5	34	15,5	34	15,5
15) Veel beroemde mensen hebben last van een depressie	680	82,5	144	17,5	183	83,2	37	16,8	37	16,8	37	16,8
16) Er zijn vele behandelingen voor depressie die veel effectiever zijn dan antidepressiva	49	5,9	775	94,1	10	4,5	210	95,5	210	95,5	210	95,5
17) Voor de behandeling van depressie zijn gesprekken met een hulpverlener net zo effectief als Cognitieve Gedragstherapie	65	7,9	757	92,1	12	5,5	208	94,5	208	94,5	208	94,5
18) Voor de behandeling van een milde / matige depressie is CGT net zo effectief als antidepressiva	480	58,3	334	41,7	99	45,0	121	55,0	121	55,0	121	55,0
19) Van alle alternatieve geneeswijzen en levenswijzenbehandelingen, werken vitamines het beste voor de behandeling van depressie	404	49,1	419	50,9	90	40,9	130	59,1	130	59,1	130	59,1
20) Wanneer men antidepressiva gebruikt, kunnen deze gestopt worden zodra iemand zich beter voelt	637	77,4	186	22,6	160	72,7	60	27,3	60	27,3	60	27,3
21) Antidepressiva zijn verslavend	297	36,1	526	63,9	66	30,0	154	70,0	154	70,0	154	70,0
22) Antidepressiva werken direct zodra men deze gaat gebruiken	654	79,5	169	20,5	171	77,7	49	22,3	49	22,3	49	22,3

PATH Output 2 – een set van online hulpmiddelen voor hulpverleners en werkgevers

Bijlage 2.1 – Vlaanderen, België

Tabel 4 – Beschrijvende analyses WP1.2 België		VOORMETING (N=425)		NAMETING (N=109)	
Socio demografische factoren		N	%	N	%
Online tool	Zorgverleners - E-learning perinataal mentaal welbevinden	-	-	108	99,1
Geslacht	Werkgevers - contactplan 'Zwangerschap'	-	-	1	0,9
	Man	20	4,7	1	0,9
Heeft kinderen	Vrouw	405	95,3	108	99,1
	X	0	0,0	0	0,0
Psychische klachten in het verleden	Ja	230	54,1	27	24,8
	Nee	195	45,9	82	75,2
	Ja	127	29,9	23	21,1
Hiervoor behandeld	Nee	298	70,1	86	78,9
		N=127		N=23	
Betrokken geweest bij iemand uit uw leefomgeving met psychische klachten	Ja	92	72,4	14	60,9
	Nee	35	27,6	9	39,1
	Ja	198	70,1	64	58,7
	Nee	127	29,9	45	41,3
Ik ben ...	Zorgverlener (in opleiding)	401	94,4	108	99,1
	Werkgever	24	5,6	1	0,9
Zorgverlener - beroep		N=401		N=108	
	Vroedvrouw/verpleegkundige tweede lijn	232	57,9	90	83,3
	Gynaecoloog	4	1,0	0	0,0
	Huisarts	2	0,5	0	0,0
	Pediater	0	0,0	0	0,0
	Vroedvrouw/verpleegkundige eerste lijn	52	13,0	6	5,6
	Kraamverzorgende	20	5,0	4	3,7
	Doula	2	0,5	0	0,0
	Sociaalwerker	23	5,7	0	0,0
	Psycholoog	23	5,7	0	0,0
	Student vroedvrouw/verpleegkundige	15	3,7	7	6,5
	Begeleider/pedagoog/opvoeder (Kinder)psychiater	12	3,0	0	0,0
	(Kinder)psychiater	5	1,2	0	0,0
	Kinesist	3	0,7	0	0,0

Anders	8	2,0	1	0,9		
Student (verpleekunde/ vroedkunde) van Odisee/AP in volgende stap de e-learning	N=197					
Ja	92	46,7	-	-		
Nee	105	53,3	-	-		
Werkgever - Herkent u zichzelf als leidinggevende of manager die betrokken is bij de (dagelijkse) organisatie rond de zwangere en de pas bevallen werkneemster (tot één jaar na de bevalling)?	N=24					
Ja	14	58,3	1	100,0		
Nee	10	41,7	0	0,0		
Werkgever - sector						
Manger/bedrijfsleider	6	25,1	0	0,0		
Professional (wetenschap en ingenierus, gezondheidszorg, onderwijs, hotel, bedrijfsleven/administratie, ICT, wetgeving, sociocultureel, ...)	12	50,0	1	100,0		
Technici	0	0,0	0	0,0		
Administratief personeel	2	8,3	0	0,0		
Service- en verkoopmedewerkers	0	0,0	0	0,0		
Geschoolde arbeiders in landbouw, bosbouw en visserij	0	0,0	0	0,0		
Ambachtsberoepen	2	8,3	0	0,0		
Machine- en installatiebedienden	0	0,0	0	0,0		
Arbeiders (schoonmaak, landbouw, bosbouw, visserij, mijnwerker, transport, ...)	2	8,3	0	0,0		
Militaire beroepen	0	0,0	0	0,0		
Leeftijd	M	SD	M	SD	Min	Max
Jaren werkervaring	33,91	11,125	27,16	8,162	20	56
Stigmatisering depressie (DSS)	10,616	1,1,0167	0	47	4,243	8,2011
Stigma depressie (DSS somscore)	M	SD	M	SD	Min	Max
Personen met een depressie	48,48	6,54305	48,2936	7,09499	28	66
Personen met een persoonlijk stigma	19,3435	3,93216	19,2752	3,81971	9	30
Personen met een sociaal stigma	29,1365	4,51361	29,0183	5,17690	13	37
p-waarde persoonlijk/sociaal stigma	0,006		0,622			
Kennis depressie (DLQ)						
Kennis depressie (DLQ somscore)	14,4743	3,27079	1	21	14,7223	2,80807
Kennis depressie (DLQ items)						
	Just		Just		Fout/ik weet het niet	Fout/ik weet het niet
	N	%	N	%	N	%
1) Mensen met een depressie spreken vaak op een onsamenvangende manier	223	54,5	186	45,4	61	56,5
2) Mensen met een depressie kunnen zich schuldig voelen, ook wanneer zij geen blaam hebben	377	92,2	32	7,8	101	93,5
3) Roekeloos gedrag is een bekend verschijnsel van depressie	216	52,8	193	47,2	48	44,4
					60	55,6

4) Gebrek aan zelfvertrouwen en een laag zelfbeeld kan een symptoom van een depressie zijn	370	90,5	39	9,5	102	94,4	6	5,6
5) Het vermijden van scheuren in stoeptegels kan een symptoom van depressie zijn	225	55	184	45,0	58	53,7	50	46,3
6) Mensen met een depressie horen vaak stemmen die er niet zijn	285	69,7	124	30,3	70	64,8	38	35,2
7) Te veel of te weinig slapen kan een symptoom van depressie zijn	388	94,9	21	5,1	103	95,4	5	4,6
8) Te veel eten of geen interesse hebben in eten kan een symptoom van depressie zijn	387	94,6	22	5,4	106	98,1	2	1,9
9) Depressie heeft geen invloed op je geheugen of concentratie	344	84,1	65	15,9	93	86,1	15	13,9
10) Het hebben van meerdere persoonlijkheden kan een symptoom van depressie zijn	237	57,9	172	42,1	63	58,3	45	41,7
11) Als resultaat van depressie kunnen mensen soms trager of meer prikkelbaar reageren	401	98,0	8	2,0	106	98,1	2	1,9
12) Psychologen schrijven antidepressiva voor	316	77,3	93	22,7	74	68,5	34	31,5
13) Een milde depressie kan iemands leven net zo verstoren als multiple sclerose of doofheid	288	70,4	121	29,6	85	78,7	23	21,3
14) De meeste mensen met depressie moeten opgenomen worden in een (psychiatrisch) ziekenhuis	393	96,1	16	3,9	101	93,5	7	6,5
15) Veel beroemde mensen hebben last van een depressie	188	46,0	221	54,0	59	54,6	49	45,4
16) Er zijn vele behandelingen voor depressie die veel effectiever zijn dan antidepressiva	19	4,6	390	95,4	8	7,4	100	92,6
17) Voor de behandeling van depressie zijn gesprekken met een hulpverlener net zo effectief als Cognitieve Gedragstherapie	72	17,6	337	82,4	14	13,0	94	87,0
18) Voor de behandeling van een milde / matige depressie is CGT net zo effectief als antidepressiva	180	44,0	229	56,0	57	52,8	52	47,2
19) Van alle alternatieve geneeswijzen en levensstijlbehandelingen, werken vitamines het beste voor de behandeling van depressie	179	43,8	230	56,2	63	58,3	45	41,7
20) Wanneer men antidepressiva gebruikt, kunnen deze gestopt worden zodra iemand zich beter voelt	349	85,3	60	14,7	96	88,9	12	11,1
21) Antidepressiva zijn verslavend	125	30,6	284	69,4	26	24,1	82	75,9
22) Antidepressiva werken direct zodra men deze gaat gebruiken	358	87,5	21	12,5	96	88,9	12	11,1

Tabel 5 – Beschrijvende analyses WP1.2 Nederland		VOORMETING (N=351)		NAMETING (N=0)	
Socio demografische factoren		N	%	N	%
Geslacht	Man	6	1,7	-	-
	Vrouw	344	98	-	-
	X	1	0,3	-	-
Heeft u kinderen	Ja	247	70,4	-	-
	Nee	104	29,6	-	-
	Ja	106	30,2	-	-
Psychische klachten in het verleden	Nee	245	69,8	-	-
		N=106		N=0	
Hervoor behandeld	Ja	70	66,0	-	-
	Nee	36	34,0	-	-
	Ja	234	66,7	-	-
Betrokken geweest bij iemand uit uw leefomgeving met psychische klachten	Nee	117	33,3	-	-
	Zorgverlener (in opleiding)	344	98,0	-	-
Ik ben ...	Werkgever	7	2,0	-	-
		N=344		N=0	
Zorgverlener - beroep	Vroedvrouw eerste of tweede lijn	277	80,5	-	-
	Gynaecoloog	2	0,2	-	-
	Huisarts	0	0,0	-	-
	Pediater	4	1,2	-	-
	Verpleegkundige	47	13,7	-	-
	Kraamverzorgende	0	0,0	-	-
	Doula	1	0,3	-	-
	Sociaalwerker	3	0,9	-	-
	Psycholoog	0	0,0	-	-
	Anders	10	2,9	-	-
		N=7		N=0	
Werkgever - Herkent u zichzelf als leidinggevende of manager die betrokken is bij de (dagelijkse) organisatie rond de zwangere en de pas bevallen werknemster (tot één jaar na de bevalling)?	Ja	7	100,0	-	-
	Nee	0	0,0	-	-
Werkgever - sector	Manger/bedrijfsleider	1	14,3	-	-

12) Psychologen schrijven antidepressiva voor	280	80,9	66	19,1	-	-	-
13) Een milde depressie kan iemands leven net zo verstoren als multiple sclerose of doofheid	228	66,1	117	33,9	-	-	-
14) De meeste mensen met depressie moeten opgenomen worden in een (psychiatrisch) ziekenhuis	331	95,7	15	4,3	-	-	-
15) Veel beroemde mensen hebben last van een depressie	127	36,7	219	63,3	-	-	-
16) Er zijn vele behandelingen voor depressie die veel effectiever zijn dan antidepressiva	16	4,6	330	95,4	-	-	-
17) Voor de behandeling van depressie zijn gesprekken met een hulpverlener net zo effectief als Cognitieve Gedragstherapie	42	12,1	304	87,9	-	-	-
18) Voor de behandeling van een milde / matige depressie is CGT net zo effectief als antidepressiva	137	39,6	209	60,4	-	-	-
19) Van alle alternatieve geneeswijzen en levensstijlbehandelingen, werken vitamines het beste voor de behandeling van depressie	127	36,7	219	63,3	-	-	-
20) Wanneer men antidepressiva gebruikt, kunnen deze gestopt worden zodra iemand zich beter voelt	289	83,7	57	16,5	-	-	-
21) Antidepressiva zijn verslavend	95	27,5	251	72,5	-	-	-
22) Antidepressiva werken direct zodra men deze gaat gebruiken	303	87,6	43	12,4	-	-	-

Bijlage 2.3 – Verenigd Koninkrijk

		VOORMETING (N=232)		NAMETING (N=9)	
		N	%	N	%
Socio demografische factoren					
Online tool					
	Resources for healthcare professionals	-	-	5	55,6
	Understanding perinatal mental illness for healthcare professionals	-	-	4	44,4
	Guidance for healthcare professionals working with families in the perinatal period	-	-	5	55,6
	Resources for employers/managers	-	-	1	11,1
	Workplace wellbeing recommendations for employers/managers	-	-	1	11,1
	Training for employers/managers	-	-	2	22,2
	Don't know	-	-	4	44,4
Geslacht					
	Man	9	3,9	0	0,0
	Vrouw	223	96,1	9	100,0
	X	0	0,0	0	0,0
Heeft u kinderen					
	Ja	184	79,3	7	77,8
	Nee	48	20,7	2	22,2
	Ja	147	63,4	9	100,0

Tabel 6 – Beschrijvende analyses WP1.2 Verenigd Koninkrijk

Psychische klachten in het verleden	Nee	85	36,6			0	0,0
Hiervoor behandeld		N=184				N=9	
	Ja	147	63,4			8	88,9
	Nee	85	36,6			1	11,1
Betrokken geweest bij iemand uit uw leefomgeving met psychische klachten	Ja	204	87,9			8	88,9
	Nee	28	12,1			1	1,11
Ik ben ...	Zorgverlener (in opleiding)	197	84,9			9	100,0
	Werkgever	35	15,1			0	0,0
Zorgverlener - beroep		N=				N=9	
	Vroedvrouw/verpleegkundige	110	55,8			6	66,7
	Gynaecoloog	3	1,5			0	0,0
	Huisarts	6	3,0			0	0,0
	Pediater	0	0,0			0	0,0
	Health visitor	42	21,3			1	11,1
	Kraamverzorgende	10	5,1			0	0,0
	Doula	0	0,0			1	11,1
	Sociaalwerker	4	2,0			0	0,0
	Psycholoog	4	2,0			1	11,1
	Therapist	5	2,5			0	0,0
	Anders	13	6,6			0	0,0
Werkgever - Herkent u zichzelf als leidinggevende of manager die betrokken is bij de (dagelijkse) organisatie rond de zwangere en de pas bevallen werknemster (tot één jaar na de bevalling)?		N=35				N=0	
	Ja	28	80,0			-	-
	Nee	7	20,0			-	-
Werkgever - sector							
	Manger/bedrijfsleider	13	37,1			-	-
	Professional (wetenschap en ingenierus, gezondheidszorg, onderwijs, hotel, bedrijfsleven/administratie, ICT, wetgeving, sociocultureel, ...)	21	60,0			-	-
	Technici	0	0,0			-	-
	Administratief personeel	0	0,0			-	-
	Service- en verkoopmedewerkers	0	0,0			-	-
	Geschoolde arbeiders in landbouw, bosbouw en visserij	0	0,0			-	-
	Ambachtsberoepen	0	0,0			-	-
	Machine- en installatiebedieners	0	0,0			-	-
	Arbeiders (schoonmaak, landbouw, bosbouw, visserij, mijnwerker, transport, ...)	1	2,9			-	-
	Militaire beroepen	0	0,0			-	-

	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Leeftijd	41,81	10,601	20	69	42,44	7,923	33	58				
Jaren werkervaring	15,509	11,9734	0	47	14,56	9,876	2	63				
Stigmatisering depressie (DSS)												
	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Stigma depressie (DSS somscore)	38,3362	8,89861	18	81	41,222	5,19080	33	48				
Persoonlijk stigma	14,1724	4,57317	9	43	15,222	3,80058	9	21				
Sociaal stigma	24,1638	6,32837	9	44	26	4,71699	19	34				
<i>p-waarde persoonlijk/sociaal stigma</i>	<0,001				0,519							
Kennis depressie (DLQ)												
Kennis depressie (DLQ somscore)	16,7399	3,11324	3	22	15,444	5,93951	0	19				
Kennis depressie (DLQ items)												
	N	%	N	%	N	%	N	%				
1) Mensen met een depressie spreken vaak op een onsamenhangende manier	186	83,4	37	16,6	7	77,8	2	22,2				
2) Mensen met een depressie kunnen zich schuldig voelen, ook wanneer zij geen blaam hebben	206	92,4	17	7,6	7	77,8	2	22,2				
3) Roekeloos gedrag is een bekend verschijnsel van depressie	132	59,2	91	40,8	7	77,8	2	22,2				
4) Gebrek aan zelfvertrouwen en een laag zelfbeeld kan een symptoom van een depressie zijn	219	98,2	4	1,8	8	88,9	1	1,11				
5) Het vermijden van scheuren in stoeptegels kan een symptoom van depressie zijn	182	81,6	41	18,4	7	77,8	2	22,2				
6) Mensen met een depressie horen vaak stemmen die er niet zijn	190	85,2	33	14,8	8	88,9	1	1,11				
7) Te veel of te weinig slapen kan een symptoom van depressie zijn	217	97,3	6	2,7	8	88,9	1	1,11				
8) Te veel eten of geen interesse hebben in eten kan een symptoom van depressie zijn	216	96,9	7	3,1	8	88,9	1	1,11				
9) Depressie heeft geen invloed op je geheugen of concentratie	213	95,5	10	4,5	8	88,9	1	1,11				
10) Het hebben van meerdere persoonlijkheden kan een symptoom van depressie zijn	169	75,8	54	24,2	7	77,8	2	22,2				
11) Als resultaat van depressie kunnen mensen soms trager of meer prikkelbaar reageren	185	83,0	38	17,0	8	88,9	1	1,11				
12) Psychologen schrijven antidepressiva voor	100	45,0	122	55,0	4	44,4	5	55,6				
13) Een milde depressie kan iemands leven net zo verstoren als multiple sclerose of doofheid	173	77,6	50	22,4	4	44,4	5	55,6				
14) De meeste mensen met depressie moeten opgenomen worden in een (psychiatrisch) ziekenhuis	219	98,2	4	1,8	8	88,9	1	1,11				
15) Veel beroemde mensen hebben last van een depressie	198	88,8	25	11,2	7	77,8	2	22,2				
16) Er zijn vele behandelingen voor depressie die veel effectiever zijn dan antidepressiva	26	11,7	197	88,3	9	100,0	0	0,0				
17) Voor de behandeling van depressie zijn gesprekken met een hulpverlener net zo effectief als Cognitieve Gedragstherapie	27	12,1	196	87,9	1	11,1	8	88,9				
18) Voor de behandeling van een milde / matige depressie is CGT net zo effectief als antidepressiva	185	83,0	38	17,0	6	66,7	3	33,3				
19) Van alle alternatieve geneeswijzen en levensstijlbehandelingen, werken vitamines het beste voor de behandeling van depressie	138	61,9	85	38,1	4	44,4	5	55,6				

20) Wanneer men antidepressiva gebruikt, kunnen deze gestopt worden zodra iemand zich beter voelt	206	92,4	17	7,6	8	88,9	1	1,11
21) Antidepressiva zijn verslavend	140	62,8	83	37,2				
22) Antidepressiva werken direct zodra men deze gaat gebruiken	206	92,4	17	7,6	8	88,9	1	1,11

PATH Output 3 – een nieuw multimedia, internationaal steunplatform om nieuwe families te helpen om ouderlijk bewustzijn te creëren en om PMI te herkennen, voorkomen en verhelpen

Bijlage 3.1 – Vlaanderen, België

		VOORMETING (N=1506)				NAMETING (N=78)			
		N	%		N	%			
Socio demografische factoren									
Online tool	WhatsUP Mama (website)	-	-		78	100,0			
Geslacht	Man	43	2,9		0	0,0			
	Vrouw	1460	96,9		78	100,0			
Moeder/partner	X	3	0,2		0	0,0			
	(Aanstaande) moeder	1387	92,1		75	96,2			
	Partner	119	7,9		3	3,8			
	Zwanger	776	51,5		30	38,5			
	Postpartum	730	48,5		48	61,5			
Uren werken per week	Geen betaalde job	65	4,3		4	5,1			
	1-19 u	76	5		5	6,4			
	20-32 u	400	26,2		22	28,2			
	33-40 u	783	52		36	46,2			
	> 40 u	182	12,1		11	14,1			
	Geen	0	0		0	0,0			
Diploma	Lager onderwijs	18	1,2		1	1,3			
	BSO	48	3,2		10	12,8			
	7de jaar BSO, volledige graad ASO, TSO of KSO	230	15,3		0	0,0			

Graviditeit	1,87	1,105	1	10	1,47	1,074	0	5
Pariteit	0,57	0,711	0	4	0,23	0,43	0	1
Voelt zich voorbereid op de bevalling	6,60	2,091	1	10	6,63	2,166	1	10
Voelt zich voorbereid op het ouderschap	7,14	1,704	1	10	6,69	1,595	4	10
Postpartum vrouwen en partners	N=730							
	N	%	Min	Max	N	%	Min	Max
Wijze van bevallen	480	65,8			28	58,3		
Vaginaal	89	12,2			6	12,5		
Vaginaal met hulp	61	8,4			7	14,6		
Geplande keizersnede	100	13,7			7	14,6		
Spoeed keizersnede								
	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Weken postpartum	21,93	14,983	0	52	29,85	15,971	2	52
Graviditeit	1,85	1,264	1	11	2	1,13	1	6
Pariteit	1,49	0,711	1	5	1,63	0,672	1	3
In welke mate...								
Score 1 (ontvredeven/onvoorbereid) – 10								
(tevreden/maximaal voorbereid)								
... kijkt u tevreden terug op geboorte van de baby	7,42	2,476	1	10	7,88	1,909	3	10
... voelde u zich voorbereid op de bevalling	7,18	2,332	1	10	7,60	2,200	1	10
... kwamen uw verwachtingen van de bevalling overeen met de realiteit	6,31	2,716	1	10	6,10	2,452	1	10
... voelde u zich voorbereid op het ouderschap	6,95	2,086	1	10	7,10	1,960	2	10
... kwamen uw verwachtingen over het ouderschap overeen met de realiteit	6,48	2,170	1	10	6,17	2,157	1	10
Verhoogde kans angst (Whooley*/GAD2)	N							
	N	%	Min	Max	N	%	Min	Max
Screening angst – Whooley*	428	28,4			13	16,7		
1x ja	510	33,9			28	35,9		
2x ja	568	37,7			37	47,4		
Nee								
Gegeneraliseerde angst (GAD2)	N=938				N=41			
Ja	258	27,5			17	41,5		
Nee	680	72,5			24	58,5		
* De Whooley vragenlijst screent naar de aanwezigheid van depressieve symptomen. De vragenlijst bestaat uit 2 vragen die beantwoord worden met ja of nee. Een positief antwoord op minimaal 1 vraag wordt als een positieve test beschouwd (Whooley et al., 1997). → Indien 1x ja of 2x ja kreeg de participant de vragenlijst GAD2.								
Herhoogde kans op het ontwikkelen van depressieve klachten (EPDS)	N							
	N	%	M	SD	N	%	M	SD
Moeders eerste trimester	N=158				N=4			
Verhoogde kans (≥11)	53	33,5			0	0,0		
Somscore totaal			8,3839	4,7646			4,750	2,5
Moeders tweede trimester	N=261				N=6			
Verhoogde kans (≥10)	82	31,4			1	16,7		
Somscore totaal			7,7738	4,76025			6,500	8,16701

Moeders derde trimester	N=295			N=18						
	Verhoogde kans (≥10) Somscore totaal	36,3	8,1682	4,8583	4	22,2	6,500	5,73175		
Moeders postpartum	Verhoogde kans (≥13) Somscore totaal	N=673	23,0	9,3941	5,27438	8	17,0			
	Verhoogde kans (≥10) Somscore totaal	N=39	5	12,8	4,02102	-	-	-		
Mannelijke partners	Verhoogde kans (≥12) Somscore totaal	N=80	26	32,5	9,5707	5,61350	3	100,0	13,333	2,30940
	Verhoogde kans (≥10) Somscore totaal	N=3	3	100,0	13,333	2,30940				
Stigmatisering depressie (DSS)										
	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max		
Stigma depressie (DSS somscore)	48,3785	7,23366	18	76	45,156	6,91143	30	60		
Persoonlijk stigma	19,5296	4,34419	9	35	17,2872	3,82699	10	28		
Sociaal stigma	28,8489	5,03488	6	45	27,8687	18	42			
	<i>p-waarde persoonlijk/sociaal stigma</i>									
	0,118									
Kennis depressie (DLQ)										
Kennis depressie (DLQ somscore)	12,7263	4,28545	0	22	14,2643	3,20863	6	22		
Kennis depressie (DLQ items)										
	Juist		Fout/ik weet het niet		Juist		Fout/ik weet het niet			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
1) Mensen met een depressie spreken vaak op een onsamenvattende manier	525	41,9	728	58,9	46	60,5	30	39,5		
2) Mensen met een depressie kunnen zich schuldig voelen, ook wanneer zij geen blaam hebben	1099	87,7	154	12,3	72	94,7	4	5,3		
3) Roekeloos gedrag is een bekend verschijnsel van depressie	452	36,1	801	63,9	40	52,6	36	47,4		
4) Gebrek aan zelfvertrouwen en een laag zelfbeeld kan een symptoom van een depressie zijn	1081	86,3	171	13,7	75	98,7	1	1,3		
5) Het vermijden van scheuren in stoeptegels kan een symptoom van depressie zijn	543	43,3	710	56,7	37	48,7	39	51,3		
6) Mensen met een depressie horen vaak stemmen die er niet zijn	817	65,2	436	34,8	52	68,4	24	31,6		
7) Te veel of te weinig slapen kan een symptoom van depressie zijn	1082	86,4	171	13,6	74	97,4	2	2,6		
8) Te veel eten of geen interesse hebben in eten kan een symptoom van depressie zijn	1084	86,5	169	13,5	73	96,1	3	3,9		
9) Depressie heeft geen invloed op je geheugen of concentratie	1017	81,2	236	18,8	61	80,3	15	19,7		
10) Het hebben van meerdere persoonlijkheden kan een symptoom van depressie zijn	594	47,4	659	52,6	45	59,2	31	40,8		
11) Als resultaat van depressie kunnen mensen soms trager of meer prikkelbaar reageren	1127	89,9	126	10,1	72	94,7	4	5,3		
12) Psychologen schrijven antidepressiva voor	920	73,4	333	26,6	65	85,5	11	14,5		
13) Een milde depressie kan iemands leven net zo verstoren als multiple sclerose of doofheid	758	60,5	495	39,5	55	72,4	21	27,6		
14) De meeste mensen met depressie moeten opgenomen worden in een (psychiatrisch) ziekenhuis	1109	88,5	144	11,5	70	92,1	6	7,9		

15) Veel beroemde mensen hebben last van een depressie	491	39,2	762	60,8	33	43,4	43	56,6
16) Er zijn vele behandelingen voor depressie die veel effectiever zijn dan antidepressiva	41	3,3	1212	96,7	1	1,3	75	98,7
17) Voor de behandeling van depressie zijn gesprekken met een hulpverlener net zo effectief als Cognitieve Gedragstherapie	100	8	1153	92	9	11,8	67	88,2
18) Voor de behandeling van een milde / matige depressie is CGT net zo effectief als antidepressiva	461	36,9	790	63,1	31	40,8	45	59,2
19) Van alle alternatieve geneeswijzen en levensstijlbehandelingen, werken vitamines het beste voor de behandeling van depressie	511	40,8	741	59,2	25	32,9	51	67,1
20) Wanneer men antidepressiva gebruikt, kunnen deze gestopt worden zodra iemand zich beter voelt	947	75,6	305	24,4	64	84,2	12	15,8
21) Antidepressiva zijn verslavend	222	17,7	1030	82,3	18	23,7	58	76,3
22) Antidepressiva werken direct zodra men deze gaat gebruiken	965	77,1	287	22,9	66	86,8	10	13,2

Bijlage 3.2 – Nederland

		VOORMETING (N=311)				NAMETING (N=14)			
Socio demografische factoren		N	%		N	%		N	%
Online tool	Zelfbewust zwanger	-	-		14	100,0			
Geslacht	Man	31	10,0		0	0,0			
	Vrouw	280	90,0		14	100,0			
	X	0	0,0		0	0,0			
Moeder/partner	(Aanstaande) moeder	258	83,0		14	100,0			
	Partner	53	17,0		0	0,0			
Zwanger/bevallen	Zwanger	173	55,6		10	71,4			
	Postpartum	138	44,4		4	28,6			
Uren werken per week	Geen betaalde job	22	7,1		2	14,3			
	1-19 u	27	8,7		0	0,0			
	20-32 u	134	43,1		4	28,6			
	33-40 u	90	28,9		8	57,1			
	> 40 u	38	12,2		0	0,0			
Diploma	Geen	0	0,0		1	7,1			
	Basisschool, VMBO-basis	5	1,6		0	0,0			
	VMBO-kader, VMBO-theoretisch, HAVO-4, MBO-3	47	15,1		0	0,0			
	HAVO-5, WVO, MBO-4	67	21,5		1	7,1			
	WVO (atheneum of gymnasium), HBO (propedeuse)	120	38,6		4	28,6			
Land geboorte	WO, PhD	72	23,2		8	57,1			
	Nederland	288	92,6		14	100,0			

	Verhoogde kans (≥13) Somscore totaal	23	21,3	8,4825	5,2172	0	0,0	4,25	2,06155
Mannelijke partners		N=31				N=0			
	Verhoogde kans (≥10) Somscore totaal	7	22,6	5,4409	4,5974	-	-	-	-
Meemoeders		N=22				N=0			
	Verhoogde kans (≥12) Somscore totaal	8	36,4	11,3939	5,4238	-	-	-	-
	Stigmatisering depressie (DSS)								
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
	Stigma depressie (DSS somscore)	47,0498	8,4848	20	70	44,2857	8,37972	31	59
	Persoonlijk stigma	27,1297	5,39254	9	43	17,9286	5,18080	11	27
	Sociaal stigma	19,9252	4,59148	9	35	26,3571	4,36079	18	33
	<i>p-waarde persoonlijk/sociaal stigma</i>	0,003							
	Kennis depressie (DLQ)								
	Kennis depressie (DLQ somscore)	11,7218	4,85331	0	21	10,3469	5,27001	0	18
	Kennis depressie (DLQ items)								
		N	%	Fout/ik weet het niet	Fout/ik weet het niet	Juist	Juist	Fout/ik weet het niet	Fout/ik weet het niet
	1) Mensen met een depressie spreken vaak op een onsamenhangende manier	118	44,4	148	45,6	4	30,8	9	69,2
	2) Mensen met een depressie kunnen zich schuldig voelen, ook wanneer zij geen blaam hebben	219	82,3	47	17,7	9	69,2	4	30,8
	3) Roekeloos gedrag is een bekend verschijnsel van depressie	94	35,3	172	64,7	2	15,4	11	84,6
	4) Gebrek aan zelfvertrouwen en een laag zelfbeeld kan een symptoom van een depressie zijn	230	86,5	36	13,5	9	69,2	4	30,8
	5) Het vermijden van scheuren in stoeptegels kan een symptoom van depressie zijn	115	43,2	151	56,8	4	30,8	9	69,2
	6) Mensen met een depressie horen vaak stemmen die er niet zijn	154	57,9	112	42,1	8	61,5	5	38,5
	7) Te veel of te weinig slapen kan een symptoom van depressie zijn	231	87,2	34	12,8	9	69,2	4	30,8
	8) Te veel eten of geen interesse hebben in eten kan een symptoom van depressie zijn	226	85,0	40	15,0	8	61,5	5	38,4
	9) Depressie heeft geen invloed op je geheugen of concentratie	194	72,9	72	27,1	9	69,2	4	30,8
	10) Het hebben van meerdere persoonlijkheden kan een symptoom van depressie zijn	120	45,1	146	54,9	7	53,8	6	46,2
	11) Als resultaat van depressie kunnen mensen soms trager of meer prikkelbaar reageren	227	85,3	39	14,7	11	84,6	2	15,4
	12) Psychologen schrijven antidepressiva voor	140	52,6	126	47,4	6	46,2	7	53,8
	13) Een milde depressie kan iemands leven net zo verstoren als multiple sclerose of doofheid	130	48,9	136	51,1	8	61,5	5	38,5
	14) De meeste mensen met depressie moeten opgenomen worden in een (psychiatrisch) ziekenhuis	223	83,8	43	16,2	10	76,9	3	23,1
	15) Veel beroemde mensen hebben last van een depressie	86	32,3	180	67,7	5	38,5	8	61,5
	16) Er zijn vele behandelingen voor depressie die veel effectiever zijn dan antidepressiva	9	3,4	257	96,6	0	0,0	13	100,0

		229	24,4		-	-		
	Master degree (OCF level 7/ EQF level 7), Postgraduate Diploma/ certificate (OCF level 7/ EQF level 7), Doctoral degree							
Land geboorte	Verenigd Koninkrijk	837	92,8					
	Anders	65	7,2					
Burgerlijke staat	Gehuwd / (on)wettelijk samenwonend	831	92,1					
	LAT-relatie (Living Apart Together)	37	4,1					
	Alleenstaand	33	3,7					
	Weduwe/weduwnaar	1	0,1					
Kinderen uit een vorige relatie	Ja	99	11,0					
	Nee	803	89,0					
Geloofsovertuiging	Ja	163	18,1					
	Nee	739	81,9					
Psychische klachten in het verleden	Ja	500	55,4					
	Nee	402	44,6					
Hiervoor behandeld		N=500						
	Ja	411	82,2					
	Nee	89	17,8					
Psychische klachten bij broers/zussen/ouders	Ja	453	50,2					
	Nee	370	41,0					
Psychische klachten tijdens zwangerschap/postpartum	Dat weet ik niet	79	8,8					
	Ja	452	50,1					
	Nee	450	49,9					
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min Max
Leeftijd		31,95	5,186	18	51	-	-	- -
Lichamelijke gezondheid	Score 1 (geen klachten) – 10 (veel klachten)	4,86	2,333	1	10	-	-	- -
Ervaart emotionele steun	Score 1 (geen steun) – 10 (maximale steun)	7,27	2,256	1	10	-	-	- -
Ervaart praktische steun	Score 1 (geen steun) – 10 (maximale steun)	6,84	2,452	1	10	-	-	- -
Voldoende informatie (aanstaand) ouderschap	Score 1 (geen) – 10 (maximaal)	5,99	2,561	1	10	-	-	- -
Impact COVID-19		N=812				N=0		
Het coronavirus heeft een effect op mijn gedachten	Score 1 (geen invloed) – 10 (veel invloed)	6,91	2,654	1	10	-	-	- -
Het coronavirus heeft een effect op mijn gemoedstoestand (welbevinden, mentale gezondheid)		6,82	2,706	1	10	-	-	- -
Het coronavirus heeft een effect op mijn gedrag		6,65	2,741	1	10	-	-	- -
Het coronavirus heeft een effect op mijn lichamelijke gezondheid		5,57	2,952	1	10	-	-	- -
Zwangere vrouwen en partners		N=278				N=0		
		N	%			N	%	
Trimester	Eerste trimester (≤ 14 weken)	38	13,7			-	-	
	Tweede trimester (15-27 weken)	109	39,2			-	-	
	Derde trimester (28-42 weken)	131	47,1			-	-	
Weken zwanger		M	SD	Min	Max	M	SD	Min Max
		25,867	8,924	5	41	-	-	- -

Graviditeit		2,4281	1,6909	1	11	-	-	-	-
Pariteit		0,73	1,095	0	7	-	-	-	-
Voelt zich voorbereid op de bevalling	Score 1 (minimaal voorbereid) – 10 (maximaal voorbereid)	5,96	2,452	1	10	-	-	-	-
Voelt zich voorbereid op het ouderschap	Score 1 (minimaal voorbereid) – 10 (maximaal voorbereid)	7,27	2,298	1	10	-	-	-	-
Postpartum vrouwen en partners		N=624							
		N	%			N	%		
Wijze van bevallen	Vaginaal	308	49,4			-	-		
	Vaginaal met hulp	87	13,9			-	-		
	Geplande keizersnede	86	13,8			-	-		
	Spoed keizersnede	143	22,9			-	-		
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Weken postpartum		24,994	14,3711	0	52	-	-	-	-
Graviditeit		1,66	1,607	0	10	-	-	-	-
Pariteit		1,53	1,03	0	8	-	-	-	-
In welke mate...	Score 1 (ontevreden/onvoorbereid) – 10 (tevreden/maximaal voorbereid)								
... kijkt u tevreden terug op geboorte van de baby		6,95	2,813	1	10	-	-	-	-
... voelde u zich voorbereid op de bevalling		6,56	2,773	1	10	-	-	-	-
... kwamen uw verwachtingen van de bevalling overeen met de realiteit		5,69	3,16	1	10	-	-	-	-
... voelde u zich voorbereid op het ouderschap		6,71	2,421	1	10	-	-	-	-
... kwamen uw verwachtingen over het ouderschap overeen met de realiteit		6,21	2,557	1	10	-	-	-	-
Verhoogde kans angst (Whooley*/GAD2)		N=534							
		N	%			N	%		
Screening angst – Whooley*	1x ja	180	20,0			-	-		
	2x ja	354	39,2			-	-		
	Nee	368	40,8			-	-		
Gegeneraliseerde angst (GAD2)	Ja	244	45,7			-	-		
	Nee	290	54,3			-	-		
		N=0							
		N	%			N	%		
		20	55,6			-	-		
	Somscore totaal	11,2511	6,69403			-	-		
Herhoogde kans op het ontwikkelen van depressieve klachten (EPDS)		N=101							
		N	%	M	SD	N	%	M	SD
Moeders eerste trimester	Verhoogde kans (≥11)	55	54,5	11,0113	5,65421	-	-	-	-
	Somscore totaal	55	54,5	11,0113	5,65421	-	-	-	-
Moeders tweede trimester	Verhoogde kans (≥10)	55	54,5	11,0113	5,65421	-	-	-	-
	Somscore totaal	55	54,5	11,0113	5,65421	-	-	-	-

* De Whooley vragenlijst screent naar de aanwezigheid van depressieve symptomen. De vragenlijst bestaat uit 2 vragen die beantwoord worden met ja of nee. Een positief antwoord op minimaal 1 vraag wordt als een positieve test beschouwd (Whooley et al., 1997). → Indien 1x ja of 2x ja kreeg de participant de vragenlijst GAD2.

Moeders derde trimester	N=125		N=0	
	Verhoogde kans (≥10) Somscore totaal	56,0 10,5592	-	-
Moeders postpartum	N=588		N=0	
	Verhoogde kans (≥13) Somscore totaal	42,3 11,9067	-	-
Mannelijke partners	N=39		N=0	
	Verhoogde kans (≥10) Somscore totaal	33,3 8,5128	-	-
Meemoeders	N=13		N=0	
	Verhoogde kans (≥12) Somscore totaal	61,5 12,3846	-	-
Stigmatisering depressie (DSS)				
	M	SD	Min	Max
Stigma depressie (DSS somscore)	41,1328	8,90888	18	73
Persoonlijk stigma	15,5152	4,50334	9	37
Sociaal stigma	25,6176	6,71118	9	45
<i>p-waarde persoonlijk/sociaal stigma</i>				
Kennis depressie (DSS)				
Kennis depressie (DIQ, somscore)	12,9163	3,18273	0	22
Kennis depressie (DIQ, items)			Fout/ik weet het niet	
	N	%	N	%
1) Mensen met een depressie spreken vaak op een onsamenhangende manier	462	56,1	362	43,9
2) Mensen met een depressie kunnen zich schuldig voelen, ook wanneer zij geen blaam hebben	750	91	74	9
3) Roekeloos gedrag is een bekend verschijnsel van depressie	217	26,3	607	73,7
4) Gebrek aan zelfvertrouwen en een laag zelfbeeld kan een symptoom van een depressie zijn	795	96,6	29	3,5
5) Het vermijden van scheuren in stoeptegels kan een symptoom van depressie zijn	529	64,2	295	35,8
6) Mensen met een depressie horen vaak stemmen die er niet zijn	538	65,3	286	34,7
7) Te veel of te weinig slapen kan een symptoom van depressie zijn	774	93,9	50	6,1
8) Te veel eten of geen interesse hebben in eten kan een symptoom van depressie zijn	788	95,6	36	4,4
9) Depressie heeft geen invloed op je geheugen of concentratie	702	85,2	122	14,8
10) Het hebben van meerdere persoonlijkheden kan een symptoom van depressie zijn	426	51,7	398	48,3
11) Als resultaat van depressie kunnen mensen soms trager of meer prikkelbaar reageren	618	75,0	206	25,0
12) Psychologen schrijven antidepressiva voor	130	15,8	694	84,2
13) Een milde depressie kan iemands leven net zo verstoren als multiple sclerose of doofheid	488	59,2	336	40,8
14) De meeste mensen met depressie moeten opgenomen worden in een (psychiatrisch) ziekenhuis	750	91,0	74	9,0

15) Veel beroemde mensen hebben last van een depressie	680	82,5	144	17,5	-	-	-
16) Er zijn vele behandelingen voor depressie die veel effectiever zijn dan antidepressiva	49	5,9	775	94,1	-	-	-
17) Voor de behandeling van depressie zijn gesprekken met een hulpverlener net zo effectief als Cognitieve Gedragstherapie	65	7,9	757	92,1	-	-	-
18) Voor de behandeling van een milde / matige depressie is CGT net zo effectief als antidepressiva	480	58,3	334	41,7	-	-	-
19) Van alle alternatieve geneeswijzen en levensstijlbehandelingen, werken vitamines het beste voor de behandeling van depressie	404	49,1	419	50,9	-	-	-
20) Wanneer men antidepressiva gebruikt, kunnen deze gestopt worden zodra iemand zich beter voelt	637	77,4	186	22,6	-	-	-
21) Antidepressiva zijn verslavend	297	36,1	526	63,9	-	-	-
22) Antidepressiva werken direct zodra men deze gaat gebruiken	654	79,5	169	20,5	-	-	-

PATH Output 4 - een set van steun sessies voor nieuwe families

Bijlage 4.1 – Vlaanderen, België

		VOORMETING (N=26)		NAMETING (N=0)	
Socio demografische factoren		N	%	N	%
Geslacht	Man	3	11,5	-	-
	Vrouw	23	88,5	-	-
	X	0	0,0	-	-
Moeder/partner	(Aanstaande) moeder	22	84,6	-	-
	Partner	4	15,4	-	-
Zwanger/bevallen	Zwanger	23	88,5	-	-
	Postpartum	3	11,5	-	-
Uren werken per week	Geen betaalde job	1	3,8	-	-
	1-19 u	0	0,0	-	-
	20-32 u	7	26,9	-	-
	33-40 u	14	53,8	-	-
	> 40 u	4	15,4	-	-
Diploma BE		N=7		N=0	
	Geen	0	0,0	-	-
	Lager onderwijs	0	0,0	-	-
	BSO	1	14,3	-	-

	7de jaar BSO, volledige graad ASO, TSO of KSO	2	28,6				-	-	
	Graduaat/Hoger beroepsonderwijs niveau 5, Bachelor, BanaBa	1	14,3				-	-	
	Master, ManaMa, PhD	3	42,9				-	-	
Diploma NL		N=19					N=0		
	Geen	0	0,0				-	-	
	Basisschool, VMBO-basis	0	0,0				-	-	
	VMBO-kader, VMBO-theretisch, HAVO-4, MBO-3	3	15,8				-	-	
	HAVO-5, VVO, MBO-4	6	31,6				-	-	
	VVO (atheneum of gymnasium), HBO (propedeuse)	5	26,3				-	-	
	WO, PhD	5	26,3				-	-	
	België	6	23,1				-	-	
	Nederland	19	73,1				-	-	
	Anders	1	3,8				-	-	
	Gehuwd / (on)wettelijk samenwonend	23	88,5				-	-	
	LAT-relatie (Living Apart Together)	1	3,8				-	-	
	Alleenstaand	2	7,7				-	-	
	Weduwe/weduwnaar	0	0,0				-	-	
	Ja	0	0,0				-	-	
	Nee	26	100,0				-	-	
	Ja	1	3,8				-	-	
	Nee	25	96,1				-	-	
	Ja	6	23,1				-	-	
	Nee	20	76,9				-	-	
Hiervoor behandeld		N=6					N=0		
	Ja	5	83,3				-	-	
	Nee	1	16,7				-	-	
	Ja	8	30,8				-	-	
	Nee	16	61,5				-	-	
	Dat weet ik niet	2	7,7				-	-	
	Ja	2	7,7				-	-	
	Nee	24	92,3				-	-	
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
		30,31	4,946	22	39	-	-	-	-
		4,04	2,615	1	9	-	-	-	-
	Score 1 (geen klachten) – 10 (veel klachten)	8,27	1,041	6	10	-	-	-	-
	Score 1 (geen steun) – 10 (maximale steun)	7,73	1,801	4	10	-	-	-	-
	Score 1 (geen steun) – 10 (maximale steun)	7,58	1,391	5	10	-	-	-	-
	Score 1 (geen) – 10 (maximaal)								
Zwangere vrouwen en partners		N=23					N=		
		N	%			N	%		

Trimester	Eerste trimester (≤ 14 weken)	Tweede trimester (15-27 weken)	Derde trimester (28-42 weken)	M	SD	Min	Max	N	%	M	SD	Min	Max
Weken zwanger	0	0,0											
Graviditeit	11	47,8											
Pariteit	12	52,2											
Voelt zich voorbereid op de bevalling	M	SD	Min	Max									
Voelt zich voorbereid op het ouderschap	27,57	6,044	17	36									
	1,35	0,775	1	4									
	0,35	0,775	0	3									
	6,04	1,942	3	10									
	6,78	1,476	4	10									
Postpartum vrouwen en partners													
	N=3	%			N	%		N	%				
Wijze van bevallen	2	66,7											
Vaginaal	1	33,3											
Vaginaal met hulp	0	0,0											
Geplande keizersnede	0	0,0											
Spood keizersnede	0	0,0											
Weken postpartum	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	M	SD	Min	Max		
Graviditeit	6,67	5,033	2	12									
Pariteit	1,67	0,577	1	2									
In welke mate...	1,67	0,577	1	2									
... kijkt u tevreden terug op geboorte van de baby	8,33	2,082	6	10									
... voelde u zich voorbereid op de bevalling	7,00	1,00	6	8									
... kwamen uw verwachtingen van de bevalling overeen met de realiteit	6,00	1,732	5	8									
... voelde u zich voorbereid op het ouderschap	8,00	1,00	7	9									
... kwamen uw verwachtingen over het ouderschap overeen met de realiteit	7,67	0,577	7	8									
Verhoogde kans angst (Whooley* / GAD2)													
Screening angst – Whooley*	N	%			N	%		N	%				
1x ja	7	26,9											
2x ja	2	7,7											
Nee	17	65,4											
Gegeneraliseerde angst (GAD2)	N=9							N=0					
Ja	0	0,0											
Nee	9	100,0											
* De Whooley vragenlijst screent naar de aanwezigheid van depressieve symptomen. De vragenlijst bestaat uit 2 vragen die beantwoord worden met ja of nee. Een positief antwoord op minimaal 1 vraag wordt als een positieve test beschouwd (Whooley et al., 1997). → Indien 1x ja of 2x ja kreeg de participant de vragenlijst GAD2.													
Herhoogde kans op het ontwikkelen van depressieve klachten (EPDS)													
Moeders eerste trimester	N	%	M	SD	N	%	M	SD	N	%	M	SD	
	N=0				N=0				N=0				

PPAS	N=2		N=0		
	Somscore	73,400	3,25269	71,1	75,7
	Subschaal – pleasure in interaction	16,450	1,20208	15,6	17,3

Bijlage 4.2 – Nederland

Tabel 11 – Beschrijvende analyses WP2.1 Nederland

Socio demografische factoren	VOORMETING (N=21)				NAMETING (N=0)			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Geslacht	Man	0	0,0	-	-	-	-	-
	Vrouw	21	100,0	-	-	-	-	-
	X	0	0,0	-	-	-	-	-
	(Aanstaande) moeder	17	81,0	-	-	-	-	-
Zwanger/bevallen	Partner	4	19,0	-	-	-	-	-
	Zwanger	1	4,8	-	-	-	-	-
Uren werken per week	Postpartum	20	95,2	-	-	-	-	-
	Geen betaalde job	5	23,8	-	-	-	-	-
	1-19 u	1	4,8	-	-	-	-	-
	20-32 u	13	61,9	-	-	-	-	-
	33-40 u	2	9,5	-	-	-	-	-
	> 40 u	0	0,0	-	-	-	-	-
Diploma	Geen	0	0,0	-	-	-	-	-
	Basisschool, VMBO-basis	1	4,8	-	-	-	-	-
	VMBO-kader, VMBO-theretisch, HAVO-4, MBO-3	3	14,3	-	-	-	-	-
	HAVO-5, WVO, MBO-4	1	4,8	-	-	-	-	-
	WVO (atheneum of gymnasium), HBO (propedeuse)	14	66,7	-	-	-	-	-
	WO, PhD	2	9,5	-	-	-	-	-
Land geboorte	Nederland	17	81,0	-	-	-	-	-
	Anders	4	19,0	-	-	-	-	-
Burgerlijke staat	Gehuwd / (on)wettelijk samenwonend	19	90,5	-	-	-	-	-
	LAT-relatie (Living Apart Together)	2	9,5	-	-	-	-	-
	Alleenstaand	0	0,0	-	-	-	-	-
	Weduwe/weduwnaar	0	0,0	-	-	-	-	-
Kinderen uit een vorige relatie	Ja	2	9,5	-	-	-	-	-
	Nee	19	90,5	-	-	-	-	-
Geloofsovertuiging	Ja	9	42,9	-	-	-	-	-
	Nee	12	57,1	-	-	-	-	-
Psychische klachten in het verleden	Ja	16	76,2	-	-	-	-	-
	Nee	5	23,8	-	-	-	-	-

Hiervoor behandeld	N=16		N=0		N=0	
	M	SD	Min	Max	M	SD
Ja	15	93,8			-	-
Nee	1	6,3			-	-
Psychische klachten bij broers/zussen/ouders	9	42,9			-	-
Nee	9	42,9			-	-
Dat weet ik niet	3	14,3			-	-
Psychische klachten tijdens zwangerschap/postpartum	17	81,0			-	-
Nee	4	19,0			-	-
Leeftijd	M	SD	Min	Max	M	SD
	32,67	5,295	19	47	-	-
Lichamelijke gezondheid	6,14	2,393	1	9	-	-
Score 1 (geen klachten) – 10 (veel klachten)	6,29	2,432	1	10	-	-
Ervaart emotionele steun	6,57	2,204	2	10	-	-
Score 1 (geen steun) – 10 (maximale steun)	7,29	1,848	3	10	-	-
Ervaart praktische steun						
Score 1 (geen) – 10 (maximaal)						
Voldoende informatie (aanstaand) ouderschap						
Score 1 (geen) – 10 (maximaal)						
Zwangere vrouwen en partners	N=1					
Trimester	N	%			N	%
Eerste trimester (≤ 14 weken)	0	0,0			-	-
Tweede trimester (15-27 weken)	1	100,0			-	-
Derde trimester (28-42 weken)	0	0,0			-	-
Weken zwanger	M	SD	Min	Max	M	SD
Graviditeit	25	0	25	25	-	-
Pariteit	8	0	8	8	-	-
Voelt zich voorbereid op de bevalling (minimaal voorbereid) – 10 (maximaal voorbereid)	0	0	0	0	-	-
Voelt zich voorbereid op het ouderschap (minimaal voorbereid) – 10 (maximaal voorbereid)	5	0	5	5	-	-
Postpartum vrouwen en partners	N=20					
Wijze van bevallen	N	%			N	%
Vaginaal	12	60,0			-	-
Vaginaal met hulp	1	5,0			-	-
Geplande keizersnede	2	10,0			-	-
Spoed keizersnede	5	25,0			-	-
Weken postpartum	M	SD	Min	Max	M	SD
Graviditeit	34,60	14,005	7	52	-	-
Pariteit	1,85	1,309	1	6	-	-
In welke mate... (ontevreden/onvoorbereid) – 10 (tevreden/maximaal voorbereid)	1,45	0,759	1	4	-	-
... kijkt u tevreden terug op geboorte van de baby	5,00	2,956	1	10	-	-
... voelde u zich voorbereid op de bevalling	5,45	2,645	1	9	-	-
... kwamen uw verwachtingen van de bevalling overeen met de realiteit	4,05	3,12	1	9	-	-
... voelde u zich voorbereid op het ouderschap	6,60	2,088	1	10	-	-

... kwamen uw verwachtingen over het ouderschap overeen met de realiteit		4,80	2,668	1	10	-	-	-	-
Verhoogde kans angst (Whooley*/ GAD2)									
		N	%	M	SD	N	%	M	SD
Screening angst – Whooley*	1x ja	1	4,8			-	-		
	2x ja	17	81,0			-	-		
	Nee	3	14,3			-	-		
Gegeneraliseerde angst (GAD2)		N=18				N=0			
	Ja	12	66,7			-	-		
	Nee	6	33,3			-	-		
* De Whooley vragenlijst screent naar de aanwezigheid van depressieve symptomen. De vragenlijst bestaat uit 2 vragen die beantwoord worden met ja of nee. Een positief antwoord op minimaal 1 vraag wordt als een positieve test beschouwd (Whooley et al., 1997). → Indien 1x ja of 2x ja kreeg de participant de vragenlijst GAD2.									
Verhoogde kans op het ontwikkelen van depressieve klachten (EPDS)									
Moeders eerste trimester		N=0				N=0			
	Verhoogde kans (≥11)	-	-			-	-		
	Somscore totaal								
Moeders tweede trimester		N=0				N=0			
	Verhoogde kans (≥10)	-	-			-	-		
	Somscore totaal								
Moeders derde trimester		N=0				N=0			
	Verhoogde kans (≥10)	-	-			-	-		
	Somscore totaal								
Moeders postpartum		N=16				N=0			
	Verhoogde kans (≥13)	12	75,0	17,125	6,99405	-	-		
	Somscore totaal								
Mannelijke partners		N=0				N=0			
	Verhoogde kans (≥10)	-	-			-	-		
	Somscore totaal								
Meemoeders		N=4				N=0			
	Verhoogde kans (≥12)	3	75,0			-	-		
	Somscore totaal			14,2522	4,78714				
Veerkracht (BRS)									
Veerkracht (BRS somscore)		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
		2,5	0,98518	1	4,33	-	-	-	-
		N	%			N	%		
	Hoge veerkracht	1	5,6			-	-		
	Normale veerkracht	7	38,7			-	-		
	Lage veerkracht	10	55,6			-	-		
Eigenwaarde/zelfwaardering (RSES)									
(RSES somscore)		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
		23,333	5,52002	15	35	-	-	-	-

PATH Output 5 - face to face training cursus voor hulpverleners

Bijlage 5.1 – Vlaanderen, België

Tabel 12 – Beschrijvende analyses WP 2.2 België		VOORMETING (N=180)			NAMETING (N=85)		
Socio demografische factoren		N	%	N	%	N	%
Training	Training rond mentale gezondheid tijdens de perinatale periode voor zorgverleners					49	57,6
	Train-the-trainervorming: Praktijkspecialist					4	4,7
	Perinatale geestelijke gezondheid, deel 2: organisatiedynamieken					18	21,2
	Hoofdzaak: tips & tricks om om te gaan met de broze wolk					2	2,4
	Les UA 17/3/22 - Mentale gezondheid in de perinatale periode					12	14,1
Geslacht	Hoofdzaak: aandacht voor jezelf is geen bijzaak					1	1,2
	Man	1	0,6			84	98,8
	Vrouw	179	99,4			0	0,0
Heeft u kinderen	X	0	0,0			61	71,8
	Ja	130	72,2			24	28,2
	Nee	59	27,8			33	38,8
Psychische klachten in het verleden	Ja	75	41,7			52	61,2
	Nee	105	58,3				
Hiervoor behandeld		N=75				N=33	
	Ja	58	77,3			28	84,8
Betrokken geweest bij iemand uit uw leefomgeving met psychische klachten	Nee	48	26,1			5	15,2
	Ja	132	73,3			58	68,2
	Nee	48	26,7			27	31,8
Zorgverlener - beroep	Vroedvrouw/verpleegkundige tweede lijn	103	57,2			48	56,5
	Gynaecoloog	2	1,1			3	3,5
	Huisarts	0	0,0			0	0,0
	Pediater	0	0,0			0	0,0
	Vroedvrouw/verpleegkundige eerste lijn	33	18,3			14	16,5
	Kraamverzorgende	9	5,0			3	3,5
Doula	0	0,0			0	0,0	

18) Voor de behandeling van een milde / matige depressie is CGT net zo effectief als antidepressiva	59	36,9	101	63,1	47	61,8	29	38,2
19) Van alle alternatieve geneeswijzen en levenswijzenbehandelingen, werken vitamines het beste voor de behandeling van depressie	67	41,9	93	58,1	31	40,8	45	49,2
20) Wanneer men antidepressiva gebruikt, kunnen deze gestopt worden zodra iemand zich beter voelt	139	86,9	21	13,1	73	96,1	3	3,9
21) Antidepressiva zijn verslavend	51	31,9	109	68,1	30	39,5	46	60,5
22) Antidepressiva werken direct zodra men deze gaat gebruiken	144	90,0	16	10,0	68	89,5	8	10,5
GSE	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
(GSE somscore)	28,681	3,4115	12	40	30,3086	2,83533	24	38
PIMMHS								
(PIMMHS somscore)	11,9294	2,90394	6	20	12,1059	2,93997	6	19

Bijlage 5.2 – Nederland

		VOORMETING (N=200)				NAMETING (N=114)			
		N	%		N	%			
Socio demografische factoren	Training	-	-		105	92,1			
	Family centered care in geboortezorg en neonatologie								
	Mattie-click: basis	-	-		1	0,9			
	Mattie-click: verdieping	-	-		1	0,9			
	Integrale zorgsysteem: praktijktraining voor kinderverpleegkundigen	-	-		7	6,1			
Geslacht	5	2,5		3	2,6				
	195	97,5		11	97,4				
	0	0,0		0	0,0				
Heeft u kinderen	151	75,5		89	78,1				
	49	24,5		25	21,9				
Psychische klachten in het verleden	44	22,0		20	17,5				
	156	78,0		94	82,5				
Hiervoor behandeld	N=44			N=20					
	35	79,5		15	75,0				
	9	20,5		5	25,0				
	107	53,5		65	57,0				

Betrokken geweest bij iemand uit uw leefomgeving met psychische klachten	Nee	93	46,5	49	43,0	Fout/ik weet het niet	
						N	%
Zorgverlener - beroep							
	Vroedvrouw/verpleegkundige	160	80,0	76	66,7		
	Gynaecoloog	0	0,0	0	0,0		
	Huisarts	0	0,0	0	0,0		
	Pediater	0	0,0	0	0,0		
	Vroedvrouw/verpleegkundige consultatiebureau	2	1,0	5	4,4		
	Kraamverzorgende	3	1,5	2	1,8		
	Doula	0	0,0	0	0,0		
	Sociaalwerker	0	0,0	2	1,8		
	Psycholoog	0	0,0	0	0,0		
	Anders	35	17,5	29	25,4		
		M	SD	M	SD	Min	Max
Leeftijd		43,760	11,813	43,77	11,3680	23	65
Jaren werkervaring		20,845	11,9683	20,601	11,5969	0	42
Stigmatisering depressie (DSS)							
		M	SD	M	SD	Min	Max
Stigma depressie (DSS somscore)		45,1368	7,71100	45,1204	8,02502	18	63
	Persoonlijk stigma	19,1105	3,50497	18,8704	4,09207	9	28
	Sociaal stigma	26,0263	5,64657	26,2500	5,71928	9	36
	<i>p-waarde persoonlijk/sociaal stigma</i>	<0,001		0,003			
Kennis depressie (DLQ)							
Kennis depressie (DLQ somscore)		12,6649	4,01498	13,1853	3,83313	0	20
Kennis depressie (DLQ items)		N	%	N	%	Fout/ik weet het niet	Fout/ik weet het niet
1) Mensen met een depressie spreken vaak op een onsamenshangende manier		102	54,3	86	45,7	39	36,1
2) Mensen met een depressie kunnen zich schuldig voelen, ook wanneer zij geen blaam hebben		149	79,3	39	20,7	17	15,7
3) Roekeloos gedrag is een bekend verschijnsel van depressie		80	42,6	108	57,4	61	56,5
4) Gebrek aan zelfvertrouwen en een laag zelfbeeld kan een symptoom van een depressie zijn		161	85,6	27	14,4	16	14,8
5) Het vermijden van scheuren in stoeptegels kan een symptoom van depressie zijn		79	42,0	109	58,0	57	52,8
6) Mensen met een depressie horen vaak stemmen die er niet zijn		101	53,7	87	46,3	48	44,4
7) Te veel of te weinig slapen kan een symptoom van depressie zijn		167	88,8	21	11,2	12	11,1
8) Te veel eten of geen interesse hebben in eten kan een symptoom van depressie zijn		157	83,5	31	16,5	17	13,0
9) Depressie heeft geen invloed op je geheugen of concentratie		153	81,4	35	18,6	26	24,1
10) Het hebben van meerdere persoonlijkheden kan een symptoom van depressie zijn		80	42,6	108	57,4	59	54,6
11) Als resultaat van depressie kunnen mensen soms trager of meer prikkelbaar reageren		175	93,1	12	6,9	8	7,4

12) Psychologen schrijven antidepressiva voor	123	65,4	65	34,6	80	74,1	28	25,9
13) Een milde depressie kan iemands leven net zo verstoren als multiple sclerose of doofheid	119	63,3	69	36,7	81	75,0	27	25,0
14) De meeste mensen met depressie moeten opgenomen worden in een (psychiatrisch) ziekenhuis	176	93,6	12	6,4	99	91,7	9	8,3
15) Veel beroemde mensen hebben last van een depressie	68	36,2	120	63,8	38	35,2	70	64,8
16) Er zijn vele behandelingen voor depressie die veel effectiever zijn dan antidepressiva	6	3,2	182	96,8	4	3,7	104	96,3
17) Voor de behandeling van depressie zijn gesprekken met een hulpverlener net zo effectief als Cognitieve Gedragstherapie	19	10,1	169	89,9	9	8,3	99	91,7
18) Voor de behandeling van een milde / matige depressie is CGT net zo effectief als antidepressiva	56	29,9	131	70,1	40	37,0	68	63,0
19) Van alle alternatieve geneeswijzen en levensstijlbehandelingen, werken vitamines het beste voor de behandeling van depressie	51	27,1	137	72,9	30	27,3	78	72,7
20) Wanneer men antidepressiva gebruikt, kunnen deze gestopt worden zodra iemand zich beter voelt	158	84,5	29	15,5	89	82,4	19	17,6
21) Antidepressiva zijn verslavend	48	25,5	140	74,5	34	31,5	74	68,5
22) Antidepressiva werken direct zodra men deze gaat gebruiken	153	81,8	34	18,2	89	82,4	19	17,6
GSE	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
(GSE somscore)	30,4381	3,64902	18	40	31,5135	3,50440	23	39
PIMMHS								
(PIMMHS somscore)	12,9700	2,31645	7	21	13,2632	2,95408	0	20

PATH Output 6 – peer supporter training en een netwerk van intergenerationale steungroepen

Bijlage 6.1 – Vlaanderen, België

Tabel 14 – Beschrijvende analyses WP2.3 België		VOORMETING (N=110)				NAMETING (N=35)			
Socio demografische factoren		N	%	N	%	N	%	N	%
Geslacht	Man	1	0,9			0	0,0		
	Vrouw	109	99,1			35	100,0		
	X	0	0,0			0	0,0		
Heeft u kinderen	Ja	17	15,5			7	20,0		
	Nee	93	84,5			28	80,0		
Psychische klachten in het verleden	Ja	33	30,0			8	22,9		
	Nee	77	70,0			27	77,1		
Hervoor behandeld		N=33				N=8			
	Ja	20	60,6			7	87,5		
Betrokken geweest bij iemand uit uw leefomgeving met psychische klachten	Nee	13	39,4			1	12,5		
	Ja	62	56,4			23	65,7		
Wat is uw relatie met de (aanstaande) ouder waarvoor u een 'peer supporter' was/bent?	Nee	48	43,6			12	34,3		
	Student	-	-			15	42,9		
	Familie	-	-			4	11,4		
	Kennis	-	-			12	34,4		
	Missing	-	-			4	11,4		
Leeftijd		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Stigmatisering depressie (DSS)		22,18	5,141	18	40	21,4	5,036	18	37
Stigma depressie (DSS somscore)		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
		49,9909	6,41743	23	67	52,0857	5,36531	43	64
	Persoonlijk stigma	20,1909	3,84205	14	36	20,2857	2,87557	14	26
	Sociaal stigma	29,8000	5,17545	9	45	31,8000	4,07874	23	40
Kennis depressie (DLQ)		0,902			0,972				
Kennis depressie (DLQ somscore)		11,3714	3,14849	0	17	13,4571	3,26607	5	20
Kennis depressie (DLQ items)		Juist		Fout/ik weet het niet		Juist		Fout/ik weet het niet	
		N	%	N	%	N	%	N	%
1) Mensen met een depressie spreken vaak op een onsamenhangende manier		35	33,3	70	66,7	15	42,9	20	57,1
2) Mensen met een depressie kunnen zich schuldig voelen, ook wanneer zij geen blaam hebben		90	85,7	15	14,3	29	82,9	6	17,1
3) Roekeloos gedrag is een bekend verschijnsel van depressie		38	36,2	67	63,8	13	37,1	22	62,9

4) Gebrek aan zelfvertrouwen en een laag zelfbeeld kan een symptoom van een depressie zijn	92	87,6	13	12,4	34	97,1	1	2,9
5) Het vermijden van scheuren in stoeptegels kan een symptoom van depressie zijn	38	36,2	67	63,8	19	54,3	16	45,7
6) Mensen met een depressie horen vaak stemmen die er niet zijn	38	36,2	67	63,8	13	37,1	22	62,9
7) Te veel of te weinig slapen kan een symptoom van depressie zijn	91	86,7	14	13,3	31	88,6	4	11,4
8) Te veel eten of geen interesse hebben in eten kan een symptoom van depressie zijn	93	88,6	12	11,4	33	94,3	2	5,7
9) Depressie heeft geen invloed op je geheugen of concentratie	78	74,3	27	25,7	27	77,1	8	22,9
10) Het hebben van meerdere persoonlijkheden kan een symptoom van depressie zijn	34	32,4	71	67,6	12	34,3	23	65,7
11) Als resultaat van depressie kunnen mensen soms trager of meer prikkelbaar reageren	94	89,5	11	10,5	32	91,4	3	8,6
12) Psychologen schrijven antidepressiva voor	52	49,5	53	50,5	18	51,4	17	48,6
13) Een milde depressie kan iemands leven net zo verstoren als multiple sclerose of doofheid	58	55,2	47	44,8	20	57,1	15	42,9
14) De meeste mensen met depressie moeten opgenomen worden in een (psychiatrisch) ziekenhuis	89	84,8	16	15,2	30	85,7	5	14,3
15) Veel beroemde mensen hebben last van een depressie	57	54,3	48	45,7	22	62,9	13	37,1
16) Er zijn vele behandelingen voor depressie die veel effectiever zijn dan antidepressiva	4	3,8	101	96,2	13	37,1	22	62,9
17) Voor de behandeling van depressie zijn gesprekken met een hulpverlener net zo effectief als Cognitieve Gedragstherapie	8	7,6	97	92,4	15	42,9	20	57,1
18) Voor de behandeling van een milde / matige depressie is CGT net zo effectief als antidepressiva	30	28,6	75	71,4	10	28,6	25	71,4
19) Van alle alternatieve geneeswijzen en levensstijlbehandelingen, werken vitamines het beste voor de behandeling van depressie	31	29,5	74	70,5	17	48,6	18	51,4
20) Wanneer men antidepressiva gebruikt, kunnen deze gestopt worden zodra iemand zich beter voelt	69	65,7	36	34,3	29	82,9	6	17,1
21) Antidepressiva zijn verslavend	10	9,5	95	90,5	17	48,6	18	51,4
22) Antidepressiva werken direct zodra men deze gaat gebruiken	65	61,9	40	38,1	22	62,9	13	37,1
GSE	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
(GSE somscore)	29,4	3,85089	19	40	29,6857	2,6738	25	37