



RICHTLIJN

Bevallingsgerelateerde posttraumatische-stressstoornis (PTSS) en posttraumatische-stressstoornisklachten (PTSS-klachten)

INITIATIEF

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie

IN SAMENWERKING MET

Nederlands Instituut voor Psychologen

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen

Help Stichting

Stichting Bevallingstrauma

Utrecht, 31 oktober 2019

De NVOG sluit iedere aansprakelijkheid uit voor de opmaak en de inhoud van de voorlichtingsfolders of richtlijnen(modules), modelprotocollen, leidraden etc., alsmede voor de gevolgen die de toepassing hiervan in de patiëntenzorg mocht hebben.

De NVOG stelt zich daarentegen wel open voor attentering op (vermeende) fouten in de opmaak of inhoud van deze voorlichtingsfolders of richtlijnen. Neemt u dan contact op met het Bureau van de NVOG (e-mail: kwaliteit@nvog.nl).

INHOUDSOPGAVE

Algemene gegevens	3	
Achtergrondinformatie bevallingsgerelateerde PTSS	8	
Hoofdstuk 1. Algemene inleiding	11	
Aanleiding voor het maken van deze richtlijn		
Doel van de richtlijn		
Afbakening van de richtlijn		
Afkortingen		
Hoofdstuk 2. Achtergrondinformatie	14	
I. Traumatische bevallingservaring		
II. PTSS (klachten) na de bevalling		
Hoofdstuk 3. Preventie van PTSS na de bevalling en traumatische bevallingservaringen	19	
I. Traumatische bevallingservaring		
II. PTSS (klachten) na de bevalling		
Hoofdstuk 4. Behandeling van PTSS na de bevalling	32	
I. PTSS (klachten) na de bevalling		
Hoofdstuk 5. Organisatie van Zorg	37	
BIJLAGEN		
Bijlage I.	Toolbox	42
	- <i>Informed consent en shared decision making</i>	
	- <i>BRAIN-methode</i>	
	- <i>Voorbeeldvragen om de bevallingservaring te bespreken</i>	
	- <i>Schrijfoefening</i>	
	- <i>Screeningsvragenlijsten</i>	
Bijlage II.	Kennislacunes	49
Bijlage III.	Verantwoording	51
Bijlage IV.	Onderbouwing	62
Bijlage V.	Referenties	73

Algemene gegevens

Doel

Het doel van deze richtlijn is om handvatten te bieden aan zorgverleners ten aanzien van preventie en behandeling van bevallingsgerelateerde PTSS en PTSS-klachten.

Patiëntencategorie

Deze richtlijn is van toepassing op alle vrouwen in Nederland die zijn bevallen, evenals zwangere vrouwen en vrouwen met kinderwens.

Doelgroep

De richtlijn is geschreven voor zorgverleners die te maken hebben met zwangere en (pas) bevallen vrouwen, zoals gynaecologen, verloskundigen, psychiaters, psychologen, huisartsen, maatschappelijk werkers, (obstetrie) verpleegkundigen, kraamverzorgenden, lactatiekundigen, jeugdartsen en -verpleegkundigen en verzekerings- en bedrijfsartsen.

Samenstelling van de werkgroep

Voor het ontwikkelen van de richtlijn is in 2015 een multidisciplinaire werkgroep samengesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van patiënten en professionals die betrokken zijn bij de zorg voor vrouwen met bevallingsgerelateerde PTSS-klachten (zie hiervoor de samenstelling van de werkgroep). De werkgroepleden zijn (waar aangegeven) door hun beroepsverenigingen gemandateerd voor deelname. De werkgroep werkte gedurende 2015 tot en met 2019 aan de totstandkoming van de richtlijn. De werkgroep is verantwoordelijk voor de integrale tekst van deze richtlijn.

Dr. C.A.I. Stramrood, *voorzitter*

gynaecoloog in opleiding, Amsterdam UMC (AMC), Amsterdam

Drs. L.F. de Graaff

arts gynaecologie/verloskunde, General Hospital, Jersey, Verenigd Koninkrijk

Dr. M.G. van Pampus

gynaecoloog-perinatoloog, OLVG, Amsterdam

Prof. dr. A. de Jongh

GZ-psycholoog, bijzonder hoogleraar angst- en gedragsstoornissen, Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA), Amsterdam, en Psychotrauma Expertise Centrum (PSYTREC), Bilthoven

Prof. dr. A. Honig

psychiater, emeritus hoogleraar ziekenhuispsychiatrie, OLVG en Amsterdam UMC (VUmc), Amsterdam

Dr. J. de Boer

psycholoog, beleidsmedewerker Richtlijnontwikkeling KNOV

M.J. van Luin

verloskundige niet praktiserend, lactatiekundige IBCLC, Mamma Minds, Amsterdam

Drs. M.A.M. Baas

psycholoog, arts-onderzoeker verloskunde OLVG, arts gynaecologie/verloskunde,
Amsterdam UMC (VUmc), Amsterdam

Dr. M.H. Hollander

gynaecoloog-perinatoloog, Radboudumc, Nijmegen

Dr. I.L. van Kamp

gynaecoloog-perinatoloog, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden

A. Schrage

namens de Hulp Stichting, patiëntenvertegenwoordiger

Drs. T.S. Gaakeer-Gort

A&O psycholoog, namens de Stichting Bevallingstrauma,
patiëntenvertegenwoordiger

Belangenverklaringen

De KNMG-code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling is gevolgd. Alle werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard of zij in de laatste drie jaar directe financiële belangen (betrekking bij een commercieel bedrijf, persoonlijke financiële belangen, onderzoeksfinanciering) of indirecte belangen (persoonlijke relaties, reputatiemanagement, kennisvalorisatie) hebben gehad. Er is geen belemmering voor participatie in de werkgroep naar voren gekomen. De verklaringen kunnen worden opgevraagd bij de NVOG.

Patiëntenparticipatie

Het patiëntenperspectief is binnen deze richtlijn vormgegeven in samenspraak met de Patiëntenfederatie Nederland. In de werkgroep heeft een afgevaardigde van de Hulp Stichting en een afgevaardigde van de Stichting Bevallingstrauma zitting. Tevens is de conceptrichtlijn voor commentaar voorgelegd aan de Vereniging van Ouders van Couveusekinderen (VOC) en de organisatie Zelfbewustzwanger.nl.

Autorisatie

De richtlijn is geautoriseerd/geaccordeerd door:

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie

Nederlands Instituut voor Psychologen

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen

Hulp Stichting

Stichting Bevallingstrauma

Vereniging van Ouders van Couveusekinderen

Patiëntenfederatie Nederland

Methode richtlijnontwikkeling

Deze richtlijn is opgesteld conform de eisen volgens het rapport Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0 van de adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit (www.kwaliteitskoepel.nl). Dit rapport is gebaseerd op de GRADE-methode (zie onder). Dit is een internationaal breed geaccepteerd instrument, en is te vinden in de 'richtlijn voor richtlijnen' voor de beoordeling van de kwaliteit van richtlijnen (www.cvz.nl).

Werkwijze

Uitgangsvragen en uitkomstmaten

Op basis van de uitkomsten van de knelpuntenanalyse zijn conceptuitgangsvragen opgesteld. Deze zijn met de werkgroep besproken waarna de werkgroep de definitieve uitgangsvragen heeft vastgesteld. Vervolgens inventariseerde de werkgroep per uitgangsvraag welke uitkomstmaten voor de patiënte relevant zijn, waarbij zowel naar gewenste als ongewenste effecten werd gekeken. De werkgroep waardeerde deze uitkomstmaten volgens hun relatieve belang als cruciaal, belangrijk en onbelangrijk. Tevens definieerde de werkgroep, voor zover mogelijk, wat zij voor een bepaalde uitkomstmaat een klinisch relevant verschil vond, dat wil zeggen wanneer de verbetering in uitkomst een verbetering voor de patiënte is. De uitgangsvragen zijn uitgewerkt in hoofdstuk 3 (preventie) en 4 (behandeling).

Strategie voor zoeken en selecteren van literatuur

Er werd eerst oriënterend gezocht naar bestaande buitenlandse richtlijnen (<http://www.guideline.gov/>, <http://www.nice.org.uk/>, <http://www.cbo.nl/thema/Richtlijnen/>, en <http://www.sign.ac.uk/>) en naar systematische reviews in de Cochrane Library. Vervolgens werd er voor de afzonderlijke uitgangsvragen aan de hand van specifieke zoektermen gezocht naar gepubliceerde wetenschappelijke onderzoeken in de elektronische databases PubMed (Medline), Embase en PsychINFO van 1980 tot en met april 2018 in de Engelse of Nederlandse taal. Tevens werd aanvullend gezocht naar studies aan de hand van de literatuurlijsten van de geselecteerde artikelen. De werkgroepleden selecteerden de via de zoekactie gevonden artikelen op basis van vooraf opgestelde selectiecriteria. De geselecteerde artikelen werden gebruikt om de uitgangsvraag te beantwoorden. De databases waarin is gezocht, de zoekactie of gebruikte trefwoorden van de zoekactie en de gehanteerde selectiecriteria zijn te vinden in de zoekverantwoording van de desbetreffende uitgangsvraag.

Kwaliteitsbeoordeling individuele studies

Individuele studies werden systematisch beoordeeld, op basis van op voorhand opgestelde methodologische kwaliteitscriteria, om zo het risico op vertekende studieresultaten (bias) te kunnen inschatten. Deze beoordelingen zijn te vinden in de methodologische checklists.

Samenvatten van de literatuur

De relevante onderzoeksgegevens van alle geselecteerde artikelen werden weergegeven in evidencetabellen. De belangrijkste bevindingen uit de literatuur werden beschreven in de samenvatting van de literatuur.

Beoordelen van de kracht van het wetenschappelijke bewijs

De kracht van het wetenschappelijke bewijs werd bepaald volgens de GRADE-methode. GRADE staat voor 'Grading Recommendations Assessment, Development and Evaluation' (zie <http://www.gradeworkinggroup.org/>) (1).

GRADE onderscheidt vier gradaties voor de kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs: hoog, matig, laag en zeer laag. Deze gradaties verwijzen naar de mate van zekerheid die er bestaat over de literatuurconclusie (2).

GRADE-definities

<i>Hoog</i>	<ul style="list-style-type: none">- er is hoge zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie;- het is zeer onwaarschijnlijk dat de literatuurconclusie verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
<i>Matig</i>	<ul style="list-style-type: none">- er is matige zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie;- het is mogelijk dat de conclusie verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
<i>Laag</i>	<ul style="list-style-type: none">- er is lage zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie;- er is een reële kans dat de conclusie verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
<i>Zeer laag</i>	<ul style="list-style-type: none">- er is zeer lage zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie;- de literatuurconclusie is zeer onzeker

Formuleren van de aanbevelingen

Voor een aanbeveling zijn naast het wetenschappelijke bewijs ook andere aspecten belangrijk, zoals pilotstudies, expertise van de werkgroepleden, patiëntenvoorkeuren, kosten, beschikbaarheid van voorzieningen of organisatorische zaken. Deze aspecten worden in elk hoofdstuk, voor zover geen onderdeel van de literatuursamenvatting, vermeld onder 'overwegingen'. De aanbevelingen geven een antwoord op de uitgangsvraag en zijn gebaseerd op het (beste) beschikbare wetenschappelijke bewijs en de belangrijkste overwegingen. De kracht van het wetenschappelijk bewijs en het gewicht dat door de werkgroep wordt toegekend aan de overwegingen bepalen samen de sterkte van de aanbeveling. Conform de GRADE-methodiek sluit een lage bewijskracht van conclusies in de systematische literatuuranalyse een sterke aanbeveling niet uit, en zijn bij een hoge bewijskracht ook zwakke aanbevelingen mogelijk. De sterkte van de aanbeveling wordt altijd bepaald door weging van alle relevante argumenten tezamen.

Randvoorwaarden (Organisatie van zorg)

In de knelpuntenanalyse en bij de ontwikkeling van de richtlijn is expliciet rekening gehouden met de organisatie van zorg: alle aspecten die randvoorwaarden zijn voor het verlenen van zorg (zoals coördinatie, communicatie, (financiële) middelen, menskracht en infrastructuur). Randvoorwaarden die relevant zijn voor het beantwoorden van een specifieke uitgangsvraag maken onderdeel uit van de overwegingen bij de bewuste uitgangsvraag. Meer algemene, overkoepelende, of bijkomende aspecten van de organisatie van zorg worden behandeld in hoofdstuk 5 (Organisatie van de zorg).

Kennislacunes

Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is systematisch gezocht naar onderzoek waarvan de resultaten bijdragen aan een antwoord op de uitgangsvragen. Bij elke uitgangsvraag is door de werkgroep nagegaan of er (aanvullend) wetenschappelijk onderzoek gewenst is. Een overzicht van aanbevelingen voor nader/vervolg onderzoek staat in de Kennislacunes (zie aanverwante producten).

Commentaar- en autorisatiefase

De conceptringrichtlijn werd aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen voorgelegd voor commentaar. Tevens is de conceptringrichtlijn voor commentaar voorgelegd aan de eerder genoemde patiëntenorganisaties, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), het Landelijk Kenniscentrum Psychiatrie en Zwangerschap (LKPZ), het Kenniscentrum Kraamzorg (KCKZ), Kenniscentrum Babysterfte en de Werkgroep Psychosomatische Obstetrie en Gynaecologie van de NVOG.

De commentaren werden verzameld en besproken met de werkgroep. Naar aanleiding van de commentaren werd de conceptringrichtlijn aangepast en definitief vastgesteld door de werkgroep. De definitieve richtlijn werd aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen voorgelegd voor autorisatie en door hen geautoriseerd dan wel geaccordeerd.

Implementatie

In de verschillende fasen van de richtlijnontwikkeling is rekening gehouden met de implementatie van de richtlijn en de praktische uitvoerbaarheid van de aanbevelingen. Daarbij is uitdrukkelijk gelet op factoren die de invoering van de richtlijn in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren.

Juridische betekenis van richtlijnen

Richtlijnen bevatten geen wettelijke voorschriften, maar aanbevelingen die zoveel mogelijk op bewijs gebaseerd zijn. Zorgverleners kunnen aan de aanbevelingen voldoen in het streven kwalitatief goede of 'optimale' zorg te verlenen. Omdat deze aanbevelingen gebaseerd zijn op 'algemeen bewijs voor optimale zorg' en de inzichten van de werkgroep hierover, kunnen zorgverleners op basis van hun professionele autonomie in individuele gevallen afwijken van de richtlijn. Afwijken van de richtlijn is, als de situatie van de patiënte dat vereist, zelfs noodzakelijk. Wanneer van deze richtlijn wordt afgeweken, is het aanbevolen om dit beargumenteerd, gedocumenteerd en in overleg met de patiënte te doen. In het medisch dossier dient te worden vermeld waarom van de richtlijn is afgeweken en of dit in overleg met de patiënte is gebeurd.

Geldigheid

De NVOG is als regiehouder van deze richtlijn de eerstverantwoordelijke voor het beoordelen van de actualiteit van deze richtlijn. De andere aan deze richtlijn deelnemende wetenschappelijke verenigingen of gebruikers van de richtlijn delen de verantwoordelijkheid en informeren de eerstverantwoordelijke over relevante ontwikkelingen binnen hun vakgebied. Gezien de opzet van de richtlijn, kan bij bekend worden van relevant onderzoek, waarbij (een deel van) de richtlijn zou moeten worden aangepast, dit tussentijds per uitgangsvraag plaatsvinden.

Uiterlijk in 2023 bepaalt het bestuur van de NVOG of deze richtlijn c.q. de afzonderlijke modules nog actueel zijn. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de richtlijn te herzien. De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten.

Achtergrondinformatie bevallingsgerelateerde PTSS

PTSS is een psychiatrische aandoening die gekenmerkt wordt door herbelevingen, vermijding, negatieve gedachten en stemming, en verhoogde prikkelbaarheid. Bevallingsgerelateerde posttraumatische-stressstoornis (PTSS) komt na de bevalling voor bij ongeveer één tot drie procent van de vrouwen. Voor 10 tot 20 procent van alle vrouwen is de bevalling een traumatische gebeurtenis. In deze richtlijn wordt soms gesproken over ‘de bevalling als traumatische gebeurtenis’ en meestal over ‘een traumatische bevallingservaring’. Er wordt uitgelegd hoe de twee termen zijn gedefinieerd en waarom onderscheid wordt gemaakt (zie: Hoofdstuk 2: achtergrondinformatie > traumatische bevallingservaring > definitie).

Risicofactoren voor het ontwikkelen van PTSS na de bevalling zijn onder andere obstetrische complicaties/interventies (spoedsectio caesarea, kunstverlossing, fluxus postpartum, zwangerschapscomplicaties zoals vroeggeboorte of pre-eclampsie), psychiatrische voorgeschiedenis (zoals blootstelling aan een eerder trauma/ PTSS, depressieve stoornis in de anamnese, angst voor de bevalling) en bevallingsgerelateerde factoren (bijvoorbeeld een gebrek aan ervaren steun, dissociatie).

Samenvatting van de aanbevelingen

Bevalling

Zorg voor heldere communicatie, duidelijke uitleg over opties en adviezen (bijvoorbeeld middels de BRAIN-methode*), en *informed consent** ten aanzien van beleid en interventies rondom de bevalling, opdat de barendende vrouw regie en een veilige situatie ervaart.
(hoofdstuk 3, preventie)

*Toelichting zie: Bijlage 1, Toolbox

Streef naar continue een-op-eenbegeleiding van alle barendende vrouwen, eventueel door een getraind persoon die geen medische handelingen verricht (doula).
(hoofdstuk 3, preventie)

Stimuleer direct, d.w.z. zodra conditie van moeder en kind dit toelaat, huid-op-huidcontact tussen moeder en kind en het geven van borstvoeding (bij vrouwen die dat willen).
(hoofdstuk 3, preventie)

1e week postpartum

Zorg dat in de eerste week postpartum, door degene die de bevalling heeft begeleid of door de coördinerend zorgverlener, aan de kraamvrouw wordt gevraagd hoe zij de bevalling heeft ervaren.
(hoofdstuk 5, organisatie van zorg)

Bespreek het feitelijk verloop van de bevalling indien de kraamvrouw dat wenst, maar vraag niet expliciet en uitgebreid naar negatieve emoties en gedachten bij gezonde vrouwen met gezonde neonaten.

(hoofdstuk 3, preventie)

Overweeg een korte schrijfoefening* aan te bieden enkele dagen postpartum die is gericht op emoties, gedachten en initiële verwachtingen rondom de bevalling bij gezonde vrouwen met gezonde neonaten.

(hoofdstuk 3, preventie)

**Toelichting zie: Bijlage I, Toolbox*

Overweeg het aanbieden van extra gesprekken (bijvoorbeeld door de Praktijkondersteuner Huisarts Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ)) in de eerste weken postpartum met daarin elementen van o.a. psycho-educatie en cognitieve gedragstherapie, in elk geval bij vrouwen bevallen per secundaire sectio caesarea en vrouwen bevallen van een doodgeboren baby.

(hoofdstuk 3, preventie)

Nacontrole

Laat de nacontrole bij voorkeur verrichten door een verloskundige of arts die bij de bevalling aanwezig was, en spreek in de eerste week postpartum af bij wie, wanneer en waar de nacontrole zal zijn.

(hoofdstuk 5, organisatie van zorg)

Vraag bij de postpartum nacontrole hoe de vrouw de bevalling heeft ervaren, hoe zij er op terugkijkt, en of haar ervaring van invloed is op een eventuele toekomstige kindwens. Bespreek en formuleer het beleid voor een volgende zwangerschap in samenspraak met de vrouw.

(hoofdstuk 5, organisatie van zorg)

Maak gebruik van gevalideerde screeningsvragenlijsten ter inventarisatie van symptomen van PTSS, bij vrouwen die een traumatische bevallingservaring rapporteren en bij vrouwen met een verhoogde kans op postpartum PTSS (klachten).

Bied vrouwen door wie de bevalling als traumatisch werd ervaren extra gesprekken aan bij (één van) de eigen zorgverlener(s) en/of bij een andere zorgverlener die ervaring heeft met begeleiding van vrouwen met traumatische bevallingservaringen.

(hoofdstuk 5, organisatie van zorg)

Overweeg bij milde symptomen van PTSS die korter dan een maand bestaan begeleiding door een eerstelijns professional (huisarts, POH-GGZ).

(hoofdstuk 5, organisatie van zorg)

Bied, in principe via de huisarts, een verwijzing aan naar een zorgverlener die bekwaam en bevoegd is in het diagnosticeren en behandelen van PTSS, aan vrouwen met een traumatische bevallingservaring die psychische klachten hebben (mogelijk passend bij PTSS) met een negatief effect op het dagelijks functioneren.

(hoofdstuk 4, behandeling)

Behandel vrouwen met PTSS (klachten) na de bevalling met negatief effect op het dagelijks functioneren conform de geldende algemene richtlijnen voor de behandeling van PTSS, d.w.z.: psycho-educatie in combinatie met *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) therapie en/of traumagerichte cognitieve gedragstherapie (CGT).*

(hoofdstuk 4, behandeling)

**Aanbeveling voor zorgverleners die bevoegd en bekwaam zijn in het diagnosticeren en behandelen van PTSS*

Volgende zwangerschap

Bespreek bij een nieuwe zwangerschap uiterlijk aan het begin van het tweede trimester hoe de vrouw terugkijkt op de vorige bevalling(en). Bespreek dit ook in geval van een pre-conceptioneel adviesconsult.

(hoofdstuk 5, organisatie van zorg)

Hoofdstuk 1. Algemene inleiding

Aanleiding voor het maken van deze richtlijn

Zwangerschap, bevalling en kraamtijd worden vaak als een mooie en bijzondere tijd gezien voor (aanstaande) moeders en vaders. Sommige vrouwen (en hun partners) ervaren de bevalling echter als traumatisch, soms zelfs zodanig dat klachten ontstaan passend bij een posttraumatische-stressstoornis (PTSS). Sinds eind jaren '90 is er toenemend aandacht, erkenning en herkenning van de bevalling als potentieel traumatische gebeurtenis. Psychische klachten hebben in het algemeen een negatieve invloed op de kwaliteit van leven. Daarnaast zijn bevallingsgerelateerde PTSS-klachten vaker geassocieerd met een verstoorde moeder-kindbinding, problemen in de partnerrelatie en het vermijden van volgende zwangerschappen. Er is inmiddels een substantiële hoeveelheid wetenschappelijke literatuur beschikbaar over prevalentie, risicofactoren, gevolgen en behandeling van bevallingsgerelateerde PTSS (klachten). Deze richtlijn voorziet in de meest recente *evidence-based* informatie met betrekking tot bevallingsgerelateerde PTSS en PTSS-klachten.

Doel van de richtlijn

Primair doel van de richtlijn is om handvatten te bieden aan zorgverleners voor de begeleiding van vrouwen rondom zwangerschap, bevalling en postpartum, opdat zij een optimale en *evidence-based* bijdrage kunnen leveren aan preventie, identificatie, begeleiding en verwijzing van vrouwen met bevallingsgerelateerde PTSS (klachten). De uitgangsvragen van deze richtlijn gaan over behandeling en preventie. Daarnaast wordt achtergrondinformatie gegeven over de prevalentie, risicofactoren, diagnostische criteria en screeningsmogelijkheden voor bevallingsgerelateerde PTSS en traumatische bevallingservaringen.

Afbakening

Deze richtlijn betreft de zorg voor vrouwen met bevallingsgerelateerde PTSS en PTSS-klachten. In de literatuur en op de werkvloer wordt gesproken van PTSS na de bevalling, postpartum PTSS, bevallingsgerelateerde PTSS en postpartum psychische stress. Er is voor gekozen om in deze richtlijn te spreken van bevallingsgerelateerde PTSS. Hiermee wordt bedoeld: een posttraumatische-stressstoornis zoals omschreven in de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, waarbij de (periode rondom de) bevalling als traumatische gebeurtenis wordt aangemerkt. Tenzij expliciet anders aangegeven, worden bij gebruik van de term 'bevallingsgerelateerde PTSS' ook PTSS-klachten bedoeld, te weten: symptomen van PTSS zonder dat formeel de diagnose is gesteld of zonder dat aan alle criteria van de DSM-5 wordt voldaan.

Er zijn ook verschillende manieren om de traumatische gebeurtenis die de bevalling voor sommige vrouwen is aan te duiden. Er wordt in de literatuur en in de praktijk o.a. gesproken van 'de bevalling als traumatische gebeurtenis', traumatische bevallingservaring, bevallingstrauma en traumatische bevalling. Er is voor gekozen om in deze richtlijn te spreken over de bevalling als traumatische gebeurtenis wanneer wordt voldaan aan het A-criterium van de PTSS-diagnose volgens de DSM-5 (of, bij oudere onderzoeken, DSM-IV).

Wanneer beide situaties samen worden bedoeld (zowel de bevalling als traumatische gebeurtenis conform criterium A van de DSM-5 als een traumatische ervaring zoals door de vrouw benoemd, waarbij al dan niet wordt voldaan aan het A-criterium van de DSM-5) dan wordt in deze richtlijn gesproken van een traumatische bevallingservaring.

In hoofdstuk 3 (preventie) wordt weergegeven welke interventies effectief zijn om bevallingsgerelateerde PTSS (-klachten) of een traumatische bevallingservaring te voorkómen. Het overgrote deel van de vrouwen voor wie de bevalling een traumatische gebeurtenis was, ontwikkelt geen PTSS, vanwege spontane uitdoving van symptomen en adequate coping. Desondanks heeft een traumatische gebeurtenis of negatieve ervaring vaak wel gevolgen voor het psychisch welbevinden en voor wensen en beslissingen rondom een volgende zwangerschap en bevalling. Om die reden is er voor gekozen om naast preventie van bevallingsgerelateerde PTSS ook preventie van traumatische bevallingservaringen te onderzoeken.

In hoofdstuk 4 (behandeling) wordt onderzocht welke plaats een interventie bij vrouwen met bevallingsgerelateerde PTSS na de bevalling heeft. Deze uitgangsvraag is gericht op behandeling van bevallingsgerelateerde PTSS, aangezien een behandeling primair relevant is bij degenen die daadwerkelijk klachten hebben die het dagelijks functioneren beïnvloeden.

Afkortingen

AD	Amenorroeduur
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation
APA	American Psychiatric Association
BI	Betrouwbaarheids Interval
CAPS	Clinician-Administered PTSD Scale
CGT	Cognitieve gedragstherapie
CISD	Critical Incident Stress Debriefing
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DTS	Davidson Trauma Scale
EBRO	Evidence Based Richtlijn Ontwikkeling
EMDR	Eye movement desensitization and reprocessing
GRADE	The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
HELLP	Hemolysis Elevated Liver enzymes and Low Platelets
IES(-R)	Impact of Event Scale (-Revised)
IUVD	Intra-uteriene vruchtdood
KiMS	Kennisinstituut van Medisch Specialisten
M	Mean
MINI-PTSD	The Mini International Neuropsychiatric Interview - PTSD
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NICU	Neonatal Intensive Care Unit
NS	Niet significant
PCL	PTSD Checklist
PE	Preeclampsie

POH-GGZ	Praktijkondersteuner huisarts – Geestelijke gezondheidszorg
PPROM	Premature Prelabor Rupture of Membranes
PPQ	Perinatal PTSD Questionnaire
PRN	Perinatale Registratie Nederland
PTSS	Posttraumatische-stressstoornis
RANZCOG	Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists
RCT	Randomized Controlled Trial
RR	Relatief Risico
SCID	Structured Clinical Interview for DSM disorders
SD	Standaard deviatie
SOGC	Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada
TES	Traumatic Event Scale
VSV	Verloskundig Samenwerkingsverband
VVOG	Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
WDEQ	Wijma Delivery Expectancy Questionnaire

Hoofdstuk 2. Achtergrondinformatie

I : Traumatische bevallingservaring

Definitie

Het trauma-criterium (A) voor PTSS in de *DSM-5* richt zich op gebeurtenissen waarbij sprake is van blootstelling aan een feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding of seksueel misbruik (3). Voor vrouwen voor wie dit geldt, kan de bevalling een traumatische gebeurtenis zijn.

In de obstetrische praktijk worden daarnaast veel vrouwen gezien met een nare of negatieve bevallingservaring, zonder dat zij voldoen aan de *DSM-5*-criteria voor een traumatische gebeurtenis. Beide groepen vrouwen kunnen PTSS-symptomen rapporteren, hoewel bij de laatstgenoemde groep formeel geen PTSS-diagnose mag worden gesteld omdat zij niet aan het traumacriterium (A) voldoen.

Wanneer in deze richtlijn wordt gesproken over traumatische bevallingservaring dan vallen hier zowel de vrouwen onder voor wie de bevalling een traumatische gebeurtenis was (zoals beschreven in *DSM-5*-criterium A voor PTSS, zie boven), als vrouwen voor wie de bevalling een nare, negatieve of ingrijpende gebeurtenis was, die zij zelf als traumatisch zouden omschrijven, maar die niet aan het *DSM-5*-criterium A voldoet. Dit is conform o.a. de Engelse NICE-guideline (4), waarbij de ervaring van de vrouw en niet het medische (fysiologische of pathologische) verloop van de bevalling leidend is. Wanneer in deze richtlijn wordt gerefereerd aan ‘traumatische bevallingservaring’ betreft dit dus de (subjectieve) ervaring en interpretatie van de vrouw, waarbij al dan niet wordt voldaan aan het *DSM-5*-criterium A voor PTSS.

Epidemiologie

Voor negen tot 21 procent van de vrouwen was de bevalling een traumatische gebeurtenis (5,6). Dit wordt beschreven in twee Nederlandse studies, waarbij in een ongeselecteerde groep van 428 vrouwen negen procent van hen voldeed aan *DSM-IV*-criterium A (5), en in een laagrisicopopulatie van 140 vrouwen 21 procent van hen voldeed aan *DSM-IV*-criterium A (6).

Gevolgen

Van alle vrouwen voor wie de bevalling een traumatische gebeurtenis was, ontwikkelt ongeveer 10-13 procent PTSS (5,7,8). In de literatuur worden verschillende (negatieve) gevolgen genoemd van een traumatische bevallingservaring, waaronder angst voor een volgende zwangerschap of bevalling (9), een verzoek tot sectio caesarea in een volgende zwangerschap (10) of kiezen voor minder of andere zorg dan medisch geïndiceerd (11). Ook zijn beschreven: een negatief zelfbeeld bij de moeder, moeilijkheden met borstvoeding, problemen met seksualiteit en de moeder-kindbinding (12–16).

II : PTSS (klachten) na de bevalling

Definitie

PTSS is een psychiatrische aandoening die in de *DSM-5* valt onder de ‘trauma- en stressgerelateerde stoornissen’. Cruciaal bij PTSS is dat de symptomen zijn gerelateerd aan

een traumatische gebeurtenis. PTSS wordt gekenmerkt door 4 clusters van in totaal 20 symptomen, waarbij van elke categorie een minimaal aantal symptomen aanwezig moet zijn om te kunnen spreken van PTSS (zie Tabel 1). De vier symptoomcategorieën zijn: herbeleving, vermijding, negatieve gedachten en stemming, en hyperactivatie. Daarnaast moeten deze symptomen minimaal 1 maand aanwezig zijn, een negatief effect hebben op het dagelijks functioneren, en niet het gevolg zijn van de fysiologische effecten van een lichamelijke aandoening, medicatie- of drugsgebruik.

Tabel 1: DSM-5-criteria voor PTSS (3)

A. TRAUMA
Betrokkene is blootgesteld aan een feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding en/of seksueel geweld op één (of meerdere) van de volgende manieren:
- Het is de persoon direct overkomen;
- De persoon was getuige van de gebeurtenis;
- Een direct familielid of vriend van de persoon is het overkomen;
- De persoon wordt herhaaldelijk blootgesteld aan nare details van de ingrijpende gebeurtenis(sen) (bijv. politieagenten die herhaaldelijk worden blootgesteld aan de details van kindermisbruik).
SYMPTOMEN
B. Herbeleven (≥ 1)
De traumatische gebeurtenis wordt voortdurend herbeleefd op één (of meer) van de volgende manieren:
- Herhalende, zich opdringende herinneringen;
- Onaangename dromen die gerelateerd zijn aan het trauma;
- Handelen of voelen alsof het trauma opnieuw plaatsvindt;
- Heftige emoties als iemand eraan herinnerd wordt;
- Lichamelijke reacties als iemand eraan herinnerd wordt.
C. Vermijden (≥ 1)
Aanhoudend vermijden van prikkels die gerelateerd zijn aan het trauma, zoals blijkt uit één (of twee) van de volgende symptomen:
- Het vermijden van gedachten en gevoelens;
- Het vermijden van plaatsen, mensen, voorwerpen en situaties.
D. Negatieve gedachten en stemming (≥ 2)
Negatieve veranderingen in gedachten en stemming gerelateerd aan de traumatische gebeurtenis, zoals blijkt uit twee (of meer) van de volgende symptomen:
- Onvermogen om delen van gebeurtenis te herinneren;
- Negatieve gedachten over zelf, anderen en de wereld ('ik kan niemand vertrouwen');
- Vertekende gedachten over consequenties en oorzaak van de gebeurtenis;
- Negatieve emoties (angst, afschuw, woede, schuld, schaamte);
- Afgenomen interesse en participatie in activiteiten;
- Afgesneden of vervreemd voelen van anderen;
- Niet in staat positieve emoties te ervaren.
E. Hyperactivatie (≥ 2)
Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid zoals blijkt uit twee (of meer) van de volgende:
- Geïrriteerdheid en woede-uitbarstingen;
- Roekeloosheid en zelfdestructief gedrag;
- Hyperaliertheid;
- Overdreven schrikreacties;
- Concentratieproblemen;
- Slaapproblemen.

EN TEVENS

- Voor alle bovenstaande symptomen geldt: deze zijn begonnen of verslechterd na de traumatische gebeurtenis.
- De duur van de stoornis is langer dan één maand
- De stoornis veroorzaakt klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren, of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- De stoornis kan niet worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel (zoals medicatie, alcohol) of aan een somatische aandoening.

Ten aanzien van PTSS (klachten) na de bevalling kunnen de bovengenoemde symptomen (criteria) zich op verschillende manieren manifesteren. Nachtmerries over de bevalling komen vaak voor, maar vrouwen kunnen ook herbelevingen krijgen bij het zien van een bevalling op televisie, wanneer ze het ziekenhuis voorbijrijden, of wanneer een geur hen doet denken aan de verloskamer. Vrouwen kunnen moeite hebben met slapen omdat zij hyperalert zijn of omdat zij bang zijn in slaap te vallen vanwege terugkerende nachtmerries over de bevalling. Uitingen van vermijding kunnen zijn dat vrouwen geen foto's van de bevalling kunnen bekijken, kraambezoek bij anderen vermijden, bepaalde televisieprogramma's niet meer kijken, niet naar het ziekenhuis of de verloskundigenpraktijk durven voor de nacontrole, of geen uitstrijkjes/gynaecologisch onderzoek durven ondergaan. Daarnaast komt angst voor een volgende bevalling frequent voor, met als mogelijk gevolg niet meer zwanger durven worden (17). Ook wordt geschat dat wereldwijd één tot negen procent van alle indicaties voor sectio caesarea angst voor de bevalling is (18).

Uiteraard is er een verschil tussen gezonde verwerking van een ingrijpende gebeurtenis en aanhoudende klachten na een traumatische gebeurtenis. Een kind krijgen is voor elke vrouw en haar partner een *life-event*, met grote impact op het dagelijks leven ongeacht hoe iemand de bevalling heeft ervaren. De cognitieve en gedragsmatige inspanningen die iemand levert om met stressvolle situaties om te gaan wordt ook wel *coping* genoemd. Sommige mensen hebben beter ontwikkelde copingvaardigheden dan anderen, en ook het gebruik van effectieve (o.a. actief aanpakken van het probleem en sociale steun zoeken) of ineffectieve (o.a. overmatig uiten van emoties, passief blijven, en depressieve gedachten) copingmechanismen verschilt per persoon en per situatie. Bij adequate coping doven tekenen van een traumatische gebeurtenis vaak uit binnen 4 tot 6 weken. Wanneer er sprake is van duidelijk en aanhoudend lijden of psychische klachten, inadequate coping en onvoldoende ervaren steun uit de eigen omgeving, dan kan dit reden zijn om met de vrouw te overleggen over verdere begeleiding of behandeling. Er dient rekening gehouden te worden met het feit dat klachten van bevallingsgerelateerde PTSS ook later nog tot uiting kunnen komen. Tevens kunnen klachten toenemen bij het opnieuw ontstaan van een kinderwens of bij het optreden van een nieuwe zwangerschap.

Epidemiologie

De prevalentie van bevallingsgerelateerde PTSS varieert internationaal van 3,2 - 4,0 procent in ongeselecteerde populaties, tot 15,7-18,5 procent in hoogrisicogroepen (7,19). Nederlandse studies in laagrisico- (20) of ongeselecteerde (5) populaties vinden een prevalentie van 1,2 - 2,1 procent enkele maanden postpartum. In deze studies voldeed 9,1 - 21,4 procent van de vrouwen aan het *DSM-IV-* (A) criterium voor trauma (5,20).

In nagenoeg alle onderzoeken werd gebruik gemaakt van vragenlijsten (screening) en niet van een klinisch interview (diagnostiek).

Bij 20 - 75 procent van de vrouwen met PTSS na de bevalling is er tevens sprake van een depressie (21–23). Wanneer er sprake is van een novo depressie bij een vrouw met PTSS (klachten) na de bevalling, is de depressie vaak secundair aan het doorgemaakte trauma (24).

Screening en diagnostiek

Gevalideerde **screenings**vragenlijsten (e.g., *PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)* (25), *Trauma Screening Questionnaire (TSQ)* (26), *Impact of Event Scale (IES/IES-R)* (27), *MINI-PTSD* (28), *Perinatal PTSD Questionnaire (PPQ)* (29) en *Primary Care PTSD Screen (PC-PTSD)* (30) kunnen worden gebruikt om te inventariseren of en in welke mate er sprake is van PTSS-symptomen. De Nederlandse versies van de PCL-5, TSQ en PC-PTSD zijn onderdeel van [Bijlage I: Toolbox](#).

De **diagnose** PTSS kan worden gesteld door een daartoe bevoegd en bekwaam zorgverlener (psycholoog, psychiater, huisarts), al dan niet gebruikmakend van een gevalideerd klinisch interview (e.g. *Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)*; *Structured Clinical Interview for DSM disorders (SCID)*).

Risicofactoren

Diverse obstetrische, psychische, sociale en situationele factoren zijn geassocieerd met een verhoogde kans op het ontwikkelen van PTSS (klachten) na de bevalling. Een meta-analyse uit 2016 waarbij gegevens over 21.429 vrouwen uit 50 studies werden samengevat (8) benoemde als belangrijkste risicofactoren:

- Medisch verloop van zwangerschap en bevalling: gecompliceerd beloop bevalling (bijvoorbeeld spoedsectio, kunstverlossing (vacuüm/forceps), fluxus), gecompliceerd beloop zwangerschap (bijvoorbeeld vroeggeboorte, (pre-)eclampsie/HELLP), gecompliceerd beloop neonat (opname van het kind, perinatale sterfte);
- Psychische klachten: ernstige angst voor de bevalling, depressie tijdens de zwangerschap of na de bevalling, psychiatrische voorgeschiedenis;
- Psychosociale factoren: niet goed met stress kunnen omgaan (coping), eerder trauma/PTSS (met name seksueel misbruik / geweld);
- Ervaring van de bevalling: negatieve ervaring, weinig steun ervaren van zorgverleners, dissociatie tijdens de bevalling.

Pariteit en plaats van bevallen (thuis of ziekenhuis) zijn geen onafhankelijke risicofactoren voor de kans op PTSS-klachten; de verhoogde kans op PTSS (klachten) bij primipara en na ziekenhuisbevallingen kan worden verklaard door het feit dat interventies vaker voorkomen in deze groepen (5).

Gevolgen

Er is een sterk verband tussen bevallingsgerelateerde PTSS en het ontwikkelen van postpartum depressie (8). Vaak worden ook problemen in de partnerrelatie gezien, met name gebrek aan steun van de partner (31). In een recente meta-analyse zijn klinische gevolgen van maternale PTSS voor het kind beschreven (32). Maternale PTSS (bevallingsgerelateerd en niet-bevallingsgerelateerd) is geassocieerd met een lager geboortegewicht.

PTSS postpartum is gerelateerd aan een lager percentage vrouwen die borstvoeding geven. Uitkomstmaten zoals ontwikkeling van het kind, moeder-kindinteractie en premature bevallingen werden niet significant geassocieerd met maternale PTSS. Uit een recente systematische review (18) bleek dat patiënten met meer PTSS-klachten vaker om een electieve sectio caesarea verzochten.

Hoofdstuk 3 Preventie van PTSS na de bevalling en traumatische bevallingservaringen

Algemene gegevens

Korte titel	Preventie PTSS na de bevalling
Volledige titel	Preventie van PTSS na de bevalling en traumatische bevallingservaringen

Uitgangsvraag

Welke interventies zijn effectief om een traumatische bevallingservaring of PTSS na de bevalling te voorkomen?

Inleiding

Wanneer wordt gesproken over preventieve interventies of handelingen, is het essentieel om onderscheid te maken tussen primaire en secundaire preventie. In het kader van deze richtlijn betekent primaire preventie het voorkomen van traumatische bevallingservaringen bij zwangere of barende vrouwen. Secundaire preventie betekent het voorkómen van PTSS (klachten) bij vrouwen voor wie de bevalling een traumatische gebeurtenis was of die een hoog risico hebben op een trauma, bijvoorbeeld door gecompliceerd beloop of door hun psychische voorgeschiedenis (zie *risicofactoren* in hoofdstuk 2).

Zonder traumatische gebeurtenis geen PTSS. Om die reden is het relevant om aandacht te besteden aan preventie van traumatische bevallingservaringen met als doel (a) PTSS (klachten) te voorkomen en (b) te zorgen dat een life event zoals de geboorte van een kind geen negatieve ervaring is.

Slechts een klein deel van de mensen die een traumatische gebeurtenis meemaakt ontwikkelt daarna PTSS. Eén tot drie procent van alle vrouwen ontwikkelt PTSS na de bevalling (5,7,8), terwijl voor negen tot 21 procent van alle vrouwen de bevalling een traumatische gebeurtenis was (conform DSM-5-criterium A) (5,6). Van alle vrouwen voor wie de bevalling een traumatische gebeurtenis was ontwikkelt dus ongeveer 10-13 procent PTSS, wat vergelijkbaar is met PTSS na andere soorten trauma (6-21 procent) (33).

Toelichting op enkele van de in de literatuur gebruikte interventies

Critical Incident Stress Debriefing (CISD) is een vorm van debriefing die gebruikt wordt in het acute crisismanagement na een trauma (gemiddeld 1-10 dagen na het trauma), met als doel een directe reductie van stress en het voorkomen van PTSS op de lange termijn. Het bestaat uit een eenmalige sessie waarin 7 stadia worden doorlopen: introductie, feiten, gedachten, emotionele reacties, symptomen, educatie en herbeginnen (34,35). De focus ligt op de negatieve gedachten en gevoelens die de gebeurtenis al dan niet oproept.

De schrijfoopdracht volgens Pennebaker is een schrijfoefening waarbij de persoon die een trauma heeft ondergaan op een bepaalde manier de gebeurtenis en de gevolgen die deze gebeurtenis heeft op het gevoelsleven beschrijft. De opdracht is beschreven in de Toolbox (zie bijlage I) (36).

Methoden

Uitgangsvraag en PICO

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden is er een systematische literatuuranalyse verricht naar de volgende wetenschappelijke vraagstellingen:

1. Wat zijn de (on)gunstige effecten van interventies gericht op het voorkómen van een traumatische bevallingservaring, bij zwangere vrouwen voor of tijdens de bevalling? (*primaire preventie*)
2. Wat zijn de (on)gunstige effecten van interventies gericht op het voorkómen van PTSS (klachten) na de bevalling, bij pas bevallen vrouwen voor wie de bevalling een traumatische gebeurtenis was, of die hier een verhoogd risico op hebben? (*secundaire preventie*)

PICO 1 (primaire preventie)

- P: Zwangere vrouwen of vrouwen die aan het bevallen zijn
I: Handelingen of interventies gericht op preventie van traumatische bevallingservaringen
C: Expectatief beleid of gebruikelijke zorg
O: De bevalling was een traumatische gebeurtenis

PICO 2 (secundaire preventie)

- P: Recent bevallen vrouwen (≤ 1 maand postpartum), voor wie de bevalling al dan niet een traumatische gebeurtenis was
I: Handelingen of interventies gericht op preventie van PTSS (klachten) na de bevalling
C: Expectatief beleid of gebruikelijke zorg
O: PTSS (klachten) na de bevalling, waarbij de bevalling de traumatische gebeurtenis was

Relevante uitkomstmaten

De werkgroep achtte voor PICO 1 het ervaren van de bevalling als traumatische gebeurtenis een kritieke uitkomstmaat; de werkgroep achtte voor PICO 2 de diagnose PTSS een voor de besluitvorming kritieke uitkomstmaat en PTSS-symptomen een voor de besluitvorming belangrijke uitkomstmaat.

De werkgroep definieerde de uitkomstmaten als volgt:

1. “Traumatische gebeurtenis”: het ervaren van een gebeurtenis (in casu de bevalling) als traumatisch, waarbij wordt voldaan aan *DSM-5* criterium A voor PTSS;

2. “PTSS”: *DSM-IV*- of *DSM-5*-diagnose van een posttraumatische-stresstoornis (PTSS), bij voorkeur vastgesteld met een gestructureerd klinisch interview;
3. “PTSS-symptomen”: symptomen van PTSS zonder een formele diagnose, bij voorkeur vastgesteld met een gestructureerd klinisch interview of gevalideerde screeningsvragenlijst.

Zoeken en selecteren (Methode)

In de databases Medline (PubMed), Embase, PsychINFO en Cochrane is met relevante zoektermen gezocht naar onderzoek vanaf 1950 tot en met april 2018. De zoekverantwoording is weergegeven onder het tabblad Verantwoording. De literatuur search leverde 2908 treffers op, waarvan 2074 unieke artikelen. Studies werden geselecteerd op grond van de volgende selectiecriteria: relevante uitkomstmaat, onderzochte populatie (specifiek PTSS na de bevalling en niet algemene PTSS), betreft een RCT / *cohort study* / *case-control study* / *case study* / (*systematic*) *review* / meta-analyse. Op basis van titel en abstract werden in eerste instantie 44 studies voorgeselecteerd. Na raadpleging van de volledige tekst, werden vervolgens 35 studies geëxcludeerd (zie exclusietabel). Ten aanzien van PICO 2 dient vermeld te worden dat interventies die plaatsvonden of aanvingen langer dan één maand na de bevalling niet zijn beschouwd als preventie maar als behandeling, tenzij was aangetoond dat geen van de geïncludeerde vrouwen (al) voldeed aan de criteria voor PTSS.

Er werden negen studies geïncludeerd (37–45). Daarnaast werden van vier reviews over preventie van traumatische klachten / PTSS na de bevalling de originele studies gelezen en beoordeeld (9,46–48). Vanuit deze vier reviews konden nog eens vier studies worden geïncludeerd (49–52). De drie reviews zelf zijn niet geïncludeerd. Tenslotte is één artikel handmatig toegevoegd nadat deze werd gevonden via de literatuurlijst van een ander artikel (53). Uiteindelijk zijn daarmee 14 originele studies geïncludeerd, waarvan er geen geschikt was om PICO 1 te beantwoorden, en alle 14 geschikt waren om PICO 2 te beantwoorden.

Samenvatting literatuur

Beschrijving studies

Primaire preventie

Voor het beantwoorden van PICO 1 werden geen bruikbare artikelen gevonden.

Secundaire preventie

Voor het beantwoorden van PICO 2 werden 14 originele artikelen gevonden, waarvan 13 RCT's (37–45,49–52) en één casecontrol-studie (53). De interventies die onderzocht werden waren debriefing (37,39,49,52), ‘*expressive writing*’ (expressief schrijven) (41,42), het zien en vasthouden van een doodgeboren baby (53), het gestructureerd versterken van de moeder-kindinteractie in het eerste uur na de geboorte (43), en verschillende soorten gestructureerde psychologische interventies (38,40,44,45,50,51). Vier studies gebruikten een ongeselecteerde en/of gezonde populatie (39,41,42,49), twee studies includeerden

vrouwen met een traumatische bevallingservaring (37,43). De andere studies hadden specifieke patiëntengroepen geïncludeerd, zoals moeders van een doodgeboren baby (45,53), vrouwen na een niet-spontane vaginale baring (51,52), en moeders van premature kinderen die op de neonatale *intensive care unit* (NICU) opgenomen waren (38,40,44,50).

Resultaten (Per Uitkomstmaat)

1. PTSS.

Debriefing

In de RCT van Priest werd onderzocht of individuele, gestandaardiseerde debriefing (gebaseerd op de principes van Critical Incident Stress Debriefing (CISD)) binnen 72 uur postpartum bij moeders van gezonde, à terme geboren baby's, een effect had op het percentage vrouwen met PTSS gedurende het jaar na de bevalling. Na twee, zes en twaalf maanden werd met de *Impact of Events Scale-Revised* (IES-R) beoordeeld of vrouwen voldeden aan de criteria voor PTSS. 875 moeders kregen debriefing en 870 vrouwen kregen standaard post-partumzorg. Er werd geen significant verschil gevonden in het percentage vrouwen met PTSS tussen de interventiegroep (0.6%; 95%BI 0.2%-1.3%) en de controlegroep (0.8% (0.3%-1.6%)), met een relatief risico van 0.71 (95%BI 0.23-2.23; $p=0.58$) (39).

In de RCT van Gamble werden 103 vrouwen geïncludeerd met een traumatische bevallingservaring (gedefinieerd volgens DSM-IV-criterium A). Van hen kregen 50 vrouwen een face-to-facegesprek gedurende 40-60 minuten binnen 72 uur postpartum en nogmaals telefonisch vier tot zes weken na de bevalling, en 53 vrouwen kregen standaard post-partumzorg. Er werd geen statistisch significant verschil gevonden in het percentage vrouwen met PTSS (gemeten met een gestructureerd diagnostisch interview (MINI-PTSD)) vier tot zes weken postpartum ($p=0.392$), en drie maanden postpartum (geen p -waarde gegeven) (37).

2. PTSS-symptomen.

Debriefing

De eerdergenoemde RCT van Gamble onderzocht, naast het percentage vrouwen met een PTSS-diagnose, ook de ernst van de PTSS-symptomen bij 103 vrouwen met een traumatische bevallingservaring. Vier tot zes weken postpartum werd geen verschil gevonden in hoeveelheid PTSS klachten tussen de interventie- en controlegroep (p -waarde niet vermeld). Drie maanden postpartum had de interventiegroep significant minder PTSS-klachten (M 2.54, SD 2.44) dan de controlegroep (M 3.83, SD 3.59), zoals onderzocht met de MINI-PTSD ($p=0.035$) (37).

De RCT van Selkirk onderzocht het effect van debriefing door een verloskundige op de tweede of derde dag postpartum bij een ongeselecteerde populatie van 149 vrouwen. Er was geen significant verschil tussen de interventie- en controlegroepen in de hoeveelheid PTSS-klachten (gemeten met de IES) één en drie maanden postpartum ($p=0.14$) (49).

Kershaw's RCT randomiseerde tussen debriefing (volgens CISD principes) en standaardzorg bij 319 primipara die per secundaire sectio, vacuüm of forceps bevallen waren, en daardoor een verhoogd risico hadden op een traumatische bevallingservaring en PTSS (klachten). Debriefing vond plaats 10 dagen en 10 weken postpartum door getrainde verloskundigen. Er was geen significant verschil in PTSS-klachten (gemeten met IES) tussen

interventie- (M=20.2) en controlegroep (M=16.9) na 10 dagen ($p=0.27$), en ook geen verschil 10 weken (interventie M=12.7, controle M=16.0; $p=0.09$) of 20 weken postpartum (interventie M=10.7, controle M=11.2; $p=0.29$) (52).

Psychologische interventies

In Jotzo's RCT waren 50 vrouwen met blanco psychiatrische voorgeschiedenis geïnccludeerd die prematuur waren bevallen (gemiddeld na 30 weken zwangerschapsduur) en wiens kind op de NICU was opgenomen. Een gestructureerde psychologische interventie in de eerste dagen na de bevalling werd vergeleken met standaard zorg, en PTSS-klachten werden gemeten met de IES. De interventie bestond uit een of meerdere afspraken met een psycholoog gedurende de opname van de baby. De interventie bevatte elementen van psycho-educatie, ontspanningsoefeningen, evaluatie van copingstrategieën en advies ten aanzien van het aanwenden van sociale steun en praktische hulp. Ten tijde van ontslag (M=60 dagen) hadden de moeders in de interventiegroep significant minder PTSS-klachten (M=25.2, SD=13.9), vergeleken met de controlegroep (M=37.5, SD=19.2) ($p=0.013$) (38).

Zelkowitz et al. includeerden 121 moeders bij wie het kind bij de geboorte minder dan 1500 gram woog en op de NICU was opgenomen. De interventiegroep (Cues programma) kreeg in zes gestructureerde sessies adviezen over hoe de eigen stress en angst te herkennen en te verlichten, en technieken om te communiceren en sensitief te reageren op de baby (50); De controlegroep kreeg zes keer extra uitleg over verzorging van de baby. De begeleiding werd gedaan door een getraind verpleegkundige, psycholoog, student psychologie of leerling-verpleegkundige. Er werd op een gecorrigeerde neonatale leeftijd van 6-8 weken geen verschil gezien in traumatische klachten (gemeten met de PPQ) in de interventiegroep (M=2.9, SD=2.9) versus de controlegroep (M=3.2, SD=2.8) ($p=0.54$, 95%BI [-0.8 to 1.5]) (50).

Shaw's RCT includeerde 105 moeders van premature kinderen (geboren bij een zwangerschapsduur tussen 26 en 35 weken) die waren opgenomen op de NICU en die boven de afkapwaarde scoorden op één of meerdere selfreportvragenlijsten voor acute stress-stoornis (91%), depressie of angst. De interventiegroep kreeg zes of negen psychologische sessies, waarin onder andere componenten van traumagerichte cognitieve gedragstherapie, psycho-educatie en *exposure* (40). De controlegroep kreeg eenmaal uitleg over de NICU en verzorging van een premature baby. De interventiegroep had significant minder traumatische klachten, gemeten door middel van de *Davidson Trauma Scale* (DTS), zowel één maand na afloop van de interventie (effect grootte 0.333, $p=0.041$) als zes maanden postpartum (effect grootte 0.741, $p<0.001$) (40).

De RCT van Borghini includeerde 60 moeders van extreem premature kinderen voor een interventie gebaseerd op systeemtheorie. In de interventiegroep werd op drie momenten (33 weken postconceptie, 42 weken postconceptie, en gecorrigeerde leeftijd vier maanden) een observatie gedaan en nabesproken, terwijl de controlegroep standaardzorg kreeg. Twaalf maanden postpartum werd geen significant verschil aangetoond tussen de interventie- en controlegroep, ten aanzien van de ernst van de PTSS klachten, zoals gemeten met de PPQ (somscore) ($p=0.07$) (44).

In Rydings studie werden 99 vrouwen na een spoedsectio caesarea gerandomiseerd tussen een interventiegroep (n=50) die 3-4 afspraken kreeg in de eerste twee tot drie weken na de bevalling, en een controlegroep die '*care as usual*' kreeg (n=49). De counseling-interventie bestond o.a. uit het bespreken van de bevallingservaring en eventuele nare

herinneringen, normaliseren van acute stressklachten, evaluatie van de moeder-baby-interactie, benoemen van eventuele negatieve gevoelens, en inhoudelijk het verloop van de bevalling doornemen. De vrouwen in de controlegroep werden aangemoedigd met een verloskundig zorgverlener te praten indien zij vragen of zorgen hadden gerelateerd aan de bevalling. Bij vrouwen in de interventiegroep werden significant minder PTSS-klachten (gemeten met IES) bij één en zes maanden postpartum gezien, in vergelijking met de controlegroep (één maand postpartum: 3.0 (1.0-11.0) versus 7.5 (4.0-15.0) $p=0.01$, zes maanden postpartum 4.0 (1.0-9.0) versus 8.5 (3.0-16.0, $p<0.05$) (51).

In de RCT van Navidian (2017) werden 100 vrouwen die recent (maximaal 4 weken voor inclusie) een doodgeboren kind hadden gekregen gerandomiseerd in twee groepen. De eerste groep ($n=50$) kreeg *psychological grief counseling* gedurende 2 weken en de tweede groep ($n=50$) kreeg standaard post-partumzorg. Counseling bestond uit vier groepssessies met daarin elementen van psycho-educatie en cognitieve gedragstherapie. De ernst van PTSS-klachten werd beoordeeld met behulp van de PPQ direct voor en na de interventie, en er was een significant verschil tussen de interventie- en controlegroep vier weken na start van de interventie ($p=0.0001$). De ernst van PTSS-klachten was afgenomen in de groep die counselingssessies kreeg (voor interventie: $M=7.22$, $SD=4.19$; na interventie: $M=4.52$, $SD=2.14$; $p=0.0001$). In de controlegroep was er sprake van een reductie in PTSS-klachten, echter was dit niet significant (voor interventie: $M=7.64$, $SD=5.20$; na interventie: $M=6.50$; $SD=3.28$, $p=0.1$) (45).

Expressive writing

De RCT's van Di Blasio (41,42) beschrijven een interventie waarbij het effect van een schrijfopdracht op het ontwikkelen van PTSS-klachten wordt geëvalueerd; de interventiegroep gebruikt gedurende 20 minuten de methode van 'expressive writing' (gedachten, verwachtingen en emoties over de bevalling) zoals beschreven door Pennebaker (1988), en de controlegroep schrijft over dagelijkse bezigheden (in gedragsmatige termen, dus niet over gevoelens).

In de eerste studie werden 176 vrouwen in het derde trimester van de zwangerschap geïnccludeerd die konden meedoen wanneer zij geen ernstige complicaties hadden en waren bevallen van een gezond kind. De schrijfopdracht werd op dag twee postpartum gedaan. Vier dagen postpartum was het percentage moeders met klinisch relevante PTSS-klachten (PPQ somscore ≥ 19) in de interventiegroep 4,6%, versus 6,7% in de controlegroep; Drie maanden postpartum was dit 1,1% (interventiegroep) en 5,6% (controlegroep). Regressieanalyses toonden aan dat het verschil in somscores tussen interventie- en controlegroep niet significant was vier dagen postpartum ($\beta= -0.09$, n.s.) maar wel na drie maanden ($\beta= -0.28$, $p<0.01$) (41).

In de tweede studie werden 113 vrouwen met een blanco psychiatrische voorgeschiedenis geïnccludeerd die van een gezonde baby waren bevallen. Op dag twee postpartum vulden zij de PPQ in en na randomisatie op dag drie postpartum deden zij tweemaal de bovenstaande schrijfopdracht. Wanneer vrouwen 6 van de 14 PTSS-symptomen zoals gemeten met de PPQ rapporteerden, werd dit beschouwd als klinisch relevante PTSS-klachten. Dit was twee dagen postpartum bij 17% van de vrouwen het geval, en drie maanden postpartum bij 10% van de vrouwen in de interventiegroep versus 30% van de vrouwen in de controlegroep (geen significantieniveau vermeld).

Vrouwen in de interventiegroep lieten een grotere afname van PTSS-symptomen zien dan vrouwen in de controlegroep ($p < 0.003$). (42)

Bevorderen van huid-op-huidcontact en borstvoeding direct postpartum

In de RCT van Abdollahpour (43) werd bij vrouwen die à terme vaginaal waren bevallen van een gezond kind direct postpartum geëvalueerd of zij de bevalling als traumatisch hadden ervaren. Wanneer dit het geval was (hoe dit bepaald werd is overigens niet beschreven), werden zij gerandomiseerd tussen (a) een interventie gebaseerd op de negen stadia van het 'magische eerste uur', met huid-op-huidcontact en het stapsgewijs stimuleren van de baby om aan de borst te drinken ($n=39$) (54,55) of (b) standaard zorg ($n=39$), al dan niet met huid-op-huidcontact. PTSS-klachten werden gemeten met de IES-R. Er waren minder PTSS-symptomen in de interventiegroep dan in de controlegroep twee weken postpartum (somscore 23 vs 28, $p=0.01$) en drie maanden postpartum (9 vs 15, $p=0.001$), maar niet vier-zes weken postpartum (19 vs 21, $p=0.36$). Longitudinale analyse toonde dat het verschil in percentage vrouwen met matige tot ernstige PTSS-klachten in beide groepen niet significant was.

Vasthouden en zien van doodgeboren baby

Hughes et al. onderzochten retrospectief het effect van verschillende handelingen bij 65 vrouwen met een intra-uteriene vruchtdood (IUVD) na tenminste 18 weken zwangerschap; exclusiecriteria waren een zwangerschapsafbreking vanwege congenitale afwijkingen. Er waren twee meetmomenten: In het derde trimester van de zwangerschap volgend op de IUVD en 1 jaar na deze bevalling werden symptomen van PTSS (PTSD-1 interview, gebaseerd op de DSM-III TR), angst en depressie gemeten. In het derde trimester van de zwangerschap na de IUVD hadden vrouwen die hun eerdere doodgeboren baby gezien hadden meer PTSS-symptomen ($M=40.6$, $SD=14.7$) dan vrouwen die de baby niet hadden gezien ($M=28.3$, $SD=10.6$) ($p=0.02$). Hetzelfde gold voor vrouwen die hun doodgeboren baby vastgehouden hadden ($M=43.2$, $SD=14.9$) versus vrouwen die dat niet hadden gedaan ($M=30.1$, $SD=10.2$) ($p=0.002$). Er was geen significant verschil tussen vrouwen die wel of geen begrafenis hadden gehouden, en vrouwen die wel of geen aandenkens aan de overleden baby hadden (53).

Bewijskracht van de literatuur

Voor een gedetailleerde beschrijving van bewijskracht van de literatuur (GRADE-tabel) zie Bijlage IV. De bewijskracht voor debriefing in een ongeselecteerde populatie vrouwen wordt gegradeerd als laag, op basis van ontbreken van blinding en onduidelijkheden in de beschreven uitkomsten (49). De bewijskracht voor debriefing bij vrouwen bevallen per secundaire sectio caesarea of met een kunstverlossing wordt gegradeerd als zeer laag, op basis van een verhoogde kans op bias op vrijwel alle beoordeelde onderdelen (52). De bewijskracht voor een psychologische interventie bij vrouwen bevallen per secundaire sectio caesarea wordt gegradeerd als laag, op basis van selectiebias en ontbreken van blinding (51). De bewijskracht voor een psychologische interventie voor vrouwen met een doodgeboren baby wordt gegradeerd als laag, op basis van ontbreken van een duidelijk omschreven inclusie- en interventieperiode en ontbreken van blinding (45). De bewijskracht voor huid-op-huidcontact en stimuleren van borstvoeding bij vrouwen met een traumatische bevallingservaring wordt gegradeerd als zeer laag, op basis van onduidelijke

inclusiecriteria en hoog risico op confounding (43). De bewijskracht voor het ontraden van zien en vasthouden van een doodgeboren baby wordt gegradeerd als zeer laag, op basis van een verhoogde kans op bias op vrijwel alle beoordeelde onderdelen (53).

Conclusies

Bewijskracht volgens GRADE

1. PTSS

Hoog GRADE	<i>Critical incident stress debriefing (CISD)</i> heeft geen effect op het ontstaan van PTSS, noch bij vrouwen in een ongeselecteerde populatie (39), noch bij vrouwen met een traumatische bevallingservaring (37)
-------------------	---

2. PTSS-symptomen

Vrouwen met een traumatische bevallingservaring

Hoog GRADE	Bij vrouwen met een traumatische bevallingservaring leidt <i>critical incident stress debriefing (CISD)</i> tot minder PTSS-symptomen (37).
Zeer laag GRADE	Bij vrouwen met een traumatische bevallingservaring leidt huid-op-huidcontact en het stimuleren van de borstvoeding in het eerste uur postpartum tot minder PTSS-symptomen (43).

Vrouwen met een verhoogd risico op een traumatische bevallingservaring

Zeer Laag GRADE	Bij vrouwen bevallen per secundaire sectio caesarea of met een kunstverlossing heeft <i>debriefing</i> geen effect op het ontstaan van PTSS-symptomen (52).
Laag GRADE	Bij vrouwen bevallen per secundaire sectio caesarea leidt een psychologische interventie met daarin o.a. elementen van <i>exposure</i> en psycho-educatie tot minder PTSS-symptomen (51).

Hoog GRADE	Bij vrouwen van wie het prematuur geboren kind is opgenomen op de NICU, is het onduidelijk of psychologische interventies met daarin o.a. elementen van <i>exposure</i> , CGT, psycho-educatie en systeemtheorie tot minder PTSS-symptomen leiden (38,40,44,50).
-------------------	--

Laag GRADE	Bij vrouwen met een doodgeboren baby leidt een psychologische interventie met daarin elementen van psycho-educatie en cognitieve gedragstherapie tot minder PTSS-symptomen (45).
Zeer Laag GRADE	Bij vrouwen met een doodgeboren baby zorgt het zien of vasthouden van de baby voor meer PTSS-symptomen dan het niet zien of vasthouden van de baby (53).

Ongecompliceerd, ongeselecteerd en/of laagrisicovrouwen

Hoog GRADE	Bij vrouwen die zonder ernstige complicaties bevallen zijn van een gezond kind leidt het een- of tweemaal schrijven over emoties, gevoelens en verwachtingen rondom de bevalling op dag 2-3 postpartum tot minder PTSS-symptomen (41,42).
Laag GRADE	Bij vrouwen in een ongeselecteerde populatie heeft <i>critical incident stress debriefing (CISD)</i> geen effect op het ontstaan van PTSS-symptomen (49).

Overwegingen

Primaire preventie

Het ligt voor de hand dat effectieve interventies gericht op het reduceren van risicofactoren voor PTSS tot gevolg zullen hebben dat voor minder vrouwen de bevalling een traumatische gebeurtenis is. Te denken valt aan (a) het behandelen van angst voor de bevalling en depressie in de zwangerschap, (b) interventies gericht op het versterken/verbeteren van copingvaardigheden en (c) idealiter ook reductie van obstetrische interventies en complicaties. Voor geen van deze factoren zijn echter gepubliceerde studies gevonden waarin een dergelijke interventie is onderzocht. Mogelijk vermindert alleen al expliciete aandacht van zorgverleners voor vrouwen met een verhoogde psychische kwetsbaarheid de kans op het ervaren van de bevalling als traumatische gebeurtenis. In een Engelse studie werd bij vrouwen met o.a. een eerdere traumatische bevallingservaring, angst voor de bevalling of een voorgeschiedenis van misbruik een roze sticker op het dossier geplakt, om zorgprofessionals alert te maken op vrouwen die extra steun konden gebruiken. Voor geen van de 53 vrouwen was uiteindelijk de bevalling een traumatische gebeurtenis, door als onvoldoende (goed) ervaren zorg of andere 'subjectieve' factoren. Tevens werd er sinds de invoering van dit systeem veel minder verwezen voor psychologische behandeling gerelateerd aan traumatische bevallingservaringen (56).

Wanneer niet expliciet naar artikelen over preventie van traumatische gebeurtenissen wordt gezocht, maar breder wordt gekeken naar factoren die van invloed zijn op hoe vrouwen de bevalling ervaren dan is de Cochrane review uit 2017 over continue een-op-eenbegeleiding *durante partu* de moeite waard (57). Eén van de onderzochte uitkomstmaten betreft 'negatieve bevallingservaring'. In deze systematische review werden in totaal 26 artikelen geïncludeerd waarvan 11 studies met in totaal 11.133 vrouwen de uitkomstmaat 'bevallingservaring' of 'negatieve bevallingservaring' onderzochten. Deze 11 studies hadden gerandomiseerd tussen continue, een-op-eenbegeleiding versus standaardzorg. In sommige studies verrichtte degene die begeleidde ook (para)medische handelingen (verloskundige, gynaecoloog, verpleegkundige), in andere studies niet (doula, partner, vriend). Vrouwen die continue begeleiding kregen (van een zorgverlener of door hen uitgekozen persoon) hadden significant minder vaak een negatieve bevallingservaring (RR 0.69; 95% BI 0.59-0.79). Bij de subgroepanalyse werd geen significant verschil gezien in wel of geen continue begeleiding door zorgverleners (n=8145; RR 0.87, 95% BI 0.73-1.03), met de opmerking dat al deze studies in een ziekenhuissetting plaatsvonden. Het meest positief waren de vrouwen die begeleiding kregen van iemand die ervaring had met het bieden van ondersteuning tijdens de bevalling maar niet bij de medische zorg betrokken

was (met andere woorden: die er alleen was om de vrouw te ondersteunen), of iemand die onderdeel uitmaakte van het eigen sociale netwerk van de vrouw (partner, vriend, moeder). De conclusie van de auteurs van deze Cochrane review is dat een-op-eenbegeleiding tijdens de bevalling maternale en neonatale uitkomsten zou kunnen verbeteren, waaronder hoe de vrouw terugkijkt op de bevalling.

In een systematische review van Hodnett uit 2002 wordt beschreven dat vier factoren cruciaal zijn in tevredenheid over de bevallingservaring: verwachtingen, de hoeveelheid support van hulpverleners, de kwaliteit van de hulpverlener-patiëntrelatie en de betrokkenheid bij besluitvorming. Tevens concludeerde de review dat deze factoren belangrijker zijn dan o.a. de rol van pijn, pijnbestrijding en medische interventies (58). Deze zijn in lijn met een meer recente systematische review van Taheri (2018) over welke interventies tijdens de zwangerschap en de bevalling zorgden voor een positievere bevallingservaring. Twintig studies met in totaal 22.800 vrouwen werden geïncludeerd. Succesvolle strategieën voor een positieve bevallingservaring waren ondersteuning tijdens de bevalling (RR=1.35, 95% BI: 1.07-1.71), minimale medische interventies tijdens de bevalling (RR=1.29, 95% BI:1.15-1.45), en het zorgen voor goede voorbereiding inclusief anticiperen op mogelijke complicaties door de barendende vrouw (M verschil = 3.27, 95% BI:0.66-5.88) (59).

Recenter Nederlands onderzoek laat een zelfde beeld zien. In 2016 gaven 2.192 vrouwen met een traumatische bevallingservaring in een Nederlandse studie aan hoe zij dachten dat hun traumatische ervaring voorkómen had kunnen worden (60). In deze studie werd een traumatische bevallingservaring gedefinieerd als een subjectieve, door de vrouwen zelf zo benoemde traumatische ervaring. Werving vond online plaats via sociale media, en vrouwen konden deelnemen wanneer zij in of na 2005 in Nederland waren bevallen en dit als traumatisch hadden ervaren. Voor 80% van de deelnemende vrouwen was de index-bevalling hun eerste bevalling, voor de helft was dit korter dan twee jaar geleden. Een aantal kenmerken was oververtegenwoordigd in deze groep in vergelijking met de landelijke data (PRN); 43 procent werd durante partu van de 1^e naar de 2^e lijn verwezen (ref: 23%), 17 procent beviel pre- of immatuur (ref: 8%), 29 procent beviel per secundaire sectio caesarea (ref: 9%), 27% per vacuüm of forceps (ref: 9%). De meest genoemde attributies van het trauma betroffen gebrek/verlies van controle (55%), angst voor het leven van de baby (50%), pijn (47%) en onvoldoende communicatie en uitleg (44%). Bij navraag wat zorgverleners volgens deze vrouwen hadden kunnen doen om de traumatische ervaring te voorkómen, werden communicatie/uitleg (39%), luisteren (37%) en emotionele en praktische ondersteuning (30%) het vaakst genoemd.

Opvallend was dat 14% van de vrouwen in het onderzoek van Hollander et al. (60) aangaf dat hun trauma voorkomen had kunnen worden als er geen interventies/handelingen zonder hun toestemming zouden hebben plaatsgevonden, en dat voor 30% gebrek aan autonomie en/of betrokkenheid bij besluitvorming traumatisch was. Uitleg over de voorgenomen interventie/handeling, nagaan of de patiënt deze informatie begrepen heeft, en toestemming verkrijgen, zijn de voorwaarden voor het verkrijgen van *informed consent*. De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) stelt dat voor elke (be)handeling van de zwangere toestemming nodig is (artikel 7:450 lid 1) (WGBO) (61). Dit geldt niet alleen voor invasieve handelingen zoals een sectio caesarea, episiotomie of inwendig onderzoek, maar ook voor het maken van een CTG of het meten van de bloeddruk.

Hoe invasiever en electiever de handeling, hoe strenger de eisen zijn aan *informed consent*. In de context van deze richtlijn is *informed consent* niet alleen een juridisch vereiste, maar het onderzoek van Hollander et al. toont ook aan dat gebrek aan informatie, inspraak en toestemming voor vrouwen bij kan dragen aan hun traumatische ervaring.

Secundaire preventie

Wat betreft de studies die interventies onderzochten om PTSS (klachten) te voorkómen, bleek er een grote heterogeniteit te bestaan tussen alle onderzoeken in kenmerken van de onderzochte groep, gebruikte vragenlijsten, en type interventies. Tussen de studies die *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD) gebruikten bestond variatie in de uitvoering van deze interventie, en andere studies gebruikten verschillende typen psychologische interventies. Hoewel de kwaliteit van de meeste studies laag tot matig was, wijzen resultaten over psychologische interventies in de richting van effectieve mogelijkheden voor preventie van PTSS (klachten). Toekomstige studies met meer patiënten, minder bias, en heldere, duidelijk omliggende interventies zijn noodzakelijk om eenduidiger conclusies te kunnen verschaffen.

Specifiek ten aanzien van het stimuleren van huid-op-huidcontact en borstvoeding dient te worden genoemd dat verschillende studies hiervan reeds de voordelen hebben aangetoond in een ‘algemene’ populatie (dus ongeacht de bevallingservaring). Een Cochrane review uit 2016 concludeerde dat pasgeborenen een grotere cardio-respiratoire stabiliteit lieten zien (composiet uitkomstmaat van metingen van hartfrequentie, ademhalingsfrequentie en zuurstofsaturatie in het bloed), hogere bloedglucose waarden, en gelijke temperatuur, wanneer wel direct huid-op-huidcontact werd toegepast, vergeleken met wanneer dit niet werd gedaan. Tevens toonde deze systematische review aan dat de kans dat vrouwen één tot vier maanden postpartum (nog) borstvoeding geven groter is na huid-op-huidcontact direct na de geboorte van het kind (RR 1.24, 95 % BI 1.07-1.43), en dat vrouwen na vroeg huid-op-huidcontact ook gemiddeld langer borstvoeding geven (M verschil 64 dagen, 95 % BI 38-90 dagen) (62). Een review van studies naar direct huid-op-huidcontact in geval van een sectio caesarea beschrijft dezelfde voordelen, en tevens dat vrouwen een positievere ervaring en sterkere moeder-kindbinding ervaren (63). Een andere review concludeert tevens dat de frequent genoemde angst voor afkoeling van de pasgeborene die tijdens een sectio caesarea onterecht is (64). Een recente cohort studie toonde aan dat de kans op 500 mL of meer bloedverlies postpartum lager was wanneer huid-op-huidcontact en borstvoeding direct postpartum werden geïnitieerd (9.8%) dan wanneer geen huid-op-huidcontact en borstvoeding plaatsvonden (29.5%; aOR 0.55; 95 % BI 0.41-0.72); Dit effect was niet significant voor alleen huid-op-huidcontact (zonder borstvoeding) (aOR 0.78; 95 % BI 0.61-1.00) (65). Deze studies zijn derhalve relevant omdat, ondanks het feit dat de enige studie (43) naar het stimuleren van borstvoeding en direct huid-op-huidcontact postpartum bij vrouwen met een traumatische bevallingservaring van lage kwaliteit is, er voldoende bewijs is voor het nut hiervan in de algemene populatie van pas bevallen vrouwen.

Specifiek ten aanzien van het zien en vasthouden van een doodgeboren baby is het volgende overwogen; de resultaten van de geïnccludeerde studie van Hughes uit 2002 (53) staan haaks op de conclusies van een systematische review uit 2015 waarbij 21 van de 23 geïnccludeerde studies juist een positief effect tonen van het zien en/of vasthouden van de doodgeboren baby (66).

In deze review werd tevens gevonden dat vrouwen vaker (een toename van) psychische klachten ervaren in een nieuwe zwangerschap, wanneer ze geen keus hadden gehad of ze de doodgeboren baby wel of niet wilden zien, als ze weinig tijd hadden kunnen doorbrengen met de doodgeboren baby en/of weinig aandenkens hadden. Een andere systematische review uit 2015 concludeert dat, met name ten aanzien van PTSS (symptomen), er geen eenduidige conclusies kunnen worden getrokken op basis van de 11 geïncludeerde studies (67). RCT's over dit onderwerp zijn tot op heden niet uitgevoerd. Hoewel de resultaten ten aanzien van het effect op PTSS (klachten) en mentaal welbevinden dus inconclusief zijn, liet een recente internationale survey onder 2.292 vrouwen wel zien dat van de 2.159 vrouwen die hun doodgeboren baby hadden gezien 99,7% daar achteraf blij mee was, evenals 99,5% procent van de 2.035 vrouwen die de baby hadden vastgehouden. Van de vrouwen die de baby niet hadden gezien (n=116) of vastgehouden (n=226) had respectievelijk 79% en 80% hier achteraf spijt van, ook als ze hier zelf voor hadden gekozen (68).

Afgezien van het type interventie is het de vraag op welke patiëntenpopulatie preventieve interventies gericht moeten zijn. Er is in elk geval geen bewijs dat welke vorm van preventie dan ook in een ongeselecteerde of laagrisicogroep effectief is. Mogelijk dat preventieve interventies gericht op vrouwen met een traumatische bevallingservaring of een hoge kans daarop (o.b.v. hun risicoprofiel) wel effectief zullen zijn. Wat opviel in een aantal studies was dat, ongeacht het effect op PTSS-klachten, vrouwen de sessies (*debriefing* of psychologische interventie) wel erg de moeite waard vonden (37,39,49).

Een ander aspect waar rekening mee gehouden moet worden bij interventies gericht op de preventie van PTSS (klachten) is wanneer deze aangeboden worden. Er zijn voldoende aanwijzingen dat initiële klachten kort na de traumatische gebeurtenis vaak spontaan, zonder interventie verminderen. Tegelijkertijd zijn er in de algemene PTSS-literatuur juist ook interventies die vroeg ingezet kunnen worden na een traumatische gebeurtenis om te voorkómen dat PTSS (symptomen) ontstaat(n) (69,70).

Relevant voor de context van deze richtlijn is dat in de literatuur de term *debriefing* wordt gebruikt voor twee verschillende typen interventies. De geïncludeerde studies doelen met *debriefing* op een interventie gebaseerd op de principes van *critical incident stress debriefing* (CISD), een gestructureerde interventie bestaande uit een aantal stappen (71). Soms echter wordt *debriefing* gebruikt voor wat ook wel '*birth review*' wordt genoemd. Dit betreft over het algemeen een uitgebreid gesprek met een obstetrisch zorgverlener, waarin deze uitleg geeft, vragen beantwoordt en de ervaringen van de vrouw besproken worden. De conclusies over *debriefing* betreffen dus CISD en niet '*birth review*'.

Aanbevelingen

Streef naar continue een-op-eenbegeleiding van alle barenden vrouwen, eventueel door een getraind persoon die geen medische handelingen verricht (doula).

Zorg voor heldere communicatie, duidelijke uitleg over opties en adviezen (bijvoorbeeld middels de BRAIN-methode), en *informed consent* ten aanzien van beleid en interventies rondom de bevalling, opdat de barenden vrouw regie en een veilige situatie ervaart.

Bespreek het feitelijk verloop van de bevalling indien de kraamvrouw dat wenst, maar vraag niet expliciet en uitgebreid naar negatieve emoties en gedachten, bij gezonde vrouwen met gezonde neonaten.

Overweeg een korte schrijfoefening aan te bieden enkele dagen postpartum die is gericht op emoties, gedachten en initiële verwachtingen rondom de bevalling, bij gezonde vrouwen met gezonde neonaten.

Stimuleer direct, d.w.z. zodra de conditie van moeder en kind dit toelaat, huid-op-huidcontact tussen moeder en kind en het geven van borstvoeding (bij vrouwen die dat willen).

Overweeg het aanbieden van extra gesprekken (bijvoorbeeld door de POH-GGZ) in de eerste weken postpartum met daarin elementen van o.a. psycho-educatie en cognitieve gedragstherapie, in elk geval bij vrouwen bevallen per secundaire sectio caesarea en vrouwen bevallen van een doodgeboren baby.

Hoofdstuk 4 Behandeling van PTSS na de bevalling

Algemene gegevens

Korte titel	Behandeling van PTSS na de bevalling
Volledige titel	De behandeling van vrouwen met PTSS na de bevalling

Uitgangsvraag

Welke plaats heeft een interventie bij vrouwen met PTSS (klachten) na de bevalling?

Inleiding

Over de behandeling van PTSS in het algemeen zijn in (inter)nationale richtlijnen duidelijke aanbevelingen. Hoewel er over effectieve behandelingen van specifiek bevallingsgerelateerde PTSS veel minder bekend is, is er voorsnog geen reden om aan te nemen dat behandeling van bevallingsgerelateerde PTSS anders zou moeten verlopen dan van PTSS na andere traumata.

In PTSS-literatuur en (inter)nationale richtlijnen worden *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) therapie en cognitieve (gedrags)therapie (CGT) met *exposure* als interventies van eerste keus aangemerkt (72–75). Het number-needed-to-treat voor beide is 2, de effectsizes (Hedges *g*) zijn 1.26 (95% CI 1.09-1.44) voor CGT en 1.01 (95% CI 0.46-1.62) voor EMDR (76,77). Een toelichting op deze behandelingen staat in Tabel 2. EMDR vereist geen gedetailleerde beschrijving van de gebeurtenis en gaat niet gepaard met huiswerk. Er zijn aanwijzingen dat met EMDR relatief snel symptoomreductie plaatsvindt en weinig sessies (maximaal vijf) nodig zijn in het geval van een enkelvoudig trauma (78), d.w.z. één traumatische gebeurtenis zoals een bevalling. De behandeling van vrouwen met een voorgeschiedenis van misbruik of verwaarlozing (i.e. complex trauma) zal vaak meer tijd en / of aanvullende vormen van therapie vergen.

Tabel 2: Evidence-based interventies voor PTSS

Interventie	Kenmerken en therapeutisch proces
EMDR	Gestandaardiseerde procedure die gericht is op gelijktijdig laten plaatsvinden van (1) spontane associaties van traumatische beelden en de bijbehorende gevoelens, gedachten en lichamelijke reacties, en (2) snelle oogbewegingen of andere methoden om het werkgeheugen van de persoon te belasten. Door gelijktijdig het werkgeheugen te belasten en de traumatische gebeurtenis op te roepen worden herinneringen minder levendig opgeslagen, met als gevolg dat ze minder negatieve emoties oproepen.
CGT met <i>exposure</i>	Cognitieve Gedragstherapie (CGT) is gericht op het aanpassen van disfunctionele gedachten en gedrag. CGT met <i>exposure</i> is een interventie gericht op (1) het voorkómen van het vermijden van de nare beelden en gedachten door het actief herbeleven van de traumatische gebeurtenis in een gecontroleerde en veilige omgeving, en (2) cognitieve herstructurering door iemands negatieve gedachten over zichzelf of de gebeurtenis te veranderen in meer positieve of helpende gedachten en gevoelens.

Methoden

Zoeken en selecteren

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden is er een systematische literatuuranalyse verricht naar de volgende wetenschappelijke vraagstelling:

Wat zijn de (on)gunstige effecten van behandeling versus expectatief beleid bij vrouwen met PTSS (klachten) na de bevalling?

- P: Vrouwen die na de bevalling PTSS (klachten) hebben ontwikkeld
- I: Behandeling (EMDR / CGT / farmacotherapie / *debriefing* / psycho-educatie / anders)
- C: Expectatief beleid
- O: Ernst van de PTSS-symptomen, (afname van) % vrouwen met PTSS-diagnose, % vrouwen die niet meer zwanger durven worden, % vrouwen met ernstige angst voor een (volgende) bevalling, % verzoek tot electieve sectio caesarea bij de volgende zwangerschap, % vrouwen dat concreet vermijdend gedrag vertoont in een volgende zwangerschap.

Relevante uitkomstmaten

De werkgroep achtte 'ernst van de PTSS-symptomen' een voor de besluitvorming kritieke uitkomstmaat; en '% vrouwen met PTSS-diagnose', '% angst voor de bevalling', '% niet meer zwanger durven worden', '% verzoek tot electieve sectio caesarea bij de volgende zwangerschap' en 'concreet vermijdend gedrag' voor de besluitvorming belangrijke uitkomstmaten.

De werkgroep definieerde de uitkomstmaten als volgt:

1. 'Ernst van PTSS-symptomen': aantal, frequentie en intensiteit van PTSS-symptomen, bij voorkeur gemeten met een klinisch interview of screeningsvragenlijst voor PTSS';
2. 'Percentage vrouwen met PTSS-diagnose': vergelijking van de percentages vrouwen die voldoen aan de diagnose PTSS, na behandeling versus expectatief beleid (of een vergelijking van behandeling A versus behandeling B);
3. 'Angst voor de bevalling': klinisch relevante angst voor de bevalling, bij voorkeur gemeten met een klinisch interview (*DSM-IV-* of *DSM-5*-diagnose specifieke fobie) of met screeningsvragenlijst voor angst voor de bevalling (WDEQ-A somscore ≥ 85) (66);
5. 'Niet meer zwanger durven worden': uitstel van een volgende zwangerschap i.v.m. angst voor de bevalling en/of het besluit om niet meer zwanger te worden, gerelateerd aan een traumatisch ervaren bevalling en/of PTSS na de bevalling;
6. 'Verzoek tot electieve sectio': vrouwen die vanwege een eerder als traumatisch ervaren bevalling (en/of PTSS) verzoeken om een electieve sectio caesarea in de volgende zwangerschap zonder dat daar een medische indicatie voor is;
7. 'Concreet vermijdend gedrag vertonen in een volgende zwangerschap': vrouwen die vanwege een eerder als traumatisch ervaren bevalling (en/of PTSS) standaard en/of medisch geïndiceerde zorg vermijden (o.a. prenatale zorg, vaginale baring, ziekenhuisbevalling, foetale bewaking).

Zoeken en selecteren (Methode)

In de databases Medline (Pubmed), Embase, PsychINFO and Cochrane is met relevante zoektermen gezocht naar onderzoek vanaf 1950 tot en met april 2018. De zoekverantwoording is weergegeven onder het tabblad Verantwoording. De literatuurzoekactie leverde 4.737 treffers op, waarvan 3287 unieke artikelen. Studies werden geselecteerd op grond van het volgende selectie criterium: relevante uitkomstmaat, onderzochte populatie (specifiek PTSS na de bevalling en niet algemene PTSS), betreft een RCT / cohort study / case control study / case study / (systematic) review / meta-analyse. Op basis van titel en abstract werden in eerste instantie 53 studies voorgeselecteerd. Na raadpleging van de volledige tekst, werden vervolgens 51 studies geëxcludeerd en 2 studies geïnccludeerd. Bijlage 1 bevat de zoekverantwoording (zoektermen, flowchart en geëxcludeerde artikelen).

Samenvatting literatuur

Beschrijving studies

Voor het beantwoorden van de PICO werden twee originele artikelen gevonden (80,81): één studie met online traumagerichte cognitieve gedragstherapie als interventie (81) en één studie met interpersoonlijke therapie als interventie (80).

Resultaten (Per Uitkomstmaat)

1. Percentage vrouwen met PTSS-diagnose

De RCT van Johnson (80) betreft vrouwen die in de 18 maanden voorafgaand aan de studie een miskraam of perinatale sterfte (IUVD, zwangerschapsafbreking vanwege medische redenen of vroege neonatale sterfte) hadden meegemaakt en die voldeden aan de criteria voor een depressieve stoornis. Zij werden gerandomiseerd tussen 14 sessies interpersoonlijke therapie en 14 sessies psycho-educatie (*coping with depression*-programma). Er werd een subgroepanalyse gedaan van 27 vrouwen (54%) die voldeden aan de *DSM-IV*-criteria voor PTSS op basis van een klinisch interview (SCID-I, *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*). Bij 24 van deze 27 vrouwen betrof de traumatische gebeurtenis de perinatale sterfte. Interpersoonlijke therapie bleek effectiever dan psycho-educatie ($p=0.009$), waarbij de vrouwen die IPT ondergingen een ruim vijfmaal zo grote kans op genezing van PTSS hadden dan de vrouwen die psycho-educatie kregen (*Hazard Ratio* = 5.65, 95% CI 1.54-20.82).

In de RCT van Nieminen (81) werd het effect onderzocht van een acht weken durend onlineprogramma van traumagerichte cognitieve gedragstherapie, waarbij 54% van de deelnemende vrouwen alle modules doorliep. Vrouwen konden meedoen wanneer zij aangaven een traumatische bevallingservaring te hebben gehad, en daarbij klinisch relevante PTSS-symptomen hadden (somscore van 30 of hoger (range 0-51) op de *Traumatic Event Scale*) (82). Er vond randomisatie plaats waarbij de vrouwen in de controlegroep na afloop van de studie de interventie alsnog aangeboden kregen. Bij aanvang voldeden 26 van de 56 vrouwen (46%) aan alle *DSM-IV*-criteria voor PTSS, zoals gemeten met de TES, d.w.z. dat zij aan alle afzonderlijke criteria (A-F) voldeden. Na de interventie voldeed 33% van de interventiegroep en 26% van de controlegroep aan de criteria voor PTSS. Nadat ook de controlegroep de interventie had doorlopen voldeed nog 11% aan de criteria voor PTSS (significantieniveaus niet vermeld).

2. Ernst van PTSS-symptomen

In de studie van Nieminen (81) is ook gekeken naar de ernst van de PTSS-symptomen, gemeten met de TES en de IES-R. Voor aanvang hadden alle 56 vrouwen een somscore op de TES-B van 30 of hoger (voorwaarde voor inclusie), na afloop gold dit voor 67% van de vrouwen in de interventiegroep en 59% van de vrouwen in de controlegroep (significantieniveau niet vermeld). De gemiddelde TES-somscores daalden van 45 naar 32 in de interventiegroep ($p < 0.0001$) en van 44 naar 36 in de controlegroep ($p = 0.001$), waarbij er geen significant verschil werd gezien tussen interventie- en controlegroep bij de nameting ($p = 0.09$, *effect size* $d = 0.36$). Het percentage vrouwen dat een somscore van 30 of hoger op de IES-R had daalde van 86% naar 21% in de interventiegroep en van 93% naar 52% in de controlegroep (significantieniveau niet vermeld). De gemiddelde IES-R-somscores daalden van 40 naar 19 in de interventiegroep ($p < 0.0001$) en van 40 naar 33 in de controlegroep ($p = 0.001$), waarbij er wel een significant verschil werd gezien tussen interventie- en controlegroep bij de nameting ($p < 0.0001$, *effect size* $d = 0.82$). Aangezien de meeste verschillen tussen de groepen dus niet significant waren of het significantieniveau niet is vermeld, levert deze studie onvoldoende bewijs dat online traumagerichte CGT effectief is om PTSS-symptomen te verminderen.

Bewijskracht van de literatuur

Voor een gedetailleerde beschrijving van bewijskracht van de literatuur (GRADE-tabel) zie Bijlage 2. De bewijskracht voor online traumagerichte cognitieve gedragstherapie bij vrouwen met PTSS wordt gegradeerd op laag, op basis van het ontbreken van blindering en omdat confounding in de controlegroep waarschijnlijk werd geacht. De bewijskracht voor interpersoonlijke therapie wordt gegradeerd op laag, op basis van ontbreken van blindering, gebruik van een convenience sample en dat confounding door andere interventies niet is uitgesloten.

Conclusies (met bewijskracht volgens GRADE)

Laag GRADE	Online traumagerichte cognitieve gedragstherapie lijkt geen meerwaarde te hebben boven afwachtend beleid bij vrouwen met PTSS na de bevalling (81).
Laag GRADE	Interpersoonlijke therapie lijkt effectiever dan psycho-educatie bij vrouwen met PTSS na perinatale sterfte die tevens een depressieve stoornis hebben (80).

Overwegingen

Om tot aanbevelingen te komen is een synthese gemaakt van (a) de conclusies o.b.v. de twee geïncludeerde artikelen; (b) internationale richtlijnen over de behandeling van PTSS in het algemeen; (c) internationale richtlijnen over de behandeling van PTSS (klachten) na de bevalling en/of traumatische bevallingservaringen; (d) de conclusies van pilotstudies die volgens de GRADE-criteria vanwege gebrek aan bewijskracht zijn geëxcludeerd, maar wel specifiek gaan over de behandeling van PTSS (klachten) na de bevalling.

Er zijn t/m april 2018 drie *pilotstudies* gepubliceerd waarin EMDR of CGT werd toegepast (83–85). In deze drie studies werd een positief effect van EMDR en CGT beschreven bij vrouwen met (symptomen van) PTSS na de bevalling.

Er zijn geen studies gevonden die het effect van *debriefing*, *counseling* of farmacotherapie op PTSS (symptomen) na de bevalling onderzochten.

Zoals vermeld in de introductie van dit hoofdstuk is er in (inter)nationale richtlijnen over de behandeling van PTSS in het algemeen (ongeachte het type trauma) consensus dat EMDR en traumagerichte CGT de twee eerstekeusbehandelingen voor PTSS zijn (72–75).

Er is gezocht op buitenlandse richtlijnen in het Engels of Nederlands waarin aanbevelingen worden gedaan over de behandeling van PTSS (klachten) na de bevalling. De richtlijn van het *National Institute for Health and Clinical Excellence* over ante- en postpartum mentale gezondheid (4) adviseert om PTSS na een traumatisch ervaren bevalling, miskraam, doodgeboorte of neonatale sterfte te behandelen conform de aanbevelingen in de algemene PTSS-richtlijn (72). Deze algemene richtlijn adviseert traumagerichte CGT of EMDR als behandeling van PTSS, en raadt *debriefing* expliciet af. Een vroege (binnen 3 maanden), kortdurende (3 sessies) traumagerichte psychologische interventie kan worden overwogen voor allen die een traumatische gebeurtenis hebben meegemaakt, omdat dit het ontwikkelen van PTSS (klachten) kan voorkómen of verminderen. De richtlijn raadt expliciet niet-traumagerichte behandelingen af, en ziet geen plaats voor medicatie als eerste stap in de behandeling van PTSS (72). De richtlijn over ante- en postpartum mentale gezondheid benoemt verder nog het belang van steun en advies aan vrouwen met een traumatische bevallingservaring die hierover willen praten, en oog te hebben voor (de ervaring van) de partner. De richtlijn vermeldt expliciet dat de adviezen gelden voor vrouwen die de bevalling als traumatisch ervaren hebben, ongeacht de aanwezigheid van eventuele obstetrische complicaties.

De *American Congress of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) en de *American Psychiatric Association* (APA) hebben een richtlijn gepubliceerd over peripartum depressie, waarin geen aandacht wordt besteed aan PTSS (klachten) na de bevalling of traumatische bevallingservaringen (86). De *Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists* (RANZCOG) heeft een richtlijn over peripartum angst en depressie, maar geeft geen advies over PTSS (klachten) na de bevalling (87). De *Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada* (SOGC) en de *Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie* (VVOG, Vlaanderen) hebben geen richtlijnen over psychische klachten rondom zwangerschap en bevalling.

Aanbevelingen

Bied vrouwen met een traumatische bevallingservaring en psychische klachten met een negatief effect op het dagelijks functioneren (mogelijk passend bij PTSS), in principe via de huisarts, een verwijzing aan naar een zorgverlener die bekwaam en bevoegd is in het diagnosticeren en behandelen van PTSS.

Behandel vrouwen met PTSS (klachten) na de bevalling met negatief effect op het dagelijks functioneren conform de geldende algemene richtlijnen voor de behandeling van PTSS, d.w.z.: psycho-educatie in combinatie met *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) therapie en/of traumagerichte cognitieve gedragstherapie (CGT).

Hoofdstuk 5 Organisatie van de zorg

Om de aanbevelingen in de hoofdstukken over preventie en behandeling te kunnen implementeren zijn een aantal factoren van groot belang:

1. kennis van zorgverleners over symptomen, risicofactoren en gevolgen van PTSS (klachten) na de bevalling;
2. kennis van zorgverleners over de interpersoonlijke factoren (o.a. communicatie, interactie, inspraak, manier van besluitvorming, toepassen van *informed consent*, reflectie) die een rol spelen in hoe een vrouw haar bevalling ervaart;
3. het ervaren van een bepaalde mate van urgentie om in de dagelijkse werkzaamheden aandacht te besteden aan de onder punt 2 genoemde zaken;
4. een lokale organisatiestructuur (e.g. verloskundigenpraktijk, ziekenhuis, VSV, multidisciplinair, POP-poli) waarbij zorgverleners met elkaar samenwerken om te zorgen voor regievoering en goede overdracht van gegevens tussen de verschillende partijen in de keten;
5. een lokale organisatiestructuur (e.g. verloskundigenpraktijk, ziekenhuis, VSV, multidisciplinair, POP-poli) die de zaken onder punt 1 t/m 3 faciliteert en waar adequate mogelijkheden zijn voor doorverwijzing voor diagnostiek en behandeling.

De zaken genoemd onder [1] en [2] en deels [3] betreffen educatie van zorgverleners, waarvan het de moeite waard zou zijn als dit onderdeel zou uitmaken van lokale scholing, als ook van de opleidingen tot verloskundige, arts, gynaecoloog, (obstetrie-) verpleegkundige, kraamverzorgende etc. De zaken genoemd onder [4] en [5] betreffen de lokale organisatie van zorg.

Specifiek voor onderzoeksdoeleinden kan het relevant zijn om onderscheid te maken tussen vrouwen met een diagnose PTSS en vrouwen met PTSS-klachten die niet aan alle DSM-5 criteria van PTSS voldoen. In de praktijk is het vooral relevant of er sprake is van een traumatische bevallingservaring zonder PTSS-klachten, of van een traumatische gebeurtenis met PTSS (klachten) die het dagelijks functioneren beïnvloeden, en significante lijdensdruk en/of verminderde kwaliteit van leven tot gevolg hebben.

Net als in de NICE-richtlijnen (*National Institute for Health and Clinical Excellence*) (4)(88) adviseert de werkgroep derhalve om een *stepped-care* model toe te passen: Reguliere, al dan niet frequentere of intensievere, zorg door (één van) de eigen zorgverleners wanneer mogelijk en afdoende, kortdurende begeleiding door een eerstelijns professional wanneer nodig, en verwijzing naar specialistische zorg wanneer geïndiceerd.

1^e week postpartum

De eerste stap om vrouwen voor wie de bevalling een traumatische gebeurtenis was, al dan niet met PTSS-klachten, te identificeren, is om in de eerste dagen/week na de bevalling de vrouw te vragen hoe zij de bevalling heeft ervaren. Dit is ook onderdeel van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (89). Bij voorkeur wordt dit gedaan door degene die de bevalling heeft begeleid of anders door een betrokken coördinerend zorgverlener (meestal een eerstelijns verloskundige). De kraamverzorgende heeft in dit kader ook een belangrijke rol, omdat zij meerdere dagen gedurende een groot deel van de dag in het gezin verblijft, en kan observeren en signaleren wanneer de kraamvrouw moeite heeft met het verloop van de bevalling en/of psychische klachten ervaart.

Het is belangrijk om extra alert te zijn bij vrouwen met risicofactoren voor het ontwikkelen van PTSS na de bevalling. Tegelijkertijd is het van belang om te beseffen dat vrouwen met veel medische interventies of complicaties zeker niet altijd een negatieve ervaring hebben, zoals er ook vrouwen zijn zonder medisch gecompliceerd beloop die wél een nare ervaring hadden. Zoals vermeld in hoofdstuk 3 (preventie) en ook in de aanbevelingen, wordt geadviseerd om het feitelijk verloop van de bevalling te bespreken, maar niet uitgebreid en expliciet naar negatieve emoties en gedachten te vragen. Concrete handvatten hiervoor zijn beschreven in Bijlage 1 (Toolbox). Hoewel het spontane beloop van (acute) stress-klachten direct postpartum vaak is dat deze in de loop van de tijd zonder specialistische interventies afnemen, is het niet per se noodzakelijk om te wachten tot de nacontrole om te verwijzen voor professionele hulp (zie ook hoofdstuk 3: preventie); hier zijn de ernst van de klachten, mate van effect op het dagelijks functioneren en de wens van de vrouw leidend.

Nacontrole (zie Figuur 1)

Volgens de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (versie 1.1) dienen alle vrouwen ongeveer 6 weken na de bevalling een nacontrole aangeboden te krijgen. Hier horen o.a. beleving en ervaringen, incl. evaluatie van de zorgverlening aan bod te komen (89). Vrouwen geven zelf aan dat zij het belangrijk vinden dat hun ervaring van de bevalling besproken wordt, en mede om die reden ligt het voor de hand dat de nacontrole wordt uitgevoerd door een verloskundige of arts die ook daadwerkelijk bij de bevalling aanwezig was (60). In de praktijk kan de lokale situatie ertoe aanleiding geven dat dit lastig(er) te organiseren is; in dat geval zou de mogelijkheid voor (alsnog) een gesprek met de zorgverlener die de bevalling heeft begeleid ten minste aangeboden dienen te worden. Tevens is van belang om te weten of de ervaring van de vrouw van invloed is op een eventuele toekomstige kinderwens, en wat zij nodig zou hebben om een volgende bevalling met vertrouwen tegemoet te zien.

Wanneer de vrouw aangeeft dat de bevalling een traumatische, ingrijpende of erg nare ervaring is geweest, is het van belang dat de zorgverlener hier voldoende aandacht aan besteedt. Voor veel vrouwen en hun partners is de mogelijkheid om het verloop van de bevalling door te nemen, uitleg te krijgen over beslismomenten, vragen te stellen en zich te kunnen uiten over hoe men de bevalling en begeleiding heeft ervaren heel waardevol en kan bijdragen aan verwerking van gevoelens van onzekerheid of falen. Verder kunnen in elk geval basisinterventies, zoals bijvoorbeeld beschreven in de Nederlandse multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (73) worden toegepast:

- Psycho-educatie: verstrekken van informatie over symptomen, mogelijk beloop en prognose van stress-klachten, normaliseren;
- Vermijding tegengaan c.q. activering: adviezen om actief te blijven en zoveel mogelijk niet toe te geven aan de neiging om angstige situaties (bijv. de bevalling als gespreksonderwerp of bepaalde plaatsen) te vermijden;
- Actief volgen: het beloop van de klachten vervolgen.

Vervolgens is het van belang om na te gaan of er sprake is van actuele psychische klachten, passend bij PTSS, en hoe lang deze bestaan. Wanneer de zorgverlener over voldoende achtergrondkennis beschikt kan hierbij gebruik worden gemaakt van een gevalideerde screeningsvragenlijst zoals de PCL-5 of de TSQ (zie bijlage I: Toolbox).

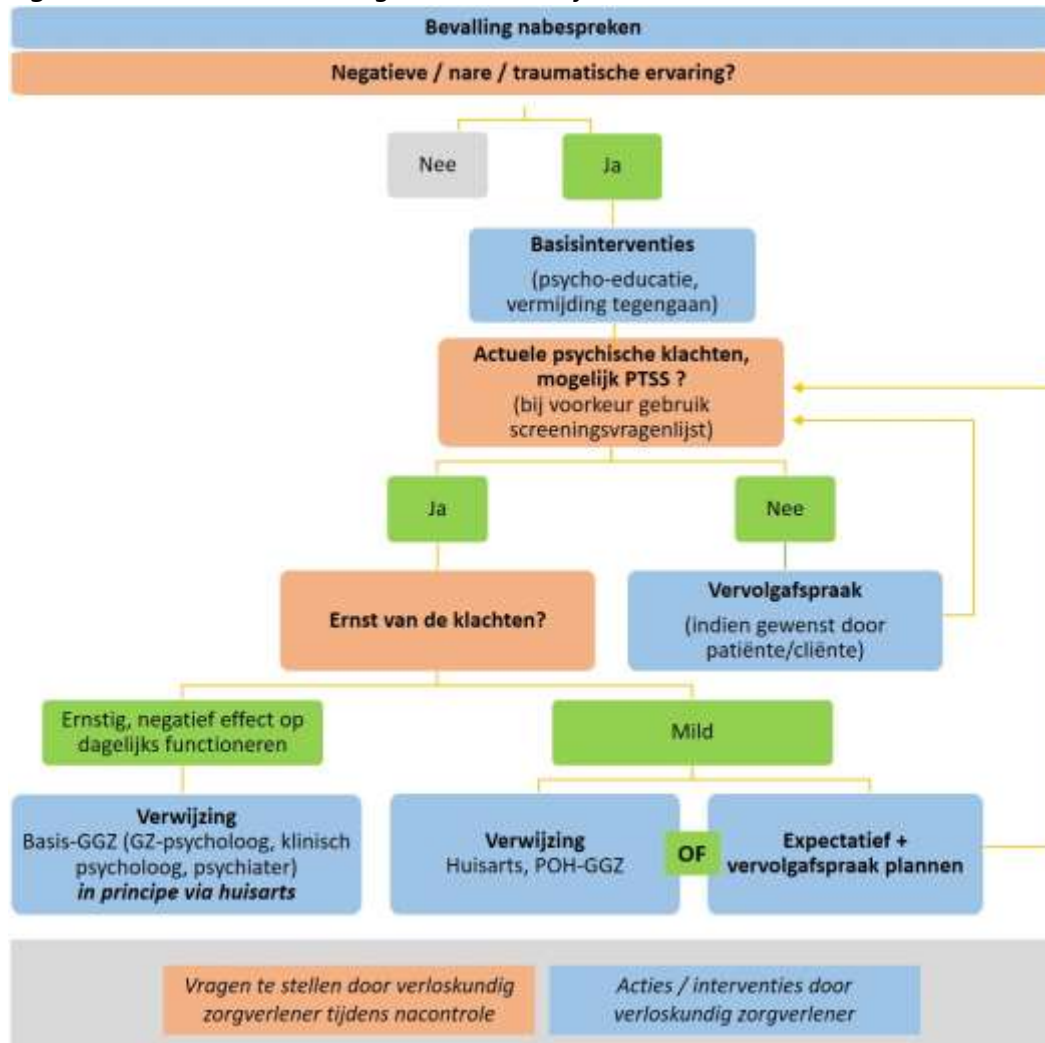
Het valt te overwegen om bij hoogrisicogroepen, zoals vrouwen met een (extreme) vroeggeboorte, perinatale sterfte of ernstige pre-eclampsie, standaard te screenen op PTSS (klachten) postpartum (23). Indien de vrouw geen psychische klachten rapporteert kan een afwachtend beleid worden afgesproken, eventueel met follow-up na enkele weken als de vrouw dit wenst.

Bij milde symptomen van PTSS kan zowel een afwachtend beleid met follow-up binnen enkele weken (*National Institute for Health and Clinical Excellence (72)*) als begeleiding door huisarts of POH-GGZ overwogen worden.

Wanneer de PTSS-symptomen een duidelijk negatief effect op het dagelijks functioneren hebben, bestaat er een indicatie voor verwijzing naar een zorgverlener die bevoegd en bekwaam is in zowel diagnostiek als behandeling van PTSS (basis GGZ). Conform de aanbevelingen in algemene PTSS-richtlijnen dient de behandeling dan te bestaan uit EMDR of traumagerichte CGT (73). Het is bij verwijzing wenselijk dat men in kaart heeft welke lokale behandelaars affiniteit en ervaring hebben met de doelgroep.

Tevens kan overwogen worden om, met toestemming van de vrouw, het consultatiebureau in te lichten. Indien de regionale infrastructuur hiervoor is ingericht, kunnen bovengenoemde stappen ook in een multidisciplinaire setting (bijv. POP-poli) plaatsvinden. De richtlijncommissie is van mening dat het niet ethisch is om vrouwen met PTSS na de bevalling *niet* te behandelen, ondanks het feit dat literatuur over de optimale behandeling voor deze specifieke patiëntenpopulatie vooralsnog niet conclusief is.

Figuur 1: Flowchart voor vragen en acties bij de nacontrole



Volgende zwangerschap

Bij elke vrouw die ten minste één keer eerder is bevallen is het belangrijk om relatief vroeg in een volgende zwangerschap te evalueren hoe zij terugkijkt op (een) eerdere bevalling(en). Hierbij dient men zich te realiseren dat vermijding onderdeel is van PTSS (klachten). In geval van een traumatische of nare bevallingservaring kan gebruik worden gemaakt van een gevalideerde screeningsvragenlijst zoals de PCL-5 of de TSQ (zie bijlage I: toolbox). In geval van angst voor een volgende bevalling en/of PTSS (klachten) kan hiervoor dan nog tijdig begeleiding en/of behandeling worden aangeboden.

Tijdens een volgende zwangerschap heeft het specifiek bij vrouwen met een traumatische bevallingservaring meerwaarde om expliciet te spreken over mogelijke scenario's, de te verwachten en door de vrouw geaccepteerde interventies, wensen van de barenden en manieren om haar controle te geven. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van een bevalplan/geboortepan. In dit kader raadt een internationale groep experts op dit gebied aan om bij het opstellen uit te gaan van verschillende scenario's (e.g., spontane partus, inleiding, vroeggeboorte, secundaire sectio, pijnstillingswens) waarvoor de vrouw haar wensen aangeeft, in plaats van de focus op één verwachte, vaak geïdealiseerde, gewenste uitkomst (24). Uiteraard is het belangrijk dat een bevalplan wordt besproken met (één van) de verantwoordelijke zorgverleners.

Aanbevelingen

Zorg dat in de eerste week postpartum door degene die de bevalling heeft begeleid of door de coördinerend zorgverlener, aan de kraamvrouw wordt gevraagd hoe zij de bevalling heeft ervaren.

Laat de nacontrole bij voorkeur verrichten door een verloskundige of arts die bij de bevalling aanwezig was, en spreek in de eerste week postpartum af bij wie, wanneer en waar de nacontrole zal zijn.

Vraag bij de postpartum nacontrole hoe de vrouw de bevalling heeft ervaren, hoe zij er op terugkijkt, en of haar ervaring van invloed is op een eventuele toekomstige kindwens. Bespreek en formuleer het beleid voor een volgende zwangerschap in samenspraak met de vrouw.

Maak gebruik van gevalideerde screeningsvragenlijsten ter inventarisatie van symptomen van PTSS, bij vrouwen die een traumatische bevallingservaring rapporteren en bij vrouwen met een verhoogde kans op postpartum PTSS (-klachten).

Bied vrouwen door wie de bevalling als traumatisch werd ervaren extra gesprekken aan bij (één van) de eigen zorgverlener(s) en/of bij een andere zorgverlener die ervaring heeft met de begeleiding van vrouwen met traumatische bevallingservaringen.

Overweeg bij milde symptomen van PTSS die korter dan een maand bestaan begeleiding door een eerstelijns professional (huisarts, POH-GGZ).

Bespreek bij een nieuwe zwangerschap uiterlijk aan het begin van het tweede trimester hoe de vrouw terugkijkt op de vorige bevalling(en). Bespreek dit ook in geval van een pre-conceptioneel adviesconsult.

BIJLAGEN

RICHTLIJN BEVALLINGSGERELATERDE PTSS EN PTSS-KLACHTEN

Bijlage I. Toolbox

De toolbox bevat een aantal praktische handvatten voor zorgverleners:

- Informed consent en shared decision making;
- De BRAIN-methode;
- Voorbeeldvragen om de bevallingservaring te bespreken;
- Schrijfoefening;
- Screeningsvragenlijsten.

Informed consent en shared decision making

Op alle momenten dat vrouwen zorg ontvangen is de manier van informatieverstrekking en besluitvorming relevant; niet alleen vanuit een juridisch oogpunt (WGBO, wet op de geneeskundige behandelovereenkomst), maar zeker ook omdat hoe deze twee zaken plaatsvinden mede bepaalt of en hoe de vrouw betrokken is bij de interventies die zij ondergaat en het beleid dat haar (lichaam) betreft.

Over **informed consent** zegt de KNMG: “Een belangrijk uitgangspunt van het gezondheidsrecht is dat de patiënt toestemming geeft voor het uitvoeren van een medische behandeling. Zonder toestemming is er immers sprake van een ongeoorloofde inbreuk op de integriteit van een patiënt. Om rechtsgeldig toestemming te geven heeft de patiënt goede informatie nodig. Daarom moet een arts, alvorens toestemming te vragen, de patiënt eerst informatie geven over het voorgenomen onderzoek of de voorgestelde behandeling. De informatieplicht van de arts en het toestemmingsvereiste vormen een twee-eenheid. Dit wordt ook wel ‘informed consent’ genoemd. (90)” Hoewel de uiteindelijke toestemming van de patiënte vereist blijft, kan de informatieplicht in de vorm **shared decision making** plaatsvinden. Dit impliceert tweerichtingsverkeer in informatiedeling, dat zorgverlener en patiënt samen overwegen welke opties er zijn, wat de voor- en nadelen van elk alternatief zijn, en dat zij tot een gezamenlijk gedragen besluit komen (91).

De BRAIN-methode

Een internationaal in de geboortezorg frequent gebruikte methode om adviezen m.b.t. interventies en behandelingen te bespreken, is de zogenoemde BRAIN-methode, ontwikkeld door de International Childbirth Association. De methode is primair bedoeld voor patiënten ter ondersteuning van het gesprek met hun zorgverlener, maar kan uiteraard ook door zorgverleners zelf worden gebruikt om opties te bespreken. De letters van het acronym staan voor wat aan bod zou moeten komen ten aanzien van de voorgestelde interventie / behandeling. Aangepast op gebruik door de zorgverlener ziet de methode er als volgt uit:

B – Benefits	Wat zijn de voordelen? Wat hopen we te bereiken?
R – Risks	Wat zijn de risico's / bijwerkingen / bijkomende interventies?
A – Alternatives	Wat zijn alternatieven? Wat gebeurt er bij niets doen of afwachten?
I – Intuition	Wat zegt mijn intuïtie?
N – Next	Wat is de volgende stap? Een beslissing nemen, is er tijd nodig om na te denken en/of te overleggen, is er nog meer informatie nodig?

Voorbeeldvragen om de bevallingservaring te bespreken

Op verschillende momenten postpartum kan vrouwen worden gevraagd naar hoe zij de bevalling hebben ervaren; de vraag naar beleving van de bevalling hoort onderdeel te zijn van de nacontrole ca. 6 weken postpartum. Bij een volgende zwangerschap maken het verloop en de ervaring van eerdere bevallingen onderdeel uit van de intake.

In de eerste week postpartum is het wenselijk dat degene die de bevalling heeft begeleid en/of degene die het kraambed begeleidt informeert naar hoe de vrouw de bevalling heeft ervaren. Zoals beschreven in hoofdstuk 3 (preventie) dient er geen *debriefing* plaats te vinden. Daarom is het onwenselijk als zorgverleners bij kraamvrouwen aandringen op het delen van heftige emoties. Bied vrouwen in plaats daarvan de ruimte om hun verhaal te doen en vragen te stellen en bespreek, indien gewenst, feiten en het verloop van de bevalling. Daarnaast is het belangrijk om te normaliseren, zonder te bagatelliseren; het krijgen van een kind is een *life event*, bevallen is voor de meeste vrouwen een ingrijpende ervaring (positief of negatief) en het is normaal als vrouwen in de periode kort na de bevalling regelmatig terugdenken aan het verloop ervan.

Twee korte vragen die gesteld kunnen worden zijn:

- Hoe heb je de bevalling ervaren?
- Hoe kijk je terug op de bevalling?

Het is belangrijk om (1) deze vragen met een open houding en op een neutrale manier te stellen, dat wil zeggen: niet defensief of veroordelend; (2) geen vragen, klachten of emoties voor de vrouw in te vullen; (3) te luisteren en zo nodig door te vragen.

Indien de bevalling negatief ervaren is, kunnen aanvullende vragen gesteld worden zoals:

- Zijn er dingen tijdens de bevalling waarvan je had gewild dat die anders waren gegaan?
- Zijn er dingen waarvan je had gewild dat zorgverleners die anders hadden gedaan?
- Zijn er dingen die je achteraf zelf anders had willen doen?

Het stroomdiagram in hoofdstuk 5 (organisatie van zorg) geeft verder richting aan hoe te handelen in geval van een traumatische bevallingservaring.

Schrijfoefening

Bij het verwerken van ingrijpende ervaringen, positief of negatief, kan het helpen om gedachten en emoties op papier te zetten. In de kraamweek kan de oefening worden gebruikt om emoties en gedachten over de bevalling op te schrijven.

Klassiek is de schrijfoefening van Pennebaker (36), waarbij mensen gedurende 3 opeenvolgende dagen en tenminste 20 minuten per dag associatief schrijven. In de kraamweek is deze duur (20 minuten aaneengesloten) en tijdsinvestering (dagelijks) wellicht niet haalbaar, maar het belangrijkste is dat de principes van de schrijfoefening worden aangehouden; het schrijven kan dus ook korter en/of verspreid over een langere periode.

Voorbeeldinstructies voor een schrijfoefening:

“Schrijf in de komende dagen over de diepste emoties en gedachten die je leven nu het meest beïnvloeden. Probeer gedurende het schrijven alles los te laten, de gebeurtenis te onderzoeken en ook de manier waarop deze jou heeft beïnvloed.

Schrijf continu gedurende een vooraf vastgestelde tijd (bijvoorbeeld 5, 10 of 20 minuten). Je kunt elke dag over ongeveer hetzelfde schrijven, of elke dag over andere aspecten van wat je bezighoudt. Daarnaast is het belangrijk tijdens het schrijven niet gestoord te worden en te schrijven wanneer je eraan toe bent. De tekst is alleen voor jezelf en je hoeft het niet aan anderen te laten lezen. Je hoeft je geen zorgen te maken over spelling, grammatica of zinsbouw. De enige regel is dat wanneer je begint met schrijven, je doorgaat totdat de tijd die je er voor hebt gepland voorbij is.”

(Vrij vertaald naar: J.W. Pennebaker, ‘Writing about emotional experiences as a therapeutic process’, Psychological Science 1997, © American Psychological Society) (36).

Screeningsvragenlijsten

Bij vermoeden op PTSS (-klachten) kan gebruik gemaakt worden van gevalideerde screeningsvragenlijsten. Deze vragen naar de symptomen van PTSS zoals gedefinieerd in de DSM-5. De vragenlijsten zijn *niet* bedoeld om de diagnose PTSS te stellen, maar ter inventarisatie van symptomen/klachten. Hiervoor dient verwezen te worden naar een bevoegd en bekwaam professional.

De *Primary Care PTSD Screen (PC-PTSD-5)* (30) is een zeer beknopte vragenlijst gebaseerd op de DSM-5, maar is nog in weinig populaties gevalideerd. De vragenlijst bestaat uit 1 vraag voor criterium A (trauma) en 5 vragen over PTSS-symptomen die met ‘ja’ of ‘nee’ kunnen worden beantwoord. De *Trauma Screening Questionnaire (TSQ)* (26) is gebaseerd op DSM-IV en is goed gevalideerd. De vragenlijst bestaat uit 2 vragen voor criterium A (trauma) en 10 vragen over PTSS-symptomen die met ‘ja’ of ‘nee’ kunnen worden beantwoord. De *PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)* (25) is het meest uitgebreid, is gebaseerd op DSM-5 en is goed gevalideerd. De vragenlijst bestaat uit 20 vragen over PTSS-symptomen die op een Likert-scale (0-4) worden beantwoord.

De PC-PTSD en TSQ beginnen met een inleidende vraag ter toetsing van het DSM-5-criterium A, of er sprake is van het meemaken van een traumatische gebeurtenis. Bij de PCL-5 dient criterium A separaat te worden beoordeeld, bijvoorbeeld met de Life Events Checklist voor DSM-5 (LEC-5). In alle gevallen wordt gesproken van ‘de gebeurtenis’, waarbij in geval van een traumatische bevallingservaring ‘de bevalling’ wordt bedoeld.

[A]

Soms gebeuren er dingen met mensen die uitzonderlijk of heel erg beangstigend, verschrikkelijk of traumatisch zijn. Bijvoorbeeld: een ernstig ongeval of brand, lichamelijke of seksuele mishandeling of misbruik, een aardbeving of overstroming, oorlog, zien hoe iemand doodgaat of zwaar gewond raakt, of iemand die je nabij is verliezen door moord of zelfmoord.

Heeft u ooit een soortgelijke gebeurtenis meegemaakt? (*ja/nee*)

[B]

Heeft u in de afgelopen maand:

1. Nachtmeries gehad over de gebeurtenis(sen), of aan de gebeurtenis(sen) gedacht terwijl u dat niet wilde? (*ja/nee*)
2. Hard geprobeerd om niet te denken aan de gebeurtenis(sen), of erg uw best gedaan om situaties te vermijden die u aan de gebeurtenis(sen) doen denken? (*ja/nee*)
3. Het gevoel gehad dat u voortdurend op uw hoede, waakzaam of schrikachtig was? (*ja/nee*)
4. Zich verdoofd gevoeld, of afstand gevoeld tot mensen, activiteiten of uw omgeving? (*ja/nee*)
5. Zich schuldig gevoeld of niet kunnen ophouden met uzelf of anderen de schuld te geven voor de gebeurtenis(sen) of de gevolgen daarvan? (*ja/nee*)

Beoordeling

Indien [A] met 'ja' wordt beantwoord én onder [B] worden **3** of meer vragen met 'ja' beantwoord: PTSS waarschijnlijk en nadere diagnostiek geadviseerd.

Referenties en copyright

- *Nederlandse vertaling*: Bakker A, van der Meer C, Olff M. Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5). 2014, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam.
- *Originele versie*: Prins A, Bovin MJ, Smolenski DJ, Marx BP, Kimerling R, Jenkins-Guarnieri MA, Kaloupek DG, Schnurr PP, Kaiser AP, Leyva YE, Tiet QQ. The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5): Development and Evaluation Within a Veteran Primary Care Sample. J Gen Intern Med. 2016 Oct;31(10):1206-11.

VRAGENLIJST TSQ

[A]

Soms maken mensen zeer ingrijpende gebeurtenissen mee, zoals in een levensbedreigende situatie terecht komen door een ramp, een ernstig ongeluk of een brand; bedreigd of aangevallen worden; aangerand of verkracht worden; zien dat iemand vermoord wordt, of dood is, of ernstig gewond is; of horen dat er iets afschuwelijks is gebeurd met iemand die u na aan het hart ligt.

[A1] Heeft u ooit in uw leven soortgelijke dingen meegemaakt?

[A2] Reageerde u bij tenminste één van deze gebeurtenissen met intense angst, hulpeloosheid of afschuw?

[B]

Bekijk de onderstaande reacties die soms ontstaan na een traumatische gebeurtenis. Deze vragenlijst gaat over uw persoonlijke reactie op de traumatische gebeurtenis die u heeft meegemaakt. Geef aan (Ja / Nee) of u tenminste tweemaal in de afgelopen week het volgende heeft ondervonden.

1. Verontrustende gedachten of herinneringen aan de gebeurtenis die in uw hoofd opkomen tegen uw wil in (*ja/nee*)
2. Verontrustende dromen over de gebeurtenis (*ja/nee*)
3. U gedragen of u voelen alsof de gebeurtenis opnieuw plaatsvindt (*ja/nee*)
4. Van streek raken door dingen die u aan de gebeurtenis herinneren (*ja/nee*)
5. Lichamelijke reacties (zoals snelle hartslag, steen in de maag, zweten, duizeligheid) wanneer u herinnerd wordt aan de gebeurtenis (*ja/nee*)
6. Moeilijk in slaap kunnen komen of te vroeg wakker worden (*ja/nee*)
7. Geïrriteerdheid of woedeaanvallen (*ja/nee*)
8. Moeite hebben met concentreren (*ja/nee*)
9. Verhoogd bewustzijn van mogelijke gevaren voor uzelf en anderen (*ja/nee*)
10. Gespannen zijn of schrikken van iets onverwachts (*ja/nee*)

Beoordeling

Indien [A1] en [A2] met 'ja' worden beantwoord, én de gebeurtenissen waren minimaal 4 weken geleden én onder [B] worden 6 of meer vragen met 'ja' beantwoord: PTSS waarschijnlijk en nadere diagnostiek geadviseerd.

Referenties en copyright

- *Nederlandse vertaling*: Olff, M. Trauma Screening Vragenlijst. 2009, AMC Psychiatrie, Zorglijn Angststoornissen.
- *Originele versie*: Brewin CR, Rose S, Andrews B, Green J, Tata P, McEvedy C, e.a. Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. Br J Psychiatry. 2002;181:158–62.

VRAGENLIJST PCL-5

Hieronder volgt een lijst van problemen die mensen soms kunnen ondervinden na een zeer stressvolle gebeurtenis.

Leest u alstublieft elke omschrijving aandachtig door terwijl u denkt aan uw meest ingrijpende gebeurtenis en omcirkel vervolgens één van de cijfers rechts van de beschrijving om aan te geven in hoeverre u er in de afgelopen maand last van heeft gehad.

<i>In hoeverre heeft u in de afgelopen maand last gehad van:</i>	<i>Helemaal niet</i>	<i>Een beetje</i>	<i>Matig</i>	<i>Nogal veel</i>	<i>Extreem veel</i>
1. Regelmatig terugkerende, onaangename en ongewenste herinneringen aan de stressvolle gebeurtenis?	0	1	2	3	4
2. Regelmatig terugkerende, onaangename dromen over de stressvolle gebeurtenis?	0	1	2	3	4
3. Opeens het gevoel hebben of u gedragen alsof de stressvolle gebeurtenis daadwerkelijk opnieuw plaatsvindt (alsof u terug bent in de tijd dat de gebeurtenis zich afspeelde, en het opnieuw beleeft)?	0	1	2	3	4
4. Erg van streek raken wanneer iets u aan de stressvolle gebeurtenis herinnert?	0	1	2	3	4
5. Een sterke lichamelijke reactie hebben wanneer iets u aan de stressvolle gebeurtenis herinnert (bijvoorbeeld: hartkloppingen, moeite met ademen, zweten)?	0	1	2	3	4
6. Het vermijden van herinneringen, gedachten of gevoelens die verband houden met de stressvolle gebeurtenis?	0	1	2	3	4
7. Het vermijden van dingen die herinneringen zouden kunnen oproepen aan de stressvolle gebeurtenis (bijvoorbeeld: bepaalde mensen, plekken, gespreksonderwerpen, activiteiten, voorwerpen of situaties)?	0	1	2	3	4
8. Moeite hebben met het herinneren van belangrijke delen van de stressvolle gebeurtenis?	0	1	2	3	4
9. Sterke, negatieve overtuigingen hebben met betrekking tot uzelf, anderen of de wereld (bijvoorbeeld gedachten hebben zoals: ik ben slecht, er is iets vreselijk mis met mij, niemand is te vertrouwen, de wereld is door en door gevaarlijk)?	0	1	2	3	4
10. De schuld geven aan uzelf of aan anderen voor de stressvolle gebeurtenis of de gevolgen daarvan?	0	1	2	3	4
11. Sterke, negatieve gevoelens ervaren zoals angst, afschuw, boosheid, schuld of schaamte?	0	1	2	3	4
12. Verminderde interesse hebben in activiteiten die u eerder graag deed?	0	1	2	3	4
13. Afstand voelen tussen uzelf en andere mensen, of u vervreemd voelen van andere mensen?	0	1	2	3	4
14. Moeite hebben om positieve gevoelens te ervaren (bijvoorbeeld: niet in staat zijn om u gelukkig te voelen of om gevoelens van liefde te hebben voor de mensen die u nabij zijn)?	0	1	2	3	4
15. Prikkelbaarheid, woedeaanvallen, of u agressief gedragen?	0	1	2	3	4

16. Teveel risico's nemen of dingen doen die u schade zouden kunnen toebrengen?	0	1	2	3	4
17. "Superalert", waakzaam of op uw hoede zijn?	0	1	2	3	4
18. U nerveus voelen of snel schrikken?	0	1	2	3	4
19. Moeite hebben met concentreren?	0	1	2	3	4
20. Moeite hebben met inslapen of doorslapen?	0	1	2	3	4

Beoordeling

Tel de gegeven antwoorden voor items 1 t/m 20 op; indien de somscore 38 of meer bedraagt: PTSS waarschijnlijk en nadere diagnostiek geadviseerd.

Referenties en copyright

- *Nederlandse vertaling*: Boeschoten MA, Bakker A, Jongedijk RA, Olff M. PTSS Checklist voor de DSM-5 (PCL-5). 2014, Stichting Centrum '45, Arq Psychotrauma Expert Groep.
- *Originele versie*: Weathers F, Litz B, Keane T, Palmieri T, Marx B.P, Schnurr P. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). 2013, National Center for PTSD.

Bijlage II. Kennislacunes

Inleiding

Per onderdeel zijn verschillende kennislacunes geformuleerd die de basis kunnen vormen voor toekomstig onderzoek naar postpartum PTSS en traumatische bevallingservaringen.

Hoofdstuk 2: Achtergrondinformatie

- Nut van implementatie van screening op postpartum PTSS (klachten), inclusief bij wie te screenen (niet / iedereen / bij risicofactoren);
- Voorkeur voor bepaald screeningsinstrument;
- Culturele verschillen;
- PTSS bij partners;
- Gevolgen van PTSS na de bevalling op werk en werkhervatting/-verzuim.

Hoofdstuk 3: Preventie van PTSS na de bevalling en traumatische bevallingservaringen

- Mogelijkheden voor preventie traumatische bevallingservaringen:
 - o Effect van het behandelen van angst en depressie in de zwangerschap;
 - o Effect van het verbeteren van coping strategieën in de zwangerschap;
 - o Effect van het versterken van sociale steun tijdens de zwangerschap;
 - o Effect van continue een-op-eenbegeleiding (doula, verloskundige, verpleegkundige, leek) tijdens de bevalling;
 - o Effect van het opstellen van een bevalplan (incl. met welke inhoud, format en gebruik een bevalplan het meest effectief is);
 - o Effect van training van zorgverleners om o.a. goede communicatie en gevoel van controle bij de barende te bevorderen.
- Mogelijkheden voor preventie van postpartum PTSS (klachten):
 - o Effect van huid-op-huidcontact;
 - o Effect van borstvoeding;
 - o Effect van medicamenteuze therapie (o.a. oxytocine, bètablokkers);
 - o Effect van (verschillende soorten) schrijf oefeningen (expressive writing);
 - o Verder exploreren effect van psychologische interventies postpartum in hoogrisicogroepen (o.a. prematuriteit, secundaire sectio, kunstverlossing).

Hoofdstuk 4: Behandeling van PTSS na de bevalling

- RCT's waarbij behandelingen die reeds bewezen effectief zijn in andere populaties met PTSS, worden onderzocht bij PTSS (klachten) na de bevalling (EMDR en traumagerichte CGT);
- RCT's waarbij behandelingen die nog niet of onvoldoende bewezen effectief zijn bij PTSS worden onderzocht (o.a. lichaamsgerichte therapie, bio-feedback, hypnotherapie, psychodynamische therapie, anti-depressiva, anti-psychotica, MDMA, oxytocine, bètablokkers);
- Behandeling van PTSS (klachten) na de bevalling door verloskundig professionals die een aanvullende scholing hebben gevolgd (bijv. bevallingsverwerkingsspecialisten);
- Behandeling van PTSS in de zwangerschap (veiligheid en effectiviteit).

Hoofdstuk 5: Organisatie van zorg

- Mogelijkheden van meer continuïteit van zorg tijdens de zwangerschap en kraamperiode;
- Mogelijkheden voor continue een-op-eenbegeleiding (doula, verloskundige, verpleegkundige, kraamverzorgende, leek) tijdens de bevalling;
- Aansluiting met de rol/functie van de huisarts;
- Aansluiting op de Jeugdgezondheidszorg, inclusief de rol van de JGZ in signaleren van vrouwen met een traumatische bevallingservaring.

Bijlage III. Verantwoording

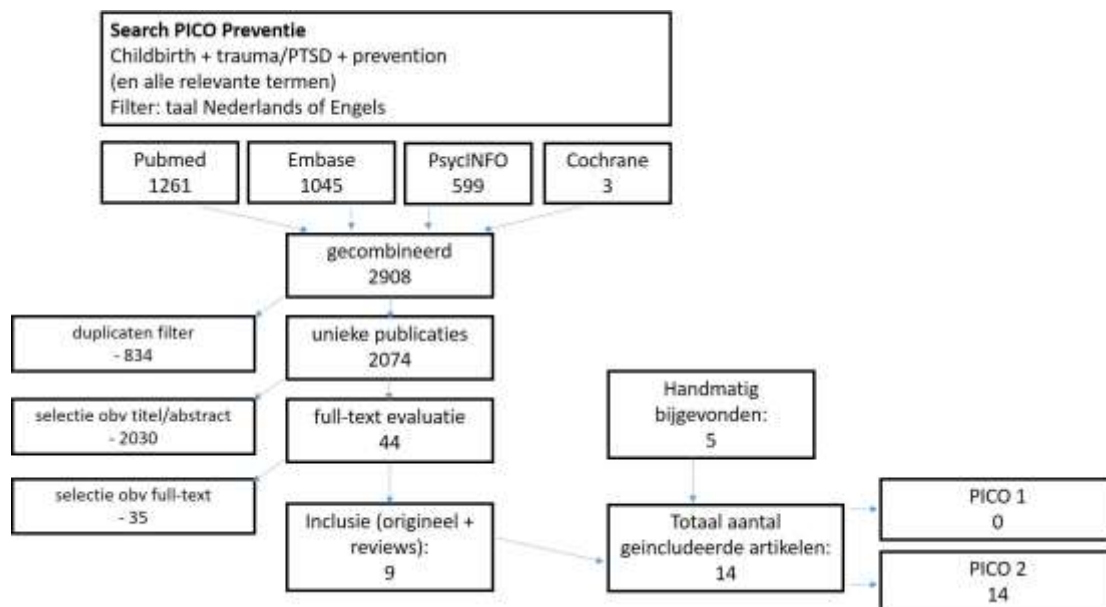
Hoofdstuk 3. Preventie van PTSS na de bevalling en traumatische bevallingservaringen

Tabel 1: overzicht van zoekstrategie

Uitgangsvraag	Welke interventies zijn effectief om PTSS na de bevalling of een traumatisch ervaren bevalling te voorkomen?	
Databases	Medline, Embase, PsychINFO, Cochrane	
Periode	1980 – april 2018	
Talen	Engels, Nederlands	
Datum	12 mei 2018	
Zoektermen	<p>Pubmed: (("Stress Disorders, Post-Traumatic"[Mesh] OR "stress disorder"[Tiab] OR post-traumatic[Tiab] OR posttraumatic[Tiab] OR "ptsd"[Tiab] OR traumatic[Tiab] OR "psycho trauma"[Tiab] OR psychotrauma[Tiab] OR "traumatic stress"[Tiab] OR "stress response"[Tiab]) AND ("Postpartum Period"[Mesh] OR "postpartum"[Tiab] OR postnatal[Tiab] OR "Peripartum Period"[Mesh] OR "peripartum"[Tiab] OR perinatal[Tiab] OR "delivery"[Tiab] OR "obstetric"[Tiab] OR "obstetrics"[Tiab] OR "parturition"[Tiab] OR "childbirth"[Tiab] OR "birth"[Tiab] OR "Labor, Obstetric"[Mesh] OR "labour"[Tiab] OR "labor"[Tiab])) AND (prevent* OR "risk factor" OR "risk factors" OR "risk group" OR "risk groups") AND ((Dutch[lang] OR English[lang]))</p> <p>Embase: ('post traumatic stress disorder':ab,ti OR 'post-traumatic stress disorder':ab,ti OR 'posttraumatic stress disorder':ab,ti OR 'stress disorder':ab,ti OR 'post traumatic':ab,ti OR 'post-traumatic':ab,ti OR 'posttraumatic':ab,ti OR 'ptsd':ab,ti OR traumatic:ab,ti OR 'psycho trauma':ab,ti OR 'psychotrauma':ab,ti OR 'traumatic stress':ab,ti OR 'stress response':ab,ti) AND ('postpartum period':ab,ti OR postpartum:ab,ti OR postnatal:ab,ti OR 'peripartum period':ab,ti OR peripartum:ab,ti OR perinatal:ab,ti OR puerperium:ab,ti OR 'puerperal disorder':ab,ti OR delivery:ab,ti OR obstetric:ab,ti OR obstetrics:ab,ti OR parturition:ab,ti OR childbirth:ab,ti OR birth:ab,ti OR 'obstetric labor':ab,ti OR labour:ab,ti OR labor:ab,ti) AND (prevent*:ab,ti OR 'risk factor':ab,ti OR 'risk factors':ab,ti OR 'risk groups':ab,ti OR 'risk group':ab,ti) AND [1980-2016]/py AND ([dutch]/lim OR [english]/lim)</p>	

	<p>PsycINFO ((Stress Disorders, Post-Traumatic or stress disorder or post-traumatic or posttraumatic or ptsd or traumatic or psycho trauma or psychotrauma or traumatic stress or stress response) and (Postpartum Period or postpartum or postnatal or Peripartum Period or peripartum or perinatal or delivery or obstetric or obstetrics or parturition or childbirth or birth or Labor or Obstetric or labour or labor) and (prevent* or risk factor or risk factors or risk group or risk groups)).mp. (language Dutch and English)</p> <p>Cochrane: Geen zoektermen, handmatig gezocht binnen topics “pregnancy & childbirth”, “mental health”, “gynecology”</p>	
Medline (Pubmed)		1261
Embase		1045
PsycINFO		599
Cochrane		3

Figuur 1: Flowchart preventie



Tabel 2: Exclusie na het lezen van het volledige artikel

Auteur en jaartal (n=35)	Redenen van exclusie
(Anderson & Gill, 2014)	Beantwoordt PICO niet.
(Anderson & McCarley, 2013)	Geen interventie verricht.
(Anderson & Connolly, 2018)	Geen originele data.
(Ayers, 2004)	Beantwoordt PICO niet.
(Ayers, Jessop, Pike, Parfitt, & Ford, 2014)	Geen interventie verricht (observatieve studie).
(Baas et al., 2017)	Studie protocol.
(Bastos et al., 2008)	Artikelen in review reeds geïncludeerd.
(Bastos, Furuta, Small, McKenzie-McHarg, & Bick, 2015)	Review.
(Boorman, Devilly, Gamble, Creedy, & Fenwick, 2014)	Beantwoordt PICO niet (geen interventie verricht).
(Borg Cunen et al., 2014)	Review.
(Clement, 2001)	Beantwoordt PICO niet.
(Creedy, Shochet, & Horsfall, 2000)	Beantwoordt PICO niet (geen interventie verricht).
(Dworkin et al., 2017)	Geen originele data.
(Gamble, Creedy, Webster, & Moyle, 2002)	Review, afzonderlijke artikelen beantwoorden PICO niet.
(Garthus-Niegel et al., 2014)	Beantwoordt PICO niet.
(Gravensteen et al., 2013)	Beantwoordt PICO niet.
(Grekin & O'Hara, 2014)	Beantwoordt PICO niet.
(Hodnett et al., 2013)	Beantwoordt PICO niet (outcome 'negative feelings about the birth experience')
(Hoffenkamp et al., 2015)	Onjuiste uitkomstmaat.
(Maggioni, Margola, & Filippi, 2006)	Beantwoordt PICO niet.
(Meades, Pond, Ayers, & Warren, 2011)	Beantwoordt PICO niet.
(Peeler, Chung, Stedmon, & Skirton, 2013)	Beantwoordt PICO niet.
(Rose, Bisson, Churchill, & Wessely, 2001)	Gaat over algemene PTSS.
(Rowan, Bick, & Da Silva Bastos, 2007)	Artikelen in review reeds geïncludeerd.
(Roy-Matton, Moutquin, Brown, Carrier, & Bell, 2011)	Onjuiste uitkomstmaat (psychologische stress)
(Ryding, Wiren, Johansson, Ceder, & Dahlstrom, 2004)	Te lang na bevalling.
(Sawyer, Ayers, & Smith, 2010)	Enige artikel van SR dat over PTSS gaat is reeds geïncludeerd.
(J. G. Shaw et al., 2013)	Geen interventie.
(R. J. Shaw et al., 2013)	Bewijskracht (te kleine sample (n=8)).
(Sheen & Slade, 2015)	Review.
(Simkin, 2011)	Narrative review (geen originele data).
(Taheri, 2018)	Onjuiste outcome.
(Vesel, 2016)	Geen originele data.
(Werner, 2013)	Onjuiste outcome.
(Wiklund, 2007)	Onjuiste outcome.

Referenties geëxcludeerde artikelen

- Anderson, C. A., & Gill, M. (2014). Childbirth related fears and psychological birth trauma in younger and older age adolescents. *Appl Nurs Res*, 27(4), 242–248.
- Anderson, C. A., & McCarley, M. (2013). Psychological birth trauma in adolescents experiencing an early birth. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 38(3), 170–176.
- Anderson, C. & Connolly, J. (2018). A Model to Predict Birth Stress in Adolescents Within 72 Hours of Childbirth. *Advances in nursing science. E-pub ahead of publication*.
- Ayers, S. (2004). Delivery as a traumatic event: Prevalence, risk factors, and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47(3), 552–567.
- Ayers, S., Jessop, D., Pike, A., Parfitt, Y., & Ford, E. (2014). The role of adult attachment style, birth intervention and support in posttraumatic stress after childbirth: A prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 155(1), 295–298.
- Baas, M.A.M., Stramrood, C.A.I., Dijksman, L.M., de Jongh, A., van Pampus, M.G. (2017) *European Journal of psychotraumatology* 8(1), 1293315.
- Bastos, M. H. S., Bick, D., Cj, R., Small, R., McKenzie-McHarg, K., & Rowan, C. J. (2008). Debriefing for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2)(CD007194), 1–9.
- Bastos, M. H. S., Furuta, M., Small, R., McKenzie-McHarg, K., & Bick, D. (2015). Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD007194.
- Boorman, R. J., Devilly, G. J., Gamble, J., Creedy, D. K., & Fenwick, J. (2014). Childbirth and criteria for traumatic events. *Midwifery*, 30(2), 255–261.
- Borg Cunen, N., McNeill, J., & Murray, K. (2014). A systematic review of midwife-led interventions to address post partum post-traumatic stress. *Midwifery*, 30(2), 170–184.
- Clement, S. (2001). Psychological aspects of caesarean section. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 15(1), 109–126.
- Creedy, D. K., Shochet, I. M., & Horsfall, J. (2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth*, 27(2), 104–111.
- Dworkin, E.R., Zambrano-Vazquez, L., Cunningham, S.R, Pittinger, S.L., Schumacher J.A., Stasiewicz, P.R., Coffey, S.F. (2017). *Rural Mental Health* 41(2), 136-151.
- Gamble, J. A., Creedy, D. K., Webster, J., & Moyle, W. (2002). A review of the literature on debriefing or non-directive counselling to prevent postpartum emotional distress. *Midwifery*, 18(1), 72–79.
- Garthus-Niegel, S., von Soest, T., Knoph, C., Simonsen, T.B., Torgersen, L., Eberhard-Gran, M. *The influence of women's preferences and actual mode of delivery on post-traumatic stress symptoms following childbirth: A population-based, longitudinal study*. (2014). *BMC Pregnancy and Childbirth* 14(1), 191.
- Gravensteen, I. K., Helgadóttir, L. B., Jacobsen, E. M., Rådestad, I., Sandset, P. M., & Ekeberg, O. (2013). Women's experiences in relation to stillbirth and risk factors for long-term post-traumatic stress symptoms: A retrospective study. *BMJ Open*, 3(10), e003323.
- Grekin, R., & O'Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(5), 389–401.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). Continuous Support for Women During Childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 32(10), 1–117.
- Hoffenkamp, H. N., Tooten, A., Hall, R. A. S., Braeken, J., Eliens, M. P. J., Vingerhoets, A. J. J. M., & van Bakel, H. J. A. (2015). Effectiveness of hospital-based video interaction guidance on parental interactive behavior, bonding, and stress after preterm birth: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(2), 416–429.
- Maggioni, C., Margola, D., & Filippi, F. (2006). PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: A two-wave longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 27(2), 81–90.
- Meades, R., Pond, C., Ayers, S., & Warren, F. (2011). Postnatal debriefing: Have we thrown the baby out with the bath water? *Behaviour Research and Therapy*, 49(5), 367–372.
- Peeler, S., Chung, M. C., Stedmon, J., & Skirton, H. (2013). A review assessing the current treatment strategies for postnatal psychological morbidity with a focus on post-traumatic stress disorder. *Midwifery*, 29(4), 377–388.

- Rose, S. C., Bisson, J. I., Churchill, R., & Wessely, S. (2001). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD000560.
- Rowan, C., Bick, D., & Da Silva Bastos, M. H. (2007). Postnatal debriefing interventions to prevent maternal mental health problems after birth: Exploring the gap between the evidence and UK policy and practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(2), 97–105.
- Roy-Matton, N., Moutquin, J. M., Brown, C., Carrier, N., & Bell, L. (2011). The impact of perceived maternal stress and other psychosocial risk factors on pregnancy complications. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 66(8), 475–476.
- Ryding, E. L., Wiren, E., Johansson, G., Ceder, B., & Dahlstrom, A. (2004). Group Counseling for Mothers After Emergency Cesarean Section: A Randomized Controlled Trial of Intervention. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 31(4), 247–253.
- Sawyer, A., Ayers, S., & Smith, H. (2010). Pre- and postnatal psychological wellbeing in Africa: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 123(1–3), 17–29.
- Shaw, J. G., Asch, S. M., Kimerling, R., Frayne, S. M., Shaw, K. A., & Phibbs, C. S. (2013). Posttraumatic stress disorder, military sexual trauma and preterm birth. *Journal of Investigative Medicine*, 61(1), 226.
- Shaw, R. J., Brecht, C. J., St John, N., Lilo, E., Corcoran, J., Howell, S., ... Melnyk, B. (2013). Prevention of postpartum traumatic stress in mothers with preterm infants : manuel development and evaluation. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(8), 578–586.
- Sheen, K., & Slade, P. (2015). The efficacy of “debriefing” after childbirth: Is there a case for targeted intervention? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Taylor & Francis.
- Simkin, P. (2011). Pain, suffering, and trauma in labor and prevention of subsequent posttraumatic stress disorder. *The Journal of Perinatal Education*, 20(3), 166–76.
- Taheri, M., Takian, A., Taghizadeh, Z., Jafari, N., Sarafraz, N. (2018) *Creating a positive perception of childbirth experience: Systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions*. *Reproductive Health* 15(1), 1-13.
- Vesel, J., Nichasch, B. (2016). *An evidence Review and Model for Prevention and Treatment of Postpartum Posttraumatic Stress Disorder*. *Nursing for women’s health*, 19(6), 504-525.
- Werner, A., Uldbjerg, N., Zachariae, R., Wu, C.S., Nohr, E.A. (2013) *Antenatal hypnosis training and childbirth experience: A randomized controlled trial*. *Birth* 40(4), 272-280.
- Wiklund, I., Edman, G., Andolf, E. (2007) *Cesarean section on maternal request: Reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-time mothers*. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86(4), 451-456.

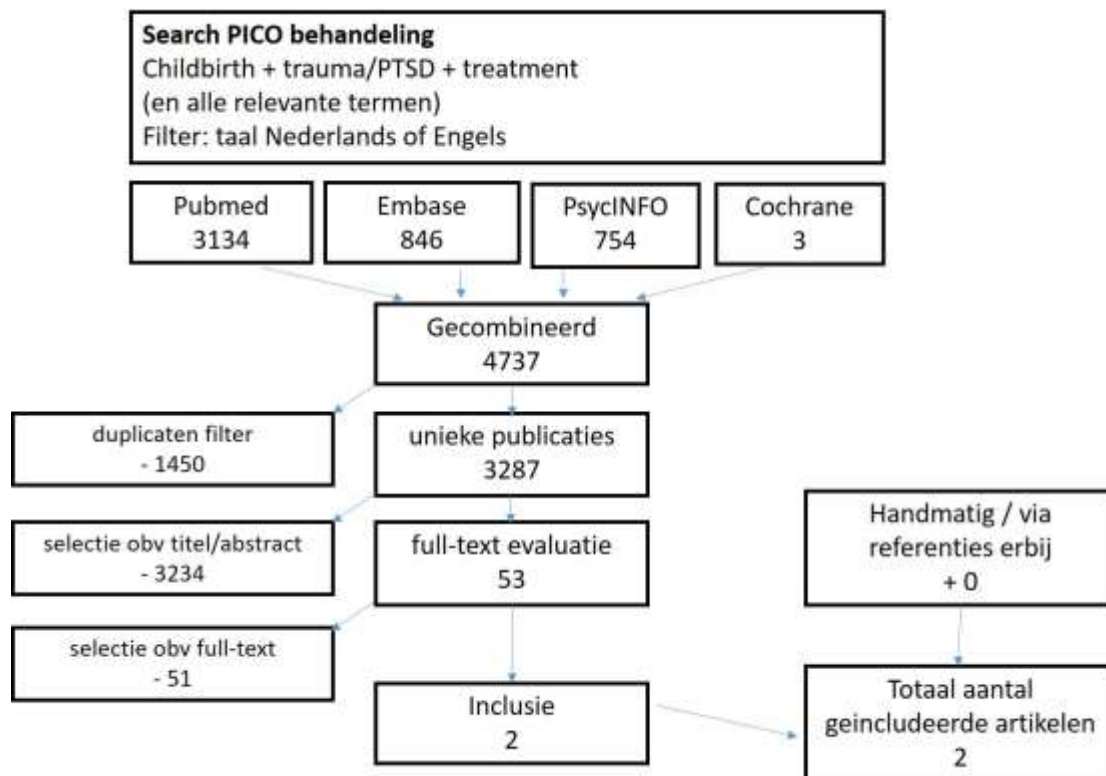
Hoofdstuk 4. Behandeling van PTSS na de bevalling

Tabel 3: overzicht van zoekstrategie

Uitgangsvraag	Hoe kunnen vrouwen met PTSS na de bevalling het beste behandeld worden?	
Databases	Medline, Embase, PsychINFO, Cochrane	
Periode	1980 – april 2018	
Talen	Engels, Nederlands	
Datum	12 mei 2018	
Zoektermen	<p>Pubmed: (("Stress Disorders, Post-Traumatic"[Mesh] OR "stress disorder"[Tiab] OR post-traumatic[Tiab] OR posttraumatic[Tiab] OR "ptsd"[Tiab] OR traumatic[Tiab] OR "psycho trauma"[Tiab] OR psychotrauma[Tiab] OR "traumatic stress"[Tiab] OR "stress response"[Tiab]) AND ("Postpartum Period"[Mesh] OR "postpartum"[Tiab] OR postnatal[Tiab] OR "Peripartum Period"[Mesh] OR "peripartum"[Tiab] OR perinatal[Tiab] OR "delivery"[Tiab] OR "obstetric"[Tiab] OR "obstetrics"[Tiab] OR "parturition"[Tiab] OR "childbirth"[Tiab] OR "birth"[Tiab] OR "Labor, Obstetric"[Mesh] OR "labour"[Tiab] OR "labor"[Tiab])) AND (pharmacotherap* OR farmacotherap* OR medication OR psychotherap* OR therapy OR therapies OR therapeutic* OR treat* OR interven*) AND ((English[lang] OR Dutch[lang]))</p> <p>Embase: ('post traumatic stress disorder':ab,ti OR 'post-traumatic stress disorder':ab,ti OR 'posttraumatic stress disorder':ab,ti OR 'stress disorder':ab,ti OR 'post traumatic':ab,ti OR 'post-traumatic':ab,ti OR 'posttraumatic':ab,ti OR 'ptsd':ab,ti OR 'psycho trauma':ab,ti OR 'psychotrauma':ab,ti OR 'traumatic stress':ab,ti) AND ('postpartum period':ab,ti OR postpartum:ab,ti OR postnatal:ab,ti OR 'peripartum period':ab,ti OR peripartum:ab,ti OR perinatal:ab,ti OR puerperium:ab,ti OR 'puerperal disorder':ab,ti OR delivery:ab,ti OR obstetric:ab,ti OR obstetrics:ab,ti OR parturition:ab,ti OR childbirth:ab,ti OR birth:ab,ti OR 'obstetric labor':ab,ti OR labour:ab,ti OR labor:ab,ti) AND (pharmacotherap*:ab,ti OR farmacotherap*:ab,ti OR medication:ab,ti OR psychotherap*:ab,ti OR therapy:ab,ti OR therapies:ab,ti OR therapeutic*:ab,ti OR treat*:ab,ti OR interven*:ab,ti) AND [1980-2016]/py AND ([dutch]/lim OR [english]/lim)</p>	

	<p>PsycINFO ((post traumatic stress disorder or posttraumatic stress disorder or ptsd or psychotrauma).mp. or exp posttraumatic stress disorder/ or exp psychotrauma/) and ((postnatal or postpartum).mp. or exp puerperium/ or peripartum.mp. or exp puerperal disorder/ or exp delivery/ or delivery.mp. or obstetric.mp. or exp obstetrics/ or parturition.mp. or exp birth/ or birth.mp. or childbirth.mp. or exp labor/ or (labor or labour).mp.) and (pharmacotherap* or farmacotherap* or medication or psychotherap* or therapy or therapies or therapeutic* or treat* or interven*) Filter English and Dutch language</p> <p>Cochrane: Geen zoektermen, handmatig gezocht binnen topics “pregnancy & childbirth”, “mental health”, “gynecology”</p>	
Medline (Pubmed)		3134
Embase		846
PsycINFO		754
Cochrane		3

Figuur 2: Flowchart PICO behandeling



Tabel 4: Exclusie na het lezen van het volledige artikel

Auteur en jaartal (n = 51)	Redenen van exclusie
(Alder et al., 2006)	Geen origineel onderzoek, beantwoordt PICO niet.
(Ayers et al., 2007)	Onvoldoende bewijskracht (pilot study). Gebruiken in overwegingen.
(Bastos et al., 2008)	Beantwoordt PICO niet.
(Beck, 2017)	Review.
(Blainey & Slade, 2015)	Beantwoordt PICO niet.
(Borg Cunen et al., 2014)	Review.
(Borghini et al., 2014)	Preventie, geen behandeling.
(Born, Soares, Phillips, Jung, & Steiner, 2006)	Beantwoordt PICO niet.
(Di Blasio, Camisasca, et al., 2015)	Preventie, niet behandeling.
(Dworkin, 2017)	Geen originele data.
(Fenwick et al., 2013)	Betreft opzet van studie, geen resultaten.
(Ford & Ayers, 2011)	Beantwoordt PICO niet.
(Ford, Ayers, & Bradley, 2010)	Beantwoordt PICO niet.
(Gamble & Creedy, 2009)	Betreft een model, geen originele data/onderzoek.
(Gamble et al., 2002)	Beantwoordt PICO niet.
(Gamble & Creedy, 2004)	Beantwoordt PICO niet.
(Gamble et al., 2005)	Beantwoordt PICO niet.
(George, Thilly, Rydberg, Luz, & Spitz, 2013)	Betreft een studie opzet, geen resultaten.
(Grote et al., 2016)	Niet de juiste patiëntengroep, namelijk vrouwen met pre-existente PTSS. PTSS na de bevalling niet (apart) gemeten.
(Hammond, 2010)	Onjuiste P(atientengroep), namelijk mensen met algemene PTSS.
(Hofberg & Brockington, 2000)	Beantwoordt PICO niet.
(Horsch, 2016)	Geen diagnose voor start interventie.
(Hutti, 2005)	Beantwoordt PICO niet.
(Iles, Spiby, & Slade, 2014)	Beantwoordt PICO niet.
(Jotzo & Poets, 2005)	Beantwoordt PICO niet.
(Kantrowitz-Gordon, 2013)	Betreft geen originele data, beantwoordt PICO niet.
(Kraljevic & Warnock, 2013)	Beantwoordt PICO niet.
(Lapp et al., 2010)	Beantwoordt PICO niet.
(Meades et al., 2011)	Beantwoordt PICO niet.
(Monson & Shnaider, 2014)	Betreft book review, niet bijdragend voor beantwoorde PICO.
(Navidian, 2017)	Betreft preventie, niet behandeling.
(Peeler et al., 2013)	Beantwoordt PICO niet, review.
(Priest et al., 2003)	Beantwoordt PICO niet, behoort bij preventie.
(Richter et al., 2012)	Onjuiste P(atientengroep), vrouwen met postpartum depressie en angst, niet specifiek PTSS.
(Rouhe et al., 2015)	Preventie, geen behandeling; echter niet de juiste outcome (PICO 1) en tijdstip (PICO 2)
(Rowan et al., 2007)	Beantwoordt PICO niet, review.
(Ryding, Persson, Onell, & Kvist, 2003)	Beantwoordt PICO niet.
(Ryding et al., 2004)	Beantwoordt PICO niet.
(Sandstrom et al., 2008)	Onvoldoende bewijskracht (pilot study). Gebruiken in overwegingen.
(R. J. Shaw et al., 2014)	Preventie, geen behandeling.
(R. J. Shaw et al., 2013)	Beantwoordt PICO niet.
(Sheen & Slade, 2015)	Review.
(Skibniewski-Woods, 2011)	Beantwoordt PICO niet.

(Stramrood et al., 2012)	Onvoldoende bewijskracht (pilot study). Gebruiken in overwegingen.
(Taheri, 2018)	Onjuiste outcome.
(Tham, Ryding, & Christensson, 2010)	Beantwoordt PICO niet.
(Turkstra et al., 2013)	Onjuiste Outcome, namelijk Quality Of Life.
(Twohig & O'Donohue, 2007)	Onjuiste P(atientengroep), namelijk mensen met algemene PTSS.
(Vesel, 2016)	Geen originele data.
(Weinreb, 2018)	Verkeerde patiëntengroep.
(Zelkowitz & Papageorgiou, 2012)	Beantwoordt PICO niet.

Referenties geëxcludeerde artikelen

- Alder, J., Stadlmayr, W., Tschudin, S., & Bitzer, J. (2006). Post-traumatic symptoms after childbirth: What should we offer? *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 27(2), 107–112.
- Ayers, S., McKenzie-McHarg, K., & Eagle, A. (2007). Cognitive behaviour therapy for postnatal post-traumatic stress disorder: Case studies. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 28(3), 177–184.
- Bastos, M. H. S., Bick, D., Cj, R., Small, R., McKenzie-McHarg, K., & Rowan, C. J. (2008). Debriefing for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2)(CD007194), 1–9.
- Beck, C.T., Harrison, L. (2017) Posttraumatic Stress in Mothers Related to Giving Birth Prematurely: A Mixed Research Synthesis. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 23(4), 241-257
- Blainey, S. H., & Slade, P. (2015). Exploring the process of writing about and sharing traumatic birth experiences online. *British Journal of Health Psychology*, 20(2), 243–260.
- Borg Cunen, N., McNeill, J., & Murray, K. (2014). A systematic review of midwife-led interventions to address post partum post-traumatic stress. *Midwifery*, 30(2), 170–184.
- Borghini, A., Habersaat, S., Forcada-Guex, M., Nessi, J., Pierrehumbert, B., Ansermet, F., & Muller-Nix, C. (2014). Effects of an early intervention on maternal post-traumatic stress symptoms and the quality of mother-infant interaction: The case of preterm birth. *Infant Behavior & Development*.
- Born, L., Soares, C. N., Phillips, S. D., Jung, M., & Steiner, M. (2006). Women and reproductive-related trauma. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 491–494.
- Di Blasio, P., Camisasca, E. L., Caravita, S. C. S., Ionio, C., Milani, L., & Valtolina, G. G. (2015). The effects of expressive writing on postpartum depression and posttraumatic stress symptoms. *Psychological Reports*, 117(3), 856–882.
- Dworkin, E.R., Zambrano-Vazquez, L., Cunningham, S.R, Pittinger, S.L., Schumacher J.A., Stasiewicz, P.R., Coffey, S.F. (2017). *Rural Mental Health* 41(2), 136-151.
- Gamble, J. A., Creedy, D. K., Webster, J., & Moyle, W. (2002). A review of the literature on debriefing or non-directive counselling to prevent postpartum emotional distress. *Midwifery*, 18(1), 72–79.
- Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., Turkstra, E., Sneddon, A., ... Toohill, J. (2013). Study protocol for reducing childbirth fear: a midwife-led psycho-education intervention. *BMC Pregnancy Childbirth*, 13(1), 190.
- Ford, E., & Ayers, S. (2011). Support during birth interacts with prior trauma and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms. *Psychology and Health*, 26(12), 1553–1570.
- Ford, E., Ayers, S., & Bradley, R. (2010). Exploration of a cognitive model to predict post-traumatic stress symptoms following childbirth. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(3), 353–359.
- Gamble, J. A., & Creedy, D. (2004). Content and processes of postpartum counseling after a distressing birth experience: A review. *Birth*, 31(3), 213–218.
- Gamble, J. A., & Creedy, D. K. (2009). A counselling model for postpartum women after distressing birth experiences. *Midwifery*, 25(2), e21-30.
- Gamble, J. A., Creedy, D. K., Webster, J., & Moyle, W. (2002). A review of the literature on debriefing or non-directive counselling to prevent postpartum emotional distress. *Midwifery*, 18(1), 72–79.
- Gamble, J. A., Creedy, D., Moyle, W., Webster, J., McAllister, M., & Dickson, P. (2005). Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: A randomized controlled trial. *Birth*, 32(1), 11–19.
- George, A., Thilly, N., Rydberg, J. A., Luz, R., & Spitz, E. (2013). Effectiveness of eye movement desensitization

- and reprocessing treatment in post-traumatic stress disorder after childbirth: A randomized controlled trial protocol. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92(7), 866–868.
- Grote, N. K., Katon, W. J., Russo, J. E., Lohr, M. J., Curran, M., Galvin, E., & Carson, K. (2016). A randomized trial of collaborative care for perinatal depression in socioeconomically disadvantaged women: The impact of comorbid posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 77(11), 1527–1537.
- Hammond, D. C. (2010). Hypnosis in the treatment of anxiety- and stress-related disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10(2), 263–273.
- Hofberg, K., & Brockington, I. (2000). Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. *British Journal of Psychiatry*, 176(JAN.), 83–85.
- Horsch, A., Tolsa, J.F., Gilbert, L., du Chêne, L.J., Müller-Nix, C., Bickle Graz, M. (2016) Improving Maternal Mental Health Following Preterm Birth Using an Expressive Writing Intervention: A Randomized Controlled Trial. *Child psychiatry and human development* 47(5), 780-791.
- Hutti, M. H. (2005). Social and professional support needs of families after perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 34(5), 630–638.
- Iles, J., Spiby, H., & Slade, P. (2014). Modification and preliminary use of the five-minute speech sample in the postpartum: Associations with postnatal depression and posttraumatic stress. *Archives of Women's Mental Health*, 17(5), 1–14.
- Jotzo, M., & Poets, C. F. (2005). Helping parents cope with the trauma of premature birth: an evaluation of a trauma-preventive psychological intervention. *Pediatrics*, 115(4), 915–919.
- Kantrowitz-Gordon, I. (2013). Expanded Care for Women and Families after Preterm Birth. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 58(2), 158–166.
- Kraljevic, M., & Warnock, F. F. (2013). Early educational and behavioral RCT interventions to reduce maternal symptoms of psychological trauma following preterm birth: a systematic review. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 27(4), 311–327.
- Lapp, L. K., Agbokou, C., Peretti, C. S., & Ferreri, F. (2010). Management of post traumatic stress disorder after childbirth: a review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 31(3), 113–22.
- Meades, R., Pond, C., Ayers, S., & Warren, F. (2011). Postnatal debriefing: Have we thrown the baby out with the bath water? *Behaviour Research and Therapy*, 49(5), 367–372.
- Monson, C. M., & Shnaider, P. (2014). *Treating PTSD with cognitive-behavioral therapies: Interventions that work*. Washington, DC: American Psychological Association; US.
- Navidian, A., Saravani, Z., Shakiba, M. (2017) Impact of Psychological Grief Counseling on the Severity of Post-Traumatic Stress Symptoms in Mothers after Stillbirths. *Issues in Mental Health Nursing* 38(8), 650-654.
- Peeler, S., Chung, M. C., Stedmon, J., & Skirton, H. (2013). A review assessing the current treatment strategies for postnatal psychological morbidity with a focus on post-traumatic stress disorder. *Midwifery*, 29(4), 377–388.
- Priest, S. R., Henderson, J., Evans, S. F., & Hagan, R. (2003). Stress debriefing after childbirth: a randomised controlled trial. *Medical Journal of Australia*, 178(June), 542–545.
- Richter, J., Bittner, A., Petrowski, K., Junge-Hoffmeister, J., Bergmann, S., Joraschky, P., & Weidner, K. (2012). Effects of an early intervention on perceived stress and diurnal cortisol in pregnant women with elevated stress, anxiety, and depressive symptomatology. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 33(4), 162–170.
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmäki, E., Ryding, E. L., & Saisto, T. (2015). Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience-a randomised controlled trial. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 36(1), 1–9.
- Rowan, C., Bick, D., & Da Silva Bastos, M. H. (2007). Postnatal debriefing interventions to prevent maternal mental health problems after birth: Exploring the gap between the evidence and UK policy and practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(2), 97–105.
- Ryding, E. L., Persson, A., Onell, C., & Kvist, L. (2003). An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82(1), 10–17.
- Ryding, E. L., Wiren, E., Johansson, G., Ceder, B., & Dahlstrom, A. (2004). Group Counseling for Mothers After Emergency Cesarean Section: A Randomized Controlled Trial of Intervention. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 31(4), 247–253.
- Sandstrom, M., Wiberg, B., Wikman, M., Willman, A. K., & Hogberg, U. (2008). A pilot study of eye movement desensitisation and reprocessing treatment (EMDR) for post-traumatic stress after childbirth. *Midwifery*,

24(1), 62–73.

- Shaw, R. J., Brecht, C. J., St John, N., Lilo, E., Corcoran, J., Howell, S., ... Melnyk, B. (2013). Prevention of postpartum traumatic stress in mothers with preterm infants : manuel development and evaluation. *Issues in Mental Health Nursing, 34*(8), 578–586.
- Shaw, R. J., St John, N., Lilo, E., Jo, B., Benitz, W., Stevenson, D. K., & Horwitz, S. M. (2014). Prevention of traumatic stress in mothers of preterms: 6-month outcomes. *Pediatrics, 134*(2), 481–488.
- Sheen, K., & Slade, P. (2015). The efficacy of “debriefing” after childbirth: Is there a case for targeted intervention? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Taylor & Francis.
- Skibniewski-Woods, D. (2011). A review of postnatal debriefing of mothers following traumatic delivery. *Community Practitioner : The Journal of the Community Practitioners' & Health Visitors' Association, 84*(12), 29–32.
- Stramrood, C. A. I., van der Velde, J., Doornbos, B., Paarlberg, M. K., Weijmar Schultz, W. C. M., & van Pampus, M. G. (2012). The Patient Observer: Eye-Movement Desensitization and Reprocessing for the Treatment of Posttraumatic Stress following Childbirth. *Birth: Issues in Perinatal Care, 39*(1), 70–76.
- Taheri, M., Takian, A., Taghizadeh, Z., Jafari, N., Sarafraz, N. (2018) *Creating a positive perception of childbirth experience: Systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions*. *Reproductive Health 15*(1), 1-13.
- Tham, V., Ryding, E. L., & Christensson, K. (2010). Experience of support among mothers with and without post-traumatic stress symptoms following emergency caesarean section. *Sexual and Reproductive Healthcare, 1*(4), 175–180.
- Turkstra, E., Gamble, J., Creedy, D. K., Fenwick, J., Barclay, L., Buist, A., ... Scuffham, P. A. (2013). PRIME: Impact of previous mental health problems on health-related quality of life in women with childbirth trauma. *Archives of Women's Mental Health, 16*(6), 561–564.
- Twohig, M. P., & O'Donohue, W. T. (2007). Treatment of posttraumatic stress disorder with exposure therapy during late term pregnancy. *Clinical Case Studies, 6*(6), 525–535.
- Vesel, J., Nichasch, B. (2016). *An evidence Review and Model for Prevention and Treatment of Postpartum Posttraumatic Stress Disorder*. *Nursing for women's health, 19*(6), 504-525.
- Weinreb, L., Wenz-Gross, M., Upshur, C. (2017) Postpartum outcomes of a pilot prenatal care-based psychosocial intervention for ptsd during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health 21*(3)
- Zelkowitz, P., & Papageorgiou, A. (2012). Easing maternal anxiety: An update. *Women's Health, 8*(2), 205–213.

Bijlage IV. Onderbouwing

Hoofdstuk 3. Preventie van PTSS na de bevalling en traumatische bevallingservaringen

Evidence table

Author & year	Study type	Group	Patient characteristics	Intervention (n)	Comparison (n)	Follow-up	Relevant outcome measures (questionnaire)	Results	Evidence level
Abdollahpour 2016 (43)	Randomized Controlled Trial	Women with a traumatic childbirth experience determined by DSM-IV	86 women who gave birth vaginally to a healthy term infant, who reported a traumatic childbirth, and without mental illnesses	The 'magical hour' containing nine instinctive stages including: crying of the baby, relaxation of the baby, awakening of the baby, activity stage, rest periods, crawling on the breast, 'familiarization stage', suckling stage, final sleeping stage occurring 1.5-2 hours after birth. (n=42)	Skin-to-skin contact of the baby and mother based on routine care procedures (n=42)	Measurement at 2, 4-6 weeks and 3 months after childbirth	PTSD symptoms (IES-R)	The mean total score of posttraumatic stress in the intervention group was 16.83 ± 1.1 and in the control group 21.04 ± 1.1 , which showed a statistically significant difference between the two groups ($p < 0.01$)	B
Borghini 2014 (44)	Randomized Controlled Trial	Women after a preterm delivery (<33 weeks)	60 women who gave birth to a preterm infant	An early intervention program (one on one with a therapist) based on McDonough work occurring at 33 weeks after conception, 42 weeks after conception and 4 months after the theoretical term of 40 weeks after conception, incorporating principles of a family system theory into a transactional preventive intervention. (n=30)	No intervention (n=30)	42 weeks after conception, when the infants were 4 and 12 months of age	PTSD symptoms (PPQ)	At 12 months post conception, the intervention group shows marginal less posttraumatic stress compared to the control group ($D(1)=3.24; p=0.07; R^2 = 0.39$).	B
Di Blasio 2015 (41)	Randomized Controlled Trial	Women who gave birth to healthy infants	176 women without severe delivery complications,	A writing task ('Making Sense condition') about thoughts and emotions	A writing task ('Control-Neutral	Assessment at 96 hours and 3	PTSD symptoms (Los Angeles	At 1-2 days after the writing task, there were no significant differences in	B

			without psychiatric history and with healthy babies	connected with delivery and childbirth, with the purpose to help new mothers reflect, understand, evaluate and reformulate the stressful situation with new beliefs and emotions (n=87) in the first days postpartum.	condition') about daily events in behavioral terms (n=89)	months postpartum	Symptom Checklist (LASC) and PPQ)	the mean scores for posttraumatic severity (measured by LASC) (MS: M = 10.94, SD = 6.35 vs. NC: M=12.81, SD = 7.51; $t(174) = -1.77, p=0.08$). 3 months postpartum, 1.1% had clinically relevant PTSD symptoms (PPQ score ≥ 19) in the intervention group compared to 5.6% in the control group ($\beta=-0.28, p<0.01$). Regression analyses showed the sum scores between intervention and control group were not significant at 4 days postpartum ($\beta=-0.09$, not significant) but they were after 3 months ($\beta=-0.28, p<0.01$).	
Di Blasio 2015 (42)	Randomized Controlled Trial	Women who gave birth to healthy infants	120 women without psychiatric history	Expressive writing on the third day in the hospital. The women were asked to write about the deep emotion connected with delivery and childbirth in the first days postpartum (n=60).	Neutral writing in the third day in the hospital. The women were asked to describe daily events in behavioral terms (n=60).	3 months postpartum	PTSD symptoms (Perinatal PTSD Questionnaire)	Three months postpartum posttraumatic symptoms were lower in women who performed the expressive writing task than in the neutral writing group. Possible clinical PTSD with more than six symptoms was respectively 10.5% in the expressive writing group and 30% in the comparison group.	B
Gamble 2005 (37)	Randomized Controlled Trial	Women with a traumatic childbirth experience	103 women who gave birth to live infants who had a traumatic birth as determined by Criterion A of DSM-	Face-to-face counseling (by a research midwife), incorporating elements of CISD, with a duration of 40-60 minutes, given within 72 hours of birth	Standard postpartum care (n=53)	4-6 weeks postpartum and 3 months post partum	PTSD diagnosis and PTSD symptoms (MINI-PTSD)	No statistical difference between groups in number of women meeting PTSD diagnosis at either 4-6 weeks post partum ($p=0.392$) or three months	B

			IV	and again via telephone at 4-6 weeks postpartum (n=50)				post partum. No significant difference between groups at 4-6 weeks in PTSD symptoms. At 3-month follow-up women in the experimental group reported lower PTSD total symptom scores (intervention group: Mean 2.54 (SD 2.44), control group: Mean 3.83 (SD 3.59) ($p=0.035$)) than those in the control group.	
Hughes 2002 (53)	Case control study (Cohort study)	Women with a high risk of traumatic experience (stillbirth)	65 pregnant women who had experienced stillbirth (≥ 18 weeks GA) in the previous pregnancy	Seeing and holding the stillborn infant, having a funeral and keeping mementoes.	Not seeing and holding the stillborn infant, nor having a funeral or keeping mementoes.	In 3rd trimester of (subsequent) pregnancy and 1 year after the next birth.	PTSD symptoms (PTSD-1)	Women who had seen their stillborn infant had significantly higher symptoms of PTSD than those who had not ($p=0.02$) 1 year after the subsequent birth. Women who had seen their stillborn infant had higher symptoms of PTSD (M=40.6 (SD: 14.7)) than those who had not seen their stillborn infant (M=28.3, (SD: 10.6) CI95% 1.8-22.7, $p=0.02$), and held stillborn infant (M=43.2 (SD: 14.9)) versus did not hold stillborn infant (M=30.1 (SD: 10.3), CI95% 5.1-21.2, $p=0.002$) in the third trimester of the subsequent pregnancy.	B
Jotzo 2005 (38)	Randomized Controlled Trial	Women with a high risk of traumatic experience (based on	50 mothers of premature infants admitted to the NICU	A structured psychological intervention within 5 days after childbirth (n=25). It involved	No psychological intervention (n=25). Each mother could	At discharge from the NICU (no specificatio	PTSD symptoms (IES)	At the time of discharge the mothers in the intervention group had significantly lower levels of PTSD symptoms (M=25.2,	B

		preterm birth/admission to NICU)		general trauma preventive measures as well as components specifically geared toward premature birth. Each mother could make use of additional psychological support if required and was actively approached at critical times during her infant's NICU stay.	ask for counseling by the hospital minister.	n in time given)		SD=13.9) than the control group (M=37.5, SD 19.2) ($p=0.013$).	
Kershaw 2005 (52)	Randomized Controlled Trial	Women with a high risk of traumatic experience (based on delivery mode)	319 women who delivered their first child by operative delivery (unplanned caesarean section, vacuum or forceps)	Debriefing by community midwives specifically trained in postpartum debriefing at 10 days and 10 weeks. Debriefing involved six phases, introductory, fact-finding, feelings, symptoms, teaching and validation, and a re-entry phase for unanswered questions and an action plan. (n=161)	Standard postpartum care, plus 'normal' debriefing over a 10-day period. Normal debriefing included the doctor at delivery giving information and answering questions and the community midwife asking about the birth on her first visit (n=158)	10 days, 10 weeks and 20 weeks following delivery	PTSD symptoms (IES)	No significant differences in PTSD symptoms between the groups (10 days: Control Mean 20.19, Debriefing Mean 16.9 ($p=0.27$), 10 weeks: Control Mean 15.97, Debriefing Mean 12.72 ($p=0.09$), 20 weeks Control Mean 11.19, Debriefing Mean 10.66, ($p=0.29$).	B
Navidian 2017 (45)	Randomized Controlled Trial	Women who recently had a stillbirth	100 women who recently had a stillbirth	Psychological grief counseling (n=50). Four group sessions in a two-week period with elements of psycho-education and cognitive-behavioral therapy.	Routine postpartum care (n=50)	Four weeks after the start of the intervention	PTSD symptom severity using the PPQ	Less severe PTSD at time of follow-up in women who had a stillbirth and received psychological grief counseling, compared to standard postpartum care ($p=0.0001$); In the intervention group, the	B

								mean severity score decreased from 7.22 to 4.22 ($p=0.0001$), and in the control group from 7.64 to 6.50 ($p=0.1$).	
Priest 2003 (39)	Randomized Controlled Trial	Mothers who gave birth to healthy infants	1745 women who gave birth to healthy infants	Individual standardized debriefing session based on the principles of CISD carried out within 72 hours of delivery (n=875).	Standard postpartum care (n=870)	2, 6, 12 months postpartum	PTSD diagnosis (DSM-IV) and PTSD symptoms (IES-R)	No significant differences between control and intervention groups in scores on IES-R at 2, 6 or 12 months postpartum (no scores or p-values given). Nor in proportion of women who met diagnostic criteria for a stress disorder (intervention 0.6% (0.2-1.3%) vs. control 0.8% (0.3-1.6%), RR 0.71 (95%CI 0.23-2.23; $p=0.58$).	B
Ryding 1998 (51)	Randomized Controlled Trial	Women with a high risk of traumatic experience (based on delivery mode)	99 women who had had an emergency caesarean section	3-4 consultations during the first 2-3 weeks after delivery. Exposure to traumatic events, and discussion of the implications and consequences of the emergency caesarean section were important parts of the sessions (n=50)	Standard care (n=49).	1 and 6 months postpartum	PTSD symptoms (IES)	PTSD symptoms were less in the intervention group compared to the comparison group at 1 month (M=3.0 (SD: 1.0-11.0) vs. 7.5 (SD: 4.0-15.0) ($p=0.01$)) and 6 months postpartum (M=4.0 (SD: 1.0-9.0) vs. M=8.5 (SD: 3.0-16.0), ($p<0.05$)).	B
Selkirk 2006 (49)	Randomized Controlled Trial	Pregnant women	149 women in 3rd trimester of pregnancy	One midwife-led post partum debriefing session (30-60 minutes) on the 2nd or 3rd day post partum.	No debriefing.	1 and 3 months postpartum	PTSD symptoms (IES)	No significant difference between intervention and control groups in trauma symptom severity ($p=0.14$), as measured by IES, at any assessment point in the postpartum period. There was a strong suggestion (although it did not reach statistical significance) that	B

								women who experienced more medical intervention during childbirth and were debriefed, reported greater traumatic stress than those who experienced more medical intervention and were not debriefed ($p=0.07$).	
Shaw 2014 (40)	Randomized Controlled Trial	Women with a high risk of traumatic experience (based on preterm birth / admission to the NICU)	105 mothers of preterm infants with symptoms of acute stress disorder, depression and/or anxiety	6 or 9 sessions of 45-55 minutes of treatment intervention (n=62), based on trauma-focused cognitive behavior therapy.	1 session active comparison intervention (information about how to care for a premature baby)	4-5 weeks and 6 months postpartum	PTSD symptoms (DTS)	The intervention was found to have a significant and strong effect on maternal trauma symptom at 1-month post intervention (effect size=-0.333, $p=0.041$) and 6-month follow-up (effect size=-0.741, $p<0.001$).	B
Zelkowitz 2011 (50)	Randomized Controlled Trial	Women with a high risk of traumatic experience (based on preterm birth / admission to the NICU)	121 mothers of babies born at <1500 grams and admitted to the NICU	CUES program (n=60), consisted of 6 sessions, the first occurring in the NICU and the last session at home (2 to 4 weeks after discharge), including ways to recognize signs of anxiety/distress.	Care program: general information on infant care (n=61)	2-4 weeks after the intervention ended, thus at 6-8 weeks corrected age.	PTSD symptoms (PPQ)	Intervention and comparison groups had less PTSD symptoms post intervention, but preceding results were not statistically significant. Overall PTSD symptoms in the intervention group were 2.9 (SD: 2.9) compared to 3.2 (SD: 2.8) in the control group (CI; -0.8 to 1.5, $p=0.54$).	B

Risk of bias table

Study	Selection Bias	Performance Bias	Detection Bias	Attrition Bias	Reporting Bias	Confounding Bias	GRADE quality of evidence
Priest 2003 (39)	-	+	-	?	+	?	MODERATE
Selkirk 2006 (49)	-	+	?	+	-	+	LOW
Gamble 2005 (37)	-	+	-	-	-	-	HIGH
Abdollahpour 2016 (43)	+	+	-	+	-	+	VERY LOW
Kershaw 2005 (52)	+	+	?	+	+	+	VERY LOW
Ryding 1998 (51)	+	+	+	?	-	-	LOW
Borghini 2014 (44)	-	+	?	-	+	+	LOW
Jotzo 2005 (38)	?	+	+	-	-	-	MODERATE
Zelkowitz 2011 (50)	-	+	-	+	-	-	MODERATE
Shaw 2014 (40)	-	+	?	+	-	-	MODERATE
Di Blasio 2015 (41)	?	-	?	+	-	-	HIGH
Di Blasio 2015 (42)	?	+	?	+	-	-	MODERATE
Hughes 2002 (53)	+	+	?	+	-	+	VERY LOW
Navidian 2017 (45)	?	+	+	?	-	+	LOW

– = low risk of bias, + = high risk of bias, ? = unclear risk of bias	
<i>Selection bias</i>	Were the patients in different intervention groups (trials and cohort studies) or were the cases and controls (case-control studies) recruited from the same population?
<i>Performance bias</i>	Was an attempt made to blind study subjects to the intervention they have received?
<i>Detection bias</i>	Was an attempt made to blind those measuring the main outcomes of the intervention?
<i>Attrition bias</i>	Are the main findings of the study clearly described? Have the characteristics of patients lost to follow-up been described? Were losses of patients to follow-up taken into account?
<i>Reporting bias</i>	Are the main outcomes to be measured clearly described in the Introduction or Methods section?
<i>Confounding bias</i>	Are the distributions of principal confounders in each group of subjects to be compared clearly described? Was there adequate adjustment for confounding in the analyses from which the main findings were drawn?

Hoofdstuk 4. Behandeling van PTSS na de bevalling

Evidence table

Author & year	Study type	Group	Patient characteristics	Intervention (n)	Comparison (n)	Follow-up	Relevant outcome measures (questionnaire)	Results	Evidence level
Johnson 2016 (80)	Randomized Controlled Trial	50 women with perinatal loss in the last 2 weeks to 19 months with a depression assessed by SCID-I.	50 women who experienced a perinatal loss within the past 18 months, whose current depressive episode onset occurred during or after the loss	Interpersonal psychotherapy (IPT) adapted for perinatal loss (14 sessions)	Coping with Depression (CWD), a cognitive behavioral treatment which did not focus on perinatal loss nor social support (14 sessions)	Assessments at baseline, treatment weeks 4 and 8, post-treatment and 3 and 6 months after the end of treatment.	PTSD (diagnosed using a Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis Disorders (SCID-I).	Among the subset of women who met criteria for PTSD at baseline, it appeared that IPT was more effective than psychoeducation. The hazard ratio was 5.65 (95% CI = 1.54-20.82).	B
Nieminen 2016 (81)	Randomized Controlled Trial	56 women with a traumatizing birth experience	56 women who were having self-reported posttraumatic stress symptoms related to a traumatic childbirth (TES sum score ≥ 30). 64% of the participants had the traumatic event >1 year after inclusion.	Internet-based cognitive behaviour therapy guided by a clinician for 8 weeks comprised eight modules of written tekst and a homework track. The programme included psychoeducation, anxiety coping methods and skill training, exposure and cognitive restructuring. (n=28)	Waiting list (the control group received the same treatment and measures five months after the treatment group) (n=28)	The treatment covered 8 weeks. The control group received treatment 5 months after the treatment group did.	Severity of PTSD symptoms, presence of PTSD, assessed by the Traumatic Event Scale (TES) and Impact of Event Scale-Reversed (IES-R)	The primary outcome measure, PTSD symptoms, showed a large between-group effect size when measured at follow-up post-treatment with the IES-R ($d=0.82$), but a small effect size when measured with the TES ($d=0.36$). IES-R: Post-treatment measures in treatment group (M (SD)) (19.22 (14.29)) and control group (32.76 (16.73)) ($p<0.0001$). TES: Post-treatment measures in treatment group (31.60 (11.08)) and control group (35.67 (11.27)) ($p=0.09$)	B

Risk of bias table

Study	Selection Bias	Performance Bias	Detection Bias	Attrition Bias	Reporting Bias	Confounding Bias	GRADE quality of evidence
Johnson 2016 (80)	+	+	?	-	-	?	LOW
Nieminen 2016 (81)	-	+	+	-	-	+	LOW

– = low risk of bias, + = high risk of bias, ? = unclear risk of bias

<i>Selection bias</i>	Were the patients in different intervention groups (trials and cohort studies) or were the cases and controls (case-control studies) recruited from the same population?
<i>Performance bias</i>	Was an attempt made to blind study subjects to the intervention they have received?
<i>Detection bias</i>	Was an attempt made to blind those measuring the main outcomes of the intervention?
<i>Attrition bias</i>	Are the main findings of the study clearly described? Have the characteristics of patients lost to follow-up been described? Were losses of patients to follow-up taken into account?
<i>Reporting bias</i>	Are the main outcomes to be measured clearly described in the Introduction or Methods section?
<i>Confounding</i>	Are the distributions of principal confounders in each group of subjects to be compared clearly described? Was there adequate adjustment for confounding in the analyses from which the main findings were drawn?

© 2019 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie

Postbus 20075

3502 LB UTRECHT

Tel. 030-2823 812

Email: kwaliteit@nvog.nl

Website: www.nvog.nl

Utrecht, 31 oktober 2019

Alle rechten voorbehouden. De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de NVOG. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de NVOG aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven.

Bijlage V. Referenties

1. Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, e.a. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *Br Med J.* 2004;june 19(328(7454)):1490.
2. Andrews JC, Schünemann HJ, Oxman AD, Pottie K, Meerpohl JL, Coello PA, e.a. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation - Determinants of a recommendation's direction and strength. *J Clin Epidemiol.* 2013;66(7):726–35.
3. American Psychiatric Association (APA). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5).* 2014.
4. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *Antenatal And Postnatal Mental Health: Clinical Management and Service Guidance. NICE Clin Guidel.* 2014;(4–51).
5. Stramrood CAI, Paarlberg KM, Huis In't Veld EMJ, Berger LWA, Vingerhoets J, Willibrord CM, e.a. Posttraumatic stress following childbirth in homelike- and hospital settings. *J Psychosom Obstet Gynaecol. Informa Healthcare;* 2011;32(2):88–97.
6. Olde E, van der Hart O, Kleber RJ, van Son MJ, Wijnen HAA, Pop VJM. Peritraumatic Dissociation and Emotions as Predictors of PTSD Symptoms Following Childbirth. *J Trauma Dissociation.* 2005;6(3):125–42.
7. Grekin R, O'Hara MW. Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2014;34(5):389–401.
8. Ayers S, Bond R, Bertullies S, Wijma K. The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychol Med.* 2016;46(6):1121–34.
9. Lapp LK, Agbokou C, Peretti C-S, Ferreri F. Management of post traumatic stress disorder after childbirth: a review. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2010;31(3):113–22.
10. Tschudin S, Alder J, Hendriksen S, Blitzer J, Popp Z, Zanetti R, e.a. Pregnant women's perception of cesarean section on demand. *J Perinat Med.* 2009;37(3):251–6.
11. Hollander M, de Miranda E, van Dillen J, de Graaf I, Vandenbussche F, Holten L. Women's motivations for choosing a high risk birth setting against medical advice in the Netherlands: a qualitative analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;
12. Alder J, Stadlmayr W, Tschudin S, Bitzer J. Post-traumatic symptoms after childbirth: What should we offer? *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2006;27(2):107–12.
13. Davies J, Slade P, Wright I, Stewart P. Posttraumatic stress symptoms following childbirth and mothers' perceptions of their infants. *Infant Ment Health J.* 2008;29(6):537–54.
14. Lemola S, Stadlmayr W, Grob A. Maternal adjustment five months after birth: The impact of the subjective experience of childbirth and emotional support from the partner. *J Reprod Infant Psychol.* 2007;25(3):190–202.
15. Nicholls K, Ayers S. Childbirth-related post-traumatic stress disorder in couples: A qualitative study. *Br J Health Psychol.* 2007;12(4):491–509.
16. Parfitt YM, Ayers S. The effect of post-natal symptoms of post-traumatic stress and depression on the couple's relationship and parent-baby bond. *J Reprod Infant Psychol.* 2009;27(2):127–42.
17. van Pampus MG, Wolf H, Weijmar Schultz WCM, Neeleman J, Aarnoudse JG. Posttraumatic stress disorder following preeclampsia and HELLP syndrome. *J Psychosom Obstet Gynecol Gynecol.* 2004;25(3–4):183–7.
18. Olieman RM, Siemonsma F, Bartens MA, Garthus-Niegel S, Scheele F, Honig A. The effect of an elective cesarean section on maternal request on peripartum anxiety and

- depression in women with childbirth fear: A systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):21–3.
19. Yildiz PD, Ayers S, Phillips L. The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2018;208:No-Specified.
 20. Haagen JF, Moerbeek M, Olde E, van der Hart O, Kleber RJ. PTSD after childbirth: A predictive ethological model for symptom development. *J Affect Disord*. 2015;185:135–43.
 21. Alcorn KL, O'Donovan A, Patrick JC, Creed D, Devilly GJ. A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychol Med*. 2010;40(11):1849–59.
 22. Ayers S, Eagle A, Waring H. The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: A qualitative study. *Psychol Heal Med*. 2006;11(4):389–98.
 23. Stramrood CAI, Wessel I, Doornbos B, Aarnoudse JG, Van Den Berg PP, Weijmar Schultz WCM, e.a. Posttraumatic stress disorder following pre-eclampsia and PPRM; A prospective study with 15 months follow-up. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2010;31(7):96.
 24. Ayers S, Joseph S, McKenzie-McHarg K, Slade P, Wijma K. Post-traumatic stress disorder following childbirth: Current issues and recommendations for future research. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2008;29(4):240–50.
 25. Boeschoten M, Bakker A, Jongedijk R, Olf M. PTSD checklist for the DSM-5 (PCL-5)-Dutch version. *Arq Psychotrauma Expert Gr*. 2014;
 26. Brewin CR, Rose S, Andrews B, Green J, Tata P, McEvedy C, e.a. Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry*. 2002;181:158–62.
 27. Baumert J, Simon H, Gündel H, Schmitt C, Ladwig K-H. The Impact of Event Scale - Revised: Evaluation of the subscales and correlations to psychophysiological startle response patterns in survivors of a life-threatening cardiac event: An analysis of 129 patients with an implanted cardioverter defibrillator. *J Affect Disord*. 2004;82(1):29–41.
 28. Sheehan D, Lecrubier Y, Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller H, e.a. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(suppl 4):22–33.
 29. Callahan JL, Borja SE. Psychological outcomes and measurement of maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2008;22(1):49–59.
 30. Bakker A, van der Meer C, Olf M. Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5). *Uitg Acad Med Centrum, Amsterdam*. 2014;
 31. Iles J, Slade P, Spiby H. Posttraumatic stress symptoms and postpartum depression in couples after childbirth: The role of partner support and attachment. *J Anxiety Disord* [Internet]. Elsevier Ltd; 2011;25(4):520–30. Geraadpleegd van: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.12.006>
 32. Cook N, Ayers S, Horsch A. Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *J Affect Disord*. Netherlands; januari 2018;225(June 2017):18–31.
 33. Sijbrandij M, Reitsma JB, Roberts NP, Engelhard IM, Olf M, Sonneveld LP, e.a. Self-report screening instruments for post-traumatic stress disorder (PTSD) in survivors of traumatic experiences. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(6).

34. van Emmerik AAP, Kamphuis JH, Hulsbosch AM, Emmelkamp PMG. Geen preventief nut van eenmalige debriefing na psychologisch traumatische gebeurtenissen : meta-analyse. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2003;147(17):809–12.
35. Wikipedia. CISM [Internet]. [geciteerd 12 november 2017]. Geraadpleegd van: https://en.wikipedia.org/wiki/Critical_incident_stress_management
36. Pennebaker JW. Expressive Writing in Psychological Science. *Perspect Psychol Sci* [Internet]. 2017;174569161770731. Geraadpleegd van: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1745691617707315>
37. Gamble J, Creedy D, Moyle W, Webster J, McAllister M, Dickson P. Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: A randomized controlled trial. *Birth.* 2005;32(1):11–9.
38. Jotzo M, Poets CF. Helping parents cope with the trauma of premature birth: an evaluation of a trauma-preventive psychological intervention. *Pediatrics.* 2005/04/05. 2005;115(4):915–9.
39. Priest SR, Henderson J, Evans SF, Hagan R. Stress debriefing after childbirth: a randomised controlled trial. *Med J Aust.* 2003/05/27. 2003;178(June):542–5.
40. Shaw RJ, St John N, Lilo E, Jo B, Benitz W, Stevenson DK, e.a. Prevention of traumatic stress in mothers of preterms: 6-month outcomes. *Pediatrics.* 2014;134(2):e481–8.
41. Di Blasio P, Miragoli S, Camisasca E, Di Vita AM, Pizzo R, Pipitone L. Emotional Distress Following Childbirth: An Intervention to Buffer Depressive and PTSD Symptoms. *Eur J Psychol.* 2015;11(2):214–32.
42. Di Blasio P, Camisasca EL, Caravita SCS, Ionio C, Milani L, Valtolina GG. The effects of expressive writing on postpartum depression and posttraumatic stress symptoms. *Psychol Rep.* 2015;117(3):856–82.
43. Abdollahpour S, Khosravi A, Bolbolhaghghi N. The effect of the magical hour on post-traumatic stress disorder (PTSD) in traumatic childbirth: a clinical trial. *J Reprod Infant Psychol.* 2016;34(4):403–12.
44. Borghini A, Habersaat S, Forcada-Guex M, Nessi J, Pierrehumbert B, Ansermet F, e.a. Effects of an early intervention on maternal post-traumatic stress symptoms and the quality of mother-infant interaction: The case of preterm birth. Vol. 37, *Infant Behavior & Development.* 2014. p. 624–31.
45. Navidian A, Saravani Z, Shakiba M. Impact of Psychological Grief Counseling on the Severity of Post-Traumatic Stress Symptoms in Mothers after Stillbirths. *Issues Ment Health Nurs.* England: Taylor & Francis; augustus 2017;38(8):650–4.
46. Sheen K, Slade P. The efficacy of “debriefing” after childbirth: Is there a case for targeted intervention? Vol. 33, *Journal of Reproductive and Infant Psychology.* Taylor & Francis; 2015. p. 308–20.
47. Borg Cunen N, McNeill J, Murray K. A systematic review of midwife-led interventions to address post partum post-traumatic stress. *Midwifery.* 2014;30(2):170–84.
48. Kraljevic M, Warnock FF. Early educational and behavioral RCT interventions to reduce maternal symptoms of psychological trauma following preterm birth: a systematic review. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2013;27(4):311–27.
49. Selkirk R, McLaren S, Ollerenshaw A, McLachlan AJ, Moten J. The longitudinal effects of midwife-led postnatal debriefing on the psychological health of mothers. *J Reprod Infant Psychol.* 2006;24(2):133–47.
50. Zekowitz P, Feeley N, Shrier I, Stremler R, Westreich R, Dunkley D, e.a. The cues and care randomized controlled trial of a neonatal intensive care unit intervention:

- effects on maternal psychological distress and mother-infant interaction. *J Dev Behav Pediatr.* 2011;32(8):591–9.
51. Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Postpartum Counselling After an Emergency Cesarean. *Clin Psychol Psychother.* 1998;5:231–7.
 52. Kershaw K, Jolly J, Bhabra K, Ford J. Randomised controlled trial of community debriefing following operative delivery. *Br J Obstet Gynaecol.* 2005;112(11):1504–9.
 53. Hughes P, Turton P, Hopper E, Evans CDH. Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth. *Lancet.* 2002;360(9327):114–8.
 54. Brimdyr K. The magical hour: Holding your baby skin to skin in the first hour after birth [Internet]. 2011. Geraadpleegd van: <http://www.magicalhour.com/aboutus.html>
 55. Phillips R. The sacred hour: uninterrupted skin-to-skin contact immediately after birth. *Newborn Infant Nurs Rev.* 2013;67–72.
 56. McKenzie-McHarg K, Crockett M, Olander EK, Ayers S. Think pink! A sticker alert system for psychological distress or vulnerability during pregnancy. *Br J Midwifery.* 2014;22(8):495–500.
 57. Bohren M, Hofmeyr G, Sakala C, Fukuzawa R, Cuthbert A. Continuous Support for Women During Childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(7).
 58. Hodnett ED. Pain and women’s satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186(5 SUPPL.):160–74.
 59. Taheri M, Takian A, Taghizadeh Z, Jafari N, Sarafraz N. Creating a positive perception of childbirth experience: Systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reprod Health.* 2018;15(1):1–13.
 60. Hollander MH, van Hastenberg E, van Dillen J, van Pampus MG, de Miranda E, Stramrood CAI. Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women’s perceptions and views. *Arch Womens Ment Health.* 2017;Aug;20(4):515–23.
 61. Artikel 450 Burgerlijk Wetboek.
 62. Moore E, Bergman N, Anderson G, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(11).
 63. Stevens J, Schmied V, Burns E, Dahlen H. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: A review of the literature. *Matern Child Nutr.* 2014;10(4):456–73.
 64. Cleveland L, Hill C, Pulse W, DiCioccio H, Field T, White-Traut R. Systematic Review of Skin-to-Skin Care for Full-Term, Healthy Newborns. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2017;46(6):857–69.
 65. Saxton A, Fahy K, Rolfe M, Skinner V, Hastie C. Does skin-to-skin contact and breast feeding at birth affect the rate of primary postpartum haemorrhage: Results of a cohort study. *Midwifery.* 2015;31(11):1110–7.
 66. Kingdon C, Givens JL, O’Donnell E, Turner M. Seeing and holding baby: Systematic review of clinical management and parental outcomes after stillbirth. *Birth Issues Perinat Care.* 2015;42(3):206–18.
 67. Hennegan JM, Henderson J, Redshaw M. Contact with the baby following stillbirth and parental mental health and well-being: a systematic review. *BMJ Open* 2015 Nov 27;5(11):e008616.
 68. Cacciatore J, Rådestad I, Frederik Frøen J. Effects of contact with stillborn babies on maternal anxiety and depression. *Birth* 2008 Dec;35(4):313-20.
 69. Holmes EA, James EL, Kilford EJ, Deerprouse C. Key steps in developing a cognitive vaccine against traumatic flashbacks: Visuospatial tetris versus verbal pub quiz. *PLoS One.* 2010;5(11).

70. James S. Women's experiences of symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD) after traumatic childbirth: a review and critical appraisal. *Arch Womens Ment Health*. 2015;18(6):761–71.
71. Mitchell JT. When disaster strikes...the critical incident stress debriefing process. *JEMS a J Emerg Med Serv*. 1983;8(1):36–9.
72. The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Post-traumatic stress disorder: management [Internet]. Clinical guideline. 2005. Geraadpleegd van: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg26>
73. Trimbos. Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen [Internet]. 2011. p. 9.3.4. Geraadpleegd van: www.ggzrichtlijnrichtlijnen.nl
74. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA. Effective Treatments for PTSD. Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. The Guilford Press; 2009.
75. The Royal College of Psychiatrists & The British Psychological Society. Post-Traumatic Stress Disorder: The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care. 2005.
76. Watts B, Schnurr P, Mayo L, Young-Xu Y, Weeks W, Friedman M. Meta-Analysis of the Efficacy of Treatments for Posttraumatic Stress Disorder. *J Clin Psychiatry*. 2013;74(6):e541–50.
77. Forman-Hoffman V, Middleton J, Feltner C, Gaynes B, Weber R, Bann C, e.a. Psychological and Pharmacological Treatments for Adults With Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review Update [Internet]. Agency for Healthcare Research and Quality (US). p. Report No: 18-EHC011-EF.
78. Ironson G, Freund B, Strauss JL, Williams J. Comparison of Two Treatments for Traumatic Stress: A Community-Based Study of EMDR and Prolonged Exposure. *J Clin Psychol*. 2002;58(1):113–28.
79. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 1998;19(2):84–97.
80. Johnson JE, Price AB, Kao JC, Fernandes K, Stout R, Gobin RL, e.a. Interpersonal psychotherapy (IPT) for major depression following perinatal loss: a pilot randomized controlled trial. *Arch Womens Ment Health*. Austria; 2016;19(5):845–59.
81. Nieminen K, Berg I, Frankenstein K, Viita L, Larsson K, Persson U, e.a. Internet-provided cognitive behaviour therapy of posttraumatic stress symptoms following childbirth—a randomized controlled trial. *Cogn Behav Ther*. 2016;45(4):287–306.
82. Wijma K, Soderquist J, Wijma B. Posttraumatic stress disorder after childbirth: A cross sectional study. *J Anxiety Disord*. 1997;11(6):587–97.
83. Ayers S, McKenzie-McHarg K, Eagle A. Cognitive behaviour therapy for postnatal post-traumatic stress disorder: Case studies. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2007;28(3):177–84.
84. Sandström M, Wiberg B, Wikman M, Willman A-KK, Högberg U. A pilot study of eye movement desensitisation and reprocessing treatment (EMDR) for post-traumatic stress after childbirth. *Midwifery*. 2008;24(1):62–73.
85. Stramrood CAI, van der Velde J, Doornbos B, Paarlberg MK, Weijmar Schultz WCM, van Pampus MG. The Patient Observer: Eye-Movement Desensitization and Reprocessing for the Treatment of Posttraumatic Stress following Childbirth. *Birth Issues Perinat Care*. 2012;39(1):70–6.
86. Yonkers KA, Wisner KL, Stewart DE, Oberlander TF, Deil DL, Stotland N, e.a. The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric

- Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol.* 2009;September(114(3)):703–13.
87. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. *Perinatal Anxiety and Depression* [Internet]. Ranzcog. 2015. p. 1–17. Geraadpleegd van: [http://www.ranzcog.edu.au/component/search/?searchword=perinatal anxiety and depression&searchphrase=all&Itemid=1](http://www.ranzcog.edu.au/component/search/?searchword=perinatal%20anxiety%20and%20depression&searchphrase=all&Itemid=1)
 88. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *Common mental health problems: identification and pathways to care* [Internet]. Clinical guideline. 2011. Geraadpleegd van: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123/resources/common-mental-health-problems-identification-and-pathways-to-care-35109448223173>
 89. Rijksoverheid. *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg* [Internet]. 2016. p. 1–67. Geraadpleegd van: <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/publicatie/2016/06/28/zorgstandaard-integrale-geboortezorg-versie-1.1>
 90. KNMG. *Informed Consent*, KNMG. <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/informed-consent.htm>.
 91. Charles C, Whelan T, Gafni A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *Br Med J.* 1999;319(7212):780–2.
 92. Vesel J, Nickasch B. An Evidence Review and Model for Prevention and Treatment of Postpartum Posttraumatic Stress Disorder. *Nurs Womens Health.* 2015;19(6):504–25.