



Federatie
**Medisch
Specialisten**

Bevallingsgerelateerde PTSS en PTSS-klachten

Inhoudsopgave

Bevallingsgerelateerde PTSS en PTSS-klachten	1
Inhoudsopgave	2
Startpagina - Bevallingsgerelateerde PTSS en PTSS-klachten	3
Achtergrondinformatie posttraumatische stressstoornis (PTSS)	4
Preventie van PTSS na de bevalling en traumatische bevallingservaringen	14
De behandeling van vrouwen met PTSS na de bevalling	29
Organisatie van de zorg bij posttraumatisch stresssyndroom PTSS	39

Startpagina - Bevallingsgerelateerde PTSS en PTSS-klachten

Waar gaat deze richtlijn over?

Op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) de richtlijn Bevallingsgerelateerde PTSS en PTSS klachten ontwikkeld. Deze richtlijn richt zich op wat volgens de beschikbare wetenschappelijke literatuur en klinische expertise de beste zorg zou zijn voor vrouwen bij wie de bevalling een traumatische gebeurtenis was (zoals beschreven in *DSM-5*-criterium A voor PTSS, zie module [Achtergrondinformatie](#)), als vrouwen voor wie de bevalling een nare, negatieve of ingrijpende gebeurtenis was. De richtlijn gaat ook over de preventie van bevallingsgerelateerde PTSS en PTSS-klachten en organisatie van zorg.

Voor wie is de richtlijn bedoeld?

Deze richtlijn is geschreven voor zorgverleners die te maken hebben met zwangere en (pas) bevallen vrouwen.

Voor patiënten

Bij deze richtlijn is een keuzekaart gemaakt. Een keuzekaart kan helpen bij het maken van keuzes over screening, diagnose en behandeling in het kader van samen beslissen. Meer informatie over opties bij een nare bevallingservaring kunt u [hier](#) vinden.

Hoe is de richtlijn tot stand gekomen?

Het initiatief voor de richtlijn is afkomstig van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG). De modules zijn opgesteld door een landelijke werkgroep bestaande uit gynaecologen, psychiaters, psychologen, verloskundigen en patiëntvertegenwoordigers.

Achtergrondinformatie posttraumatische stressstoornis (PTSS)

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;
- Hyperalertheid;
- 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. Nachtmeries 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 nachtmeries 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 de 'Toolbox' bij de aanverwante producten.

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.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 01-10-2019

Laatst geautoriseerd : 01-10-2019

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

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 sectio 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*. 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, Creedy 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, Olff 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, Olff 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, Olff 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 Geneesk*. 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, Sarafriz 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.

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?

Aanbeveling

Streef naar continue een-op-eenbegeleiding van alle barende 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 barende 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.

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 geïnccludeerd 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 geïnccludeerd. 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 barende 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 systematic 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 systematic review uit 2015 concludeert dat, met name ten aanzien van PTSS (symptomen), er geen eenduidige conclusies kunnen worden getrokken op basis van de 11 geïnccludeerde 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 geïnccludeerde 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*'.

Onderbouwing

Achtergrond

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 de module Achtergrondinformatie).

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 schrijfopdracht 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 de aanverwante producten) (36).

Conclusies

1. PTSS

Hoog GRADE	<i>Critical incident stress debriefing</i> (CISD) 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</i> (CISD) 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</i> (CISD) geen effect op het ontstaan van PTSS-symptomen (49).

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 geïnccludeerd 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 postpartumzorg. 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

counselingsessies 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 schrijfoefening. 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 de evidence tabellen. 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).

Zoeken en selecteren

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-stressstoornis (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

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 geïnccludeerde vrouwen (al) voldeed aan de criteria voor PTSS. Er werden negen studies geïnccludeerd (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 geïnccludeerd (49–52). De drie reviews zelf zijn niet geïnccludeerd. Tenslotte is één artikel handmatig toegevoegd nadat deze werd gevonden via de literatuurlijst van een ander artikel (53). Uiteindelijk zijn daarmee 14 originele studies geïnccludeerd, waarvan er geen geschikt was om PICO 1 te beantwoorden, en alle 14 geschikt waren om PICO 2 te beantwoorden.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 01-10-2019

Laatst geautoriseerd : 01-10-2019

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

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*. 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, Creedy 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, Olff 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, Olff 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, Olff 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. CISTD [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, Bolbolhaghighi 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, Sarafranz 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, Deeprose 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 - Trimboos. 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.

De behandeling van vrouwen met PTSS na de bevalling

Uitgangsvraag

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

Aanbeveling

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).

Overwegingen

Om tot aanbevelingen te komen is een synthese gemaakt van (a) de conclusies o.b.v. de twee geïnccludeerde 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 deze module 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.

Onderbouwing

Achtergrond

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 vooralsnog 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 1. 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 1: 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.

Conclusies

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).

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 de evidence tabellen. De bewijskracht voor online traumagerichte cognitieve gedragstherapie bij vrouwen met PTSS wordt gegradeerd op laag, op basis van het ontbreken van blinding en omdat confounding in de controlegroep waarschijnlijk werd geacht. De bewijskracht voor interpersoonlijke therapie wordt gegradeerd op laag, op basis van ontbreken van blinding, gebruik van een convenience sample en dat confounding door andere interventies niet is uitgesloten.

Zoeken en selecteren

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);
4. '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;
5. '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;
6. '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

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.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 01-10-2019

Laatst geautoriseerd : 01-10-2019

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

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. 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, Creedy 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, Olff 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, Olff 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, Olff 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 Geneesk*. 2003;147(17):809–12.
- 35 - Wikipedia. CIST [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;1745691617707315. 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 - Zolkowitz 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, Deeproose 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.

Organisatie van de zorg bij posttraumatisch stresssyndroom PTSS

Aanbeveling

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 kinderwens. 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.

Onderbouwing

Achtergrond

Om de aanbevelingen in de modules 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 de module 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 de 'Toolbox' bij de aanverwante producten. 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 de module 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 kindervens, 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 stressklachten, 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 de 'Toolbox' bij de aanverwante producten).

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.

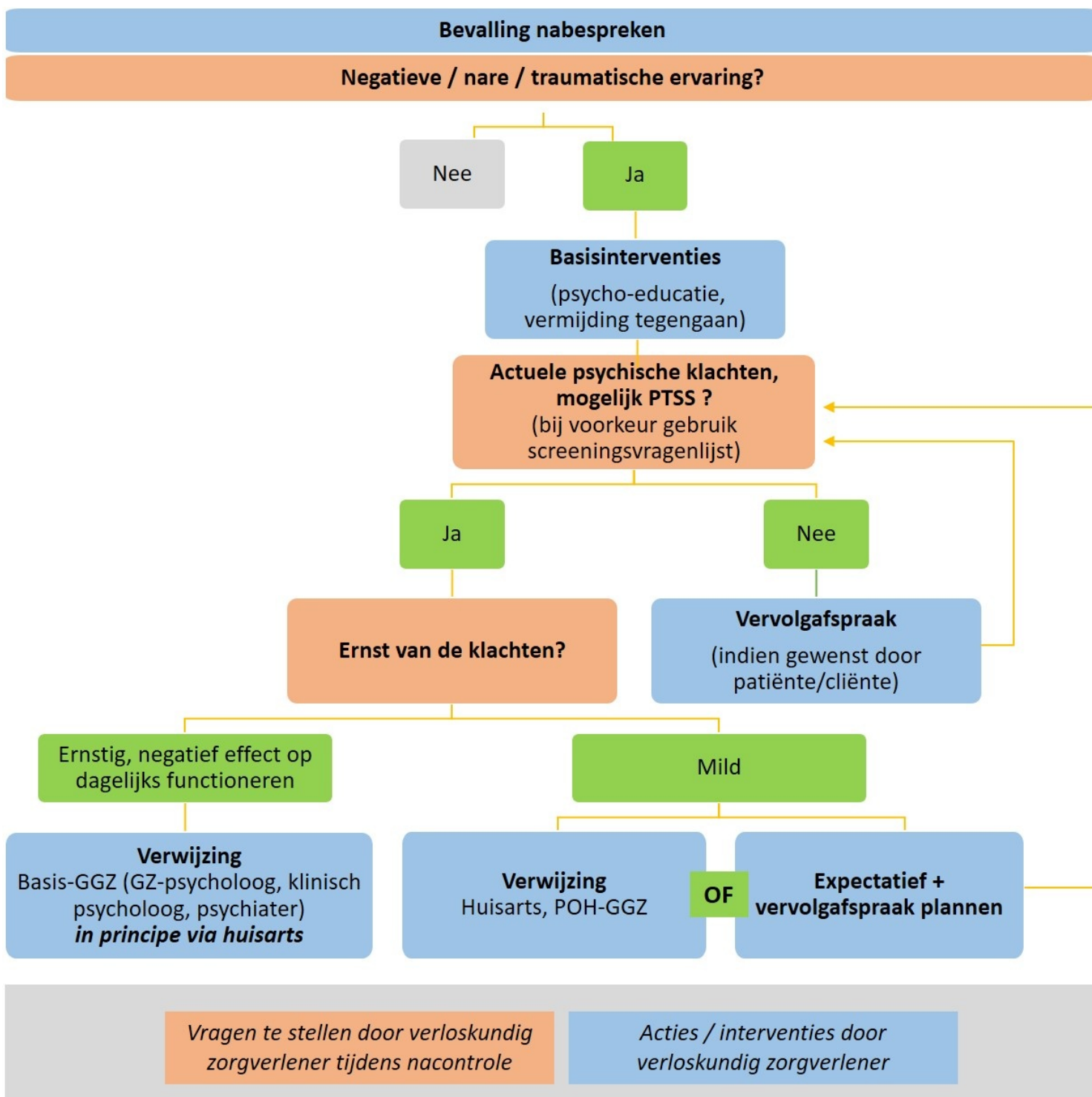
Bij milde symptomen van PTSS kan zowel een afwachtend beleid met follow-up binnen enkele weken (*National Institute for Health and Clinical Excellence* (72) als begeleiding door huisarts of POH-GGZ overwogen worden.

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 de 'Toolbox' bij de aanverwante producten). 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 barende en manieren om haar controle te geven. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van een bevalplan/geboorteplan. 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.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 01-10-2019

Laatst geautoriseerd : 01-10-2019

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijnendatabase.

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, Creedy 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, Olff 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, Olff 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, Olff 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 Geneesk*. 2003;147(17):809–12.
- 35 - Wikipedia. CISTD [Internet]. [gecteerd 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 - Zerkowicz 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, DiCiccio 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.