

RICHTLIJN

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

conceptversie september 2018

INITIATIEF

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie

IN SAMENWERKING MET

Nederlands Instituut voor Psychologen

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen

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

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

| | | |
|----|---|-----------|
| 43 | INHOUDSOPGAVE | |
| 44 | | |
| 45 | Algemene gegevens | 3 |
| 46 | Doel | |
| 47 | Patiëntencategorie | |
| 48 | Doelgroep | |
| 49 | Samenstelling van de werkgroep | |
| 50 | Belangenverklaringen | |
| 51 | Patiëntenperspectief | |
| 52 | Methode richtlijnontwikkeling | |
| 53 | Werkwijze | |
| 54 | Juridische betekenis van richtlijnen | |
| 55 | Geldigheid | |
| 56 | | |
| 57 | Achtergrondinformatie bevallingsgerelateerde PTSS | 9 |
| 58 | | |
| 59 | Hoofdstuk 1. Algemene inleiding | 11 |
| 60 | Aanleiding voor het maken van deze richtlijn | |
| 61 | Doel van de richtlijn | |
| 62 | Afbakening van de richtlijn | |
| 63 | Afkortingen | |
| 64 | | |
| 65 | Hoofdstuk 2. Achtergrondinformatie | 14 |
| 66 | I. Traumatische bevallingservaring | |
| 67 | II. PTSS (klachten) na de bevalling | |
| 68 | | |
| 69 | Hoofdstuk 3. Preventie van PTSS na de bevalling en traumatische bevallingservaringen | 19 |
| 70 | I. Traumatische bevallingservaring | |
| 71 | II. PTSS (klachten) na de bevalling | |
| 72 | | |
| 73 | Hoofdstuk 4. Behandeling van PTSS na de bevalling | 31 |
| 74 | I. PTSS (klachten) na de bevalling | |
| 75 | | |
| 76 | Hoofdstuk 5. Organisatie van Zorg | 37 |
| 77 | | |
| 78 | | |
| 79 | BIJLAGEN | |
| 80 | | |
| 81 | Bijlage I. Toolbox | 41 |
| 82 | Bijlage II. Kennislacunes | 47 |
| 83 | Bijlage III. Verantwoording | 48 |
| 84 | Bijlage IV. Onderbouwing | 59 |
| 85 | Bijlage V. Referenties | 71 |
| 86 | | |

87 **Algemene gegevens**

88

89 **Doel**

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

92

93 **Patiëntencategorie**

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

96 **Doelgroep**

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

101 **Samenstelling van de werkgroep**

102 Voor het ontwikkelen van de richtlijn is in 2015 een multidisciplinaire werkgroep
103 samengesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van patiënten en professionals die
104 betrokken zijn bij de zorg voor vrouwen met bevallingsgerelateerde PTSS-klachten (zie
105 hiervoor de samenstelling van de werkgroep). De werkgroepleden zijn (waar aangegeven)
106 door hun beroepsverenigingen gemandateerd voor deelname. De werkgroep werkte
107 gedurende 2015 tot en met 2018 aan de totstandkoming van de richtlijn. De werkgroep is
108 verantwoordelijk voor de integrale tekst van deze richtlijn.

109

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

111 gynaecoloog in opleiding, Gelre ziekenhuizen Apeldoorn, Apeldoorn

112 Drs. L.F. de Graaff

113 arts gynaecologie/verloskunde, OLVG, Amsterdam

114 Dr. M.G. van Pampus

115 gynaecoloog-perinatoloog, OLVG, Amsterdam

116 Prof. dr. A. de Jongh

117 gz-psycholoog, bijzonder hoogleraar angst- en gedragsstoornissen, Academisch

118 Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA), Amsterdam en Psychotrauma Expertise

119 Centrum (PSYTREC), Bilthoven

120 Prof. dr. A. Honig

121 psychiater, emeritus hoogleraar ziekenhuispsychiatrie, OLVG en Amsterdam UMC,

122 Vrije Universiteit Medisch Centrum, Amsterdam

123 Dr. J. de Boer

124 psycholoog, beleidsmedewerker Richtlijnontwikkeling KNOV

125 M.J. van Luin

126 verloskundige, lactatiekundige IBCLC, Mamma Minds, Amsterdam

127 Drs. M.A.M. Baas

128 psycholoog, arts-onderzoeker verloskunde OLVG, arts gynaecologie/verloskunde,

129 VUmc, Amsterdam

130

131 Drs. M.H. Hollander
 132 gynaecoloog-perinatoloog, Radboudumc, Nijmegen
 133 Dr. I.L. van Kamp
 134 gynaecoloog-perinatoloog, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden
 135 A. Schrage
 136 namens de HELLP Stichting, patiëntenvertegenwoordiger
 137 Drs. T.S. Gaakeer-Gort
 138 A&O psycholoog, namens de Stichting Bevallingstrauma,
 139 patiëntenvertegenwoordiger

141 **Belangenverklaringen**

142 De werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard of ze in de laatste vijf jaar een (financieel
 143 ondersteunde) betrekking onderhouden met commerciële bedrijven, organisaties of
 144 instellingen die in verband staan met het onderwerp van de richtlijn. Tevens is navraag
 145 gedaan naar persoonlijke financiële belangen, belangen door persoonlijke relaties, belangen
 146 d.m.v. reputatiemanagement, belangen vanwege extern gefinancierd onderzoek, en
 147 belangen door kennisvalorisatie. De belangenverklaringen zijn op te vragen bij de NVOG, een
 148 overzicht vindt u hieronder:

149
 150 **Tabel 1: belangenverklaringen werkgroepleden**

| <i>Naam werkgroep lid</i> | <i>Belangen, ja / nee</i> | <i>Toelichting</i> |
|---------------------------|---------------------------|--------------------|
| Dr. C.A.I. Stramrood | Nee | |
| Drs. L.F. de Graaff | Nee | |
| Dr. M.G. van Pampus | Nee | |
| Prof. dr. A. de Jongh | Nee | |
| Prof. dr. A. Honig | Nee | |
| Dr. J. de Boer | Nee | |
| M.J. van Luin | Nee | |
| Drs. M.A.M. Baas | Nee | |
| Drs. M. Hollander | Nee | |
| Dr. I.L. van Kamp | Nee | |
| A. Schrage | Nee | |
| Drs. T.S. Gaakeer-Gort | Nee | |

151

152 **Patiëntenparticipatie**

153 Het patiëntenperspectief is binnen deze richtlijn vormgegeven in samenspraak met de
 154 Patiëntenfederatie Nederland. In de werkgroep heeft een afgevaardigde van de HELLP
 155 Stichting en een afgevaardigde van de Stichting Bevallingstrauma zitting. Tevens wordt/is de
 156 conceptrichtlijn voor commentaar voorgelegd aan de Vereniging Ouders van
 157 Couveusekinderen en de organisatie Zelfbewustzwanger.nl.

158 **Autorisatie**

159 De richtlijn is geautoriseerd door: *[t.z.t. aanvullen met de verenigingen en*
 160 *(patiënten)organisaties die de richtlijn hebben geautoriseerd of geaccordeerd].*

161 **Methode richtlijnontwikkeling**

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

167 168 **Werkwijze**

169 *Uitgangsvragen en uitkomstmaten*

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

179

180 *Strategie voor zoeken en selecteren van literatuur*

181 Er werd eerst oriënterend gezocht naar bestaande buitenlandse richtlijnen
182 (<http://www.guideline.gov/>, <http://www.nice.org.uk/>,
183 <http://www.cbo.nl/thema/Richtlijnen/>, en <http://www.sign.ac.uk/>) en naar systematische
184 reviews in de Cochrane Library. Vervolgens werd er voor de afzonderlijke uitgangsvragen
185 aan de hand van specifieke zoektermen gezocht naar gepubliceerde wetenschappelijke
186 onderzoeken in de elektronische databases PubMed (Medline), Embase en PsychINFO van
187 1980 tot en met april 2018 in de Engelse of Nederlandse taal. Tevens werd aanvullend
188 gezocht naar studies aan de hand van de literatuurlijsten van de geselecteerde artikelen. De
189 werkgroepleden selecteerden de via de zoekactie gevonden artikelen op basis van vooraf
190 opgestelde selectiecriteria. De geselecteerde artikelen werden gebruikt om de
191 uitgangsvraag te beantwoorden. De databases waarin is gezocht, de zoekactie of gebruikte
192 trefwoorden van de zoekactie en de gehanteerde selectiecriteria zijn te vinden in de
193 zoekverantwoording van de desbetreffende uitgangsvraag.

194

195 *Kwaliteitsbeoordeling individuele studies*

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

199

200 *Samenvatten van de literatuur*

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

204

205

206

207 *Beoordelen van de kracht van het wetenschappelijke bewijs*
 208 De kracht van het wetenschappelijke bewijs werd bepaald volgens de GRADE-methode.
 209 GRADE staat voor 'Grading Recommendations Assessment, Development and Evaluation' (zie
 210 <http://www.gradeworkinggroup.org/>) (1). GRADE onderscheidt vier gradaties voor de
 211 kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs: hoog, matig, laag en zeer laag. Deze gradaties
 212 verwijzen naar de mate van zekerheid die er bestaat over de literatuurconclusie (2).

213
 214 **Tabel 2:** GRADE definities

| | |
|------------------|--|
| <i>Hoog</i> | - er is hoge zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; - het is zeer onwaarschijnlijk dat de literatuurconclusie verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd. |
| <i>Matig</i> | - er is matige zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; - het is mogelijk dat de conclusie verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd. |
| <i>Laag</i> | - er is lage zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; - er is een reële kans dat de conclusie verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd. |
| <i>Zeer laag</i> | - er is zeer lage zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; - de literatuurconclusie is zeer onzeker |

215
 216 *Formuleren van de aanbevelingen*
 217 Voor een aanbeveling zijn naast het wetenschappelijke bewijs ook andere aspecten
 218 belangrijk, zoals pilotstudies, expertise van de werkgroepleden, patiëntenvoorkeuren,
 219 kosten, beschikbaarheid van voorzieningen of organisatorische zaken. Deze aspecten worden
 220 in elk hoofdstuk, voor zover geen onderdeel van de literatuursamenvatting, vermeld onder
 221 'overwegingen'. De aanbevelingen geven een antwoord op de uitgangsvraag en zijn
 222 gebaseerd op het (beste) beschikbare wetenschappelijke bewijs en de belangrijkste
 223 overwegingen. De kracht van het wetenschappelijk bewijs en het gewicht dat door de
 224 werkgroep wordt toegekend aan de overwegingen bepalen samen de sterkte van de
 225 aanbeveling. Conform de GRADE-methodiek sluit een lage bewijskracht van conclusies in de
 226 systematische literatuuranalyse een sterke aanbeveling niet uit, en zijn bij een hoge
 227 bewijskracht ook zwakke aanbevelingen mogelijk. De sterkte van de aanbeveling wordt altijd
 228 bepaald door weging van alle relevante argumenten tezamen.

229
 230 *Randvoorwaarden (Organisatie van zorg)*

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

238
 239

240 *Kennislacunes*

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

246

247 *Commentaar- en autorisatiefase [volgt]*

248 De conceptrichtlijn werd aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen voorgelegd
249 voor commentaar. Tevens is de conceptrichtlijn voorgelegd aan de eerder genoemde
250 patiëntenorganisaties, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en het Landelijk
251 Kenniscentrum Psychiatrie en Zwangerschap (LKPZ).

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

256

257 *Implementatie*

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

262 **Juridische betekenis van richtlijnen**

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

273 **Geldigheid**

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

281

282

283 Uiterlijk in 2023 bepaalt het bestuur van de NVOG of deze richtlijn c.q. de afzonderlijke
284 modules nog actueel zijn. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de richtlijn
285 te herzien. De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen indien nieuwe
286 ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten.
287

CONCEPT

288 **Achtergrondinformatie bevallingsgerelateerde PTSS**

289

290 PTSS is een psychiatrische aandoening die gekenmerkt wordt door herbelevingen, vermijding,
291 negatieve gedachten en stemming, en verhoogde prikkelbaarheid. Bevallingsgerelateerde
292 posttraumatische stressstoornis (PTSS) komt na de bevalling voor bij ongeveer één tot drie
293 procent van de vrouwen. Voor 10 tot 20 procent van alle vrouwen is de bevalling een
294 traumatische gebeurtenis. In deze richtlijn wordt soms gesproken over ‘de bevalling als
295 traumatische gebeurtenis’ en meestal over ‘een traumatische bevallingservaring’. Hier wordt
296 uitgelegd hoe de twee termen zijn gedefinieerd en waarom onderscheid wordt gemaakt.

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

303

304 **Aanbevelingen**

305

306 **Bevalling**

307 Zorg voor heldere communicatie, duidelijke uitleg over opties en adviezen, en *informed*
308 *consent* ten aanzien van beleid en interventies rondom de bevalling, opdat de barend
309 vrouw regie en een veilige situatie ervaart.

310 *(hoofdstuk 3, preventie)*

311

312 Streef naar continue één-op-één-begeleiding van alle barend vrouwen, eventueel door
313 een getraind persoon die geen medische handelingen verricht (doula).

314 *(hoofdstuk 3, preventie)*

315

316 Faciliteer direct, d.w.z. bij voorkeur in het eerste uur postpartum, huid-op-huid contact
317 tussen moeder en kind en het geven van borstvoeding (bij vrouwen die dat willen).

318 *(hoofdstuk 3, preventie)*

319

320 **1e week postpartum**

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

(hoofdstuk 5, organisatie van zorg)

321

Bespreek het feitelijk verloop van de bevalling indien de kraamvrouw dat wenst, maar vraag
niet expliciet en uitgebreid naar negatieve emoties en gedachten (i.e. vermijd formele
debriefing volgens CISD principes) bij gezonde vrouwen met gezonde neonaten.

(hoofdstuk 3, preventie)

322

323 Overweeg een korte schrijfoefening aan te bieden enkele dagen postpartum die is gericht op
324 emoties, gedachten en initiële verwachtingen rondom de bevalling bij gezonde vrouwen met
325 gezonde neonaten.
326 (hoofdstuk 3, preventie)

327 Overweeg het aanbieden van extra gesprekken in de eerste weken postpartum met daarin
328 elementen van o.a. psycho-educatie en cognitieve gedragstherapie bij vrouwen bevallen per
329 secundaire sectio caesarea en vrouwen bevallen van een doodgeboren baby.
330 (hoofdstuk 3, preventie)

328 Nacontrole

329 Vraag bij de postpartum nacontrole hoe de vrouw de bevalling heeft ervaren en hoe zij er
330 op terugkijkt. Bespreek en formuleer het beleid voor een volgende zwangerschap.
331 (hoofdstuk 5, organisatie van zorg)

332 Bied vrouwen door wie de bevalling als traumatisch werd ervaren extra gesprekken aan bij
333 (een van) de eigen zorgverlener(s) en/of bij een andere zorgverlener die ervaring heeft met
334 de begeleiding van vrouwen met traumatische bevallingservaringen.
335 (hoofdstuk 5, organisatie van zorg)

336 Overweeg bij milde symptomen van PTSS die korter dan een maand bestaan begeleiding
337 door een eerstelijns professional (huisarts, POH-GGZ).
338 (hoofdstuk 5, organisatie van zorg)

339 Bied, in principe via de huisarts, een verwijzing aan naar een zorgverlener die bekwaam en
340 bevoegd is in het diagnosticeren en behandelen van PTSS, aan vrouwen met een
341 traumatische bevallingservaring die psychische klachten hebben (mogelijk passend bij PTSS)
342 met een negatief effect op het dagelijks functioneren.
343 (hoofdstuk 4, behandeling)

344 Behandel vrouwen met PTSS (klachten) na de bevalling met negatief effect op het dagelijks
345 functioneren conform de geldende algemene richtlijnen voor de behandeling van PTSS,
346 d.w.z.: psycho-educatie in combinatie met *eye movement desensitization and reprocessing*
347 (EMDR) therapie en/of traumagerichte cognitieve gedragstherapie (CGT).*
348 (hoofdstuk 4, behandeling)

349 Volgende zwangerschap

350 Bespreek bij een nieuwe zwangerschap uiterlijk aan het begin van het tweede trimester hoe
351 de vrouw terugkijkt op de vorige bevalling(en). Bespreek dit ook in geval van een pre-
352 conceptioneel adviesconsult.
353 (hoofdstuk 5, organisatie van zorg)

354
355
356
357
358
359
360
361 *Aanbeveling voor zorgverleners die bevoegd en bekwaam zijn in het diagnosticeren en
362 behandelen van PTSS

363 **Hoofdstuk 1. Algemene inleiding**

364 **Aanleiding voor het maken van deze richtlijn**

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

378

379 **Doel van de richtlijn**

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

388 **Afbakening**

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

399 Er zijn ook verschillende manieren om de traumatische gebeurtenis die de bevalling
400 voor sommige vrouwen is aan te duiden. Er wordt in de literatuur en in de praktijk o.a.
401 gesproken van 'de bevalling als traumatische gebeurtenis', traumatische bevallingservaring,
402 bevallingstrauma en traumatische bevalling. Er is voor gekozen om in deze richtlijn te
403 spreken over de bevalling als traumatische gebeurtenis wanneer wordt voldaan aan het A-
404 criterium van de PTSS-diagnose volgens de DSM-5 (of, bij oudere onderzoeken, DSM-IV).
405 Wanneer beide situaties samen worden bedoeld (zowel de bevalling als traumatische
406 gebeurtenis conform criterium A van de DSM-5 als een traumatische ervaring zoals door de

407 vrouw benoemd, waarbij al dan niet wordt voldaan aan het A-criterium van de DSM-5) dan
408 wordt in deze richtlijn gesproken van een traumatische bevallingservaring.

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

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

423
424

425 **Afkortingen**

426

| | | |
|-----|-----------|---|
| 427 | AD | Amenorroeduur |
| 428 | AGREE | Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation |
| 429 | APA | American Psychiatric Association |
| 430 | BI | Betrouwbaarheids Interval |
| 431 | CAPS | Clinician-Administered PTSD Scale |
| 432 | CGT | Cognitieve gedragstherapie |
| 433 | CISD | Critical Incident Stress Debriefing |
| 434 | DSM | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |
| 435 | DTS | Davidson Trauma Scale |
| 436 | EBRO | Evidence Based Richtlijn Ontwikkeling |
| 437 | EMDR | Eye movement desensitization and reprocessing |
| 438 | GRADE | The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation |
| 439 | HELLP | Hemolysis Elevated Liver enzymes and Low Platelets |
| 440 | IES(-R) | Impact of Event Scale (-Revised) |
| 441 | IUVD | Intra-uteriene vruchtdood |
| 442 | KiMS | Kennisinstituut van Medisch Specialisten |
| 443 | M | Mean |
| 444 | MINI-PTSD | The Mini International Neuropsychiatric Interview - PTSD |
| 445 | NHG | Nederlands Huisartsen Genootschap |
| 446 | NICE | National Institute for Health and Clinical Excellence |
| 447 | NICU | Neonatal Intensive Care Unit |
| 448 | NS | Niet significant |
| 449 | PCL | PTSD Checklist |
| 450 | PE | Preeclampsie |
| 451 | POH-GGZ | Praktijkondersteuner huisarts – Geestelijke gezondheidszorg |
| 452 | PPROM | Premature Prelabor Rupture of Membranes |

| | | |
|-----|---------|---|
| 453 | PPQ | Perinatal PTSD Questionnaire |
| 454 | PRN | Perinatale Registratie Nederland |
| 455 | PTSS | Posttraumatische Stresstoornis |
| 456 | RANZCOG | Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and |
| 457 | | Gynaecologists |
| 458 | RCT | Randomized Controlled Trial |
| 459 | RR | Relatief Risico |
| 460 | SCID | Structured Clinical Interview for DSM disorders |
| 461 | SD | Standaard deviatie |
| 462 | SOGC | Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada |
| 463 | TES | Traumatic Event Scale |
| 464 | VSV | Verloskundig Samenwerkingsverband |
| 465 | VVOG | Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie |
| 466 | WDEQ | Wijma Delivery Expectancy Questionnaire |
| 467 | | |

CONCEPT

468 Hoofdstuk 2. Achtergrondinformatie

469

470 I : Traumatische bevallingservaring

471

472 **Definitie**

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

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

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

492

493 **Epidemiologie**

494 Voor negen tot 21 procent van de vrouwen was de bevalling een traumatische gebeurtenis
495 (5,6). Dit wordt beschreven in twee Nederlandse studies, waarbij in een ongeselecteerde
496 groep van 428 vrouwen negen procent van hen voldeed aan *DSM-IV* criterium A (5), en in
497 een laagrisicopopulatie van 140 vrouwen 21 procent van hen voldeed aan *DSM-IV* criterium
498 A (6).

499

500 **Gevolgen**

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

508

509

510

511

512

513

514 II : PTSS (klachten) na de bevalling

515

516 **Definitie**

517 PTSS is een psychiatrische aandoening die in de *DSM-5* valt onder de ‘trauma- en
518 stressgerelateerde stoornissen’. Cruciaal bij PTSS is dat de symptomen zijn gerelateerd aan
519 een traumatische gebeurtenis. PTSS wordt gekenmerkt door 4 clusters van in totaal 20
520 symptomen, waarbij van elke categorie een minimaal aantal symptomen aanwezig moet zijn
521 om te kunnen spreken van PTSS (zie Tabel 1). De vier symptoom categorieën zijn:
522 herbeleving, vermijding, negatieve gedachten en stemming, en hyperactivatie. Daarnaast
523 moeten deze symptomen minimaal 1 maand aanwezig zijn, een negatief effect hebben op
524 het dagelijks functioneren, en niet het gevolg zijn van de fysiologische effecten van een
525 lichamelijke aandoening, medicatie- of drugsgebruik.

526

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

528

| |
|--|
| 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. |

529

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

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

560

561 **Epidemiologie**

562 De prevalentie van bevallingsgerelateerde PTSS varieert internationaal van 3.2-4.0 procent
563 in ongeselecteerde populaties, tot 15.7-18.5 procent in hoogerisicogroepen (7,19).

564 Nederlandse studies in laagrisico- (20) of ongeselecteerde (5) populaties vinden een
565 prevalentie van 1.2-2.1 procent enkele maanden postpartum. In deze studies voldeed 9.1-
566 21.4 procent van de vrouwen aan het *DSM-IV* (A) criterium voor trauma (5,20). In nagenoeg
567 alle onderzoeken werd gebruik gemaakt van vragenlijsten (screening) en niet van een
568 klinisch interview (diagnostiek).

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

573

574 **Screening en diagnostiek**

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

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

584

585 **Risicofactoren**

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

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

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

604

605 **Gevolgen**

606 Er is een sterk verband tussen bevallingsgerelateerde PTSS en het ontwikkelen van
607 postpartum depressie (8). In een recente meta-analyse zijn klinische gevolgen van
608 maternale PTSS beschreven (31). Maternale PTSS antepartum is geassocieerd met een lager
609 geboorte gewicht en PTSS postpartum is geassocieerd met een lager percentage vrouwen

610 die borstvoeding geven. Uitkomstmaten zoals ontwikkeling van het kind, moeder-kind
611 interactie en premature bevallingen werden niet significant geassocieerd met maternale
612 PTSS. Uit een recente systematische review (18) bleek dat patiënten met meer PTSS
613 klachten vaker om een electieve sectio caesarea verzochten.

CONCEPT

614 **Hoofdstuk 3 Preventie van PTSS na de bevalling** 615 **en traumatische bevallingservaringen**

616 617 **Algemene gegevens**

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

618

619 **Uitgangsvraag**

620 Welke interventies zijn effectief om een traumatische bevallingservaring of PTSS na de
621 bevalling te voorkómen?

622 **Inleiding**

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

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

634 Slechts een klein deel van de mensen die een traumatische gebeurtenis meemaakt
635 ontwikkelt daarna PTSS. Eén tot drie procent van alle vrouwen ontwikkelt PTSS na de
636 bevalling (5,7,8), terwijl voor negen tot 21 procent van alle vrouwen de bevalling een
637 traumatische gebeurtenis was (conform DSM-5 criterium A) (5,6). Van alle vrouwen voor
638 wie de bevalling een traumatische gebeurtenis was ontwikkelt dus ongeveer 10-13 procent
639 PTSS, wat vergelijkbaar is met PTSS na andere soorten trauma (6-21 procent) (32).

640

641 **Toelichting op enkele van de in de literatuur gebruikte interventies**

642 Critical Incident Stress Debriefing (CISD) is een vorm van debriefing die gebruikt
643 wordt in het acute crisismanagement na een trauma (gemiddeld 1-10 dagen na het trauma),
644 met als doel een directe reductie van stress en het voorkomen van PTSS op de lange
645 termijn. Het bestaat uit een eenmalige sessie waarin 7 stadia worden doorlopen:
646 introductie, feiten, gedachten, emotionele reacties, symptomen, educatie en herbeginnen
647 (33,34). De focus ligt op de negatieve gedachten en gevoelens die de gebeurtenis al dan niet
648 oproept.

649 De schrijfofdracht volgens Pennebaker is een schrijfoefening waarbij de persoon die
650 een trauma heeft ondergaan op een bepaalde manier de gebeurtenis en de gevolgen die
651 deze gebeurtenis heeft op het gevoelsleven beschrijft. De opdracht is beschreven in de
652 Toolbox (zie bijlage I) (35).

653

654 **Methoden**

655 ***Uitgangsvraag en PICO***

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

658

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

666

667 **PICO 1 (primaire preventie)**

668 P: Zwangere vrouwen of vrouwen die aan het bevallen zijn

669 I: Handelingen of interventies gericht op preventie van traumatische
670 bevallingservaringen

671 C: Expectatief beleid of gebruikelijke zorg

672 O: De bevalling was een traumatische gebeurtenis

673

674 **PICO 2 (secundaire preventie)**

675 P: Recent bevallen vrouwen (≤ 1 maand postpartum), voor wie de bevalling al dan niet
676 een traumatische gebeurtenis was

677 I: Handelingen of interventies gericht op preventie van PTSS (klachten) na de bevalling

678 C: Expectatief beleid of gebruikelijke zorg

679 O: PTSS (klachten) na de bevalling, waarbij de bevalling de traumatische gebeurtenis was

680

681

682 ***Relevante uitkomstmaten***

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

687 De werkgroep definieerde de uitkomstmaten als volgt:

- 688 1. “Traumatische gebeurtenis”: het ervaren van een gebeurtenis (in casu de bevalling)
689 als traumatisch, waarbij wordt voldaan aan *DSM-5* criterium A voor PTSS.
- 690 2. “PTSS”: *DSM-IV* of *DSM-5* diagnose van een posttraumatische stresstoornis (PTSS),
691 bij voorkeur vastgesteld met een gestructureerd klinisch interview.
- 692 3. “PTSS-symptomen”: symptomen van PTSS zonder een formele diagnose, bij voorkeur
693 vastgesteld met een gestructureerd klinisch interview of gevalideerde
694 screeningsvragenlijst.

695

696

697

698 **Zoeken en selecteren (Methode)**

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

711 Er werden negen studies geïnccludeerd (36–44). Daarnaast werden van vier reviews
712 over preventie van traumatische klachten / PTSS na de bevalling de originele studies gelezen
713 en beoordeeld (9,45–47). Vanuit deze vier reviews konden nog eens vier studies worden
714 geïnccludeerd (48–51). De drie reviews zelf zijn niet geïnccludeerd. Tenslotte is één artikel
715 handmatig toegevoegd nadat deze werd gevonden via de literatuurlijst van een ander artikel
716 (52). Uiteindelijk zijn daarmee 14 originele studies geïnccludeerd, waarvan er geen geschikt
717 was om PICO 1 te beantwoorden, en alle 14 geschikt waren om PICO 2 te beantwoorden.
718

719 **Samenvatting literatuur**

720

721 **Beschrijving studies**

722

723 **Primaire preventie**

724 Voor het beantwoorden van PICO 1 werden geen bruikbare artikelen gevonden.
725

726

727 **Secundaire preventie**

728 Voor het beantwoorden van PICO 2 werden 14 originele artikelen gevonden, waarvan 13
729 RCT's (36–44,48–51) en één case control studie (52). De interventies die onderzocht werden
730 waren debriefing (36,38,48,51), '*expressive writing*' (expressief schrijven) (40,41), het zien en
731 vasthouden van een doodgeboren baby (52), het gestructureerd versterken van de moeder-
732 kind interactie in het eerste uur na de geboorte (42), en verschillende soorten
733 gestructureerde psychologische interventies (37,39,43,44,49,50). Vier studies gebruikten een
734 ongeselecteerde en/of gezonde populatie (38,40,41,48), twee studies includeerden vrouwen
735 met een traumatische bevallingservaring (36,42). De andere studies hadden specifieke
736 patiëntengroepen geïnccludeerd, zoals moeders van een doodgeboren baby (44,52), vrouwen
737 na een niet-spontane vaginale baring (50,51), en moeders van premature kinderen die op de
738 neonatale *intensive care unit* (NICU) opgenomen waren (37,39,43,49).

739

740

741

742

743 **Resultaten** (Per Uitkomstmaat)

744 1. PTSS.

745 **Debriefing**

746 In de RCT van Priest werd onderzocht of individuele, gestandaardiseerde debriefing
747 (gebaseerd op de principes van Critical Incident Stress Debriefing (CISD)) binnen 72 uur
748 postpartum bij moeders van gezonde, à terme geboren baby's, een effect had op het
749 percentage vrouwen met PTSS gedurende het jaar na de bevalling. Na twee, zes en twaalf
750 maanden werd met de *Impact of Events Scale-Revised* (IES-R) beoordeeld of vrouwen
751 voldeden aan de criteria voor PTSS. 875 moeders kregen debriefing en 870 vrouwen kregen
752 standaard postpartum zorg. Er werd geen significant verschil gevonden in het percentage
753 vrouwen met PTSS tussen de interventie groep (0.6%; 95%BI 0.2%-1.3%) en de controlegroep
754 (0.8% (0.3%-1.6%)), met een relatief risico van 0.71 (95%BI 0.23-2.23; $p=0.58$) (38).

755 In de RCT van Gamble werden 103 vrouwen geïncludeerd met een traumatische
756 bevallingservaring (gedefinieerd volgens DSM-IV criterium A). Van hen kregen 50 vrouwen
757 een 'face-to-face' gesprek gedurende 40-60 minuten binnen 72 uur postpartum en nogmaals
758 telefonisch vier tot zes weken na de bevalling, en 53 vrouwen kregen standaard postpartum
759 zorg. Er werd geen statistisch significant verschil gevonden in het percentage vrouwen met
760 PTSS (gemeten met een gestructureerd diagnostisch interview (MINI-PTSD)) vier tot zes
761 weken postpartum ($p=0.392$), en drie maanden postpartum (geen p -waarde gegeven) (36).

762

763 2. PTSS-symptomen.

764 **Debriefing**

765 De eerdergenoemde RCT van Gamble onderzocht, naast het percentage vrouwen met
766 een PTSS-diagnose, ook de ernst van de PTSS-symptomen bij 103 vrouwen met een
767 traumatische bevallingservaring. Vier tot zes weken postpartum werd geen verschil gevonden
768 in hoeveelheid PTSS klachten tussen de interventie- en controlegroep (p -waarde niet
769 vermeld). Drie maanden postpartum had de interventiegroep significant minder PTSS
770 klachten (M 2.54, SD 2.44) dan de controlegroep (M 3.83, SD 3.59), zoals onderzocht met de
771 MINI-PTSD ($p=0.035$) (36).

772 De RCT van Selkirk onderzocht het effect van debriefing door een verloskundige op de
773 tweede of derde dag postpartum bij een ongeselecteerde populatie van 149 vrouwen. Er was
774 geen significant verschil tussen de interventie- en controlegroepen in de hoeveelheid PTSS
775 klachten (gemeten met de IES) één en drie maanden postpartum ($p=0.14$) (48).

776 Kershaw's RCT randomiseerde tussen debriefing (volgens CISD principes) en
777 standaard zorg bij 319 primipara die per secundaire sectio, vacuüm of forceps bevallen waren,
778 en daardoor een verhoogd risico hadden op een traumatische bevallingservaring en PTSS
779 (klachten). Debriefing vond plaats 10 dagen en 10 weken postpartum door getrainde
780 verloskundigen. Er was geen significant verschil in PTSS klachten (gemeten met IES) tussen
781 interventie (M=20.2) en controlegroep (M=16.9) na 10 dagen ($p=0.27$), en ook geen verschil
782 10 weken (interventie M=12.7, controle M=16.0; $p=0.09$) of 20 weken postpartum
783 (interventie M=10.7, controle M=11.2; $p=0.29$) (51).

784

785 **Psychologische interventies**

786 In Jotzo's RCT waren 50 vrouwen met blanco psychiatrische voorgeschiedenis
787 geïncludeerd die prematuur waren bevallen (gemiddeld na 30 weken zwangerschapsduur) en
788 wiens kind op de NICU was opgenomen. Een gestructureerde psychologische interventie in

789 de eerste dagen na de bevalling werd vergeleken met standaard zorg, en PTSS klachten
790 werden gemeten met de IES. De interventie bestond uit een of meerdere afspraken met een
791 psycholoog gedurende de opname van de baby. De interventie bevatte elementen van
792 psycho-educatie, ontspanningsoefeningen, evaluatie van coping strategieën en advies ten
793 aanzien van het aanwenden van sociale steun en praktische hulp. Ten tijde van ontslag (M=
794 60 dagen) hadden de moeders in de interventiegroep significant minder PTSS klachten
795 (M=25.2, SD=13.9), vergeleken met de controlegroep (M=37.5, SD=19.2) ($p=0.013$) (37).

796 Zelkowitz et al. includeerden 121 moeders bij wie het kind bij de geboorte minder
797 dan 1500 gram woog en op de NICU was opgenomen. De interventiegroep (Cues programma)
798 kreeg in 6 gestructureerde sessies adviezen over hoe de eigen stress en angst te herkennen
799 en te verlichten, en technieken om te communiceren en sensitief te reageren op de baby (49);
800 De controlegroep kreeg zes keer extra uitleg over verzorging van de baby. De begeleiding
801 werd gedaan door een getraind verpleegkundige, psycholoog, student psychologie of leerling
802 verpleegkundige. Er werd op een gecorrigeerde neonatale leeftijd van 6-8 weken geen
803 verschil gezien in traumatische klachten (gemeten met de PPQ) in de interventie groep
804 (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]) (49).

805 Shaw's RCT includeerde 105 moeders van premature kinderen (geboren bij een
806 zwangerschapsduur tussen 26 en 35 weken) die waren opgenomen op de NICU en die boven
807 de afkapwaarde scoorden op één of meerdere self-report vragenlijsten voor acute stress-
808 stoornis (91%), depressie of angst. De interventiegroep kreeg zes of negen psychologische
809 sessies, waarin onder andere componenten van traumagerichte cognitieve gedragstherapie,
810 psycho-educatie en *exposure* (39). De controlegroep kreeg één maal uitleg over de NICU en
811 verzorging van een premature baby. De interventiegroep had significant minder traumatische
812 klachten, gemeten door middel van de *Davidson Trauma Scale* (DTS), zowel één maand na
813 afloop van de interventie (effect grootte 0.333, $p=0.041$) als zes maanden postpartum (effect
814 grootte 0.741, $p<0.001$) (39).

815 De RCT van Borghini includeerde 60 moeders van extreem premature kinderen voor
816 een interventie gebaseerd op systeemtheorie. In de interventiegroep werd op drie
817 momenten (33 weken postconceptie, 42 weken postconceptie, en gecorrigeerde leeftijd vier
818 maanden) een observatie gedaan en nabesproken, terwijl de controlegroep standaardzorg
819 kreeg. Twaalf maanden postpartum werd geen significant verschil aangetoond tussen de
820 interventie- en controlegroep, ten aanzien van de ernst van de PTSS klachten, zoals gemeten
821 met de PPQ (somscore) ($p=0.07$) (43).

822 In Rydings studie werden 99 vrouwen na een spoed sectio caesarea gerandomiseerd
823 tussen een interventiegroep (n=50) die 3-4 afspraken kreeg in de eerste twee tot drie weken
824 na de bevalling, en een controlegroep die '*care as usual*' kreeg (n=49). De counseling
825 interventie bestond o.a. uit het bespreken van de bevallingservaring en eventuele nare
826 herinneringen, normaliseren van acute stress klachten, evaluatie van de moeder-baby
827 interactie, benoemen van eventuele negatieve gevoelens, en inhoudelijk het verloop van de
828 bevalling doornemen. De vrouwen in de controlegroep werden aangemoedigd met een
829 verloskundig zorgverlener te praten indien zij vragen of zorgen hadden gerelateerd aan de
830 bevalling. Bij vrouwen in de interventiegroep werden significant minder PTSS klachten
831 (gemeten met IES) bij één en zes maanden postpartum gezien, in vergelijking met de
832 controlegroep (één maand postpartum: 3.0 (1.0-11.0) versus 7.5 (4.0-15.0) $p=0.01$, zes
833 maanden postpartum 4.0 (1.0-9.0) versus 8.5 (3.0-16.0, $p<0.05$) (50).

834 In de RCT van Navidian (2017) werden 100 vrouwen die recent (maximaal 4 weken
835 voor inclusie) een doodgeboren kind hadden gekregen gerandomiseerd in 2 groepen. De
836 eerste groep (n=50) kreeg *psychological grief counseling* gedurende 2 weken en de tweede
837 groep (n=50) kreeg standaard postpartum zorg. Counseling bestond uit 4 groepssessies met
838 daarin elementen van psycho-educatie en cognitieve gedragstherapie. De ernst van PTSS
839 klachten werd beoordeeld met behulp van de PPQ direct voor en na de interventie, en er was
840 een significant verschil tussen de interventie en controlegroep 4 weken na start van de
841 interventie ($p=0.0001$). De ernst van PTSS klachten was afgenomen in de groep die counseling
842 sessies kreeg (voor interventie: $M=7.22$, $SD=4.19$; na interventie: $M=4.52$, $SD=2.14$;
843 $p=0.0001$). In de controlegroep was er sprake van een reductie in PTSS-klachten, echter was
844 dit niet significant (voor interventie: $M=7.64$, $SD=5.20$; na interventie: $M=6.50$; $SD=3.28$, $p=0.1$)
845 (44).

846 847 **Expressive writing**

848 De RCT's van Di Blasio (40,41) beschrijven een interventie waarbij het effect van een
849 schrijfopdracht op het ontwikkelen van PTSS klachten wordt geëvalueerd; De
850 interventiegroep gebruikt gedurende 20 minuten de methode van '*expressive writing*'
851 (gedachten, verwachtingen en emoties over de bevalling) zoals beschreven door Pennebaker
852 (1988), en de controlegroep schrijft over dagelijkse bezigheden (in gedragsmatige termen,
853 dus niet over gevoelens).

854 In de eerste studie werden 176 vrouwen in het derde trimester van de zwangerschap
855 geïnccludeerd die konden meedoen wanneer zij geen ernstige complicaties hadden en waren
856 bevallen van een gezond kind. De schrijfopdracht werd op dag 2 postpartum gedaan. Vier
857 dagen postpartum was het percentage moeders met klinisch relevante PTSS klachten (PPQ
858 somscore ≥ 19) in de interventiegroep 4.6%, versus 6.7% in de controlegroep; Drie maanden
859 postpartum was dit 1.1% (interventiegroep) en 5.6% (controlegroep). Regressieanalyses
860 toonden aan dat het verschil in somscores tussen interventie- en controlegroep niet
861 significant was vier dagen postpartum ($\beta = -0.09$, n.s.) maar wel na drie maanden ($\beta = -0.28$,
862 $p < 0.01$) (40).

863 In de tweede studie werden 113 vrouwen met een blanco psychiatrische
864 voorgeschiedenis geïnccludeerd die van een gezonde baby waren bevallen. Op dag 2
865 postpartum vulden zij de PPQ in en na randomisatie op dag 3 postpartum deden zij tweemaal
866 de bovenstaande schrijfoefening. Wanneer vrouwen 6 van de 14 PTSS-symptomen zoals
867 gemeten met de PPQ rapporteerden, werd dit beschouwd als klinisch relevante PTSS
868 klachten. Dit was twee dagen postpartum bij 17% van de vrouwen het geval, en drie maanden
869 postpartum bij 10% van de vrouwen in de interventiegroep versus 30% van de vrouwen in de
870 controlegroep (geen significantieniveau vermeld). Vrouwen in de interventiegroep lieten een
871 grotere afname van PTSS-symptomen zien dan vrouwen in de controlegroep ($p < 0.003$). (41)

872 873 **Bevorderen van huid-op-huidcontact en borstvoeding direct postpartum**

874 In de RCT van Abdollahpour (42) werd bij 84 vrouwen die à terme vaginaal waren bevallen
875 van een gezond kind direct postpartum geëvalueerd of zij de bevalling als traumatisch hadden
876 ervaren. Wanneer dit het geval was, werden zij gerandomiseerd tussen (a) een interventie
877 gebaseerd op de 9 stadia van het 'magische eerste uur', met huid-op-huidcontact en het
878 stapsgewijs stimuleren van de baby om aan de borst te drinken (53,54) of (b) standaard zorg,
879 al dan niet met huid op huid contact. PTSS klachten werden gemeten met de IES-R. De

880 somscores in de interventiegroep waren lager dan in de controlegroep 2 weken postpartum
881 (23 vs 28, $p=0.01$) en 3 maanden postpartum (9 vs 15, $p=0.001$), maar niet 4-6 weken
882 postpartum (19 vs 21, $p=0.36$). Longitudinale analyse toonde dat het verschil in percentage
883 vrouwen met matige tot ernstige PTSS klachten in beide groepen niet significant was.

884

885 **Vasthouden en zien van doodgeboren baby**

886 Hughes et al. onderzochten retrospectief het effect van verschillende handelingen bij 65
887 vrouwen met een intra-uteriene vruchtdood (IUVD) na tenminste 18 weken zwangerschap;
888 exclusiecriteria waren een zwangerschapsafbreking vanwege congenitale afwijkingen. Er
889 waren twee meetmomenten: In het derde trimester van de zwangerschap volgend op de
890 IUVD en 1 jaar na deze bevalling werden symptomen van PTSS (PTSD-1 interview, gebaseerd
891 op de DSM-III TR), angst en depressie gemeten. In het derde trimester van de zwangerschap
892 na de IUVD hadden vrouwen die hun eerdere doodgeboren baby gezien hadden meer PTSS-
893 symptomen ($M=40.6$, $SD=14.7$) dan vrouwen die de baby niet hadden gezien ($M=28.3$,
894 $SD=10.6$) ($p=0.02$). Hetzelfde gold voor vrouwen die hun doodgeboren baby vastgehouden
895 hadden ($M=43.2$, $SD=14.9$) versus vrouwen die dat niet hadden gedaan ($M=30.1$, $SD=10.2$)
896 ($p=0.002$). Er was geen significant verschil tussen vrouwen die wel of geen begrafenis hadden
897 gehouden, en vrouwen die wel of geen aandenkens aan de overleden baby hadden (52).

898

899 **Bewijskracht van de literatuur**

900 Voor een gedetailleerde beschrijving van bewijskracht van de literatuur (GRADE tabel) zie
901 Bijlage IV. De bewijskracht voor huid op huid contact en stimuleren van borstvoeding bij
902 vrouwen met een traumatische bevallingservaring wordt gegradeerd als zeer laag, op basis
903 van onduidelijke inclusiecriteria en hoog risico op confounding (42). De bewijskracht voor
904 debriefing bij vrouwen bevallen per secundaire sectio caesarea of met een kunstverlossing
905 wordt gegradeerd als zeer laag, op basis van een verhoogde kans op bias op vrijwel alle
906 beoordeelde onderdelen (51). De bewijskracht voor een psychologische interventie bij
907 vrouwen bevallen per secundaire sectio caesarea wordt gegradeerd als laag, op basis van
908 selectiebias en ontbreken van blinding (50). De bewijskracht voor een psychologische
909 interventie voor vrouwen met een doodgeboren baby wordt gegradeerd als laag, op basis van
910 ontbreken van een duidelijk omschreven inclusie- en interventieperiode en ontbreken van
911 blinding (44). De bewijskracht voor het ontraden van zien en vasthouden van een
912 doodgeboren baby wordt gegradeerd als zeer laag, op basis van een verhoogde kans op bias
913 op vrijwel alle beoordeelde onderdelen (52). De bewijskracht voor debriefing in een
914 ongeselecteerde populatie vrouwen wordt gegradeerd als laag, op basis van ontbreken van
915 blinding en onduidelijkheden in de beschreven uitkomsten (48).

916 **Conclusies**

917 **Bewijskracht volgens GRADE**

918

919 **1. PTSS**

920

| | |
|-----------------------|---|
| Hoog GRADE | <i>Critical incident stress debriefing (CISD)</i> heeft geen effect op het ontstaan van PTSS, noch bij vrouwen in een ongeselecteerde populatie (38), noch bij vrouwen met een traumatische bevallingservaring (36) |
|-----------------------|---|

921

922 **2. PTSS-symptomen**

923

924 *Vrouwen met een traumatische bevallingservaring*

925

| | |
|------------------------|--|
| Hoog GRADE | Bij vrouwen met een traumatische bevallingservaring leidt <i>critical incident stress debriefing (CISD)</i> tot minder PTSS-symptomen (36). |
| Zeër 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 (42). |

926

927 *Vrouwen met een verhoogd risico op een traumatische bevallingservaring*

928

| | |
|------------------------|---|
| Zeër 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 (51). |
| 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 (50). |

929

| | |
|-------------------|--|
| 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 (37,39,43,49). |
|-------------------|--|

930

| | |
|------------------------|--|
| 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 (44). |
| Zeër 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 (52). |

931

932 *Ongecompliceerd, ongeselecteerd en/of laag risico vrouwen*

933

| | |
|-------------------|---|
| 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 (40,41). |
| Laag GRADE | Bij vrouwen in een ongeselecteerde populatie heeft <i>critical incident stress debriefing (CISD)</i> geen effect op het ontstaan van PTSS-symptomen (48). |

934

935 **Overwegingen**

936 **Primaire preventie**

937 Het ligt voor de hand dat effectieve interventies gericht op het reduceren van risicofactoren
938 voor PTSS tot gevolg zullen hebben dat voor minder vrouwen de bevalling een traumatische

939 gebeurtenis is. Te denken valt aan (a) het behandelen van angst voor de bevalling en
940 depressie in de zwangerschap, (b) interventies gericht op het versterken/verbeteren van
941 coping vaardigheden en (c) idealiter ook reductie van obstetrische interventies en
942 complicaties. Voor geen van deze factoren zijn echter gepubliceerde studies gevonden waarin
943 een dergelijke interventie is onderzocht. Mogelijk vermindert alleen al expliciete aandacht
944 van zorgverleners voor vrouwen met een verhoogde psychische kwetsbaarheid de kans op
945 het ervaren van de bevalling als traumatische gebeurtenis. In een Engelse studie werd bij
946 vrouwen met o.a. een eerdere traumatische bevallingservaring, angst voor de bevalling of
947 een voorgeschiedenis van misbruik een roze sticker op het dossier geplakt, om
948 zorgprofessionals alert te maken op vrouwen die extra steun konden gebruiken. Voor geen
949 van de 53 vrouwen was uiteindelijk de bevalling een traumatische gebeurtenis, door als
950 onvoldoende (goed) ervaren zorg of andere 'subjectieve' factoren. Tevens werd er sinds de
951 invoering van dit systeem veel minder verwezen voor psychologische behandeling
952 gerelateerd aan traumatische bevallingservaringen (55).

953 Wanneer niet expliciet naar artikelen over preventie van traumatische gebeurtenissen
954 wordt gezocht, maar breder wordt gekeken naar factoren die van invloed zijn op hoe vrouwen
955 de bevalling ervaren dan is de Cochrane review uit 2017 over continue één-op-één-
956 begeleiding *durante partu* de moeite waard (56). Eén van de onderzochte uitkomstmaten
957 betreft 'negatieve bevallingservaring'. In deze systematische review werden in totaal 26
958 artikelen geïncludeerd waarvan 11 studies met in totaal 11.133 vrouwen de uitkomstmaat
959 'bevallingservaring' of 'negatieve bevallingservaring' onderzochten. Deze 11 studies hadden
960 gerandomiseerd tussen continue, één-op-één-begeleiding versus standaard zorg. In sommige
961 studies verrichtte degene die begeleidde ook (para)medische handelingen (verloskundige,
962 gynaecoloog, verpleegkundige), in andere studies niet (doula, partner, vriend). Vrouwen die
963 continue begeleiding kregen hadden significant minder vaak een negatieve bevallingservaring
964 (RR 0.69; 95% BI 0.59-0.79). Bij subgroep analyse werd geen significant verschil gezien in wel
965 of geen continue begeleiding door zorgverleners (n=8145; RR 0.87, 95% BI 0.73-1.03), met de
966 opmerking dat al deze studies in een ziekenhuissetting plaatsvonden. Het meest positief
967 waren de vrouwen die begeleiding kregen van iemand die ervaring had met het bieden van
968 ondersteuning tijdens de bevalling maar niet bij de medische zorg betrokken was (met andere
969 woorden: die er alleen was om de vrouw te ondersteunen), of iemand die onderdeel
970 uitmaakte van het eigen sociale netwerk van de vrouw (partner, vriend, moeder). De
971 conclusie van de auteurs van deze Cochrane review is dat één-op-één-begeleiding tijdens de
972 bevalling maternale en neonatale uitkomsten zou kunnen verbeteren, waaronder hoe de
973 vrouw terugkijkt op de bevalling.

974 In een systematische review van Hodnett uit 2002 wordt beschreven dat vier factoren
975 cruciaal zijn in tevredenheid over de bevallingservaring: verwachtingen, de hoeveelheid
976 support van hulpverleners, de kwaliteit van de hulpverlener-patiënt relatie en de
977 betrokkenheid bij besluitvorming. Tevens concludeerde de review dat deze factoren
978 belangrijker zijn dan o.a. de rol van pijn, pijnbestrijding en medische interventies (57). Deze
979 zijn in lijn met een meer recente systematische review van Taheri (2018) over welke
980 interventies tijdens de zwangerschap en de bevalling zorgden voor een positievere
981 bevallingservaring. Twintig studies met in totaal 22800 vrouwen werden geïncludeerd.
982 Succesvolle strategieën voor een positieve bevallingservaring waren ondersteuning tijdens de
983 bevalling (RR=1.35, 95% BI: 1.07-1.71), minimale medische interventies tijdens de bevalling

984 (RR=1.29, 95% BI:1.15-1.45), en het zorgen voor goede voorbereiding inclusief anticiperen op
985 mogelijke complicaties door de barende vrouw (M verschil = 3.27, 95% BI:0.66-5.88) (58).

986 Recenter Nederlands onderzoek laat een zelfde beeld zien; In 2016 gaven 2192
987 vrouwen met een traumatische bevallingservaring in een Nederlandse studie aan hoe zij
988 dachten dat hun traumatische ervaring voorkómen had kunnen worden (59). In deze studie
989 werd een traumatische bevallingservaring gedefinieerd als een subjectieve, door de vrouwen
990 zelf zo benoemde traumatische ervaring. Werving vond online plaats via sociale media, en
991 vrouwen konden deelnemen wanneer zij in of na 2005 in Nederland waren bevallen en dit als
992 traumatisch hadden ervaren. Voor 80% van de deelnemende vrouwen was de index-bevalling
993 hun eerste bevalling, voor de helft was dit korter dan twee jaar geleden. Een aantal
994 kenmerken was oververtegenwoordigd in deze groep in vergelijking met de landelijke data
995 (PRN); 43 procent werd durante partu van de 1^e naar de 2^e lijn verwezen (ref: 23%), 17 procent
996 beviel pre- of immatuur (ref: 8%), 29 procent beviel per secundaire sectio caesarea (ref: 9%),
997 27% per vacuüm of forceps (ref: 9%). De meest genoemde attributies van het trauma
998 betroffen gebrek/verlies van controle (55%), angst voor het leven van de baby (50%), pijn
999 (47%) en onvoldoende communicatie en uitleg (44%). Bij navraag wat zorgverleners volgens
1000 deze vrouwen hadden kunnen doen om de traumatische ervaring te voorkómen, werden
1001 communicatie/uitleg (39%), luisteren (37%) en emotionele en praktische ondersteuning
1002 (30%) het vaakst genoemd.

1003 Opvallend was dat 14% van de vrouwen in het onderzoek van Hollander et al. (59)
1004 aangaf dat hun trauma voorkomen had kunnen worden als er geen interventies/handelingen
1005 zonder hun toestemming zouden hebben plaatsgevonden, en dat voor 30% gebrek aan
1006 autonomie en/of betrokkenheid bij besluitvorming traumatisch was. Uitleg over de
1007 voorgenomen interventie/handeling, nagaan of de patiënt deze informatie begrepen heeft,
1008 en toestemming verkrijgen, zijn de voorwaarden voor het verkrijgen van *informed consent*.
1009 De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) stelt dat voor elke
1010 (be)handeling van de zwangere toestemming nodig is (artikel 7:450 lid 1) (WGBO) (60). Dit
1011 geldt niet alleen voor invasieve handelingen zoals een sectio caesarea, episiotomie of
1012 inwendig onderzoek, maar ook voor het maken van een CTG of het meten van de bloeddruk.
1013 Hoe invasiever en electiever de handeling, hoe strenger de eisen zijn aan *informed consent*.
1014 In de context van deze richtlijn is *informed consent* niet alleen een juridisch vereiste, maar
1015 het onderzoek van Hollander et al. toont ook aan dat gebrek aan informatie, inspraak en
1016 toestemming voor vrouwen bij kan dragen aan hun traumatische ervaring.

1017

1018 **Secundaire preventie**

1019 Wat betreft de studies die interventies onderzochten om PTSS (klachten) te voorkómen,
1020 bleek er een grote heterogeniteit te bestaan tussen alle onderzoeken in kenmerken van de
1021 onderzochte groep, gebruikte vragenlijsten, en type interventies. Tussen de studies die
1022 *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD) gebruikten bestond variatie in de uitvoering van
1023 deze interventie, en andere studies gebruikten verschillende typen psychologische
1024 interventies. Hoewel de kwaliteit van de meeste studies laag tot matig was, wijzen
1025 resultaten over psychologische interventies in de richting van effectieve mogelijkheden voor
1026 preventie van PTSS (klachten). Toekomstige studies met meer patiënten, minder bias, en
1027 heldere, duidelijk omliggende interventies zijn noodzakelijk om eenduidiger conclusies te
1028 kunnen verschaffen.

1029 Specifiek ten aanzien van het stimuleren van huid-op-huidcontact en borstvoeding
1030 dient te worden genoemd dat verschillende studies hiervan reeds de voordelen hebben
1031 aangetoond in een 'algemene' populatie (dus ongeacht de bevallingservaring); Een
1032 Cochrane review uit 2016 concludeerde dat pasgeborenen een grotere cardio-respiratoire
1033 stabiliteit lieten zien (composiet uitkomstmaat van metingen van hartfrequentie,
1034 ademhalingsfrequentie en zuurstofsaturatie in het bloed), hogere bloedglucose waarden, en
1035 gelijke temperatuur, wanneer wel direct huid-op-huidcontact werd toegepast, vergeleken
1036 met wanneer dit niet werd gedaan. Tevens toonde deze systematische review aan dat de kans
1037 dat vrouwen één tot vier maanden postpartum (nog) borstvoeding geven groter is na huid-
1038 op-huidcontact direct na de geboorte van het kind (RR 1.24, 95 % BI 1.07-1.43), en dat
1039 vrouwen na vroeg huid-op-huid contact ook gemiddeld langer borstvoeding geven (M
1040 verschil 64 dagen, 95 % BI 38-90 dagen) (61). Een review van studies naar direct huid-op-
1041 huidcontact in geval van een sectio caesarea beschrijft dezelfde voordelen, en tevens dat
1042 vrouwen een positievere ervaring en sterkere moeder-kind binding ervaren (62). Een andere
1043 review concludeert tevens dat de frequent genoemde angst voor afkoeling van de
1044 pasgeborene die tijdens een sectio caesarea onterecht is (63). Een recente cohort studie
1045 toonde aan dat de kans op 500 mL of meer bloedverlies postpartum lager was wanneer
1046 huid-op-huidcontact en borstvoeding direct postpartum werden geïnitieerd (9.8%) dan
1047 wanneer geen huid-op-huidcontact en borstvoeding plaatsvonden (29.5%; aOR 0.55; 95 % BI
1048 0.41-0.72); Dit effect was niet significant voor alleen huid-op-huidcontact (zonder
1049 borstvoeding) (aOR 0.78; 95 % BI 0.61-1.00) (64). Deze studies zijn derhalve relevant omdat,
1050 ondanks het feit dat de enige studie (42) naar het stimuleren van borstvoeding en direct
1051 huid-op-huidcontact postpartum bij vrouwen met een traumatische bevallingservaring van
1052 lage kwaliteit is, er voldoende bewijs is voor het nut hiervan in de algemene populatie van
1053 pas bevallen vrouwen.

1054 Afgezien van het type interventie is het de vraag op welke patiëntenpopulatie
1055 preventieve interventies gericht moeten zijn. Er is in elk geval geen bewijs dat welke vorm
1056 van preventie dan ook in een ongeselecteerde of laagrisicogroep effectief is. Mogelijk dat
1057 preventieve interventies gericht op vrouwen met een traumatische bevallingservaring of
1058 een hoge kans daarop (o.b.v. hun risicoprofiel) wel effectief zullen zijn. Wat opviel in een
1059 aantal studies was dat, ongeacht het effect op Ptss-klachten, vrouwen de sessies (*debriefing*
1060 of psychologische interventie) wel erg de moeite waard vonden (36,38,48).

1061 Een ander aspect waar rekening mee gehouden moet worden bij interventies gericht
1062 op de preventie van PTSS (klachten) is wanneer deze aangeboden worden. Er zijn voldoende
1063 aanwijzingen dat initiële klachten kort na de traumatische gebeurtenis vaak spontaan,
1064 zonder interventie verminderen. Tegelijkertijd zijn er in de algemene PTSS literatuur juist
1065 ook interventies die vroeg ingezet kunnen worden na een traumatische gebeurtenis om te
1066 voorkómen dat PTSS (symptomen) ontstaan (65,66).

1067 Relevant voor de context van deze richtlijn is dat in de literatuur de term *debriefing*
1068 wordt gebruikt voor 2 verschillende typen interventies. De geïncludeerde studies doelen
1069 met *debriefing* op een interventie gebaseerd op de principes van *critical incident stress*
1070 *debriefing* (CISD), een gestructureerde interventie bestaande uit een aantal stappen (67).
1071 Soms echter wordt *debriefing* gebruikt voor wat ook wel 'birth review' wordt genoemd. Dit
1072 betreft over het algemeen een uitgebreid gesprek met een obstetrisch zorgverlener, waarin
1073 deze uitleg geeft, vragen beantwoordt en de ervaringen van de vrouw besproken worden.
1074 De conclusies over *debriefing* betreffen dus CISD en niet 'birth review'.

1075 **Aanbevelingen**

1076

1077 Streef naar continue één-op-één-begeleiding van alle barende vrouwen, eventueel door
1078 een getraind persoon die geen medische handelingen verricht (doula).

1079

1080 Zorg voor heldere communicatie, duidelijke uitleg over opties en adviezen, en *informed*
1081 *consent* ten aanzien van beleid en interventies rondom de bevalling, opdat de barende
1082 vrouw regie en een veilige situatie ervaart.

1083

Bespreek het feitelijk verloop van de bevalling indien de kraamvrouw dat wenst, maar vraag niet expliciet en uitgebreid naar negatieve emoties en gedachten (i.e. vermijd formele *debriefing* volgens CISD principes) bij gezonde vrouwen met gezonde neonaten.

1084

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.

1085

1086 Faciliteer direct, d.w.z. bij voorkeur in het eerste uur postpartum, huid-op-huidcontact
1087 tussen moeder en kind en het geven van borstvoeding (bij vrouwen die dat willen).

1088

1089 Overweeg het aanbieden van extra gesprekken in de eerste weken postpartum met daarin
1090 elementen van o.a. psycho-educatie en cognitieve gedragstherapie bij vrouwen bevallen per
1091 secundaire sectio caesarea en vrouwen bevallen van een doodgeboren baby.

1092

1093 Hoofdstuk 4 Behandeling van PTSS na de bevalling

1094

1095 Algemene gegevens

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

1096

1097 Uitgangsvraag

1098 Welke plaats heeft een interventie bij vrouwen met PTSS (klachten) na de bevalling?

1099

1100 Inleiding

1101 Over de behandeling van PTSS in het algemeen zijn in (inter)nationale richtlijnen duidelijke
1102 aanbevelingen. Hoewel er over effectieve behandelingen van specifiek
1103 bevallingsgerelateerde PTSS veel minder bekend is, is er voorsnog geen reden om aan te
1104 nemen dat behandeling van bevallingsgerelateerde PTSS anders zou moeten verlopen dan
1105 van PTSS na andere traumata.

1106 In PTSS literatuur en (inter)nationale richtlijnen worden *eye movement*
1107 *desensitization and reprocessing* (EMDR) therapie en cognitieve gedragstherapie (CGT) met
1108 *exposure* als interventies van eerste keus aangemerkt (68–71). Een toelichting op deze
1109 behandelingen staat in Tabel 2. EMDR vereist geen gedetailleerde beschrijving van de
1110 gebeurtenis en gaat niet gepaard met huiswerk. Er zijn aanwijzingen dat met EMDR relatief
1111 snel symptoomreductie plaatsvindt en weinig sessies (maximaal vijf) nodig zijn in het geval
1112 van een enkelvoudig trauma (72). De behandeling van vrouwen met een voorgeschiedenis
1113 van misbruik of verwaarlozing zal vaak meer tijd en / of aanvullende vormen van therapie
1114 vergen.

1115 Tabel 2: Evidence-based interventies voor PTSS

1116

| 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. |

1117

1118 **Methoden**

1119 **Zoeken en selecteren**

1120 Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden is er een systematische literatuuranalyse
1121 verricht naar de volgende wetenschappelijke vraagstelling:

1122

1123 *Wat zijn de (on)gunstige effecten van behandeling versus expectatief beleid bij vrouwen met*
1124 *PTSS (klachten) na de bevalling?*

1125 - P: Vrouwen die na de bevalling PTSS (klachten) hebben ontwikkeld

1126 - I: Behandeling (EMDR / CGT / farmacotherapie / *debriefing* / psycho-educatie / anders)

1127 - C: Expectatief beleid

1128 - O: Ernst van de PTSS-symptomen, (afname van) % vrouwen met PTSS-diagnose, %

1129 vrouwen die niet meer zwanger durven worden, % vrouwen met ernstige angst voor

1130 een (volgende) bevalling, % verzoek tot electieve sectio caesarea bij de volgende

1131 zwangerschap, % vrouwen dat concreet vermijdend gedrag vertoont in een volgende

1132 zwangerschap.

1133

1134 **Relevante uitkomstmaten**

1135 De werkgroep achtte 'ernst van de PTSS-symptomen' een voor de besluitvorming kritieke

1136 uitkomstmaat; en '% vrouwen met PTSS-diagnose', '% angst voor de bevalling', '% niet meer

1137 zwanger durven worden', '% verzoek tot electieve sectio caesarea bij de volgende

1138 zwangerschap' en 'concreet vermijdend gedrag' voor de besluitvorming belangrijke

1139 uitkomstmaten.

1140

1141 De werkgroep definieerde de uitkomstmaten als volgt:

1142 1. 'Ernst van PTSS-symptomen': aantal, frequentie en intensiteit van PTSS-symptomen, bij
1143 voorkeur gemeten met een klinisch interview of screeningsvragenlijst voor PTSS.

1144 2. 'Percentage vrouwen met PTSS-diagnose': vergelijking van de percentages vrouwen die
1145 voldoen aan de diagnose PTSS, na behandeling versus expectatief beleid (of een vergelijking
1146 van behandeling A versus behandeling B)

1147 3. 'Angst voor de bevalling': klinisch relevante angst voor de bevalling, bij voorkeur gemeten
1148 met een klinisch interview (*DSM-IV* of *DSM-5* diagnose specifieke fobie) of met
1149 screeningsvragenlijst voor angst voor de bevalling (WDEQ-A somscore ≥ 85) (66).

1150 5. 'Niet meer zwanger durven worden': uitstel van een volgende zwangerschap i.v.m. angst
1151 voor de bevalling en/of het besluit om niet meer zwanger te worden, gerelateerd aan een
1152 traumatisch ervaren bevalling en/of PTSS na de bevalling.

1153 6. 'Verzoek tot electieve sectio': vrouwen die vanwege een eerder als traumatisch ervaren
1154 bevalling (en/of PTSS) verzoeken om een electieve sectio caesarea in de volgende
1155 zwangerschap zonder dat daar een medische indicatie voor is.

1156 7. 'Concreet vermijdend gedrag vertonen in een volgende zwangerschap': vrouwen die
1157 vanwege een eerder als traumatisch ervaren bevalling (en/of PTSS) standaard en/of medisch
1158 geïndiceerde zorg vermijden (o.a. prenatale zorg, vaginale baring, ziekenhuisbevalling,
1159 foetale bewaking).

1160

1161

1162

1163 *Zoeken en selecteren (Methode)*

1164 In de databases Medline (Pubmed), Embase, PsychINFO and Cochrane is met relevante
1165 zoektermen gezocht naar onderzoek vanaf 1950 tot en met april 2018. De
1166 zoekverantwoording is weergegeven onder het tabblad Verantwoording. De
1167 literatuurzoekactie leverde 4737 treffers op, waarvan 3287 unieke artikelen. Studies werden
1168 geselecteerd op grond van het volgende selectiecriteria: relevante uitkomstmaat,
1169 onderzochte populatie (specifiek PTSS na de bevalling en niet algemene PTSS), betreft een
1170 RCT / cohort study / case-control study / case study / (systematic) review / meta-analyse. Op
1171 basis van titel en abstract werden in eerste instantie 53 studies voorgeselecteerd. Na
1172 raadpleging van de volledige tekst, werden vervolgens 51 studies geëxcludeerd en 2 studies
1173 geïnccludeerd. Bijlage 1 bevat de zoekverantwoording (zoektermen, flowchart en
1174 geëxcludeerde artikelen).

1175 **Samenvatting literatuur**

1176 **Beschrijving studies**

1177 Voor het beantwoorden van de PICO werden twee originele artikelen gevonden (74,75): één
1178 studie met online traumagerichte cognitieve gedragstherapie als interventie (75) en één
1179 studie met interpersoonlijke therapie als interventie (74).

1180

1181 **Resultaten** (Per Uitkomstmaat)

1182 1. Percentage vrouwen met PTSS-diagnose

1183 De RCT van Johnson (74) betreft vrouwen die in de 18 maanden voorafgaand aan de studie
1184 een miskraam of perinatale sterfte (IUVD, zwangerschapsafbreking vanwege medische
1185 redenen of vroege neonatale sterfte) hadden meegemaakt en die voldeden aan de criteria
1186 voor een depressieve stoornis. Zij werden gerandomiseerd tussen 14 sessies interpersoonlijke
1187 therapie en 14 sessies psycho-educatie (*coping with depression*-programma). Er werd een
1188 subgroep analyse gedaan van 27 vrouwen (54%) die voldeden aan de *DSM-IV* criteria voor
1189 PTSS op basis van een klinisch interview (SCID-I, *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis*
1190 *I Disorders*). Bij 24 van deze 27 vrouwen betrof de traumatische gebeurtenis de perinatale
1191 sterfte. Interpersoonlijke therapie bleek effectiever dan psycho-educatie ($p=0.009$), waarbij
1192 de vrouwen die IPT ondergingen een ruim 5 keer zo grote kans op genezing van PTSS hadden
1193 dan de vrouwen die psycho-educatie kregen (*Hazard Ratio* = 5.65, 95% CI 1.54-20.82).

1194 In de RCT van Nieminen (75) werd het effect onderzocht van een acht weken durend
1195 online programma van traumagerichte cognitieve gedragstherapie, waarbij 54% van de
1196 deelnemende vrouwen alle modules doorliep. Vrouwen konden meedoen wanneer zij
1197 aangaven een traumatische bevallingservaring te hebben gehad, en daarbij klinisch relevante
1198 PTSS-symptomen hadden (somscore van 30 of hoger (range 0-51) op de *Traumatic Event*
1199 *Scale*) (76). Er vond randomisatie plaats waarbij de vrouwen in de controlegroep na afloop
1200 van de studie de interventie alsnog aangeboden kregen. Bij aanvang voldeden 26 van de 56
1201 vrouwen (46%) aan alle *DSM-IV* criteria voor PTSS, zoals gemeten met de TES, d.w.z. dat zij
1202 aan alle afzonderlijke criteria (A-F) voldeden. Na de interventie voldeed 33% van de
1203 interventiegroep en 26% van de controlegroep aan de criteria voor PTSS. Nadat ook de
1204 controlegroep de interventie had doorlopen voldeed nog 11% aan de criteria voor PTSS
1205 (significantië niveaus niet vermeld).

1206

1207

1208 2. Ernst van PTSS-symptomen

1209 In de studie van Nieminen (75) is ook gekeken naar de ernst van de PTSS-symptomen,
1210 gemeten met de TES en de IES-R. Voor aanvang hadden alle 56 vrouwen een somscore op de
1211 TES-B van 30 of hoger (voorwaarde voor inclusie), na afloop gold dit voor 67% van de vrouwen
1212 in de interventiegroep en 59% van de vrouwen in de controlegroep (significantieniveau niet
1213 vermeld). De gemiddelde TES somscores daalden van 45 naar 32 in de interventiegroep
1214 ($p < 0.0001$) en van 44 naar 36 in de controlegroep ($p = 0.001$), waarbij er geen significant
1215 verschil werd gezien tussen interventie- en controlegroep bij de nameting ($p = 0.09$, *effect size*
1216 $d = 0.36$). Het percentage vrouwen dat een somscore van 30 of hoger op de IES-R had daalde
1217 van 86% naar 21% in de interventiegroep en van 93% naar 52% in de controlegroep
1218 (significantieniveau niet vermeld). De gemiddelde IES-R somscores daalden van 40 naar 19 in
1219 de interventiegroep ($p < 0.0001$) en van 40 naar 33 in de controlegroep ($p = 0.001$), waarbij er
1220 wel een significant verschil werd gezien tussen interventie- en controlegroep bij de nameting
1221 ($p < 0.0001$, *effect size* $d = 0.82$). Aangezien de meeste verschillen tussen de groepen dus niet
1222 significant waren of het significantieniveau niet is vermeld, levert deze studie onvoldoende
1223 bewijs dat online traumagerichte CGT effectief is om PTSS-symptomen te verminderen.

1224

1225 **Bewijskracht van de literatuur**

1226 Voor een gedetailleerde beschrijving van bewijskracht van de literatuur (GRADE-tabel) zie
1227 Bijlage 2. De bewijskracht voor online traumagerichte cognitieve gedragstherapie bij vrouwen
1228 met PTSS wordt gegradeerd op laag, op basis van het ontbreken van blindering en omdat
1229 confounding in de controlegroep waarschijnlijk werd geacht. De bewijskracht voor
1230 interpersoonlijke therapie wordt gegradeerd op laag, op basis van ontbreken van blindering,
1231 gebruik van een convenience sample en dat confounding door andere interventies niet is
1232 uitgesloten.

1233 **Conclusies (met bewijskracht volgens GRADE)**

| | |
|-------------------|--|
| Laag GRADE | Online traumagerichte cognitieve gedragstherapie lijkt geen meerwaarde te hebben boven afwachtend beleid bij vrouwen met PTSS na de bevalling (75). |
| Laag GRADE | Interpersoonlijke therapie lijkt effectiever dan psycho-educatie bij vrouwen met PTSS na perinatale sterfte die tevens een depressieve stoornis hebben (74). |

1234

1235 **Overwegingen**

1236 Om tot aanbevelingen te komen is een synthese gemaakt van (a) de conclusies o.b.v. de twee
1237 geïnccludeerde artikelen; (b) internationale richtlijnen over de behandeling van PTSS in het
1238 algemeen; (c) internationale richtlijnen over de behandeling van PTSS (klachten) na de
1239 bevalling en/of traumatische bevallingservaringen; (d) de conclusies van pilotstudies die
1240 volgens de GRADE criteria vanwege gebrek aan bewijskracht zijn geëxcludeerd, maar wel
1241 specifiek gaan over de behandeling van PTSS (klachten) na de bevalling.

1242 Er zijn t/m april 2018 drie *pilotstudies* gepubliceerd waarin EMDR of CGT werd
1243 toegepast (77–79). Er zijn geen studies gevonden die het effect van *debriefing*, *counseling* of
1244 farmacotherapie op PTSS (symptomen) na de bevalling onderzochten. Ayers et al (77) pasten
1245 CGT toe bij twee vrouwen. Beiden hadden PTSS-klachten uit alle drie de symptoomclusters

1246 van de DSM-IV. Er werd geen gebruik gemaakt van een gestructureerd klinisch interview of
1247 screeningsvragenlijst. Gedurende 10-12 sessies werden verschillende technieken gebruikt om
1248 negatieve cognities en gedrag te modificeren, en tevens werd gebruikt gemaakt van *exposure*
1249 en visualisatie. Beide vrouwen hadden hierna geen PTSS-symptomen meer en hadden
1250 positievere gedachten over zichzelf en anderen (77). Sandstrom et al (2008) pasten EMDR toe
1251 bij vier vrouwen (waarvan één zwanger). Zij voldeden aan de DSM-IV criteria voor PTSS op
1252 basis van een screeningsvragenlijst (TES). Na één of twee intake sessies vond EMDR
1253 behandeling plaats (niet vermeld hoeveel sessies). Twee vrouwen die hierna opnieuw de
1254 vragenlijst invulden voldeden na behandeling niet meer aan de criteria voor PTSS. Twee
1255 vrouwen deden niet mee met de nameting. Na één tot drie jaar hadden drie van de vier
1256 vrouwen geen/nauwelijks PTSS-symptomen, en één (die de EMDR behandeling niet had
1257 afgemaakt) had nog wel klinisch relevante symptomen (78). Stramrood et al (2012) pasten
1258 EMDR therapie toe bij drie zwangere vrouwen. Allen hadden Ptss-klachten uit alle drie de
1259 symptoomclusters van de *DSM-IV*. Er werd geen gebruik gemaakt van een gestructureerd
1260 klinisch interview of screeningsvragenlijst. Na intake vonden voor de behandeling van PTSS
1261 na de bevalling één of twee EMDR sessies plaats. Na de behandeling hadden alle vrouwen
1262 minder of geen PTSS-symptomen meer en vertrouwen in een vaginale bevalling. Hoewel bij
1263 alle drie de vrouwen medisch vergelijkbare interventies/complicaties optraden als in de
1264 eerste zwangerschap gaven zij aan positief terug te kijken op de tweede bevalling (79).

1265
1266 Zoals vermeld in de introductie van dit hoofdstuk is er in (inter)nationale richtlijnen over de
1267 behandeling van PTSS in het algemeen (ongeachte het type trauma) consensus dat EMDR en
1268 traumagerichte CGT de twee eerste keus behandelingen voor PTSS zijn (68–71).

1269 Er is gezocht op buitenlandse richtlijnen in het Engels of Nederlands waarin
1270 aanbevelingen worden gedaan over de behandeling van PTSS (klachten) na de bevalling. De
1271 richtlijn van het *National Institute for Health and Clinical Excellence* over ante- en postpartum
1272 mentale gezondheid (4) adviseert om PTSS na een traumatisch ervaren bevalling, miskraam,
1273 doodgeboorte of neonatale sterfte te behandelen conform de aanbevelingen in de algemene
1274 PTSS richtlijn (68). Deze algemene richtlijn adviseert traumagerichte CGT of EMDR als
1275 behandeling van PTSS, en raadt *debriefing* expliciet af. Een vroege (binnen 3 maanden),
1276 kortdurende (3 sessies) traumagerichte psychologische interventie kan worden overwogen
1277 voor allen die een traumatische gebeurtenis hebben meegemaakt, omdat dit het ontwikkelen
1278 van PTSS (klachten) kan voorkómen of verminderen. De richtlijn raadt expliciet niet-
1279 traumagerichte behandelingen af, en ziet geen plaats voor medicatie als eerste stap in de
1280 behandeling van PTSS (68). De richtlijn over ante- en postpartum mentale gezondheid
1281 benoemt verder nog het belang van steun en advies aan vrouwen met een traumatische
1282 bevallingservaring die hierover willen praten, en oog te hebben voor (de ervaring van) de
1283 partner. De richtlijn vermeldt expliciet dat de adviezen gelden voor vrouwen die de bevalling
1284 als traumatisch ervaren hebben, ongeacht de aanwezigheid van eventuele obstetrische
1285 complicaties.

1286 De *American Congress of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) en de *American*
1287 *Psychiatric Association* (APA) hebben een richtlijn gepubliceerd over peripartum depressie,
1288 waarin geen aandacht wordt besteed aan PTSS (klachten) na de bevalling of traumatische
1289 bevallingservaringen (80). De *Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and*
1290 *Gynaecologists* (RANZCOG) heeft een richtlijn over peripartum angst en depressie, maar geeft
1291 geen advies over PTSS (klachten) na de bevalling (81). De *Society of Obstetricians and*

1292 *Gynecologists of Canada (SOGC)* en de *Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (VVOG,*
1293 *Vlaanderen)* hebben geen richtlijnen over psychische klachten rondom zwangerschap en
1294 bevalling.

1295

1296 **Aanbevelingen**

1297

1298 Bied vrouwen met een traumatische bevallingservaring en psychische klachten met een
1299 negatief effect op het dagelijks functioneren (mogelijk passend bij PTSS), in principe via de
1300 huisarts, een verwijzing aan naar een zorgverlener die bekwaam en bevoegd is in het
1301 diagnosticeren en behandelen van PTSS.

1302

1303 Behandel vrouwen met PTSS (klachten) na de bevalling met negatief effect op het dagelijks
1304 functioneren conform de geldende algemene richtlijnen voor de behandeling van PTSS,
1305 d.w.z.: psycho-educatie in combinatie met *eye movement desensitization and reprocessing*
1306 (EMDR) therapie en/of traumagerichte cognitieve gedragstherapie (CGT).

1307

1308

1309

1310

1311 Hoofdstuk 5 Organisatie van de zorg

1312

1313 Om de aanbevelingen in de hoofdstukken over preventie en behandeling te kunnen
1314 implementeren zijn een aantal factoren van groot belang:

- 1315 1. kennis van zorgverleners over symptomen, risicofactoren en gevolgen van PTSS
1316 (klachten) na de bevalling;
- 1317 2. kennis van zorgverleners over de interpersoonlijke factoren (o.a. communicatie,
1318 interactie, inspraak, *informed consent*, reflectie) die een rol spelen in hoe een vrouw
1319 haar bevalling ervaart;
- 1320 3. het ervaren van een bepaalde mate van urgentie om in de dagelijkse
1321 werkzaamheden aandacht te besteden aan de onder punt 2 genoemde zaken;
- 1322 4. een lokale organisatiestructuur (e.g. verloskundigenpraktijk, ziekenhuis, VSV,
1323 multidisciplinair, POP-poli) waarbij zorgverleners met elkaar samenwerken om te
1324 zorgen voor regievoering en goede overdracht van gegevens tussen de verschillende
1325 partijen in de keten;
- 1326 5. een lokale organisatiestructuur (e.g. verloskundigenpraktijk, ziekenhuis, VSV,
1327 multidisciplinair, POP-poli) die de zaken onder punt 1 t/m 3 faciliteert en waar
1328 adequate mogelijkheden zijn voor doorverwijzing voor diagnostiek en behandeling.

1329 De zaken genoemd onder [1] en [2] en deels [3] betreffen educatie van zorgverleners,
1330 waarvan het de moeite waard zou zijn als dit onderdeel zou uitmaken van lokale scholing,
1331 als ook van de opleidingen tot verloskundige, arts, gynaecoloog, (obstetrie-)
1332 verpleegkundige, kraamverzorgende etc. De zaken genoemd onder [4] en [5] betreffen de
1333 lokale organisatie van zorg.

1334

1335 Specifiek voor onderzoeksdoeleinden kan het relevant zijn om onderscheid te maken tussen
1336 vrouwen met een diagnose PTSS en vrouwen met PTSS-klachten die niet aan alle DSM-5
1337 criteria van PTSS voldoen. In de praktijk is het vooral relevant of er sprake is van een
1338 traumatische bevallingservaring zonder PTSS-klachten, of van een traumatische gebeurtenis
1339 met PTSS (klachten) die het dagelijks functioneren beïnvloeden, en significante lijdensdruk
1340 en/of verminderde kwaliteit van leven tot gevolg hebben.

1341 Net als in de NICE richtlijnen (*National Institute for Health and Clinical Excellence*)
1342 (4)(82) adviseert de werkgroep derhalve om een *stepped-care* model toe te passen:
1343 Reguliere, al dan niet frequentere of intensievere, zorg door (één van) de eigen
1344 zorgverleners wanneer mogelijk en afdoende, kortdurende begeleiding door een eerstelijns
1345 professional wanneer nodig, en verwijzing naar specialistische zorg wanneer geïndiceerd.

1346

1347 1^e week postpartum

1348 De eerste stap om vrouwen voor wie de bevalling een traumatische gebeurtenis was, al dan
1349 niet met PTSS-klachten, te identificeren, is om in de eerste dagen/week na de bevalling de
1350 vrouw te vragen hoe zij de bevalling heeft ervaren. Dit is ook onderdeel van de
1351 Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (83). Bij voorkeur wordt dit gedaan door degene die
1352 de bevalling heeft begeleid of anders door een betrokken coördinerend zorgverlener. Het is
1353 belangrijk om extra alert te zijn bij vrouwen met risicofactoren voor het ontwikkelen van
1354 PTSS na de bevalling. Tegelijkertijd is het van belang om te beseffen dat vrouwen met veel
1355 medische interventies of complicaties zeker niet altijd een negatieve ervaring hebben, zoals
1356 er ook vrouwen zijn zonder medisch gecompliceerd beloop die wél een nare ervaring

1357 hadden. Zoals vermeld in hoofdstuk 3 (preventie) en ook in de aanbevelingen, wordt
1358 geadviseerd om het feitelijk verloop van de bevalling te bespreken, maar niet uitgebreid en
1359 expliciet naar negatieve emoties en gedachten te vragen. Concrete handvatten hiervoor zijn
1360 beschreven in Bijlage 1 (Toolbox).

1361

1362 Nacontrole (zie Figuur 1)

1363 Volgens de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (versie 1.1) dienen alle vrouwen
1364 ongeveer 6 weken na de bevalling een nacontrole aangeboden te krijgen. Hier horen o.a.
1365 beleving en ervaringen, incl. evaluatie van de zorgverlening aan bod te komen (83).

1366 Wanneer de vrouw aangeeft dat de bevalling een traumatische, ingrijpende of erg
1367 nare ervaring is geweest, is het van belang dat de zorgverlener hier voldoende aandacht aan
1368 besteedt. Voor veel vrouwen en hun partners is de mogelijkheid om het verloop van de
1369 bevalling door te nemen, uitleg te krijgen over beslistmomenten, vragen te stellen en zich te
1370 kunnen uiten over hoe men de bevalling en begeleiding heeft ervaren heel waardevol en
1371 kan bijdragen aan verwerking van gevoelens van onzekerheid of falen. Verder kunnen in elk
1372 geval basisinterventies, zoals bijvoorbeeld beschreven in de Nederlandse multidisciplinaire
1373 richtlijn Angststoornissen (69) worden toegepast: psycho-educatie, vermijding tegengaan
1374 cq. activering, actief volgen.

1375 Vervolgens is het van belang om na te gaan of er sprake is van actuele psychische
1376 klachten, passend bij PTSS, en hoe lang deze bestaan. Wanneer de zorgverlener over
1377 voldoende achtergrondkennis beschikt kan hierbij gebruik worden gemaakt van een
1378 gevalideerde screeningsvragenlijst zoals de PCL-5 of de TSQ (zie bijlage I: Toolbox). Het valt
1379 te overwegen om bij hoogrisicogroepen, zoals vrouwen met een extreme vroeggeboorte of
1380 ernstige pre-eclampsie, standaard te screenen op PTSS (klachten) postpartum (23). Indien
1381 de vrouw geen psychische klachten rapporteert kan een afwachtend beleid worden
1382 afgesproken, eventueel met follow-up na enkele weken als de vrouw dit wenst.

1383 Bij milde symptomen van PTSS die korter dan een maand bestaan kan zowel een
1384 afwachtend beleid met follow-up binnen enkele weken (*National Institute for Health and*
1385 *Clinical Excellence* (68) als begeleiding door een eerstelijns professional (e.g. huisarts, POH-
1386 GGZ, maatschappelijk werkende) overwogen worden.

1387 Wanneer de PTSS-symptomen langer aanhouden en een duidelijk negatief effect op
1388 het dagelijks functioneren hebben, bestaat er een indicatie voor verwijzing naar een
1389 zorgverlener die bevoegd en bekwaam is in het diagnosticeren en behandelen van PTSS
1390 (psycholoog/psychiater). Conform de aanbevelingen in algemene PTSS-richtlijnen dient de
1391 behandeling dan te bestaan uit EMDR of traumagerichte CGT (69).

1392 Tevens kan overwogen worden om, met toestemming van de vrouw, het
1393 consultatiebureau in te lichten. Indien de regionale infrastructuur hiervoor is ingericht,
1394 kunnen bovengenoemde stappen ook in een multidisciplinaire setting (bijv. POP-poli)
1395 plaatsvinden. De richtlijncommissie is van mening dat het niet ethisch is om vrouwen met
1396 PTSS na de bevalling *niet* te behandelen, ondanks het feit dat literatuur over de optimale
1397 behandeling voor deze specifieke patiëntenpopulatie voorsnog niet conclusief is.

1398

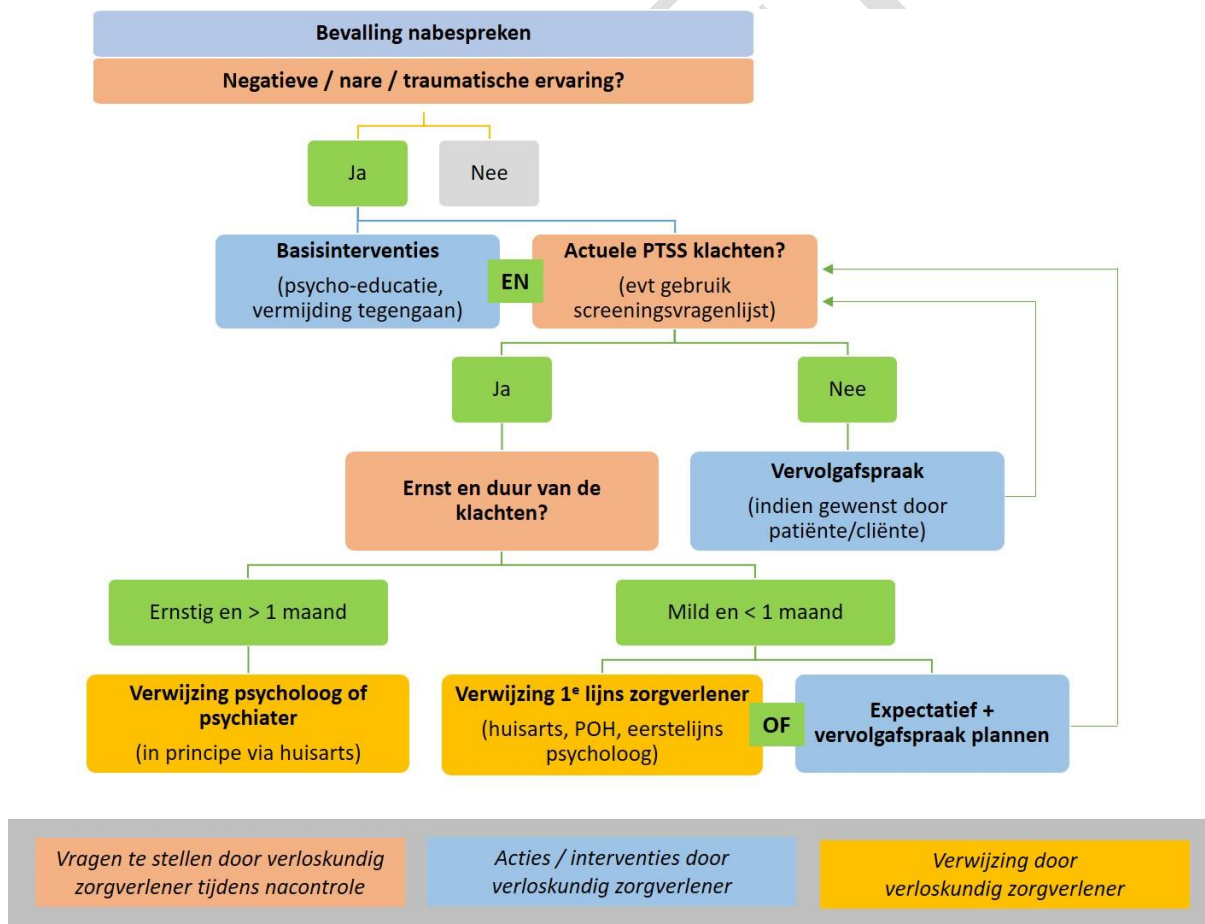
1399 Volgende zwangerschap

1400 Bij elke multipara is het belangrijk om relatief vroeg in een volgende zwangerschap te
1401 evalueren hoe zij terugkijkt op (een) eerdere bevalling(en). Hierbij dient men zich te
1402 realiseren dat vermijding onderdeel is van PTSS (klachten). In geval van een traumatische of

1403 nare bevallingservaring kan gebruik worden gemaakt van een gevalideerde
 1404 screeningsvragenlijst zoals de PCL-5 of de TSQ (zie bijlage I: toolbox). In geval van angst voor
 1405 een volgende bevalling en/of PTSS (klachten) kan hiervoor dan nog tijdig begeleiding en/of
 1406 behandeling worden aangeboden.

1407 Tijdens een volgende zwangerschap heeft het specifiek bij vrouwen met een
 1408 traumatische bevallingservaring meerwaarde om expliciet te spreken over mogelijke
 1409 scenario's, de te verwachten en door de patiënte geaccepteerde interventies, wensen van
 1410 de barenden en manieren om haar controle te geven. Hierbij kan gebruik gemaakt worden
 1411 van een bevalplan/geboorteplan. In dit kader raadt een internationale groep experts op dit
 1412 gebied aan om bij het opstellen uit te gaan van verschillende scenario's (e.g., spontane
 1413 partus, inleiding, vroeggeboorte, secundaire sectio, pijnstillingswens) waarvoor de vrouw
 1414 haar wensen aangeeft, in plaats van de focus op één verwachte, vaak geïdealiseerde,
 1415 gewenste uitkomst (24). Uiteraard is het belangrijk dat een bevalplan wordt besproken met
 1416 (een van) de verantwoordelijke zorgverleners.

1417
 1418 Bovenstaande informatie is samengevat in figuur 1.



1421
 1422
 1423 **Figuur 1: Flowchart voor vragen en acties postpartum**

1424
 1425
 1426

1427 **Aanbevelingen**

1428

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.

1429

1430

Vraag bij de postpartum nacontrole hoe de vrouw de bevalling heeft ervaren en hoe zij er op terugkijkt. Bespreek en formuleer het beleid voor een volgende zwangerschap.

1431

1432

1433

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.

1434

1435

1436

1437

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

1438

1439

1440

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.

1441

1442

1443

1444

1445

1446 **BIJLAGEN**

1447 RICHTLIJN BEVALLINGSGERELATERDE PTSS EN PTSS-KLACHTEN

1448

1449 **Bijlage I. Toolbox**

1450

1451 De toolbox behorend bij de Richtlijn 'Bevallingsgerelateerde PTSS en PTSS (klachten)' bevat
1452 een aantal praktische handvatten voor zorgverleners. De bijlage biedt suggesties aan
1453 zorgverleners hoe zij vrouwen kunnen vragen naar hun bevallingservaring, een voorbeeld
1454 van een schrijfoefening waarin vrouwen hun emoties en gedachten kunnen beschrijven, en
1455 twee screeningsvragenlijsten voor PTSS.

1456

1457 **Voorbeeldvragen om de bevallingservaring te bespreken**

1458 Op verschillende momenten postpartum kan vrouwen worden gevraagd naar hoe zij de
1459 bevalling hebben ervaren; de vraag naar beleving van de bevalling hoort onderdeel te zijn
1460 van de nacontrole ca. 6 weken postpartum. Bij een volgende zwangerschap maken het
1461 verloop en de ervaring van eerdere bevallingen onderdeel uit van de intake.

1462 In de eerste week postpartum is het wenselijk dat degene die de bevalling heeft
1463 begeleid en/of degene die het kraambed begeleidt informeert naar hoe de vrouw de
1464 bevalling heeft ervaren. Zoals beschreven in hoofdstuk 3 (preventie) dient er geen
1465 *debriefing* plaats te vinden. Daarom is het onwenselijk als zorgverleners bij kraamvrouwen
1466 aandringen op het delen van heftige emoties. Bied vrouwen in plaats daarvan de ruimte om
1467 hun verhaal te doen en vragen te stellen en bespreek, indien gewenst, feiten en het verloop
1468 van de bevalling. Daarnaast is het belangrijk om te normaliseren; het krijgen van een kind is
1469 een *life event*, bevallen is voor de meeste vrouwen een ingrijpende ervaring (positief of
1470 negatief) en het is normaal als vrouwen in de periode kort na de bevalling regelmatig
1471 terugdenken aan het verloop ervan.

1472

1473 Twee korte vragen die gesteld kunnen worden zijn:

1474 • Hoe heb je de bevalling ervaren?

1475 • Hoe kijk je terug op de bevalling?

1476 Het is belangrijk om deze vragen met een open houding en op een neutrale manier te
1477 stellen, dat wil zeggen: niet defensief of veroordelend. Ook is het belangrijk om geen
1478 vragen, klachten of emoties voor de vrouw in te vullen.

1479

1480 Indien de bevalling negatief ervaren is, kunnen aanvullende vragen gesteld worden zoals:

1481 • Zijn er dingen tijdens de bevalling waarvan je had gewild dat die anders waren
1482 gegaan?

1483 • Zijn er dingen waarvan je had gewild dat zorgverleners die anders hadden gedaan?

1484 • Zijn er dingen die je achteraf zelf anders had willen doen?

1485

1486 Het stroomdiagram in hoofdstuk 5 (organisatie van zorg) geeft verder richting aan hoe te
1487 handelen in geval van een traumatische bevallingservaring.

1488

1489

1490

1491 **Schrijfoefening**

1492 Bij het verwerken van ingrijpende ervaringen, positief of negatief, kan het helpen om
1493 gedachten en emoties op papier te zetten. In de kraamweek kan de oefening worden
1494 gebruikt om emoties en gedachten over de bevalling op te schrijven.
1495 Klassiek is de schrijfoefening van Pennebaker (35), waarbij mensen gedurende 3
1496 opeenvolgende dagen en tenminste 20 minuten per dag associatief schrijven. In de
1497 kraamweek is deze duur (20 minuten aaneengesloten) en tijdsinvestering (dagelijks) wellicht
1498 niet haalbaar, maar het belangrijkste is dat de principes van de schrijfoefening worden
1499 aangehouden; het schrijven kan dus ook korter en/of verspreid over een langere periode.

1500

1501 *Voorbeeldinstructies voor een schrijfoefening:*

1502 “Schrijf in de komende dagen over de diepste emoties en gedachten die je leven nu het
1503 meest beïnvloeden. Probeer gedurende het schrijven alles los te laten, de gebeurtenis te
1504 onderzoeken en ook de manier waarop deze jou heeft beïnvloed.

1505 Schrijf continu gedurende een vooraf vastgestelde tijd (bijvoorbeeld 5, 10 of 20 minuten). Je
1506 kunt elke dag over ongeveer hetzelfde schrijven, of elke dag over andere aspecten van wat
1507 je bezighoudt. Daarnaast is het belangrijk tijdens het schrijven niet gestoord te worden en
1508 te schrijven wanneer je eraan toe bent. De tekst is alleen voor jezelf en je hoeft het niet aan
1509 anderen te laten lezen. Je hoeft je geen zorgen te maken over spelling, grammatica of
1510 zinsbouw. De enige regel is dat wanneer je begint met schrijven, je doorgaat totdat de tijd
1511 die je er voor hebt gepland voorbij is.”

1512 *(Vrij vertaald naar: J.W. Pennebaker, ‘Writing about emotional experiences as a therapeutic
1513 process’, Psychological Science 1997, © American Psychological Society) (35).*

1514

1515 **Screeningsvragenlijsten**

1516 Bij vermoeden op PTSS (-klachten) kan gebruik gemaakt worden van gevalideerde
1517 screeningsvragenlijsten. Deze vragen naar de symptomen van PTSS zoals gedefinieerd in de
1518 DSM-5. De vragenlijsten zijn *niet* bedoeld om de diagnose PTSS te stellen. Hiervoor dient
1519 verwezen te worden naar een bevoegd en bekwaam professional.

1520 De *Primary Care PTSD Screen (PC-PTSD-5)* (30) is een zeer beknopte vragenlijst
1521 gebaseerd op de DSM-5, maar is nog in weinig populaties gevalideerd. De vragenlijst bestaat
1522 uit 1 vraag voor criterium A (trauma) en 5 vragen over PTSS-symptomen die met ‘ja’ of ‘nee’
1523 kunnen worden beantwoord. De *Trauma Screening Questionnaire (TSQ)* (26) is gebaseerd
1524 op DSM-IV en is goed gevalideerd. De vragenlijst bestaat uit 2 vragen voor criterium A
1525 (trauma) en 10 vragen over PTSS-symptomen die met ‘ja’ of ‘nee’ kunnen worden
1526 beantwoord. De *PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)* (25) is het meest uitgebreid, is gebaseerd
1527 op DSM-5 en is goed gevalideerd. De vragenlijst bestaat uit 20 vragen over PTSS-symptomen
1528 die op een Likert-scale (0-4) worden beantwoord.

1529 De PC-PTSD en TSQ beginnen met een inleidende vraag ter toetsing van het DSM-5
1530 criterium A, of er sprake is van het meemaken van een traumatische gebeurtenis. Bij de PCL-
1531 5 dient criterium A separaat te worden beoordeeld, bijvoorbeeld met de Life Events
1532 Checklist voor DSM-5 (LEC-5). In alle gevallen wordt gesproken van ‘de gebeurtenis’, waarbij
1533 in geval van een traumatische bevallingservaring ‘de bevalling’ wordt bedoeld.

1534

1535

1536

1537 **VRAGENLIJST** **PC-PTSD**

1538

1539

1540 **[A]**

1541

1542 Soms gebeuren er dingen met mensen die uitzonderlijk of heel erg beangstigend,
1543 verschrikkelijk of traumatisch zijn. Bijvoorbeeld: een ernstig ongeval of brand, lichamelijke
1544 of seksuele mishandeling of misbruik, een aardbeving of overstroming, oorlog, zien hoe
1545 iemand doodgaat of zwaar gewond raakt, of iemand die je nabij is verliezen door moord of
1546 zelfmoord.

1547 Heeft u ooit een soortgelijke gebeurtenis meegemaakt? (*ja/nee*)

1548

1549

1550 **[B]**

1551

1552 Heeft u in de afgelopen maand:

1553 1. Nachtmeries gehad over de gebeurtenis(sen), of aan de gebeurtenis(sen) gedacht
1554 terwijl u dat niet wilde? (*ja/nee*)

1555 2. Hard geprobeerd om niet te denken aan de gebeurtenis(sen), of erg uw best gedaan om
1556 situaties te vermijden die u aan de gebeurtenis(sen) doen denken? (*ja/nee*)

1557 3. Het gevoel gehad dat u voortdurend op uw hoede, waakzaam of schrikachtig was?
1558 (*ja/nee*)

1559 4. Zich verdoofd gevoeld, of afstand gevoeld tot mensen, activiteiten of uw omgeving?
1560 (*ja/nee*)

1561 5. Zich schuldig gevoeld of niet kunnen ophouden met uzelf of anderen de schuld te geven
1562 voor de gebeurtenis(sen) of de gevolgen daarvan? (*ja/nee*)

1563

1564

1565 **Beoordeling**

1566 Indien [A] met 'ja' wordt beantwoord én onder [B] worden **3** of meer vragen met 'ja'
1567 beantwoord: PTSS waarschijnlijk en nadere diagnostiek geadviseerd.

1568

1569 **Referenties en copyright**

1570 – *Nederlandse vertaling*: Bakker A, van der Meer C, Olf M. Primary Care PTSD Screen for
1571 DSM-5 (PC-PTSD-5). 2014, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam.

1572 – *Originele versie*: Prins A, Bovin MJ, Smolenski DJ, Marx BP, Kimerling R, Jenkins-Guarnieri
1573 MA, Kaloupek DG, Schnurr PP, Kaiser AP, Leyva YE, Tiet QQ. The Primary Care PTSD
1574 Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5): Development and Evaluation Within a Veteran Primary
1575 Care Sample. J Gen Intern Med. 2016 Oct;31(10):1206-11.

1576

1577

1578 **VRAGENLIJST** **TSQ**

1579

1580 **[A]**

1581

1582 Soms maken mensen zeer ingrijpende gebeurtenissen mee, zoals in een levensbedreigende
1583 situatie terecht komen door een ramp, een ernstig ongeluk of een brand; bedreigd of
1584 aangevallen worden; aangerand of verkracht worden; zien dat iemand vermoord wordt, of
1585 dood is, of ernstig gewond is; of horen dat er iets afschuwelijks is gebeurd met iemand die u
1586 na aan het hart ligt.

1587

1588 [A1] Heeft u ooit in uw leven soortgelijke dingen meegemaakt?

1589 [A2] Reageerde u bij tenminste één van deze gebeurtenissen met intense angst,
1590 hulpeloosheid of afschuw?

1591

1592 **[B]**

1593

1594 Bekijk de onderstaande reacties die soms ontstaan na een traumatische gebeurtenis. Deze
1595 vragenlijst gaat over uw persoonlijke reactie op de traumatische gebeurtenis die u heeft
1596 meegemaakt. Geef aan (Ja / Nee) of u tenminste tweemaal in de afgelopen week het
1597 volgende heeft ondervonden.

1598

1599 1. Verontrustende gedachten of herinneringen aan de gebeurtenis die in uw
1600 hoofd opkomen tegen uw wil in (*ja/nee*)

1601 2. Verontrustende dromen over de gebeurtenis (*ja/nee*)

1602 3. U gedragen of u voelen alsof de gebeurtenis opnieuw plaatsvindt (*ja/nee*)

1603 4. Van streek raken door dingen die u aan de gebeurtenis herinneren (*ja/nee*)

1604 5. Lichamelijke reacties (zoals snelle hartslag, steen in de maag, zweten,
1605 duizeligheid) wanneer u herinnerd wordt aan de gebeurtenis (*ja/nee*)

1606 6. Moeilijk in slaap kunnen komen of te vroeg wakker worden (*ja/nee*)

1607 7. Geïrriteerdheid of woedeaanvallen (*ja/nee*)

1608 8. Moeite hebben met concentreren (*ja/nee*)

1609 9. Verhoogd bewustzijn van mogelijke gevaren voor uzelf en anderen (*ja/nee*)

1610 10. Gespannen zijn of schrikken van iets onverwachts (*ja/nee*)

1611

1612

1613 **Beoordeling**

1614 Indien [A1] en [A2] met 'ja' worden beantwoord, én de gebeurtenissen waren minimaal 4
1615 weken geleden én onder [B] worden 6 of meer vragen met 'ja' beantwoord: PTSS
1616 waarschijnlijk en nadere diagnostiek geadviseerd.

1617

1618 **Referenties en copyright**

1619 – *Nederlandse vertaling*: Olff, M. Trauma Screening Vragenlijst. 2009, AMC Psychiatrie,
1620 Zorglijn Angststoornissen.

1621 – *Originele versie*: Brewin CR, Rose S, Andrews B, Green J, Tata P, McEvedy C, e.a. Brief
1622 screening instrument for post-traumatic stress disorder. Br J Psychiatry. 2002;181:158–
1623 62.

1624 **VRAGENLIJST** **PCL-5**

1625

1626 Hieronder volgt een lijst van problemen die mensen soms kunnen ondervinden na een zeer
1627 stressvolle gebeurtenis.

1628 Leest u alstublieft elke omschrijving aandachtig door terwijl u denkt aan uw meest
1629 ingrijpende gebeurtenis en omcirkel vervolgens één van de cijfers rechts van de beschrijving
1630 om aan te geven in hoeverre u er in de afgelopen maand last van heeft gehad.
1631

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

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

1632

1633

1634 Beoordeling

1635 Tel de gegeven antwoorden voor items 1 t/m 20 op; indien de somscore 38 of meer

1636 bedraagt: PTSS waarschijnlijk en nadere diagnostiek geadviseerd.

1637

1638 Referenties en copyright

1639 – *Nederlandse vertaling*: Boeschoten MA, Bakker A, Jongedijk RA, Olff M. PTSS Checklist
1640 voor de DSM-5 (PCL-5). 2014, Stichting Centrum '45, Arq Psychotrauma Expert Groep.

1641 – *Originele versie*: Weathers F, Litz B, Keane T, Palmieri T, Marx B.P, Schnurr P. The PTSD
1642 Checklist for DSM-5 (PCL-5). 2013, National Center for PTSD.

1643

1644

1645 **Bijlage II. Kennislacunes**

1646

1647

1648 **Inleiding**

1649

1650 Per onderdeel zijn verschillende kennislacunes geformuleerd die de basis kunnen vormen
1651 voor toekomstig onderzoek naar postpartum PTSS en traumatische bevallingservaringen.

1652

1653 Hoofdstuk 2: Achtergrondinformatie

1654 - Nut van implementatie van screening op postpartum PTSS (klachten), inclusief bij
1655 wie te screenen (niet / iedereen / bij risicofactoren)

1656 - Voorkeur voor bepaald screeningsinstrument

1657

1658 Hoofdstuk 3: Preventie van PTSS na de bevalling en traumatische bevallingservaringen

1659 - Mogelijkheden voor preventie traumatische bevallingservaringen:

1660 o Effect van het behandelen van angst en depressie in de zwangerschap

1661 o Effect van het verbeteren van coping strategieën in de zwangerschap

1662 o Effect van het versterken van sociale steun tijdens de zwangerschap

1663 o Effect van continue 1-op-1-begeleiding (doula, verloskundige,
1664 verpleegkundige, leek) tijdens de bevalling

1665 o Effect van het opstellen van een bevalplan

1666 o Effect van training van zorgverleners om o.a. goede communicatie en gevoel
1667 van controle bij de barende te bevorderen

1668 - Mogelijkheden voor preventie van postpartum PTSS (klachten):

1669 o Effect van huid op huid contact

1670 o Effect van borstvoeding

1671 o Effect van medicamenteuze therapie (o.a. oxytocine, bèta-blokkers)

1672 o Verder exploreren effect van expressive writing

1673 o Verder exploreren effect van psychologische interventies postpartum in

1674 hoogrisico-groepen (o.a. prematuriteit, secundaire sectio, kunstverlossing)

1675

1676 Hoofdstuk 4: Behandeling van PTSS na de bevalling

1677 - RCT's over de behandeling van PTSS (klachten) na de bevalling, met name EMDR en
1678 traumagerichte CGT

1679 - Behandeling van PTSS in de zwangerschap (veiligheid en effectiviteit)

1680

1681 Hoofdstuk 5: Organisatie van zorg

1682 - Mogelijkheden van meer continuïteit van zorg tijdens de zwangerschap en
1683 kraamperiode

1684 - Mogelijkheden voor continue 1-op-1-begeleiding (doula, verloskundige,
1685 verpleegkundige, leek) tijdens de bevalling

1686 - Aansluiting met de rol/functie van de huisarts

1687 - Aansluiting op de Jeugdgezondheidszorg, inclusief de rol van de JGZ in signaleren van
1688 vrouwen met een traumatische bevallingservaring

1689

1690 **Bijlage III. Verantwoording**

1691

1692 **Hoofdstuk 3. Preventie van PTSS na de bevalling en traumatische bevallingservaringen**

1693

1694 **Tabel 1: overzicht van zoekstrategie**

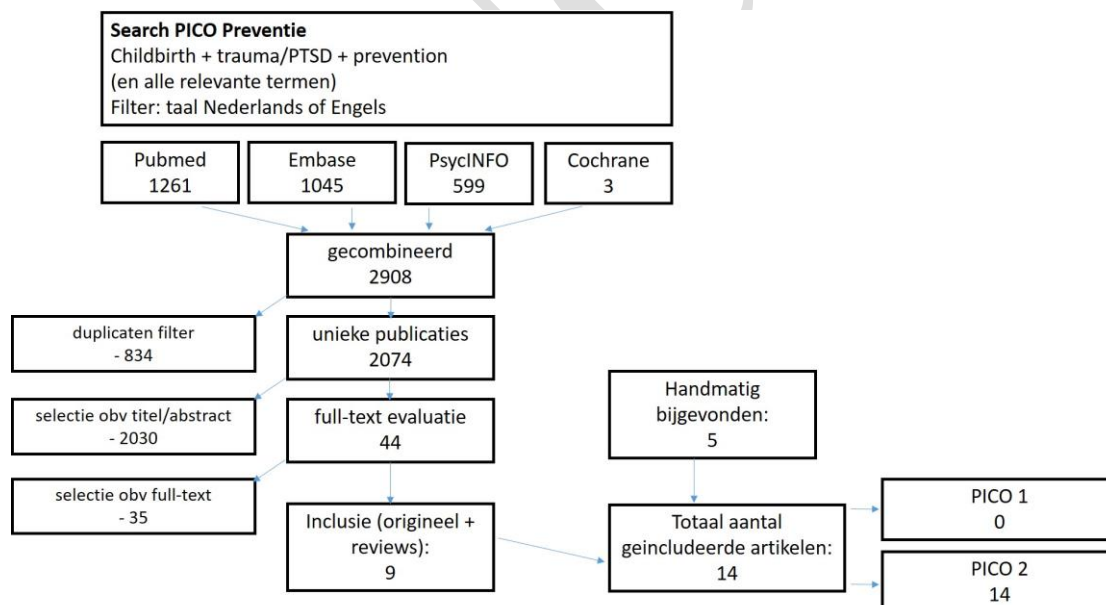
1695

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

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

1696
 1697
 1698
 1699

Figuur 1: Flowchart preventie



1700
 1701
 1702

1703
1704

Tabel 2: Exclusie na het lezen van het volledige artikel

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

1705

1706 **Referenties geëxcludeerde artikelen**

1707

1708 Anderson, C. A., & Gill, M. (2014). Childbirth related fears and psychological birth trauma in younger and older
1709 age adolescents. *Appl Nurs Res*, 27(4), 242–248.

1710 Anderson, C. A., & McCarley, M. (2013). Psychological birth trauma in adolescents experiencing an early birth.
1711 *MCN Am J Matern Child Nurs*, 38(3), 170–176.

1712 Anderson, C. & Connolly, J. (2018). A Model to Predict Birth Stress in Adolescents Within 72 Hours of
1713 Childbirth. *Advances in nursing science. E-pub ahead of publication.*

1714 Ayers, S. (2004). Delivery as a traumatic event: Prevalence, risk factors, and treatment for postnatal
1715 posttraumatic stress disorder. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47(3), 552–567.

1716 Ayers, S., Jessop, D., Pike, A., Parfitt, Y., & Ford, E. (2014). The role of adult attachment style, birth intervention
1717 and support in posttraumatic stress after childbirth: A prospective study. *Journal of Affective Disorders*,
1718 155(1), 295–298.

1719 Baas, M.A.M., Stramrood, C.A.I., Dijkman, L.M., de Jongh, A., van Pampus, M.G. (2017) *European Journal of*
1720 *psychotraumatology* 8(1), 1293315.

1721 Bastos, M. H. S., Bick, D., Cj, R., Small, R., McKenzie-McHarg, K., & Rowan, C. J. (2008). Debriefing for the
1722 prevention of psychological trauma in women following childbirth. *Cochrane Database of Systematic*
1723 *Reviews*, (2)(CD007194), 1–9.

1724 Bastos, M. H. S., Furuta, M., Small, R., McKenzie-McHarg, K., & Bick, D. (2015). Debriefing interventions for the
1725 prevention of psychological trauma in women following childbirth. *The Cochrane Database of Systematic*
1726 *Reviews*, (4), CD007194.

1727 Boorman, R. J., Devilly, G. J., Gamble, J., Creedy, D. K., & Fenwick, J. (2014). Childbirth and criteria for traumatic
1728 events. *Midwifery*, 30(2), 255–261.

1729 Borg Cunen, N., McNeill, J., & Murray, K. (2014). A systematic review of midwife-led interventions to
1730 address post partum post-traumatic stress. *Midwifery*, 30(2), 170–184.

1731 Clement, S. (2001). Psychological aspects of caesarean section. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics*
1732 *and Gynaecology*, 15(1), 109–126.

1733 Creedy, D. K., Shochet, I. M., & Horsfall, J. (2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms:
1734 incidence and contributing factors. *Birth*, 27(2), 104–111.

1735 Dworkin, E.R., Zambrano-Vazquez, L., Cunningham, S.R, Pittinger, S.L., Schumacher J.A., Stasiewicz, P.R.,
1736 Coffey, S.F. (2017). *Rural Mental Health* 41(2), 136-151.

1737 Gamble, J. A., Creedy, D. K., Webster, J., & Moyle, W. (2002). A review of the literature on debriefing or non-
1738 directive counselling to prevent postpartum emotional distress. *Midwifery*, 18(1), 72–79.

1739 Garthus-Niegel, S., von Soest, T., Knoph, C., Simonsen, T.B., Torgersen, L., Eberhard-Gran, M. *The*
1740 *influence of women's preferences and actual mode of delivery on post-traumatic stress symptoms*
1741 *following childbirth: A population-based, longitudinal study.* (2014). *BMC Pregnancy and Childbirth* 14(1),
1742 191.

1743 Gravensteen, I. K., Helgadóttir, L. B., Jacobsen, E. M., Rådestad, I., Sandset, P. M., & Ekeberg, O. (2013).
1744 Women's experiences in relation to stillbirth and risk factors for long-term post-traumatic stress
1745 symptoms: A retrospective study. *BMJ Open*, 3(10), e003323.

1746 Grekin, R., & O'Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A
1747 meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(5), 389–401.

1748 Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). Continuous Support for Women During Childbirth.
1749 *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 32(10), 1–117.

1750 Hoffenkamp, H. N., Tooten, A., Hall, R. A. S., Braeken, J., Eliens, M. P. J., Vingerhoets, A. J. J. M., & van Bakel, H.
1751 J. A. (2015). Effectiveness of hospital-based video interaction guidance on parental interactive behavior,
1752 bonding, and stress after preterm birth: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical*
1753 *Psychology*, 83(2), 416–429.

1754 Maggioni, C., Margola, D., & Filippi, F. (2006). PTSD, risk factors, and expectations among women having a
1755 baby: A two-wave longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 27(2), 81–90.

1756 Meades, R., Pond, C., Ayers, S., & Warren, F. (2011). Postnatal debriefing: Have we thrown the baby out with
1757 the bath water? *Behaviour Research and Therapy*, 49(5), 367–372.

1758 Peeler, S., Chung, M. C., Stedmon, J., & Skirton, H. (2013). A review assessing the current treatment strategies
1759 for postnatal psychological morbidity with a focus on post-traumatic stress disorder. *Midwifery*, 29(4),
1760 377–388.

- 1761 Rose, S. C., Bisson, J. I., Churchill, R., & Wessely, S. (2001). Psychological debriefing for preventing post
1762 traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD000560.
- 1763 Rowan, C., Bick, D., & Da Silva Bastos, M. H. (2007). Postnatal debriefing interventions to prevent maternal
1764 mental health problems after birth: Exploring the gap between the evidence and UK policy and practice.
1765 *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(2), 97–105.
- 1766 Roy-Matton, N., Moutquin, J. M., Brown, C., Carrier, N., & Bell, L. (2011). The impact of perceived maternal
1767 stress and other psychosocial risk factors on pregnancy complications. *Obstetrical and Gynecological
1768 Survey*, 66(8), 475–476.
- 1769 Ryding, E. L., Wiren, E., Johansson, G., Ceder, B., & Dahlstrom, A. (2004). Group Counseling for Mothers After
1770 Emergency Cesarean Section: A Randomized Controlled Trial of Intervention. *Birth: Issues in Perinatal
1771 Care*, 31(4), 247–253.
- 1772 Sawyer, A., Ayers, S., & Smith, H. (2010). Pre- and postnatal psychological wellbeing in Africa: A systematic
1773 review. *Journal of Affective Disorders*, 123(1–3), 17–29.
- 1774 Shaw, J. G., Asch, S. M., Kimerling, R., Frayne, S. M., Shaw, K. A., & Phibbs, C. S. (2013). Posttraumatic stress
1775 disorder, military sexual trauma and preterm birth. *Journal of Investigative Medicine*, 61(1), 226.
- 1776 Shaw, R. J., Brecht, C. J., St John, N., Lilo, E., Corcoran, J., Howell, S., ... Melnyk, B. (2013). Prevention of
1777 postpartum traumatic stress in mothers with preterm infants : manuel development and evaluation.
1778 *Issues in Mental Health Nursing*, 34(8), 578–586.
- 1779 Sheen, K., & Slade, P. (2015). The efficacy of “debriefing” after childbirth: Is there a case for targeted
1780 intervention? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Taylor & Francis.
- 1781 Simkin, P. (2011). Pain, suffering, and trauma in labor and prevention of subsequent posttraumatic stress
1782 disorder. *The Journal of Perinatal Education*, 20(3), 166–76.
- 1783 Taheri, M., Takian, A., Taghizadeh, Z., Jafari, N., Sarafraz, N. (2018) *Creating a positive perception of
1784 childbirth experience: Systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions*.
1785 *Reproductive Health* 15(1), 1-13.
- 1786 Vesel, J., Nichasch, B. (2016). *An evidence Review and Model for Prevention and Treatment of Postpartum
1787 Posttraumatic Stress Disorder*. *Nursing for women’s health*, 19(6), 504-525.
- 1788 Werner, A., Uldbjerg, N., Zachariae, R., Wu, C.S., Nohr, E.A. (2013) *Antenatal hypnosis training and
1789 childbirth experience: A randomized controlled trial*. *Birth* 40(4), 272-280.
- 1790 Wiklund, I., Edman, G., Andolf, E. (2007) *Cesarean section on maternal request: Reasons for the
1791 request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-
1792 time mothers*. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 86(4), 451-456.
- 1793
1794
1795

1796 **Hoofdstuk 4. Behandeling van PTSS na de bevalling**

1797

1798 **Tabel 3: overzicht van zoekstrategie**

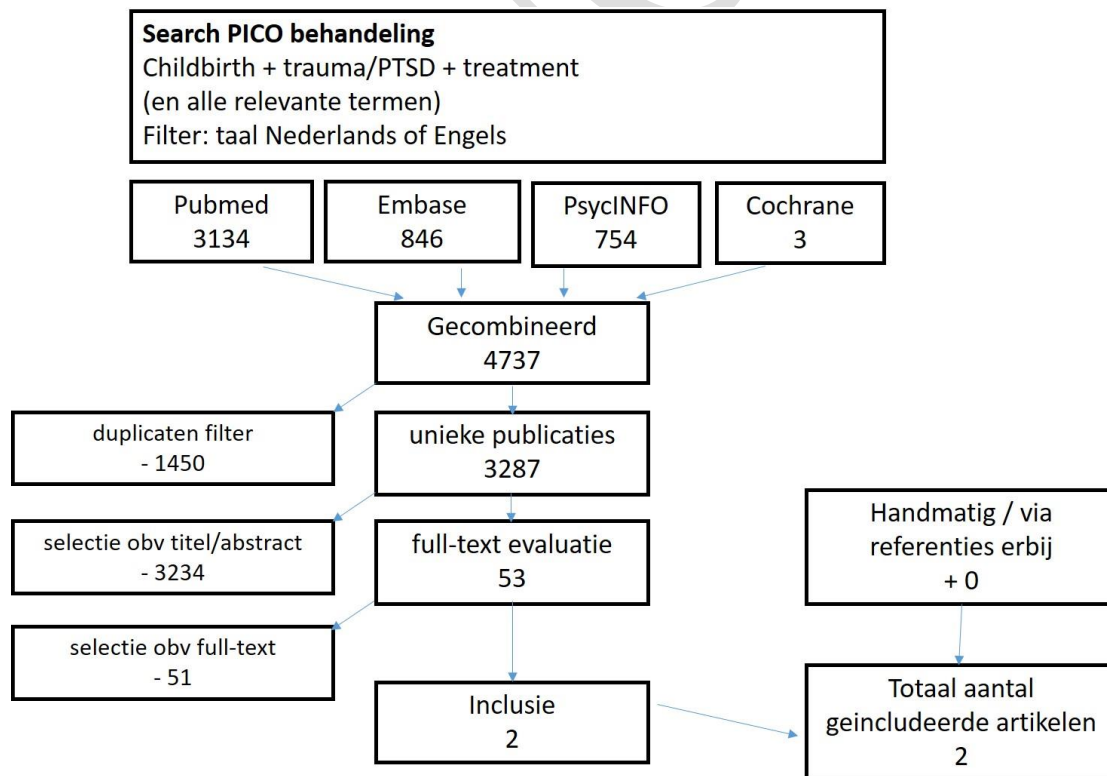
1799

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

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

1800
 1801
 1802
 1803

Figuur 2: Flowchart PICO behandeling



1804
 1805

1806
1807
1808

Tabel 4: Exclusie na het lezen van het volledige artikel

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

| | |
|--------------------------------------|--|
| (Sheen & Slade, 2015) | Review. |
| (Skibniewski-Woods, 2011) | Beantwoordt PICO niet. |
| (Stramrood et al., 2012) | Onvoldoende bewijskracht (pilot study). Gebruiken in overwegingen. |
| (Taheri, 2018) | Onjuiste outcome. |
| (Tham, Ryding, & Christensson, 2010) | Beantwoordt PICO niet. |
| (Turkstra et al., 2013) | Onjuiste Outcome, namelijk Quality Of Life. |
| (Twohig & O'Donohue, 2007) | Onjuiste P(atientengroep), namelijk mensen met algemene PTSS. |
| (Vesel, 2016) | Geen originele data. |
| (Weinreb, 2018) | Verkeerde patientengroep. |
| (Zelkowitz & Papageorgiou, 2012) | Beantwoordt PICO niet. |

1809

1810

1811

Referenties geëxcludeerde artikelen

1812

1813 Alder, J., Stadlmayr, W., Tschudin, S., & Bitzer, J. (2006). Post-traumatic symptoms after childbirth: What should we offer? *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 27(2), 107–112.

1814 Ayers, S., McKenzie-McHarg, K., & Eagle, A. (2007). Cognitive behaviour therapy for postnatal post-traumatic stress disorder: Case studies. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 28(3), 177–184.

1816 Bastos, M. H. S., Bick, D., Cj, R., Small, R., McKenzie-McHarg, K., & Rowan, C. J. (2008). Debriefing for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2)(CD007194), 1–9.

1820 Beck, C.T., Harrison, L. (2017) Posttraumatic Stress in Mothers Related to Giving Birth Prematurely: A Mixed Research Synthesis. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 23(4), 241-257

1822 Blainey, S. H., & Slade, P. (2015). Exploring the process of writing about and sharing traumatic birth experiences online. *British Journal of Health Psychology*, 20(2), 243–260.

1824 Borg Cunen, N., McNeill, J., & Murray, K. (2014). A systematic review of midwife-led interventions to address post partum post-traumatic stress. *Midwifery*, 30(2), 170–184.

1826 Borghini, A., Habersaat, S., Forcada-Guex, M., Nessi, J., Pierrehumbert, B., Ansermet, F., & Muller-Nix, C. (2014). Effects of an early intervention on maternal post-traumatic stress symptoms and the quality of mother-infant interaction: The case of preterm birth. *Infant Behavior & Development*.

1829 Born, L., Soares, C. N., Phillips, S. D., Jung, M., & Steiner, M. (2006). Women and reproductive-related trauma. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 491–494.

1831 Di Blasio, P., Camisasca, E. L., Caravita, S. C. S., Ionio, C., Milani, L., & Valtolina, G. G. (2015). The effects of expressive writing on postpartum depression and posttraumatic stress symptoms. *Psychological Reports*, 117(3), 856–882.

1834 Dworkin, E.R., Zambrano-Vazquez, L., Cunningham, S.R., Pittinger, S.L., Schumacher J.A., Stasiewicz, P.R., Coffey, S.F. (2017). *Rural Mental Health* 41(2), 136-151.

1836 Gamble, J. A., Creedy, D. K., Webster, J., & Moyle, W. (2002). A review of the literature on debriefing or non-directive counselling to prevent postpartum emotional distress. *Midwifery*, 18(1), 72–79.

1838 Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., Turkstra, E., Sneddon, A., ... Toohill, J. (2013). Study protocol for reducing childbirth fear: a midwife-led psycho-education intervention. *BMC Pregnancy Childbirth*, 13(1), 190.

1841 Ford, E., & Ayers, S. (2011). Support during birth interacts with prior trauma and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms. *Psychology and Health*, 26(12), 1553–1570.

1843 Ford, E., Ayers, S., & Bradley, R. (2010). Exploration of a cognitive model to predict post-traumatic stress symptoms following childbirth. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(3), 353–359.

1845 Gamble, J. A., & Creedy, D. (2004). Content and processes of postpartum counseling after a distressing birth experience: A review. *Birth*, 31(3), 213–218.

1847 Gamble, J. A., & Creedy, D. K. (2009). A counselling model for postpartum women after distressing birth experiences. *Midwifery*, 25(2), e21-30.

1849 Gamble, J. A., Creedy, D. K., Webster, J., & Moyle, W. (2002). A review of the literature on debriefing or non-directive counselling to prevent postpartum emotional distress. *Midwifery*, 18(1), 72–79.

1851 Gamble, J. A., Creedy, D., Moyle, W., Webster, J., McAllister, M., & Dickson, P. (2005). Effectiveness of a

- 1852 counseling intervention after a traumatic childbirth: A randomized controlled trial. *Birth*, 32(1), 11–19.
- 1853 George, A., Thilly, N., Rydberg, J. A., Luz, R., & Spitz, E. (2013). Effectiveness of eye movement desensitization
- 1854 and reprocessing treatment in post-traumatic stress disorder after childbirth: A randomized controlled
- 1855 trial protocol. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92(7), 866–868.
- 1856 Grote, N. K., Katon, W. J., Russo, J. E., Lohr, M. J., Curran, M., Galvin, E., & Carson, K. (2016). A randomized trial
- 1857 of collaborative care for perinatal depression in socioeconomically disadvantaged women: The impact of
- 1858 comorbid posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 77(11), 1527–1537.
- 1859 Hammond, D. C. (2010). Hypnosis in the treatment of anxiety- and stress-related disorders. *Expert Review of*
- 1860 *Neurotherapeutics*, 10(2), 263–273.
- 1861 Hofberg, K., & Brockington, I. (2000). Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases.
- 1862 *British Journal of Psychiatry*, 176(JAN.), 83–85.
- 1863 Horsch, A., Tolsa, J.F., Gilbert, L., du Chêne, L.J., Müller-Nix, C., Bickle Graz, M. (2016) Improving
- 1864 Maternal Mental Health Following Preterm Birth Using an Expressive Writing Intervention: A
- 1865 Randomized Controlled Trial. *Child psychiatry and human development* 47(5), 780-791.
- 1866 Hutti, M. H. (2005). Social and professional support needs of families after perinatal loss. *Journal of Obstetric,*
- 1867 *Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 34(5), 630–638.
- 1868 Iles, J., Spiby, H., & Slade, P. (2014). Modification and preliminary use of the five-minute speech sample in the
- 1869 postpartum: Associations with postnatal depression and posttraumatic stress. *Archives of Women's*
- 1870 *Mental Health*, 17(5), 1–14.
- 1871 Jotzo, M., & Poets, C. F. (2005). Helping parents cope with the trauma of premature birth: an evaluation of a
- 1872 trauma-preventive psychological intervention. *Pediatrics*, 115(4), 915–919.
- 1873 Kantrowitz-Gordon, I. (2013). Expanded Care for Women and Families after Preterm Birth. *Journal of*
- 1874 *Midwifery and Women's Health*, 58(2), 158–166.
- 1875 Kraljevic, M., & Warnock, F. F. (2013). Early educational and behavioral RCT interventions to reduce maternal
- 1876 symptoms of psychological trauma following preterm birth: a systematic review. *The Journal of Perinatal*
- 1877 *& Neonatal Nursing*, 27(4), 311–327.
- 1878 Lapp, L. K., Agbokou, C., Peretti, C. S., & Ferreri, F. (2010). Management of post traumatic stress disorder after
- 1879 childbirth: a review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 31(3), 113–22.
- 1880 Meades, R., Pond, C., Ayers, S., & Warren, F. (2011). Postnatal debriefing: Have we thrown the baby out with
- 1881 the bath water? *Behaviour Research and Therapy*, 49(5), 367–372.
- 1882 Monson, C. M., & Shnaider, P. (2014). *Treating PTSD with cognitive-behavioral therapies: Interventions that*
- 1883 *work*. Washington, DC: American Psychological Association; US.
- 1884 Navidian, A., Saravani, Z., Shakiba, M. (2017) Impact of Psychological Grief Counseling on the
- 1885 Severity of Post-Traumatic Stress Symptoms in Mothers after Stillbirths. *Issues in Mental Health Nursing*
- 1886 38(8), 650-654.
- 1887 Peeler, S., Chung, M. C., Stedmon, J., & Skirton, H. (2013). A review assessing the current treatment strategies
- 1888 for postnatal psychological morbidity with a focus on post-traumatic stress disorder. *Midwifery*, 29(4),
- 1889 377–388.
- 1890 Priest, S. R., Henderson, J., Evans, S. F., & Hagan, R. (2003). Stress debriefing after childbirth: a randomised
- 1891 controlled trial. *Medical Journal of Australia*, 178(June), 542–545.
- 1892 Richter, J., Bittner, A., Petrowski, K., Junge-Hoffmeister, J., Bergmann, S., Joraschky, P., & Weidner, K. (2012).
- 1893 Effects of an early intervention on perceived stress and diurnal cortisol in pregnant women with elevated
- 1894 stress, anxiety, and depressive symptomatology. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*,
- 1895 33(4), 162–170.
- 1896 Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmaki, E., Ryding, E. L., & Saisto, T. (2015). Group
- 1897 psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and
- 1898 childbirth experience-a randomised controlled trial. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*,
- 1899 36(1), 1–9.
- 1900 Rowan, C., Bick, D., & Da Silva Bastos, M. H. (2007). Postnatal debriefing interventions to prevent maternal
- 1901 mental health problems after birth: Exploring the gap between the evidence and UK policy and practice.
- 1902 *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(2), 97–105.
- 1903 Ryding, E. L., Persson, A., Onell, C., & Kvist, L. (2003). An evaluation of midwives' counseling of pregnant
- 1904 women in fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82(1), 10–17.
- 1905 Ryding, E. L., Wiren, E., Johansson, G., Ceder, B., & Dahlstrom, A. (2004). Group Counseling for Mothers After
- 1906 Emergency Cesarean Section: A Randomized Controlled Trial of Intervention. *Birth: Issues in Perinatal*
- 1907 *Care*, 31(4), 247–253.

- 1908 Sandstrom, M., Wiberg, B., Wikman, M., Willman, A. K., & Hogberg, U. (2008). A pilot study of eye movement
 1909 desensitisation and reprocessing treatment (EMDR) for post-traumatic stress after childbirth. *Midwifery*,
 1910 24(1), 62–73.
- 1911 Shaw, R. J., Brecht, C. J., St John, N., Lilo, E., Corcoran, J., Howell, S., ... Melnyk, B. (2013). Prevention of
 1912 postpartum traumatic stress in mothers with preterm infants : manuel development and evaluation.
 1913 *Issues in Mental Health Nursing*, 34(8), 578–586.
- 1914 Shaw, R. J., St John, N., Lilo, E., Jo, B., Benitz, W., Stevenson, D. K., & Horwitz, S. M. (2014). Prevention of
 1915 traumatic stress in mothers of preterms: 6-month outcomes. *Pediatrics*, 134(2), 481–488.
- 1916 Sheen, K., & Slade, P. (2015). The efficacy of “debriefing” after childbirth: Is there a case for targeted
 1917 intervention? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Taylor & Francis.
- 1918 Skibniewski-Woods, D. (2011). A review of postnatal debriefing of mothers following traumatic delivery.
 1919 *Community Practitioner : The Journal of the Community Practitioners’ & Health Visitors’ Association*,
 1920 84(12), 29–32.
- 1921 Stramrood, C. A. I., van der Velde, J., Doornbos, B., Paarlberg, M. K., Weijmar Schultz, W. C. M., & van Pampus,
 1922 M. G. (2012). The Patient Observer: Eye-Movement Desensitization and Reprocessing for the Treatment
 1923 of Posttraumatic Stress following Childbirth. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 39(1), 70–76.
- 1924 Taheri, M., Takian, A., Taghizadeh, Z., Jafari, N., Sarafraz, N. (2018) *Creating a positive perception of*
 1925 *childbirth experience: Systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions*.
 1926 *Reproductive Health* 15(1), 1-13.
- 1927 Tham, V., Ryding, E. L., & Christensson, K. (2010). Experience of support among mothers with and without
 1928 post-traumatic stress symptoms following emergency caesarean section. *Sexual and Reproductive*
 1929 *Healthcare*, 1(4), 175–180.
- 1930 Turkstra, E., Gamble, J., Creedy, D. K., Fenwick, J., Barclay, L., Buist, A., ... Scuffham, P. A. (2013). PRIME: Impact
 1931 of previous mental health problems on health-related quality of life in women with childbirth trauma.
 1932 *Archives of Women’s Mental Health*, 16(6), 561–564.
- 1933 Twohig, M. P., & O’Donohue, W. T. (2007). Treatment of posttraumatic stress disorder with exposure therapy
 1934 during late term pregnancy. *Clinical Case Studies*, 6(6), 525–535.
- 1935 Vesel, J., Nichasch, B. (2016). *An evidence Review and Model for Prevention and Treatment of Postpartum*
 1936 *Posttraumatic Stress Disorder*. *Nursing for women’s health*, 19(6), 504-525.
- 1937 Weinreb, L., Wenz-Gross, M., Upshur, C. (2017) Postpartum outcomes of a pilot prenatal care-based
 1938 psychosocial intervention for ptsd during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health* 21(3)
- 1939 Zerkowicz, P., & Papageorgiou, A. (2012). Easing maternal anxiety: An update. *Women’s Health*, 8(2), 205–213.
- 1940
- 1941
- 1942
- 1943

Bijlage IV. Onderbouwing

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

Evidence table

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

| | | | | | | | | | |
|----------------------------|-----------------------------|---|--|---|---|--|--|--|---|
| | | | | preventive intervention. (n=30) | | | | | |
| Di Blasio 2015 (40) | Randomized Controlled Trial | Women who gave birth to healthy infants | 176 women without severe delivery complications, without psychiatric history and with healthy babies | A writing task ('Making Sense condition') about thoughts and emotions connected with delivery and childbirth, with the purpose to help new mothers reflect, understand, evaluate and reformulate the stressful situation with new beliefs and emotions (n=87) in the first days postpartum. | A writing task ('Control-Neutral condition') about daily events in behavioral terms (n=89) | Assessment at 96 hours and 3 months postpartum | PTSD symptoms (Los Angeles Symptom Checklist (LASC) and PPQ) | At 1-2 days after the writing task, there were no significant differences in the mean scores for posttraumatic severity (measured by LASC) (MS: M = 10.94, SD = 6.35 vs. NC: M=12.81, SD = 7.51; t (174) = -1.77, p=0.08). 3 months postpartum, 1.1% had clinically relevant PTSD symptoms (PPQ score ≥ 19) in the intervention group compared to 5.6% in the control group ($\beta = -0.28$, $p < 0.01$). Regression analyses showed the sum scores between intervention and control group were not significant at 4 days postpartum ($\beta = -0.09$, not significant) but they were after 3 months ($\beta = -0.28$, $p < 0.01$). | B |
| Di Blasio 2015 (41) | Randomized Controlled Trial | Women who gave birth to healthy infants | 120 women without psychiatric history | Expressive writing on the third day in the hospital. The women were asked to write about the deep emotion connected with delivery and childbirth in the first days postpartum (n=60). | Neutral writing in the third day in the hospital. The women were asked to describe daily events in behavioral terms (n=60). | 3 months postpartum | PTSD symptoms (Perinatal PTSD Questionnaire) | Three months postpartum posttraumatic symptoms were lower in women who performed the expressive writing task than in the neutral writing group. Possible clinical PTSD with more than six symptoms was respectively 10.5% in the expressive writing group and 30% in the comparison group. | B |

| | | | | | | | | | |
|------------------------------------|--|--|---|--|--|--|---|---|----------|
| <p>Gamble 2005 (36)</p> | <p>Randomized Controlled Trial</p> | <p>Women with a traumatic childbirth experience</p> | <p>103 women who gave birth to live infants who had a traumatic birth as determined by Criterion A of DSM-IV</p> | <p>Face-to-face counseling (by a research midwife), incorporating elements of CISTD, with a duration of 40-60 minutes, given within 72 hours of birth and again via telephone at 4-6 weeks postpartum (n=50)</p> | <p>Standard postpartum care (n=53)</p> | <p>4-6 weeks postpartum and 3 months post partum</p> | <p>PTSD diagnosis and PTSD symptoms (MINI-PTSD)</p> | <p>No statistical difference between groups in number of women meeting PTSD diagnosis at either 4-6 weeks post partum ($p=0.392$) or three months post partum. No significant difference between groups at 4-6 weeks in PTSD symptoms. At 3-month follow-up women in the experimental group reported lower PTSD total symptom scores (intervention group: Mean 2.54 (SD 2.44), control group: Mean 3.83 (SD 3.59) ($p=0.035$)) than those in the control group.</p> | <p>B</p> |
| <p>Hughes 2002 (52)</p> | <p>Case control study (Cohort study)</p> | <p>Women with a high risk of traumatic experience (stillbirth)</p> | <p>65 pregnant women who had experienced stillbirth (≥ 18 weeks GA) in the previous pregnancy</p> | <p>Seeing and holding the stillborn infant, having a funeral and keeping mementoes.</p> | <p>Not seeing and holding the stillborn infant, nor having a funeral or keeping mementoes.</p> | <p>In 3rd trimester of (subsequent) pregnancy and 1 year after the next birth.</p> | <p>PTSD symptoms (PTSD-1)</p> | <p>Women who had seen their stillborn infant had significantly higher symptoms of PTSD than those who had not ($p=0.02$) 1 year after the subsequent birth. Women who had seen their stillborn infant had higher symptoms of PTSD (M=40.6 (SD: 14.7)) than those who had not seen their stillborn infant (M=28.3, (SD: 10.6) CI95% 1.8-22.7, $p=0.02$), and held stillborn infant (M=43.2 (SD: 14.9)) versus did not hold stillborn infant (M=30.1 (SD: 10.3), CI95% 5.1-21.2, $p=0.002$) in the</p> | <p>B</p> |

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|---|--|---|---|---|---------------------|---|---|
| | | | | | | | | third trimester of the subsequent pregnancy. | |
| Jotzo 2005 (37) | Randomized Controlled Trial | Women with a high risk of traumatic experience (based on preterm birth/admission to NICU) | 50 mothers of premature infants admitted to the NICU | A structured psychological intervention within 5 days after childbirth (n=25). It involved general trauma preventive measures as well as components specifically geared toward premature birth. Each mother could make use of additional psychological support if required and was actively approached at critical times during her infant's NICU stay. | No psychological intervention (n=25). Each mother could ask for counseling by the hospital minister. | At discharge from the NICU (no specification in time given) | PTSD symptoms (IES) | At the time of discharge the mothers in the intervention group had significantly lower levels of PTSD symptoms (M=25.2, SD=13.9) than the control group (M=37.5, SD 19.2) ($p=0.013$). | B |
| Kershaw 2005 (51) | Randomized Controlled Trial | Women with a high risk of traumatic experience (based on delivery mode) | 319 women who delivered their first child by operative delivery (unplanned caesarean section, vacuum or forceps) | Debriefing by community midwives specifically trained in postpartum debriefing at 10 days and 10 weeks. Debriefing involved six phases, introductory, fact-finding, feelings, symptoms, teaching and validation, and a re-entry phase for unanswered questions and an action plan. (n=161) | Standard postpartum care, plus 'normal' debriefing over a 10-day period. Normal debriefing included the doctor at delivery giving information and answering questions and the community midwife asking about the birth on her first visit (n=158) | 10 days, 10 weeks and 20 weeks following delivery | PTSD symptoms (IES) | No significant differences in PTSD symptoms between the groups (10 days: Control Mean 20.19, Debriefing Mean 16.9 ($p=0.27$), 10 weeks: Control Mean 15.97, Debriefing Mean 12.72 ($p=0.09$), 20 weeks Control Mean 11.19, Debriefing Mean 10.66, ($p=0.29$). | B |

| | | | | | | | | | |
|------------------------------|-----------------------------|---|---|---|----------------------------------|--|---|--|---|
| Navidian 2017 (44) | Randomized Controlled Trial | Women who recently had a stillbirth | 100 women who recently had a stillbirth | Psychological grief counseling (n=50). Four group sessions in a two-week period with elements of psycho-education and cognitive-behavioral therapy. | Routine postpartum care (n=50) | Four weeks after the start of the intervention | PTSD symptom severity using the PPQ | Less severe PTSD at time of follow-up in women who had a stillbirth and received psychological grief counseling, compared to standard postpartum care ($p=0.0001$); In the intervention group, the mean severity score decreased from 7.22 to 4.22 ($p=0.0001$), and in the control group from 7.64 to 6.50 ($p=0.1$). | B |
| Priest 2003 (38) | Randomized Controlled Trial | Mothers who gave birth to healthy infants | 1745 women who gave birth to healthy infants | Individual standardized debriefing session based on the principles of CISD carried out within 72 hours of delivery (n=875). | Standard postpartum care (n=870) | 2, 6, 12 months postpartum | PTSD diagnosis (DSM-IV) and PTSD symptoms (IES-R) | No significant differences between control and intervention groups in scores on IES-R at 2, 6 or 12 months postpartum (no scores or p-values given). Nor in proportion of women who met diagnostic criteria for a stress disorder (intervention 0.6% (0.2-1.3%) vs. control 0.8% (0.3-1.6%), RR 0.71 (95%CI 0.23-2.23; $p=0.58$). | B |
| Ryding 1998 (50) | Randomized Controlled Trial | Women with a high risk of traumatic experience (based on delivery mode) | 99 women who had had an emergency caesarean section | 3-4 consultations during the first 2-3 weeks after delivery. Exposure to traumatic events, and discussion of the implications and consequences of the emergency caesarean section were important parts of the sessions (n=50) | Standard care (n=49). | 1 and 6 months postpartum | PTSD symptoms (IES) | PTSD symptoms were less in the intervention group compared to the comparison group at 1 month (M=3.0 (SD: 1.0-11.0) vs. 7.5 (SD: 4.0-15.0) ($p=0.01$)) and 6 months postpartum (M=4.0 (SD: 1.0-9.0) vs. M=8.5 (SD: 3.0-16.0), ($p<0.05$)). | B |

| | | | | | | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|---|--|--|---|---|---------------------|--|---|
| Selkirk 2006 (48) | Randomized Controlled Trial | Pregnant women | 149 women in 3rd trimester of pregnancy | One midwife-led post partum debriefing session (30-60 minutes) on the 2nd or 3rd day post partum. | No debriefing. | 1 and 3 months postpartum | PTSD symptoms (IES) | No significant difference between intervention and control groups in trauma symptom severity ($p=0.14$), as measured by IES, at any assessment point in the postpartum period. There was a strong suggestion (although it did not reach statistical significance) that women who experienced more medical intervention during childbirth and were debriefed, reported greater traumatic stress than those who experienced more medical intervention and were not debriefed ($p=0.07$). | B |
| Shaw 2014 (39) | Randomized Controlled Trial | Women with a high risk of traumatic experience (based on preterm birth / admission to the NICU) | 105 mothers of preterm infants with symptoms of acute stress disorder, depression and/or anxiety | 6 or 9 sessions of 45-55 minutes of treatment intervention (n=62), based on trauma-focused cognitive behavior therapy. | 1 session active comparison intervention (information about how to care for a premature baby) | 4-5 weeks and 6 months postpartum | PTSD symptoms (DTS) | The intervention was found to have a significant and strong effect on maternal trauma symptom at 1-month post intervention (effect size=-0.333, $p=0.041$) and 6-month follow-up (effect size=-0.741, $p<0.001$). | B |
| Zelkowitz 2011 (49) | Randomized Controlled Trial | Women with a high risk of traumatic experience (based on | 121 mothers of babies born at <1500 grams and admitted to the NICU | CUES program (n=60), consisted of 6 sessions, the first occurring in the NICU and the last session at home (2 to 4 weeks | Care program: general information on infant care (n=61) | 2-4 weeks after the intervention ended, thus at 6-8 | PTSD symptoms (PPQ) | Intervention and comparison groups had less PTSD symptoms post intervention, but preceding results were not statistically | B |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|----------------------|--|--|--|
| | | preterm birth / admission to the NICU) | | after discharge), including ways to recognize signs of anxiety/distress. | | weeks corrected age. | | significant. Overall PTSD symptoms in the intervention group were 2.9 (SD: 2.9) compared to 3.2 (SD: 2.8) in the control group (CI; -0.8 to 1.5, $p=0.54$). | |
|--|--|--|--|--|--|----------------------|--|--|--|

CONCEPT

Risk of bias table

| Study | Selection Bias | Performance Bias | Detection Bias | Attrition Bias | Reporting Bias | Confounding Bias | GRADE quality of evidence |
|---|----------------|------------------|----------------|----------------|----------------|------------------|---------------------------|
| Priest 2003 (38) | - | + | - | ? | + | ? | MODERATE |
| Selkirk 2006 (48) | - | + | ? | + | - | + | LOW |
| Gamble 2005 (36) | - | + | - | - | - | - | HIGH |
| Abdollahpour 2016 (42) | + | + | - | + | - | + | VERY LOW |
| Kershaw 2005 (51) | + | + | ? | + | + | + | VERY LOW |
| Ryding 1998 (50) | + | + | + | ? | - | - | LOW |
| Borghini 2014 (43) | - | + | ? | - | + | + | LOW |
| Jotzo 2005 (37) | ? | + | + | - | - | - | MODERATE |
| Zelkowitz 2011 (49) | - | + | - | + | - | - | MODERATE |
| Shaw 2014 (39) | - | + | ? | + | - | - | MODERATE |
| Di Blasio 2015 (40) | ? | - | ? | + | - | - | HIGH |
| Di Blasio 2015 (41) | ? | + | ? | + | - | - | MODERATE |
| Hughes 2002 (52) | + | + | ? | + | - | + | VERY LOW |
| Navidian 2017 (44) | ? | + | + | ? | - | + | LOW |
| - = low risk of bias, + = high risk of bias, ? = unclear risk of bias | | | | | | | |

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

CONCEPT

Hoofdstuk 4. Behandeling van PTSS na de bevalling

Evidence table

| Author & year | Study type | Group | Patient characteristics | Intervention (n) | Comparison (n) | Follow-up | Relevant outcome measures (questionnaire) | Results | Evidence level |
|---------------------------|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|--|----------------|
| Johnson 2016 (74) | Randomized Controlled Trial | 50 women with perinatal loss in the last 2 weeks to 19 months with a depression assessed by SCID-I. | 50 women who experienced a perinatal loss within the past 18 months, whose current depressive episode onset occurred during or after the loss | Interpersonal psychotherapy (IPT) adapted for perinatal loss (14 sessions) | Coping with Depression (CWD), a cognitive behavioral treatment which did not focus on perinatal loss nor social support (14 sessions) | Assessments at baseline, treatment weeks 4 and 8, post-treatment and 3 and 6 months after the end of treatment. | PTSD (diagnosed using a Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis Disorders (SCID-I). | Among the subset of women who met criteria for PTSD at baseline, it appeared that IPT was more effective than psychoeducation. The hazard ratio was 5.65 (95% CI = 1.54-20.82). | B |
| Nieminen 2016 (75) | Randomized Controlled Trial | 56 women with a traumatizing birth experience | 56 women who were having self-reported posttraumatic stress symptoms related to a traumatic childbirth (TES sum score ≥ 30). 64% of the participants had the traumatic event >1 year after inclusion. | Internet-based cognitive behaviour therapy guided by a clinician for 8 weeks comprised eight modules of written tekst and a homework track. The programme included psychoeducation, anxiety coping methods and skill training, exposure and cognitive restructuring. (n=28) | Waiting list (the control group received the same treatment and measures five months after the treatment group) (n=28) | The treatment covered 8 weeks. The control group received treatment 5 months after the treatment group did. | Severity of PTSD symptoms, presence of PTSD, assessed by the Traumatic Event Scale (TES) and Impact of Event Scale-Reversed (IES-R) | The primary outcome measure, PTSD symptoms, showed a large between-group effect size when measured at follow-up post-treatment with the IES-R ($d=0.82$), but a small effect size when measured with the TES ($d=0.36$). IES-R: Post-treatment measures in treatment group (M (SD)) (19.22 (14.29)) and control group (32.76 (16.73)) ($p<0.0001$). TES: Post-treatment measures in treatment group (31.60 (11.08)) and control group (35.67 (11.27)) ($p=0.09$) | B |

Risk of bias table

| Study | Selection Bias | Performance Bias | Detection Bias | Attrition Bias | Reporting Bias | Confounding Bias | GRADE quality of evidence |
|---|---|------------------|----------------|----------------|----------------|------------------|---------------------------|
| Johnson 2016 (74) | + | + | ? | - | - | ? | LOW |
| Nieminen 2016 (75) | - | + | + | - | - | + | LOW |
| - = low risk of bias, + = high risk of bias, ? = unclear risk of bias | | | | | | | |
| <i>Selection bias</i> | Were the patients in different intervention groups (trials and cohort studies) or were the cases and controls (case-control studies) recruited from the same population? | | | | | | |
| <i>Performance bias</i> | Was an attempt made to blind study subjects to the intervention they have received? | | | | | | |
| <i>Detection bias</i> | Was an attempt made to blind those measuring the main outcomes of the intervention? | | | | | | |
| <i>Attrition bias</i> | Are the main findings of the study clearly described? Have the characteristics of patients lost to follow-up been described? Were losses of patients to follow-up taken into account? | | | | | | |
| <i>Reporting bias</i> | Are the main outcomes to be measured clearly described in the Introduction or Methods section? | | | | | | |
| <i>Confounding</i> | Are the distributions of principal confounders in each group of subjects to be compared clearly described? Was there adequate adjustment for confounding in the analyses from which the main findings were drawn? | | | | | | |

© 2018 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie
Postbus 20075
3502 LB UTRECHT
Tel. 030-2823 812
Email: kwaliteit@nvog.nl
Website: www.nvog.nl

CONCEPT

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

Bijlage V. Referenties

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

- depression in women with childbirth fear: A systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):21–3.
19. Yildiz PD, Ayers S, Phillips L. The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2018;208:No-Specified.
 20. Haagen JF, Moerbeek M, Olde E, van der Hart O, Kleber RJ. PTSD after childbirth: A predictive ethological model for symptom development. *J Affect Disord*. 2015;185:135–43.
 21. Alcorn KL, O'Donovan A, Patrick JC, Creed D, Devilly GJ. A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychol Med*. 2010;40(11):1849–59.
 22. Ayers S, Eagle A, Waring H. The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: A qualitative study. *Psychol Heal Med*. 2006;11(4):389–98.
 23. Stramrood CAI, Wessel I, Doornbos B, Aarnoudse JG, Van Den Berg PP, Weijmar Schultz WCM, e.a. Posttraumatic stress disorder following pre-eclampsia and PPRM; A prospective study with 15 months follow-up. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2010;31(7):96.
 24. Ayers S, Joseph S, McKenzie-McHarg K, Slade P, Wijma K. Post-traumatic stress disorder following childbirth: Current issues and recommendations for future research. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2008;29(4):240–50.
 25. Boeschoten M, Bakker A, Jongedijk R, Olf M. PTSD checklist for the DSM-5 (PCL-5)-Dutch version. *Arq Psychotrauma Expert Gr*. 2014;
 26. Brewin CR, Rose S, Andrews B, Green J, Tata P, McEvedy C, e.a. Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry*. 2002;181:158–62.
 27. Baumert J, Simon H, Gündel H, Schmitt C, Ladwig K-H. The Impact of Event Scale - Revised: Evaluation of the subscales and correlations to psychophysiological startle response patterns in survivors of a life-threatening cardiac event: An analysis of 129 patients with an implanted cardioverter defibrillator. *J Affect Disord*. 2004;82(1):29–41.
 28. Sheehan D, Lecrubier Y, Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller H, e.a. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(suppl 4):22–33.
 29. Callahan JL, Borja SE. Psychological outcomes and measurement of maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2008;22(1):49–59.
 30. Bakker A, van der Meer C, Olf M. Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5). *Uitg Acad Med Centrum, Amsterdam*. 2014;
 31. 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.
 32. Sijbrandij M, Reitsma JB, Roberts NP, Engelhard IM, Olf M, Sonneveld LP, e.a. Self-report screening instruments for post-traumatic stress disorder (PTSD) in survivors of traumatic experiences. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(6).
 33. 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.
 34. Wikipedia. CISD [Internet]. [geciteerd 12 november 2017]. Geraadpleegd van:

- https://en.wikipedia.org/wiki/Critical_incident_stress_management
35. Pennebaker JW. Expressive Writing in Psychological Science. *Perspect Psychol Sci* [Internet]. 2017;174569161770731. Geraadpleegd van: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1745691617707315>
 36. 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.
 37. 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.
 38. 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.
 39. 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.
 40. 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.
 41. 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.
 42. 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.
 43. 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.
 44. 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.
 45. 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.
 46. 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.
 47. 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.
 48. 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.
 49. Zelkowitz 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.
 50. Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Postpartum Counselling After an Emergency Cesarean. *Clin Psychol Psychother*. 1998;5:231–7.

51. 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.
52. 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.
53. 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>
54. Phillips R. The sacred hour: uninterrupted skin-to-skin contact immediately after birth. *Newborn Infant Nurs Rev.* 2013;67–72.
55. 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.
56. Bohren M, Hofmeyr G, Sakala C, Fukuzawa R, Cuthbert A. Continuous Support for Women During Childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(7).
57. 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.
58. 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.
59. 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.
60. Artikel 450 Burgerlijk Wetboek.
61. 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).
62. 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.
63. 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.
64. 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.
65. 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).
66. 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.
67. Mitchell JT. When disaster strikes...the critical incident stress debriefing process. *JEMS a J Emerg Med Serv.* 1983;8(1):36–9.
68. 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>
69. Trimbos. Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen [Internet]. 2011. p. 9.3.4. Geraadpleegd van: www.ggzrichtlijnrichtlijnen.nl
70. 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.
71. 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.
 72. 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.
 73. 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.
 74. 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.
 75. 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.
 76. Wijma K, Soderquist J, Wijma B. Posttraumatic stress disorder after childbirth: A cross sectional study. *J Anxiety Disord.* 1997;11(6):587–97.
 77. 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.
 78. 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.
 79. 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.
 80. 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.
 81. 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)
 82. 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>
 83. 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>
 84. 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.