

Clinical guidance - Nederlandstalige versie

Traumatische bevallingservaringen en bevallingsgerelateerde PTSS: preventie en nazorg

1. Focus van de Clinical Guidance paper

Deze clinical guidance paper heeft als doel om aanbevelingen te formuleren over de primaire preventie van traumatische bevallingservaringen. Een tweede doelstelling is om aanbevelingen te bieden voor de secundaire preventie van bevallingsgerelateerde posttraumatische stressstoornis (PTSS) en verdere nazorg, wanneer een traumatische bevallingservaring niet voorkomen kon worden.

De richtlijn richt zich tot alle zorgverleners die betrokken zijn bij prenatale, intrapartale en postnatale obstetrische zorg (zoals vroedvrouwen, gynaecologen, huisartsen, anesthesiologen, enz.). De aanbevelingen zijn gebaseerd op de meest recente beschikbare evidentie en werden aangepast aan de Belgische, en meer specifiek de Vlaamse, gezondheidszorgcontext.

2. Samenvatting van de aanbevelingen

Een samenvatting van de aanbevelingen kan teruggevonden worden in Tabel 1.

Tabel 1. Samenvatting van de aanbevelingen

Aanbeveling	Graad van aanbeveling	Kwaliteit van evidentie
Structurele maatregelen		
1. Continuïteit van zorg moet maximaal gegarandeerd worden doorheen het volledige perinatale zorgcontinuüm.	xxx	++
2. Alle zorgverleners betrokken bij geboortezorg binnen het volledige perinatale zorgcontinuüm moeten opgeleid worden in trauma-geïnformeerde en respectvolle geboortezorg.	xxx	++
3. Geboortezorgverleners moeten de principes van trauma-geïnformeerde zorg integreren in de organisatie van hun diensten.	xxx	++
4. Geboortezorgverleners en zorgdiensten moeten streven naar een geïntegreerd doorverwijssysteem voor traumatische bevallingservaringen en	xxx	++

Aanbeveling	Graad van aanbeveling	Kwaliteit van evidentie
bevallingsgerelateerde PTSS.		
5. Multidisciplinaire klinieken of gespecialiseerde diensten rond geboortetrauma kunnen bijdragen aan gecoördineerde en gespecialiseerde ondersteuning.	xxx	+
Interpersoonlijke maatregelen		
Algemene aanbevelingen		
6. Respectvolle, persoonsgerichte geboortezorg en responsieve communicatie op basis van geïnformeerde toestemming en gedeelde besluitvorming is aanbevolen gedurende het volledige perinatale zorgcontinuüm.	xxxx	++
Prenatale aanbevelingen		
7. Universele prenatale screening van de mentale gezondheid moet worden aangeboden om mogelijke risicofactoren vroegtijdig op te sporen en, waar aangewezen, tijdig door te verwijzen.	GCP	-
8. Het routinematig bespreken van geboortevoorkeuren met alle zwangere personen, bij voorkeur op meerdere momenten tijdens de zwangerschap en vanaf het moment dat de zwangere persoon dit wenst en passend acht is aanbevolen.	xxx	+
9. Pijnstilling moet pro-actief en prenataal worden besproken, en routinematig worden aangeboden tijdens de partus.	GCP	++
Intrapartum aanbevelingen		
10. Indien haalbaar, heeft locoregionale anesthesie de voorkeur boven algemene anesthesie bij een dringende keizersnede.	GCP	-
Postnatale aanbevelingen		
11. Postnataal de mogelijkheid bieden om de bevallingservaring te bespreken, zonder expliciet te vragen naar negatieve emoties of gedachten en bij voorkeur binnen de 72 uur na de bevalling is aanbevolen.	xxxx	++
1. Wij stellen hierbij voor om, indien aanwezig, ook de partner te betrekken bij deze nabespreking, opnieuw zonder expliciet te vragen naar negatieve emoties of gedachten en bij voorkeur binnen de 72 uur.	GCP	-
12. Een positieve screening voor een traumatische bevallingservaring tijdens deze nabespreking moet leiden tot een stapsgewijze opvolging van bevallingsgerelateerde PTSS-symptomen tijdens de standaard nacontrole op zes weken postpartum en een tijdige doorverwijzing.	xxx	+
1. Wij stellen voor om, indien aanwezig, ook de partner te betrekken bij deze stapsgewijze opvolging en te informeren over verdere doorverwijzingsmogelijkheden.	GCP	-

Graad van aanbeveling: XXXX: sterk voor; XXX: zwak voor; XX: zwak tegen; X: sterk tegen.

Niveau van evidentie: ++++: hoog; +++: gemiddeld; ++: laag; +: zeer laag; -: geen evidentie.

3. Achtergrond

Definities

Voor deze clinical guidance paper wordt een traumatische bevallingservaring gedefinieerd als elke bevalling die subjectief als psychologisch traumatisch werd beleefd, ongeacht het klinische verloop en ongeacht of er voldaan wordt aan het PTSS-criterium A van de DSM-5. Ook fysieke, postnatale gevolgen die als traumatisch worden ervaren, vallen onder deze definitie. Bevallingsgerelateerde PTSS verwijst naar PTSS die ontstaat als gevolg van een traumatische bevallingservaring en die voldoet aan de volledige DSM-5-criteria voor PTSS (Horsch et al., 2024; American Psychiatric Association, 2013; Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 2019). Een traumatische bevallingservaring kan in deze definitie dus zowel gezien worden als precursor en als mediator van bevallingsgerelateerde PTSS, in lijn met de internationale richtlijnen en kwalitatief onderzoek naar de geleefde ervaring van geboortetrauma (National Institute for Health and Care Excellence, 2014; Camilleri & Nelson, 2025).

Een traumatische bevallingservaring wordt verder vaak ten onrechte gelijkgesteld of verward met obstetrisch geweld en onrespectvolle geboortezorg. Obstetrisch geweld en onrespectvolle geboortezorg vormen een onafhankelijke risicofactor voor traumatische bevallingservaringen en bevallingsgerelateerde PTSS (Patel et al., 2025). Een traumatische bevallingservaring kan ook voorkomen *ondanks* trauma-geïnformeerde zorg en responsieve communicatie, terwijl de termen obstetrisch geweld en onrespectvolle geboortezorg eerder van toepassing zijn *bij een gebrek* hieraan.

Tabel 2. Definities van traumatische bevallingservaring en bevallingsgerelateerd PTSS

Concept	Definitie	Kernelementen
Traumatische bevallingservaring	Elke bevalling die subjectief als psychologisch traumatisch werd beleefd, ongeacht klinisch verloop of vervulling van DSM-5 criterium A.	Subjectieve psychologische ervaring centraal; kan optreden bij elk type geboorte; geen DSM-5 criterium A vereist; omvat traumatische, fysieke, postnatale gevolgen; voorloper of mediator van bevallingsgerelateerd PTSS.
Bevallingsgerelateerde PTSS	PTSS die ontstaat als gevolg van een traumatische bevallingservaring en die voldoet aan alle DSM-5-criteria voor PTSS.	Vereist vervulling van alle DSM-5 PTSS-criteria; symptomen houden verband met bevallings- of peripartumgerelateerde ervaringen; te onderscheiden van een traumatische bevallingservaring op zich, hoewel deze laatste wel kan bijdragen tot de ontwikkeling van bevallingsgerelateerde PTSS.

Klinisch verloop en gezondheidsgevolgen

Tot de geassocieerde uitkomsten behoren psychiatrische comorbiditeiten (bv. postnatale depressie), moeilijkheden met borstvoeding, relatie- en seksuele problemen, een laag zelfbeeld, het vermijden van toekomstige zwangerschappen en bijvoorbeeld een electieve keizersnede op verzoek bij een volgende zwangerschap (Horsch et al., 2024; Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 2019; Highet & Expert Working Group, 2023). Ook partners, indien aanwezig, kunnen een aanzienlijke psychologische belasting ondervinden (Highet & Expert Working Group, 2023).

Prevalentie en risicofactoren

Representatieve epidemiologische gegevens voor Vlaanderen en België ontbreken vooralsnog. Internationaal worden prevalentiecijfers van traumatische bevallingservaringen van 9–21% gerapporteerd; de cijfers voor bevallingsgerelateerde PTSS variëren van 3–4% in niet-geselecteerde populaties tot 16–19% in hoogrisicopopulaties (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 2019).

Traumatische bevallingservaringen en bevallingsgerelateerde PTSS kunnen zich bij elke barende persoon voordoen. Een overzicht van de meest gerapporteerde risicofactoren is

opgenomen in Tabel 3. Prenatale screening op individueel risico viel buiten de scope van deze richtlijn, gezien de huidige lacunes in de evidentie omtrent methode, timing en doelpopulatie.

Tabel 3. Risicofactoren voor traumatische bevallingservaring en bevallingsgerelateerd PTSS (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 2019; Highet & Expert Working Group, 2023)

Periode	Risicofactoren
Prenataal	• Gecomplieerde zwangerschap (bv. vroeggeboorte, pre-eclampsie, HELLP) • Voorgeschiedenis van mentale gezondheidsproblemen; • Eerdere traumatische ervaring (bv. seksueel misbruik, huiselijk geweld, eerdere traumatische bevallingservaring) • Ontoereikende copingstrategieën • Migratieachtergrond • LGBTQIA+ personen • Sterke wens vast te houden aan strikte geboortevoorkeuren • Angst voor de bevalling • Gynaecologische voorgeschiedenis (bv. vulvodynie, vaginisme) • Tienerzwangerschap
Intrapartum	• Gecomplieerde bevalling (bv. spoedkeizersnede, instrumentele bevalling, PPH, preterm bevalling) • Neonatale complicaties of NICU-opname • Foetale of perinatale sterfte • Gevoelens van machteloosheid of controleverlies • Extreme pijn • Negatieve interacties met zorgverleners (bv. obstetrisch geweld, onrespectvolle geboortezorg)
Postnataal	• Fysiek geboorteletsel (bv. obstetric anal sphincter injury, OASI) • Inadequate, postnatale pijnbestrijding

4. Methodologie

De richtlijn werd ontwikkeld volgens de standaardmethodologie van het Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (VVOG) Clinical Guidance-programma door een multidisciplinair panel van gynaecologen en vroedvrouwen (guideline development group, GDG), ondersteund door een externe stakeholdergroep (anesthesioloog, huisarts, psycholoog, psychiater, twee ervaringsdeskundigen). Negen prioritaire onderzoeksvragen werden vastgelegd via panelconsensus. Bestaande richtlijnen vanaf 2017 werden beoordeeld met behulp van het AGREE II-instrument (AGREE Collaboration, 2003) en hun toepasbaarheid op de Vlaamse zorgsetting werd getoetst via de ADAPTE-methode (ADAPTE Collaboration, 2009). Vier richtlijnen werden uiteindelijk weerhouden: FMS (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 2019), NICE (National Institute for Health and Care Excellence, 2014), COPE (Highet & Expert Working Group, 2023), en WHO (World Health Organization, 2018). Gezien

niet alle onderzoeksvragen beantwoord konden worden met enkel de weerhouden klinische richtlijnen, werd bijkomend een systematische zoekopdracht in PubMed en Embase naar wetenschappelijke literatuur uitgevoerd. Deze leverde 32 geïnccludeerde studies op, gepubliceerd tussen 01/01/2017 en 20/12/2025, aangevuld met 9 via snowballing. De weerhouden evidentie werd vervolgens beoordeeld met GRADEpro (GRADEpro GDT, 2023). De uiteindelijke aanbevelingen werden opnieuw via panelconsensus geformuleerd. Daarna werd het document extern gereviewd door de leden van zowel de VVOG als de VBOV en finaal goedgekeurd door de VVOG Vlaamse Werkgroep Verloskunde (VWV).

5. Aanbevelingen

Structurele maatregelen

Aanbeveling 1 - Continuïteit van zorg moet maximaal gegarandeerd worden doorheen het volledige perinatale zorgcontinuüm (XXX, ++)

Bewijs (++)

Alle geïnccludeerde richtlijnen ondersteunen het garanderen van continuïteit van zorg, waar mogelijk, als overkoepelend principe en best practice, zowel op interpersoneel als structureel niveau. De WHO- en COPE-richtlijnen vernoemen vroedvrouwgeleide zorg (m.n. *midwifery-led care*) als goed gedocumenteerd model dat de mogelijkheid op een positieve bevallingservaring verhoogt (Highet & Expert Working Group, 2023; World Health Organization, 2018). De FMS-richtlijn (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 2019) vermeldt meer specifiek een één-op-één ondersteuning tijdens de arbeid en bevalling en noemt hierbij specifiek de optie om een hiervoor opgeleide begeleider te betrekken die weliswaar geen medische interventies uitvoert (b.v. doula). Geen van de geïnccludeerde

richtlijnen raadt echter een specifiek zorgmodel aan dat het risico op een traumatische bevallingservaring of bevallingsgerelateerde PTSS rechtstreeks verlaagt. Een Cochrane-review en de meta-analyse van Taheri et al. tonen aan dat continue intrapartum ondersteuning de kans op een negatieve bevallingservaring verkleint. Het positieve effect is het grootst wanneer de begeleider die deze ondersteuning op zich neemt noch een obstetrisch zorgverlener noch een vertrouwenspersoon uit het sociale netwerk van de barenden is (Hodnett et al., 2013; Taheri et al., 2018). Rechtstreeks bewijs dat een dergelijke ondersteuning ook echt het risico op een traumatische bevallingservaring of bevallingsgerelateerde PTSS als primaire uitkomst vermindert, ontbreekt echter (Barrett et al., 2025).

Aanbeveling (XXX)

Maximale continuïteit van zorg dient gewaarborgd te worden doorheen de prenatale, intrapartum en postnatale periode, waar mogelijk en haalbaar; gefragmenteerde zorg dient vermeden te worden. Bij beperkte capaciteit voor één-op-één ondersteuning tijdens de arbeid en bevalling door dezelfde prenatale zorgverlener stelt het panel een tijdige kennismaking met het lokale geboorteteam voor. Het toelaten van een (hiervoor opgeleide) begeleider voor continue ondersteuning tijdens de arbeid en bevalling die niet tot het ziekenhuispersoneel noch tot het sociale netwerk van de barenden behoort (bv. doula), dient te worden beschouwd als een *evidence-based* maatregel.

Aanbeveling 2 - Alle zorgverleners betrokken bij geboortezorg binnen het volledige perinatale zorgcontinuüm moeten opgeleid worden in trauma-geïnformeerde en respectvolle geboortezorg.

Bewijs (++)

Alle geïncludeerde richtlijnen benadrukken het belang van training in traumageïnformeerde zorg (*trauma-informed care, TIC*), maar er bestaat weinig consensus tussen richtlijnen over hoe deze training er inhoudelijk uit moet zien (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 2019; National Institute for Health and Care Excellence, 2014; Highet & Expert Working Group, 2023; World Health Organization, 2018). Bijkomende, ondersteunende evidentie voor TIC-training komt voornamelijk van kwalitatief en observationeel onderzoek en op consensus gebaseerde theoretische kaders (15, zoals zorg die gebaseerd is op vier H's ("*4 R's*" – *realise, recognise, respond, resist*; 16-19):

- **Herken** dat (geboorte)trauma bestaat en de mogelijkheden tot herstel
- **Herken** fysieke, psychische en gedragsmatige symptomen en risicofactoren
- **Handel** vanuit een zorgintentie
- **Hertraumatisering** voorkomen

Voor de basisprincipes rond respectvolle geboortezorg verwijzen we naar het desbetreffende VVOG-charter hieromtrent (Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 2024).

Aanbeveling (XXX)

Alle zorgverleners betrokken bij geboortezorg binnen het volledige perinatale zorgcircuit (m.n. huisartsen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen, vroedvrouwen, gynaecologen, anesthesisten, neonatologen) dienen getraind te worden in TIC. De inhoud van deze training raakt idealiter een volgende thema's aan:

- Prevalentie, risicofactoren en gezondheidsgevolgen van traumatische bevallingservaringen en bevallingsgerelateerd PTSS

- Nationale wetgeving inzake patiëntenrechten
- Interpersoonlijke maatregelen: prenatale psychosociale screening en oppuntstelling, responsieve communicatie, geïnformeerde toestemming, gedeelde besluitvorming, herkenning van (geboorte-)trauma, gecoördineerde doorverwijzing
- Basisprincipes van TIC en respectvolle geboortezorg

Training dient regelmatig en praktijkgericht plaats te vinden, met aandacht voor concrete casussen, en betreft best verschillende disciplines binnen één zorgenheid. Verder dient training niet alleen studenten en artsen en andere zorgverleners in opleiding te bereiken, maar ook betrokken geboortezorgverleners die hun opleiding reeds hebben afgerond. Een voorbeeld betreft integratie van beoordelingscriteria omtrent het toepassen van de basisprincipes van TIC en respectvolle geboortezorg in bestaande obstetrische ‘skills and drills’-trainingen.

Aanbeveling 3 - Geboortezorgverleners moeten de principes van trauma-geïnformeerde zorg integreren in de organisatie van hun diensten.

Bewijs (++)

Organisaties die obstetrische of geboortezorg verlenen, dienen hun werkomgeving en infrastructuur zo in te richten dat deze hun zorgverleners toelaat en faciliteert om de basisprincipes van TIC en respectvolle geboortezorg toe te passen. De WHO is hierin de enige richtlijn die de middelen die hiervoor nodig zijn concreet maakt (World Health Organization, 2018). Kwalitatief onderzoek toont hoe onder andere drukke werkomstandigheden, routinematige scheiding van de parturiënt, hun partner, indien aanwezig, en kind na de geboorte of in geval van een keizersnede en een ontoereikende infrastructuur de bevallingservaring negatief kunnen beïnvloeden (Viirman et al., 2023). ACOG-expertconsensus benadrukt hierbij

hoe direct huid-op-huidcontact tijdens of na een keizersnede het risico op bevallingsgerelateerde PTSS-symptomen kan verminderen (Froeliger et al., 2026). Interventiestudies die het effect van specifieke organisatorische maatregelen op het risico op traumatische bevallingservaringen en bevallingsgerelateerde PTSS als primaire uitkomst evalueren, blijven vooralsnog in aantal beperkt.

Aanbeveling (XXX)

Obstetrische zorgorganisaties dienen hun werking naar eigen capaciteit te optimaliseren om emotionele veiligheid, communicatie en respectvolle zorg te ondersteunen. Investeren in adequate personeelsbezetting, gezonde werkomstandigheden en gestructureerde workflows die partners betrekken, indien aanwezig, is hierbij essentieel. Scheiding tussen parturiënt, hun partner en kind tijdens of direct na de geboorte in het geval van een keizersnede dient verder zo veel mogelijk vermeden te worden, en huid-op-huidcontact dient hierbij aangemoedigd te worden, wanneer dit ook gewenst is door de parturiënt en dit veilig en haalbaar wordt geacht door het lokale zorgteam. Lokale context-specifieke en gefaseerde implementatie, met input van zorgteams en idealiter van parturiënts zelf, verhoogt hierbij de haalbaarheid.

Aanbeveling 4 - Geboortezorgverleners en zorgdiensten moeten streven naar een geïntegreerd doorverwijssysteem voor traumatische bevallingservaringen en bevallingsgerelateerde PTSS.

Bewijs (++)

De NICE-, COPE- en FMS-richtlijnen (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 2019; National Institute for Health and Care Excellence, 2014; Camilleri & Nelson, 2025; Patel et al., 2025; Highet & Expert Working Group, 2023) hebben elk specifieke

aanbevelingen uitgewerkt voor gepaste verwijzingstrajecten. Zo beveelt de NICE-richtlijn aan om duidelijke verwijzings- en behandelprotocollen te ontwikkelen voor perinatale psychische problemen in het algemeen, met bijzondere aandacht voor effectieve informatieoverdracht en continuïteit van zorg (National Institute for Health and Care Excellence, 2014). Doorverwezen personen dienen binnen twee weken beoordeeld te worden door een gespecialiseerde dienst, en de behandeling dient binnen één maand na de initiële beoordeling te worden opgestart (National Institute for Health and Care Excellence, 2014). De COPE-richtlijn voegt hieraan toe dat personen met bepaalde psychosociale risicofactoren alsook personen met een eerdere traumatische bevallingservaring of bestaande psychische problematiek, al tijdens de zwangerschap in contact gebracht dienen te worden met gepaste hulpverlening, indien ook gewenst door de zwangere persoon (Highet & Expert Working Group, 2023). De FMS-richtlijn formuleert beveelt ten slotte een specifiek, stepped-care verwijzingstraject aan voor na de bevalling, waarbij personen met een traumatische bevallingservaring die symptomen ervaren met een negatieve impact op hun dagelijks functioneren doorverwezen dienen te worden naar een psycholoog of psychiater met expertise in de diagnostiek en behandeling van (bevallingsgerelateerde) PTSS (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 2019). Het beschikbare bewijs hiervoor is overwegend afkomstig uit scoping reviews, observationeel en kwalitatief onderzoek. Vergelijkende evidentie over de effectiviteit van verwijzingstrajecten op de prevalentie van traumatische bevallingservaringen of bevallingsgerelateerde PTSS blijft beperkt.

Aanbeveling (XXX)

Wij bevelen aan een gestructureerd verwijzingstraject op te zetten voor zwangere personen met psychosociale kwetsbaarheid, een traumatische voorgeschiedenis of vroege

symptomen van bevallingsgerelateerd trauma. Duidelijke verwijscriteria, afgebakende rollen en toegang tot passende, gespecialiseerde hulpverlening kunnen tijdige ondersteuning bevorderen en het risico op bevallingsgerelateerde PTSS verkleinen.

Prenatale verwijzing is aangewezen bij psychosociale risicofactoren of een eerdere traumatische bevallingservaring. Postnatale verwijzing naar gespecialiseerde hulpverlening is geïndiceerd wanneer de traumagerelateerde symptomen het dagelijks functioneren belemmeren; beoordeling dient binnen twee weken na verwijzing plaats te vinden en behandeling binnen één maand na beoordeling. Verwijzing gebeurt steeds met de uitdrukkelijke, geïnformeerde toestemming van de betrokkene. Bij de implementatie dient tot slot bijzondere aandacht te gaan naar drempels voor socio-economisch kwetsbare groepen, zoals financiële, vervoers- en taalbarrières.

Aanbeveling 5 - Multidisciplinaire klinieken of gespecialiseerde diensten rond geboortetrauma kunnen bijdragen aan gecoördineerde en gespecialiseerde ondersteuning.

Bewijs (+)

Geen enkele van de geïnccludeerde richtlijnen beveelt specifiek multidisciplinaire klinieken of gespecialiseerde diensten rond geboortetrauma aan voor preventie van bevallingsgerelateerd PTSS. NICE beveelt specialistische zorg “in huis” aan, en vermeldt eerder algemeen dat elk perinataal mentaal gezondheidsnetwerk een verwijzing naar een gespecialiseerde moeder-kind eenheid zou moeten kunnen aanbieden (National Institute for Health and Care Excellence, 2014). Een scoping review van Donegan et al. en implementatierapporten beschrijven verder multidisciplinaire *one-stop* diensten die mentale gezondheid,

maatschappelijk werk en counseling samenbrengen, maar robuust vergelijkend bewijs over zorgmodellen ontbreekt (Marr et al., 2025; Donegan et al., 2025).

Aanbeveling (xxx)

Hoewel multidisciplinaire klinieken of gespecialiseerde diensten voor bevallingstrauma kunnen bijdragen aan een gecoördineerde en gespecialiseerde ondersteuning, bevelen wij aan hun oprichting te beschouwen als een latere stap binnen een gefaseerde implementatie van bovenstaande structurele maatregelen. Dergelijke diensten dienen te worden geïntegreerd in het lokale perinatale geestelijke gezondheidszorgsysteem om fragmentatie van zorg te vermijden.

2. Interpersoonlijke maatregelen

1) Algemeen

Aanbeveling 6 – Respectvolle, persoonsgerichte geboortezorg en responsieve communicatie op basis van geïnformeerde toestemming en gedeelde besluitvorming is aanbevolen gedurende het volledige perinatale zorgcontinuüm.

Bewijs (++)

Zowel de WHO- en COPE-richtlijnen als de beschikbare evidentie benadrukken het belang van respectvolle, persoonsgerichte verloskundige zorg die de waardigheid, privacy en autonomie van de barenden vrijwaart (Highet & Expert Working Group, 2023; World Health Organization, 2018). Positieve interacties met zorgverleners, gebaseerd op wederzijds vertrouwen en respect kunnen een beschermend effect hebben, ook bij gecompliceerde zwangerschappen en bevallingen (Highet & Expert Working Group, 2023; World Health Organization, 2018; Ayers et al., 2024). Het Europees Parlement riep recent nog op tot een geboortezorg die de fundamentele mens- en patiëntenrechten respecteert, waaronder het recht op

geïnformeerde toestemming, duidelijke communicatie en eerbiediging van de keuzes van de barende persoon (European Parliament, 2022). Het recht op geïnformeerde toestemming en het recht op weigering zijn verder verankerd in de Belgische wetgeving rond patiëntenrechten (Wet betreffende de rechten van de patiënt, 2002).

Aanbeveling (XXX)

Om respectvolle, persoonsgerichte geboortezorg en responsieve communicatie te kunnen bieden, dient men te streven naar:

- Expliciete, geïnformeerde toestemming voorafgaand aan elke procedure of interventie
- Open, begrijpelijke en op wetenschappelijke evidentie gestoelde communicatie, inclusief informatie over indicatie van de procedure of interventie, voordelen, complicatierisico's, alternatieven opties en potentiële risico's bij weigering
- Emotionele validatie en betekenisvolle participatie in het beslissingsproces
- Gedeelde besluitvorming en respect voor de uiteindelijke geïnformeerde beslissing
- Taalbemiddeling waar nodig

2. Prenatale maatregelen

Aanbeveling 7 – Universele prenatale screening van de mentale gezondheid moet worden aangeboden om mogelijke risicofactoren vroegtijdig op te sporen en, waar aangewezen, tijdig door te verwijzen.

Bewijs (-)

De COPE-richtlijn beveelt als enige een routinematige psychosociale screening vroeg in de zwangerschap aan (Highet & Expert Working Group, 2023); NICE beveelt screening voor depressie, angstklachten en ernstige psychische aandoeningen aan tijdens de eerste controle in

de zwangerschap (National Institute for Health and Care Excellence, 2014). Causaal bewijs dat psychosociale screening perinatale psychische stoornissen of bevallingsgerelateerde PTSS daadwerkelijk vermindert, blijft vooralsnog beperkt. Internationale expertconsensus benadrukt echter het belang van het identificeren van psychosociale risicofactoren tijdens de zwangerschap en beveelt prenatale screening aan op traumatische voorgeschiedenis, psychische aandoeningen en angst voor de aankomende bevalling als onderdeel van trauma geïnformeerde geboortezorg (Kranenburg et al., 2023; Ayers et al., 2024). Waar mogelijk wordt tevens aanbevolen de niet-barende partner ook te betrekken in deze screening (Ayers et al., 2024).

Aanbeveling (GCP)

Wij bevelen aan routinematige, universele prenatale screening aan te bieden op belangrijke psychosociale risicofactoren en mentaal welzijn bij de eerste zwangerschapscontrole. Deze screening dient tevens een open bevraging te omvatten van eerdere zwangerschaps- en bevallingservaringen van de zwangere persoon en, indien aanwezig, die van de partner — zonder hierbij expliciet te vragen naar negatieve of traumatische ervaringen. Screening dient te worden ingebed in een bestaand, breder prenataal, geestelijke gezondheidszorgtraject met duidelijke verwijsroutes, om geïntegreerde zorg te faciliteren. Hoewel rechtstreeks bewijs dat screening alleen bevallingsgerelateerde PTSS kan voorkomen beperkt blijft, maakt vroege identificatie van psychosociale risicofactoren gerichte interventies mogelijk die aantoonbaar bijdragen aan het verminderen van traumagerelateerde symptomen en het verbeteren van het perinataal mentaal welzijn.

Aanbeveling 8 – Het routinematig bespreken van geboortevoorkeuren met alle zwangere personen, bij voorkeur op meerdere momenten tijdens de zwangerschap en vanaf het moment dat de zwangere persoon dit wenst en passend acht is aanbevolen.

Bewijs (+)

Geen van de opgenomen richtlijnen beveelt het bespreken van geboortevoorkeuren specifiek aan ter preventie van traumatische bevallingservaringen of bevallingsgerelateerde PTSS, al benadrukken alle richtlijnen het belang van het respecteren van de autonomie en voorkeuren van de barendende persoon. Het beschikbare bewijs is beperkt en overwegend indirect, maar suggereert dat het bespreken van bevalwensen of geboortevoorkeuren tijdens de zwangerschap kan bijdragen aan een betere voorbereiding, een groter gevoel van controle tijdens de bevalling en een betere afstemming tussen verwachtingen en de werkelijke bevallingservaring – factoren die bekende predictoren zijn van bevallingsgerelateerde PTSS-symptomen (Kranenburg et al., 2023; Wen et al., 2025; Ahmadpour et al., 2022; Kuo et al., 2010; Ahmadpour et al., 2024). Een te rigide “bevalplan” kan echter ook geassocieerd zijn met een hoger risico op een traumatische bevallingservaring (Highet & Expert Working Group, 2023).

Aanbeveling (XXX)

Wij bevelen het routinematig, prenataal bespreken van geboortevoorkeuren aan, bij voorkeur op meerdere momenten tijdens de zwangerschap en uiterlijk op 36 weken, en dit met alle zwangere personen wanneer zij hier klaar voor zijn. Wij adviseren daarbij de termen “bevalwensen” of “geboortevoorkeuren” te hanteren in plaats van “bevalplan”, omdat deze beter de onvoorspelbare aard van een bevalling weerspiegelen en meer ruimte laten voor geïnformeerde keuzes bij verschillende mogelijke scenario’s in plaats van rigide verwachtingen.

Aanbeveling 9 – Pijnstilling moet pro-actief en prenataal worden besproken, en routinematig worden aangeboden tijdens de partus.

Bewijs (++)

Pijn tijdens de bevalling kan de subjectieve bevallingservaring sterk beïnvloeden. Bijgevolg kan een optimale pijncontrole helpen in het voorkomen van traumatische bevallingservaringen (Stén et al., 2025; Zedan, 2025). De WHO ondersteunt het actief aanbieden van beschikbare pijnstillingsopties, eerder dan wachten met het bespreken ervan tot de barende persoon hier zelf naar vraagt (World Health Organization, 2018). Anesthesisten spelen bijgevolg een cruciale rol in de preventie van traumatische bevallingservaringen en bevallingsgerelateerde PTSS door het voorzien van een effectieve analgesie, indien inderdaad gewenst door de barende persoon, met minimale complicaties en het hierbij toepassen van TIC (Stén et al., 2025; Mergler et al., 2024).

Aanbeveling (GCP)

Beschikbare pijnstillingsopties dienen pro-actief prenataal besproken te worden. Prenatale doorverwijzing naar een anesthesist kan aangeboden worden bij een eerdere negatieve ervaring met locoregionale anesthesie. Voorkeuren voor pijnstilling (methode en timing) dienen opnieuw systematisch nagevraagd te worden bij de aanvang van arbeid of inductie.

3. Intrapartum maatregelen

Aanbeveling 10 – Indien haalbaar, heeft locoregionale anesthesie de voorkeur boven algemene anesthesie bij een dringende keizersnede.

Bewijs (-)

Geen enkele van de geïncludeerde richtlijnen doet expliciete aanbevelingen over het type anesthesie bij een dringende of spoedkeizersnede. Een spoedkeizersnede op zich, alsook conversie van locoregionale naar algemene anesthesie en accidentele pijngewaarwording onder algemene anesthesie zijn echter beschreven als onafhankelijke risicofactoren voor bevallingsgerelateerde PTSS (Froeliger et al., 2026; Mergler et al., 2024; Orovou et al., 2025; Tremper & Neumann, 2025). Algehele anesthesie is daarnaast geassocieerd met een verhoogd risico op postpartumdepressie en suïcidale gedachten, hoewel de onderliggende mechanismen voor deze associaties vooralsnog onduidelijk blijven (Barrett et al., 2025; Froeliger et al., 2026; Shaeri et al., 2025).

Anderzijds is inadequate pijnstilling tijdens een (dringende) keizersnede ook direct geassocieerd met bevallingsgerelateerde PTSS. Daarom dient bij accidentele pijngewaarwording onder locoregionale anesthesie onmiddellijk gehandeld te worden en dient conversie naar algemene anesthesie overwogen te worden (Sharpe & Landau, 2025).

Aanbeveling (GCP)

Locoregionale anesthesie verdient de voorkeur boven algemene anesthesie bij een dringende keizersnede, zolang dit haalbaar en veilig wordt geacht door het lokale zorgteam. Bij inadequate pijnstilling ondanks aanvullende analgesie, dient conversie naar algemene anesthesie onmiddellijk overwogen te worden om een etraumatische bevallingservaring en bevallingsgerelateerde PTSS te voorkomen. TIC-principes en transparante communicatie blijven hierin steeds essentieel, ook in dringende settings.

4. Postnatale maatregelen

Aanbeveling 11 – Postnataal de mogelijkheid bieden om de bevallingservaring te bespreken, zonder expliciet te vragen naar negatieve emoties of gedachten en bij voorkeur binnen de 72 uur na de bevalling is aanbevolen.

Wij stellen hierbij voor om, indien aanwezig, ook de partner te betrekken bij deze nabespreking, opnieuw zonder expliciet te vragen naar negatieve emoties of gedachten en bij voorkeur binnen de 72 uur.

Bewijs (++)

Rechtstreeks bewijs voor het nabespreken van de bevallingservaring als interpersoonlijke maatregel ter secundaire preventie van bevallingsgerelateerde PTSS is beperkt en bestaat voornamelijk uit observationeel onderzoek, validatiestudies en expertconsensus. Deze nabespreking wordt echter internationaal beschouwd als een belangrijke schakel in de preventie van bevallingsgerelateerde PTSS, voornamelijk door vroege ondersteuning en tijdige verwijzing te faciliteren (Horsch et al., 2024; Froeliger et al., 2026; Kranenburg et al., 2023; Jomeen et al., 2025; Baldini et al., 2025; Porstendorfer-Almeida Froz et al., 2025). Gevalideerde screeningsinstrumenten zoals de Peritraumatic Distress Inventory (PDI) (Miller et al., 2024; Jagodnik et al., 2024) en de Childbirth Experience Questionnaire (CEQ2) zijn beschikbaar, maar ervaringen met hun gebruik in de klinische praktijk blijven beperkt (Taheri et al., 2018; Wet betreffende de rechten van de patiënt, 2002; Stén et al., 2025).

In de literatuur worden twee vormen van een dergelijke, postnatale nabespreking onderscheiden: enerzijds gestructureerde interventies gebaseerd op de principes van *critical incident stress debriefing (CISD)*, anderzijds een meer open evaluatiegesprek waarbij de zorgverlener de bevalling samen met de bevallen persoon bespreekt en vragen beantwoordt.

Zowel de NICE-, COPE- als de FMS-richtlijnen bevelen aan dat personen na de bevalling de mogelijkheid dienen te krijgen om over hun ervaringen te spreken, maar uitsluitend op vrijwillige basis en met een ondersteunende luisterhouding. Traditionele, eenmalige CISD-interventies waarbij het trauma herbeleefd kan worden, worden expliciet afgeraden, omdat deze eventueel aanwezige klachten soms kunnen verergeren (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 2019; National Institute for Health and Care Excellence, 2014; Highet & Expert Working Group, 2023). De beschikbare evidentie over de effectiviteit van een nabespreking of *debriefing* is heterogeen: in niet-geselecteerde populaties leidt nabespreking niet tot minder gevallen van bevallingsgerelateerde PTSS, terwijl er mogelijk een beperkt voordeel is voor personen die reeds een traumatische bevallingservaring rapporteerden of daar een verhoogd risico op hadden (de Graaff et al., 2018; Dekel et al., 2024).

Onderzoek naar het betrekken van partners bij de geboorte-evaluatie blijft vooralsnog beperkt, maar expertconsensus ondersteunt hun inclusie in de antenatale geestelijke gezondheidszorgscreening, gezien hun vaak onderschatte psychische belasting tijdens de perinatale periode (Highet & Expert Working Group, 2023).

Aanbeveling (XXXX/GCP)

Wij bevelen aan alle personen na de bevalling de mogelijkheid te bieden om hun bevallingservaring te bespreken, bij voorkeur tijdens het kraamverblijf of binnen de eerste dagen postpartum en idealiter binnen 72 uur. Dit gesprek dient kort, trauma geïnformeerd en, bovenal, vrijwillig te zijn. De zorgverlener vraagt hiervoor eerst toestemming en opent het gesprek met een neutrale, open vraag, zoals “Hoe kijk je terug op de bevalling?” of “Hoe voel je je wanneer je aan de bevalling terugdenkt?”. Het is belangrijk dat zorgverleners hierbij niet aansturen op negatieve emoties of traumatische interpretaties. Een open gesprek verdient de voorkeur boven

gestructureerde vragenlijsten of screeningsinstrumenten. Essentieel is dat gepaste opvang, opvolging en verwijzingsmogelijkheden bij een gerapporteerde, traumatische bevallingservaring beschikbaar zijn.

Op basis van expertconsensus wordt aanbevolen de partner, indien aanwezig, actief te betrekken in dit gesprek en expliciet te informeren naar diens ervaring, hoewel het bewijs hiervoor vooralsnog beperkt is.

Aanbeveling 12 – Een positieve screening voor een traumatische bevallingservaring tijdens deze nabespreking moet leiden tot een stapsgewijze opvolging van bevallingsgerelateerde PTSS-symptomen tijdens de standaard nacontrole op zes weken postpartum en een tijdige doorverwijzing.

Wij stellen voor om, indien aanwezig, ook de partner te betrekken bij deze stapsgewijze opvolging en te informeren over verdere doorverwijzingsmogelijkheden.

Bewijs (+)

Zowel de FMS-richtlijn (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 2019) als een recente expertenreview (Horsch et al., 2024) bevelen een tweestapsbenadering aan. De eerste stap bestaat uit het identificeren van mensen die kort na de bevalling aangeven hun bevalling als traumatisch ervaren te hebben (Horsch et al., 2024; Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 2019; Buendicho & Allen, 2025). Vervolgens dienen zij gescreend te worden op bevallingsgerelateerde PTSS-symptomen, en dit ten vroegste vier weken postpartum (Horsch et al., 2024; Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 2019). Symptomen die langer van dan vier weken aanhouden is immers een van de DSM-5

diagnosecriteria voor PTSS (Horsch et al., 2024; Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 2019; Froeliger et al., 2026; Mergler & Koiré, 2023).

De *City Birth Trauma Scale* (City BiTS) is het vaakst geciteerde screeningsinstrument in de literatuur (Stén et al., 2025; Mergler et al., 2024; Tremper & Neumann, 2025; Shaeri et al., 2025; Jomeen et al., 2025; Dekel et al., 2024; Dobson et al., 2022). Het werd specifiek ontwikkeld om bevallingsgerelateerde PTSS te meten volgens de DSM-5-criteria. Belangrijk: het gaat om een screeningsinstrument, geen diagnostisch instrument (Stén et al., 2025; Mergler et al., 2024), en het werd nog niet gevalideerd voor de Vlaamse en Belgische populatie.

Over het beste screeningsalgoritme bestaat voorlopig opnieuw weinig consensus: moet iedereen die bevallen is gescreend worden naar bevallingsgerelateerde PTSS-symptomen tijdens de nacontrole op zes weken postpartum, of enkel wie direct postpartum een traumatische bevallingservaring rapporteerde? Lessen uit de postnatale screening naar andere, meer voorkomende, perinatale psychische en psychiatrische aandoeningen, zoals postnatale depressie of angststoornissen, tonen aan dat gestructureerde, stapsgewijze methoden ook gevoelig kunnen zijn voor comorbiditeiten zoals PTSS (Van Damme et al., 2021; Staudt et al., 2023). Het Gents Netwerk voor Perinatale Mentale Gezondheid hanteert bijvoorbeeld een stapsgewijs algoritme dat algemeen start met vier vragen op zes weken postpartum (m.n. twee Whooley-vragen voor depressie, twee GAD-2-vragen voor angst), gevolgd door een uitgebreidere screening met de EPDS of GAD-7 bij een positief resultaat (Van Damme et al., 2021). Of deze methoden ook gevoelig zijn voor CB-PTSS specifiek, moet nog verder worden onderzocht.

Aanbeveling (XXX/GCP)

Het panel stelt een stapsgewijs, postnataal screenings- en verwijzalgoritme voor:

- Wie **kort na de bevalling (< 72 uur) een negatieve of traumatische ervaring rapporteert**, dient hiervoor gericht opgevolgd te worden tijdens de routine nacontrole rond zes weken postpartum, met expliciete aandacht voor bevallingsgerelateerde PTSS-symptomen. Een gestandaardiseerd screeningsinstrument zoals de City BiTS kan hiervoor gebruikt worden.
- Wie **initieel geen negatieve of traumatische ervaring rapporteert**, wordt meegenomen in een bredere postpartum geestelijke gezondheidscreening op zes weken postpartum, zoals deze van het Gents Netwerk voor Perinatale Mentalge Gezondheid. Het gesprek blijft wel open voor de bevallingservaring en mogelijke bevallingsgerelateerde PTSS-symptomen. Een positieve screening dient te leiden tot een tijdige doorverwijzing naar gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.

Het panel beveelt tot slot aan om partners, indien aanwezig, te betrekken bij dit screeningsmoment op zes weken postpartum. Partners die eerder een negatieve of traumatische geboorte-ervaring meldden, worden best ook bevraagd over hoe ze terugkijken op de bevalling, met aandacht voor mogelijke PTSS-symptomen. Bij partners die initieel geen negatieve ervaring rapporteerden, biedt de consultatie alsnog een kans om hun welbevinden te bevragen en hen te informeren over doorverwijzingsmogelijkheden. Is de partner niet fysiek aanwezig, dan worden zorgverleners aangemoedigd om op een open manier te vragen naar diens welbevinden aan de bevallen persoon.

6. Beperkingen en suggesties voor verder onderzoek

De beschikbare evidentie voor deze clinical guidance paper bestaat hoofdzakelijk uit observationele studies, kwalitatief onderzoek en expertconsensus van overwegend lage tot

matige methodologische kwaliteit, zonder direct bewijs voor een causaal verband met de voorgestelde aanbevelingen of evaluatie van hun kosteneffectiviteit. Het panel formuleert daarom een aantal prioriteiten voor toekomstig onderzoek.

Ten eerste is meer conceptuele helderheid nodig: een gestandaardiseerde definitie van een traumatische bevallingservaring en bijhorende uitkomstmaten zouden de vergelijkbaarheid tussen studies verbeteren en de ontwikkeling van toekomstige *evidence-based* richtlijnen ondersteunen.

Ten tweede ontbreken representatieve epidemiologische gegevens over de incidentie en prevalentie van traumatische bevallingservaringen en bevallingsgerelateerde PTSS in Vlaanderen en België, wat een gerichte aanpak en preventieontwikkeling bemoeilijkt.

Ten derde zijn robuustere studiedesigns vereist: gerandomiseerde, gecontroleerde en longitudinale studies moeten de effectiviteit van trainingen rond traumageïnformeerde en respectvolle geboortezorg evalueren, inclusief optimale inhoud, frequentie en langere termijnimpact.

Tot slot is verder onderzoek nodig naar verschillende zorgmodellen en doorverwijzingstrajecten, waarbij prospectieve en implementatiegerichte studies de effectiviteit, kosteneffectiviteit en impact op primaire uitkomsten zoals traumatische bevallingservaringen en bevallingsgerelateerde PTSS in kaart moeten brengen.

7. Implementatie, kwaliteitscontrole en herziening

De richtlijn werd extern gereviewd door VVOG- en VBOV-leden en goedgekeurd door de VVOG Vlaamse Werkgroep Verloskunde. Publicatie volgt in *Gunaïkeia* en het Tijdschrift

voor Vroedvrouwen en op de websites van VVOG en VBOV. Herziening gebeurt elke vijf jaar of vroeger bij nieuw, hoogkwalitatief bewijs.

8. Belangenconflicten en sponsoring

De auteurs verklaren geen financiële belangen of persoonlijke relaties te hebben die het in dit document gerapporteerde werk hadden kunnen beïnvloeden.

9. Verklaring omtrent het gebruik van generatieve AI

De auteurs maakten gebruik van ChatGPT en Claude AI als generatieve AI-tools voor het natrekken van AGREE II- en ADAPTE-beoordelingen, literatuuronderzoek en -review, synthese van weerhouden evidentie en taalgebruik. Alle door AI gegenereerde inhoud werd consequent door de auteurs gecontroleerd en waar nodig aangepast. De auteurs dragen de volledige verantwoordelijkheid voor de inhoud van deze publicatie.

10. Leden van het Clinical Guidance-panel

Guideline development group

Anette Van Lierde, Gynaecoloog, Ziekenhuis Oost-Limburg, Genk, België

Bavo Hendriks, Gynaecoloog, Universitair Ziekenhuis Antwerpen, Edegem, België

Caroline Van Holsbeke, Gynaecoloog, AZ Sint-Lucas Brugge, AZ Sint-Jan Brugge en Ziekenhuis Oost-Limburg, België

Dorien Lanssens, Vroedvrouw, Centre for Research and Innovation in Care, Universiteit Antwerpen, België

Eline Scheire, Gynaecoloog, AZORG Ziekenhuis Aalst, België

Emilie Victor, Arts-in-opleiding Verloskunde & Gynaecologie, Flinders Medical Centre,
Australië

Lena Van Heerde, Arts-in-opleiding Verloskunde & Gynaecologie, Universitair
Ziekenhuis Leuven, België

Magali Verheecke, Gynaecoloog, AZ Turnhout, België

Roxanne Van Nuland, Gynaecoloog, AZ Sint-Jan Brussel, België

Tom Van den Broeck, Vroedvrouw en Lactatiekundige, La Madrugada, Antwerpen,
België

Stakeholders en ervaringsdeskundigen

Aithne Van den Bossche, Psycholoog, Universitair Ziekenhuis Antwerpen, België

Astrid Van Lantschoot, Anesthesist, Ziekenhuis Oost-Limburg, Genk, België

Emma Van Leuven, Huisarts, Huisartsenpraktijk Meer, Minderhout, België

Gilbert Lemmens, Psychiater, Universitair Ziekenhuis Gent, België

Fleur Libovitz, ervaringsdeskundige

Hannelore De Muynck, ervaringsdeskundige

11. References

AGREE Collaboration (2003). Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE)
Instrument. Retrieved from www.agreetrust.org.

- Ahmadpour P, Molaei G, Mirghafourvand M. The Effect of a Birth Plan on Birth Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Midwifery Reprod Health*. 2024;12(4):4381-4395.
- Ahmadpour P, Moosavi S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Jahanfar S, Mirghafourvand M. Effect of implementing a birth plan on maternal and neonatal outcomes: a randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022 Nov 22;22(1):862.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- Ayers S, Horsch A, Garthus-Niegel S, Nieuwenhuijze M, Bogaerts A, Hartmann K, Karlsdottir SI, Oosterman M, Tecirli G, Turner JD, Lalor J; COST Action CA18211. Traumatic birth and childbirth-related post-traumatic stress disorder: International expert consensus recommendations for practice, policy, and research. *Women Birth*. 2024 Mar;37(2):362-367.
- Baldini V, Gnazzo M, De Ronchi D, Carotenuto M, Pera MC, Fiorillo A. Traumatic Childbirth Experiences and their Association with Postpartum Psychiatric Disorders: A Systematic Review. *Psychiatr Q*. 2025 Jul 8.
- Barrett V, Evans K, Spiby H. Antenatal and intrapartum interventions to prevent psychological birth trauma: A mixed methods systematic review. *Midwifery*. 2025 Sep;148:104473.
- Buendicho AL, Allen K. Perceptions of birth and wellbeing after birth debriefing among women who describe their birth as traumatic. *Midwifery*. 2025 Feb;141:104267.

- Camilleri J, Nelson A. Birth trauma: characterization and thematic analysis of traumatic birth experiences revealed on social media. *Contracept Reprod Med*. 2025 Jul 9;10(1):40.
- de Graaff LF, Honig A, van Pampus MG, Stramrood CAI. Preventing post-traumatic stress disorder following childbirth and traumatic birth experiences: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2018 Jun;97(6):648-656.
- Dekel S, Papadakis JE, Quagliarini B, Pham CT, Pacheco-Barrios K, Hughes F, Jagodnik KM, Nandru R. Preventing posttraumatic stress disorder following childbirth: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2024 Jun;230(6):610-641.
- Dobson H, Malpas C, Kulkarni J. Measuring posttraumatic stress disorder following childbirth. *Australas Psychiatry*. 2022 Aug;30(4):476-480.
- Donegan H, Zhao L, Mansu S. Best practice guidelines and service provision for supporting women with birth-related trauma: A scoping review of international literature. *Midwifery*. 2025 Jun;145:104364.
- European Parliament. Sexual and reproductive health and rights in the EU, in the frame of women's health. *Official Journal of the European Union*. 2022;C81:43-62.
- Froeliger A, Deneux-Tharaux C, Sutter-Dallay AL, Bouchghoul H, Loussert L, Madar H, Sentilhes L. Childbirth-related posttraumatic stress disorder and postpartum depression following cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2026 Jan;233(6S):S199-S215.
- GRADEpro GDT: GRADEpro Guideline Development Tool [Software]. McMaster University and Evidence Prime, 2023. Available from [gradepro.org](https://www.gradepro.org).

Granner JR, Seng JS. Using Theories of Posttraumatic Stress to Inform Perinatal Care Clinician Responses to Trauma Reactions. *J Midwifery Womens Health*. 2021 Sep;66(5):567-578.

Hight N, Expert Working Group. Mental Health Care in the Perinatal Period: Australian Clinical Practice Guideline. Melbourne: Centre of Perinatal Excellence (COPE); 2023.

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jul 15;7:CD003766.

Horsch, Antje et al. Childbirth-related posttraumatic stress disorder: definition, risk factors, pathophysiology, diagnosis, prevention, and treatment. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, Volume 230, Issue 3, S1116 – S1127; 2024.

Jagodnik KM, Ein-Dor T, Chan SJ, Titelman Ashkenazy A, Bartal A, Barry RL, Dekel S. Screening for post-traumatic stress disorder following childbirth using the Peritraumatic Distress Inventory. **J Affect Disord.** 2024 Mar 1;348:17–25.

Jomeen J, Guy F, Marsden J, Clarke M, Darby J, Landry A, Jefford E. A scoping review of effective health practices for the treatment of birth trauma. *Midwifery*. 2025 Jun;145:104382.

Kranenburg L, Lambregtse-van den Berg M, Stramrood C. Traumatic Childbirth Experience and Childbirth-Related Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): A Contemporary Overview. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Feb 4;20(4):2775.

Kuo SC, Lin KC, Hsu CH, Yang CC, Chang MY, Tsao CM, Lin LC. Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations of fulfilment: a randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2010 Jul;47(7):806-14

- Marr MC, Beeghly J, Au K, Jorda K. Creating a Trauma-Informed Multidisciplinary Clinic. *Birth*. 2025 Nov 10.
- Mergler BD, Kim EJ, Miranda JE, Nilforoshan M, Schlichter RA, Ejiogu NI, Duffy CC, Mergler RJ. Anesthesiologists' Role in Recognition, Prevention, and Treatment of Childbirth-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Anesth Analg*. 2024 Dec 1;139(6):1159-1164.
- Mergler R, Koire A. Childbirth-related PTSD: How it differs and who's at risk. *Current Psychiatry*. 2023 Dec;22(12):55-56.
- Miller ML, Laifer LM, Thomas EBK, Grekin R, O'Hara MW, Brock RL. From pregnancy to the postpartum: Unraveling the complexities of symptom profiles among trauma-exposed women. *J Affect Disord*. 2024 Jul 15;357:11-22.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. London: NICE; 2014 [updated 2020 Feb 11; cited 2026 Feb 15]. (Clinical guideline CG192).
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG). Richtlijn: Bevallingsgerelateerde posttraumatische-stressstoornis (PTSD) en posttraumatische-stressstoornisklachten (PTSD-klachten). Utrecht: NVOG; 2019
- Orovou E, Antoniou E, Zervas I, Sarantaki A. Prevalence and correlates of postpartum PTSD following emergency cesarean sections: implications for perinatal mental health care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychol*. 2025 Jan 9;13(1):26.
- Patel K, Newnham L, Gillett K, Cummins A. A Simultaneous Concept Analysis to Provide Clarity Between Obstetric Violence and Birth Trauma. *Birth*. 2025 Sep 12.

- Porstendorfer-Almeida Froz C, Vollert B, Hansen I, Schurig N, Seefeld L, Weise V et al. Mistreatment and Discrimination during Childbirth, Associations with Symptoms of Childbirth-Related Posttraumatic Stress Disorder and the Mediating Role of the Subjective Birth Experience: A Quantitative Analysis Within the Prospective Cohort Study RESPECT PARENTS. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2025 Nov 11;85(12):1304-1325.
- Sachdeva J, Nagle Yang S, Gopalan P, Worley LLM, Mittal L, Shirvani N, Spada M, Albertini E, Shenai N, Moore Simas TA, Byatt N. Trauma Informed Care in the Obstetric Setting and Role of the Perinatal Psychiatrist: A Comprehensive Review of the Literature. *J Acad Consult Liaison Psychiatry.* 2022 Sep-Oct;63(5):485-496.
- Shaeri S, Delavar MA, Bakouei F, Azizi A, Karbalaieizadeh M. Impact of midwife-led counselling for women who have experienced traumatic childbirth: A clinical trial. *Midwifery.* 2025 Sep;148:104467.
- Sharpe EE, Landau R. Pain during cesarean delivery: risk factors, mitigation, and current approaches. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2025 Jun 1;38(3):169-178.
- Staudt A, Baumann S, Horesh D, Eberhard-Gran M, Horsch A, Garthus-Niegel S. Predictors and comorbidity patterns of maternal birth-related posttraumatic stress symptoms: A Latent Class Analysis. *Psychiatry Res.* 2023 Feb;320:115038.
- Stén G, Malmquist A, Nieminen K, Grundström H. Associated factors for birth-related post-traumatic stress symptoms using a birth-specific measurement: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2025 Nov 25;25(1):1301.

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 May 2;15(1):73.

The ADAPTE Collaboration (2009). The ADAPTE process: Resource Toolkit for Guideline Adaption. Version 2.0. Available from: <http://www.g-i-n.net>.

Tremper LS, Neumann KE. Current opinion in anesthesiology: post-traumatic stress disorder following birth. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2025 Jun 1;38(3):186-194.

Van Damme R, Van Parys A, Vogels C, Roelens K, Lemmens G. Leidraad voor de screening en detectie van perinatale depressieve en angststoornissen tijdens de zwangerschap tot 1 jaar na de bevalling. TVGG. 2021 Dec.

Viirman F, Hess Engström A, Sjömark J, Hesselman S, Sundström Poromaa I, Ljungman L, Skoog Svanberg A, Wikman A. Negative childbirth experience in relation to mode of birth and events during labour: A mixed methods study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2023 Mar;282:146-154. doi: 10.1016/j.ejogrb.2023.01.031. Epub 2023 Jan 27.
Erratum in: *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2023 Apr;283:141.

Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Respectvolle geboortezorg: standpunt, aanbevelingen en engagement. Sint-Niklaas: VVOG; 2024.

Vogel TM, Coffin E. Trauma-Informed Care on Labor and Delivery. *Anesthesiol Clin*. 2021 Dec;39(4):779-791.

Wen MJ, Li JH, Peng ZF, Chen G, Li JL, Cheng L, Li JY, Zhang TT, Nie XF.

Nonpharmacological interventions for childbirth-related post-traumatic stress disorder

and accompanying symptoms: A network meta-analysis of randomized controlled trials.

Int J Nurs Stud. 2025 Nov;171:105186.

Wet betreffende de rechten van de patiënt / Loi relative aux droits du patient, 22 August 2002

WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.

Zedan HS. A systematic review of birth trauma in the Middle East. BMC Womens Health. 2025 Oct 3;25(1):468.

12. Disclaimer

De VVOG heeft de grootst mogelijke zorg besteed aan de voorbereiding en het onderhoud van deze clinical guidance paper. Desalniettemin aanvaardt de VVOG geen aansprakelijkheid voor eventuele onnauwkeurigheden, noch voor schade, ongewenste effecten of ongemak van welke aard dan ook (handelingen, nalatigheden en beslissingen in de dagelijkse praktijk op basis van de aanbevelingen in deze paper).