Zwangerschapsverlies in de eerstelijn: psychosociale en medische noden van koppels en de rol van de huisarts

Picquet Lola, KULeuven

Promotor: Verbakel Jan, KULeuven

Co-promotor: Van Baelen Sabine, KULeuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2025 – 2026

©Copyright by KU Leuven

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Met uitzondering van het door de wet toegestaan gebruik, is zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur(s) het overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie in verband met het overnemen en/of gebruik van gedeelten uit deze publicatie, wendt u zich tot de KU Leuven, Faculteit Geneeskunde, Campus Gasthuisberg O&N2, Herestraat 49 – bus 400, 3000 Leuven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten en programma's voor commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden

Abstract

Achtergrond: Zwangerschapsverlies is de meest voorkomende complicatie (15–20%) in de vroege zwangerschap (<12 weken) en heeft zowel op korte als lange termijn impact op de fysieke en mentale gezondheid van vrouwen en hun partners. Adequate zorg is essentieel om deze gevolgen te beperken, maar bestaande literatuur toont aan dat de huidige zorgverlening onvoldoende is afgestemd op de noden van koppels.

Onderzoeksvraag: Deze studie beoogde de psychosociale en medische noden van koppels na een zwangerschapsverlies te exploreren en de ervaringen en handelingswijze van huisartsen in kaart te brengen, met het doel aanbevelingen te formuleren voor een beter afgestemde eerstelijnszorg.

Methode: Deze kwalitatieve studie maakte gebruik van twee databronnen: één-op-één of één-op-twee interviews met koppels (n = 8) en online vragenlijst voor huisartsen (n = 30). De interviewdata werd letterlijk getranscribeerd en geanalyseerd via een reflexieve thematische analyse, waarbij gecodeerde citaten leidden tot hoofd- en subthema's. De vragenlijstdata bestond uit gesloten vragen, verwerkt met beschrijvende en grafische statistiek, en open vragen die eveneens thematisch geanalyseerd werden.

Resultaten: Koppels gaven aan nood te hebben aan een open, proactieve en coördinerende huisarts die zwangerschapsverlies bespreekbaar maakt en praktische ondersteuning met gerichte doorverwijzing naar de tweede lijn (gynaecoloog, vroedvrouw, psycholoog, lotgenoten, relevante vzw's) aanbiedt. De communicatiestijl van zorgverleners bleek van centraal belang in het rouwproces, waarbij erkenning van emoties en blijvende angsten bij een volgende zwangerschap een cruciale rol spelen. Partners ervaarden dat hun beleving minder aandacht kreeg, mede door maatschappelijke verwachtingen en beperkte focus binnen de zorgcontext. Huisartsen rapporteerden structurele beperkingen – zoals tijdsdruk, beperkte opleiding en richtlijnen, gebrekkige verwijsmogelijkheden, beperkte maatschappelijke bewustmaking en hoge werkbelasting – die het inspelen op de noden van koppels bemoeilijken. Daarnaast gaven koppels aan dat contextuele steunbronnen, zoals boeken, podcasts, lotgenotencontact en sociale media, een aanvullende ondersteunende rol kunnen vervullen.

Conclusie: Er blijft een aanzienlijke kloof bestaan tussen de noden van koppels en de huidige eerstelijnszorg. Deze wordt mede bepaald door beperkte bespreekbaarheid van het thema en structurele beperkingen binnen de eerstelijn. Toekomstige implicaties voor de klinische praktijk omvatten het versterken van competenties van huisartsen, het bevorderen van interdisciplinaire samenwerking en het ontwikkelen van een passend wettelijk kader. Voor onderzoek liggen verdere implicaties in het opstellen van nationale richtlijnen, het onderzoeken van de rol van contextuele factoren in het rouwproces en in het vergroten van aandacht voor de ervaringen van partners en diverse gezinsvormen.

Inhoudstafel

Abstract 3

Inhoudstafel 4

Inleiding 8

Methode 10

Onderzoeksplan *10*

Rekrutering van deelnemers *10*

Dataverzameling *10*

Data-analysis *11*

Ethische commissie *11*

Resultaten 12

Deel 1: Koppels *12*

Beschrijving van de steekproef 12

Thematisch analyse 13

1. Lichamelijke en psychische impact en noden bij koppels na een zwangerschapsverlies 13

1.1 Vrouwen rapporteren een gebrek aan uitleg en opvolging van lichamelijk klachten na zwangerschapsverlies 13

1.2 Koppels beschrijven zware ernstige gevolgen, waarbij vrouwen en partner uiteenlopende belevingen en noden aangeven 13

1.3 Koppels geven aan dat een nieuwe zwangerschap gepaard gaat met angst en dat zij hierbij extra nood hebben aan opvolging en communicatie 13

2. Maatschappelijke uitdagingen en gevolgen van een zwangerschapsverlies 14

2.1 Koppels geven aan dat gesprekken over verlies moeizaam worden geïnitieerd, maar dat er meer openheid ontstaat zodra het gesprek is ingezet 14

2.2 Partners geven aan vooral druk tot werkhervatting te ervaren, terwijl vrouwen eerder druk tot verantwoording benoemen 14

2.3 Koppels verwoorden dat het ontbreken van een wettelijk kader de maatschappelijke druk om het normale leven snel te hervatten versterkt 15

2.4 Koppels rapporteren steun aan kleine, niet-invullende gebaren, terwijl goedbedoelde maar sturende reacties als belastend worden ervaren 15

3. Ervaren en gemiste rollen van de huisarts bij zwangerschapsverlies 16

3.1 Koppels geven aan nood te hebben aan een coördinerende huisarts, met aandacht voor zowel praktische handvaten als emotionele ruimte 16

3.2 Koppels appreciëren een proactieve en erkenningsgerichte communicatie, waarbij ruimte blijft voor hun individuele rouwproces en aanhoudende angsten 16

3.3 Vrouwen beschrijven verschillen in risicocommunicatie en de informatieverstrekking, afhankelijk van type zwangerschap en betrokken zorgverleners 17

3.4 Koppels ervaren een gebrek aan vlotte communicatie tussen eerste en tweede lijn, en missen actieve doorverwijzing naar gepaste nazorg 17

4. Het rouwproces na zwangerschapsverlies: een complex proces onder uiteenlopende invloeden 18

4.1 Koppels laten elkaar individueel rouwen, maar ervaren via blijvende communicatie een versterkte verbondenheid 18

4.2 Koppels benadrukken dat de tijd en inspanning die voorafgaan aan een fertiliteitstraject hun verdriet bij een zwangerschapsverlies verdiepen 19

4.3 Koppels ervaren hun reeds aanwezige kinderen als een bron van hoop, houvast en kracht tijdens het rouwproces 19

4.4 Koppels geven aan dat symboliek rond het Sterrenkind voor hen fungeert als erkenning, ankerpunt en zichtbaar maken van hun verlies 19

4.5 Koppels rapporteren dat boeken, podcasts, lotgenotencontact en sociale media een ondersteunende bijdrage leveren aan het verlichten van hun rouwproces 20

Deel 2: huisartsen 21

Beschrijving van de steekproef 21

Geslachtsverdeling van deelnemende huisartsen 22

Regionaal verdeling van deelnemende huisartsen 22

Relatie tussen leeftijd, aantal praktijkjaren en ervaring met miskramen bij deelnemende huisartsen 23

Thematisch analyse 23

1 Huisartsen beschrijven hoe koppels mentale steun zoeken in combinatie met medische antwoorden, administratief zorgen en toekomstgerichte vragen 23

1.1 Psychologische hulpvragen 23

1.2 Medische hulpvragen 24

1.3 Administratieve hulpvragen 24

1.4. Toekomstgerichte hulpvragen 24

2 Waargenomen sterktes en beperkingen van de rol van huisartsen in de zorg bij zwangerschapsverlies 24

2.1 Sommige huisartsen bespreken consequent het risico op miskramen, andere doen dit enkel selectief bij risicopopulaties of op vraag van koppels 24

2.2 Huisartsen bieden zelf korte en lange termijn opvolging, maar verwijzen ook door naar andere zorgverleners mits de sociale kaart voldoende gekend is 25

3 Huisartsen erkennen gebrek aan opleiding, tijd, richtlijnen, verwijzingskanalen, maatschappelijk kennis en drukte van het zorgsysteem als barrières in het bieden van optimale nazorg 26

Deel 3: Triangulatie van data *27*

1 De rol van de huisarts als gesprekspartner binnen het ervaren maatschappelijk taboesfeer van koppels na zwangerschapsverlies 27

2 Afstemming en mismatch tussen noden van koppels en aanbod van huisartsen na zwangerschapsverlies 28

2.1 Psychologische ondersteuning 28

2.2 Administratieve ondersteuning 28

2.3 Medische ondersteuning 28

2.4 Samenwerking en doorverwijzing 28

Discussie 29

1. Bevestiging van bestaande literatuur *29*

1.1 De maatschappelijke stilte rond zwangerschapsverlies als instandhouder van het onbespreekbare karakter van verlies 29

1.2 De manier van communiceren als sleutel tot erkenning en openheid 29

1.3 Structurele barrières in de eerstelijnszorg 30

2. Bijdrage van deze studie *30*

2.1 De positie en beleving van de partner 30

2.2 De invloed van contextuele factoren op het rouwproces 30

3. Implicaties voor de klinische praktijk en toekomstig onderzoek *31*

4. Limitaties *32*

Besluit 33

Referenties 34

Bijlage 36

Addendum 1: Geïnformeerde toestemming *36*

1.1 Geïnformeerde toestemming voor vrouwen en hun partner 36

1.2 Geïnformeerde toestemming voor huisartsen 39

Addendum 2: Interview Leidraad *42*

Addendum 3: Vragenlijst leidraad *44*

Addendum 4: Code boom NVivo *45*

Addendum 5: COREQ checklist *46*

Addendum 6: Goedkeuring Ethische Commissie *47*
Auteurs 49
Belangenconflicten 49
Financiële verklaring 49
Financiering 49

Inleiding

Zwangerschapsverlies is in onze samenleving nog steeds een moeilijk bespreekbaar onderwerp, ondanks de opvallende epidemiologische cijfers die dit de meeste voorkomende complicatie maken in de vroege zwangerschap (<12 weken). (1) Een zwangerschapsverlies is een spontaan einde van een zwangerschap voor 22 weken. Het komt voor bij 15-20% van de vruchtbare vrouwen in België, met stijgende cijfers naarmate een hogere maternale leeftijd en aantal miskramen in de voorgeschiedenis. (2,3) Dat is vermoedelijk slechts de tip van de ijsberg gezien niet alle miskramen opgemerkt of geregistreerd worden. (4)

De meest voorkomende oorzaak van miskramen zijn chromosomale afwijkingen. (2,4) Daarnaast spelen ook enkele risicofactoren een rol: maternale leeftijd, aantal miskramen, gebruik van alcohol en/of nicotine, onder- en overgewicht, coagulopathie en uterusanomalieën. (2,4,5) Vrouwen kunnen bewust zijn van een zwangerschapsverlies met de aanwezigheid van symptomen (vaginaal bloedverlies, pijn in de onderrug, buikkrampen en/of zwangerschapsverschijnselen zoals misselijkheid en borstspanningen). Daarentegen kan zwangerschapsverlies zich ook asymptomatisch voortdoen. (1,6) Hierdoor is het effectief vaststellen van een zwangerschapsverlies enkel mogelijk door middel van een transvaginale echografie en/of serologie. Na de vaststelling worden koppels met drie beleidsopties geconfronteerd (afwachten, medicatie of chirurgie). (5-7) Die keuze is afhankelijk van de voorkeur van het koppel, de zwangerschapstermijn, en de hemodynamisch situatie van de moeder. (4,8,9)

In de aanwezige literatuur blijkt de psychosociale en medische opvolging voor en na een zwangerschapsverlies, voor zowel vrouwen als hun partners onvoldoende te zijn. (10-12) Zorgverleners of derden onderschatten of miskennen vaak hun traumatische ervaring en emotioneel lijden. (5) Bovendien krijgen koppels meestal geen preconceptionele uitleg over de kansen van een zwangerschapsverlies, wat potentieel het taboesfeer onderhoudt en de schaamte doet groeien wanneer het voorkomt. (7,13) Door die misvattingen en schuldgevoel zoeken vrouwen weinig hulp. En dat terwijl de negatieve gevolgen gekend zijn voor zowel hun mentale (angststoornissen, posttraumatisch stresssyndroom, fobieën of depressie) als fysieke gezondheid (cardiovasculair en verloskundig ziekte). (2,10,14) Bestaande onderzoeken richten zich voornamelijk op de gezondheidstoestand van de vrouw na een zwangerschapsverlies. In de literatuur is echter relatief weinig aandacht besteed aan de fysieke en psychologische impact op de partner (10,13); wanneer deze wel aan bod komt, wordt dit doorgaans beschreven vanuit de beleving van de partner naast de getroffen vrouw. (10,12) Een schaarser aantal studies duidt gelijkaardige gevoelens aan bij partners, weliswaar op een kleinere schaal en van kortere duur. (11,13,15) Het valt ook op dat frustratie en machteloosheid bij partners een belangrijkere rol spelen dan bij de getroffen vrouw. (14,15) Op zijn beurt kunnen de aanwezigheid van deze gevoelens zich vertalen in ontsnappingsgedrag in werk of alcohol- en/of drugsgebruik. (15)

Nu zijn er wereldwijd weinig duidelijke richtlijnen rond de meeste adequate psychosociale en medische begeleiding van koppels na een zwangerschapsverlies. Eén van de uitzonderingen is de richtlijn van de National Institute for Health and Care Excellence (NICE) in het Verenigd Koningrijk. Hierin wordt een sectie toegewijd aan het “ondersteunen en informeren van koppels”. (16) Het feit dat de informatie rond emotionele ondersteuning zo beperkt is, is verrassend voor zo een maatschappelijk veelvoorkomende complicatie als een zwangerschapsverlies. Meer emotionele ondersteuning zou zowel bij vrouwen als hun partners de psychologische morbiditeiten verminderen. (10,11,13) Patiënten de juiste hulp aanbieden begint door hun emoties en rouwproces te erkennen: de lange wachttijden tot hulp te beperken, door uitgebreide uitleg te bezorgen (etiologie, behandelingskeuzes, verwachtingen doorheen het proces, mogelijke complicaties, herstel en toekomstvisies) en hun tijd te gunnen om het nieuws te verwerken. (10-13) Om het verwerkingsproces vooruit te helpen is het aanbevolen om kwaliteitsvolle informatiebronnen en contactgegevens van zorgverleners en/of ondersteunende

organisaties[1] mee te geven. (5,6,12,17) Er bestaat een kloof tussen de noden van patiënten en de zorg aangeboden door hulpverleners, vermoedelijk omwille van het gebrek aan training, duidelijke richtlijnen, en tijd. (11,18)

Deze studie heeft tot doel om inzicht te verwerven in de psychosociale en medische noden van koppels na een zwangerschapsverlies, evenals in de ervaringen en het handelen van huisartsen binnen dit zorgproces. Dit zal worden uitgevoerd aan de hand van triangulatie van beide databronnen, hier zal men thema's die zowel in de interviews met koppels als in de vragenlijsten van huisartsen naar voren kwamen systematisch te analyseren en met elkaar te confronteren. Door deze vergelijkende analyse wordt gestreefd naar een geïntegreerd begrip van de onderlinge wisselwerking tussen de beleving van patiënten en het handelen van huisartsen, met als doel niet enkel de kloof tussen de ervaren behoeften van koppels en het bestaande aanbod van huisartsen te verkleinen, maar tevens tekorten binnen de huidige zorg te identificeren, om zo tot een meer afgestemde zorgverlening te bevorderen die de korte- en langetermijngevolgen van zwangerschapsverlies helpt beperken.

[1] België*: Fara, Boven de Wolken, Met lege handen, Berrefonds, Altijd wij…* - Engeland: *The Miscarriage Associations, Tommys org…* - Nederland: *Freya* – Amerika: *Compassionate Friends, Share Pregnacy and Infant Loss Support…* - Australië: *Miscarriage Australia*

Methode

Onderzoeksplan

Deze studie betreft een kwalitatief, exploratief onderzoek, opgebouwd uit twee complementaire luiken. In het eerste deel werden de psychosociale en medische noden van patiënten na een zwangerschapsverlies verkend aan de hand van semigestructureerde interviews. In het tweede deel werd via een online vragenlijst gepeild naar de ervaringen en percepties van huisartsen met betrekking tot deze noden, evenals de mate waarin zij zich in staat achten om hierop in te spelen.

Het overkoepelende doel van de studie was om de behoeften van koppels na een zwangerschapsverlies bespreekbaar te maken en te onderzoeken hoe huisartsen hun rol kunnen afstemmen op deze noden.

De centrale onderzoeksvraag luidt als volgt: **"Welke psychosociale en medische noden ervaren vrouwen en hun partners na een zwangerschapsverlies, en welke rol kan de huisarts opnemen om hen in deze noden te ondersteunen?"**

Rekrutering van deelnemers

Koppels werden gerekruteerd via 3 verschillende wervingskanalen: emailuitnodigingen in huisartspraktijken waar de vrouwelijke huisarts-in-opleiding (HAIO) de afgelopen drie jaar werkzaam was (regio Brussel en Vlaams-Brabant), zichtbare posters in de wachtzalen van deze praktijken en interne communicatie met de Vlaamse welzijnsorganisatie *Berrefonds*. Deze combinatie van rekruteringskanalen had tot doel de variatie binnen de steekproef te vergroten. Hieronder volgen de inclusiecriteria voor deelnemende koppels:

- **Leeftijd**: 18 jaar of ouder.

- **Geslacht**: vrouw of koppel.

- Minstens één doorgemaakte **zwangerschapsverlies**.

- Met of zonder **kinderen** op moment van zwangerschapsverlies.

Huisartsen werden elektronisch gerekruteerd via lokale huisartskringen in Brussel en Vlaams-Brabant, waar de HAIO de afgelopen drie jaar actief was. Daarnaast werd via de beroepsorganisatie *Domus Medica* en het *Intervuniversitair Samenwerkingsverband HuisartsenOpleiding* (*ICHO)* een oproep verspreid in hun digitale nieuwsbrieven. Hieronder volgen de inclusiecriteria voor deelnemende huisartsen:

- **Leeftijd**: 25 jaar of ouder.

- **Geslacht**: man of vrouw

- **Beroep**: actief werkzaam als huisarts, zonder minimumvereiste van aantal ervaringsjaren.

Dataverzameling

De dataverzameling vond plaats tussen oktober 2024 en september 2025.

De semigestructureerde interviews werden afgenomen door een vrouwelijke HAIO, hetzij fysiek in de praktijk waar ze werkzaam is, hetzij online via Microsoft Teams. Afhankelijk van de aanwezigheid van de partner werden één-op-één of één-op-twee gesprekken gevoerd. Voorafgaand aan het interview ontvingen de deelnemers een informatiebrief met een duidelijke omschrijving van de studie (addendum 1.1). Dit document werd ondertekend en elektronisch teruggestuurd door alle deelnemende

koppels, voor het opstarten van de interviews. Ter voorbereiding ontvingen de koppels enkele inleidende vragen (addendum 2) om het gesprek op een laagdrempelige manier te starten, waarna het interview werd begeleid aan de hand van een vooraf opgestelde leidraad (addendum 2). Er bleef voldoende ruimte voor interactie en spontane inbreng van de deelnemers. De interviews duurden gemiddeld één uur (minimaal 54 minuten, maximaal 1 uur en 22 minuten). In totaal werden acht interviews afgenomen. Enkele geplande interviews konden niet doorgaan wegens tijdsgebrek bij de koppels. Alle gesprekken werden opgenomen en nadien woordelijk getranscribeerd.

De online vragenlijst werd opgesteld in *LimeSurvey*, via het platform van KU Leuven. De vragenlijst omvatte een korte inleidende sectie voor demografische gegevens, gevolgd door vijf hoofdvragen omtrent ervaringen, percepties en drempels in de zorgverlening na zwangerschapsverlies (addendum 3). Voor deelname werd eveneens een informatiebrief voorgelegd en digitaal ondertekend (addendum 1.2). In totaal werden 30 vragenlijsten volledig ingevuld. Gedeeltelijk ingevulde vragenlijsten (drop-outs) werden niet meegenomen in de analyse; de reden van uitval bleef onbekend.

Data-analysis

De geluidsopnames van de interviews werden letterlijk getranscribeerd en geanalyseerd met behulp van het programma *NVivo*, volgens de QUAGOL-criteria (*Qualitative Analysis Guide of Leuven*). Dezelfde vrouwelijke HAIO die de interviews uitvoerde, voerde de analyse uit. Elk transcript werd meerdere malen aandachtig doorgenomen, waarbij relevante citaten werden gemarkeerd en gecodeerd. Na voltooiing van de transcriptie werden de originele geluidsbestanden vernietigd. Vervolgens werden deze codes thematisch geordend in een coderingsboom (addendum 4), die de basis vormde voor de verdere thematische analyse. Op basis hiervan werden hoofdthema's geïdentificeerd, met onderliggende subthema's die bijkomende nuance en context boden. Deze thematische structuur maakte het mogelijk om de onderzoeksvraag op een meer omvattend en analytisch onderbouwde wijze te beantwoorden.

De data afkomstig uit de huisartsvragenlijsten werden geanalyseerd op twee verschillende manieren: de gesloten vragen werden verwerkt aan de hand van beschrijvende en grafische statistiek, terwijl de open vragen werden onderzocht via een reflexieve thematisch analyse, waarbij terugkerend patronen werden geordend. Deze benadering maakte het mogelijk om hoofdthema's en subthema's te identificeren, op een wijze die aansluit op de thematisch analyse uit de interviews.

Om de resultaten van beide databronnen op elkaar af te stemmen, werd een triangulatie uitgevoerd. Hierbij werden de kwalitatieve inzichten uit de interviews gekoppeld aan de bevindingen uit de huisartsenvragenlijsten, met als doel de onderlinge samenhang tussen de verschillende perspectieven te verduidelijken aan de hand van overkoepelende thema's.

De uiteindelijke rapportering van data werd geëvalueerd en gevalideerd aan de hand van de COREQ-checklist (*Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*), om de methodologische kwaliteit van de studie te waarborgen.

Ethische commissie

Goedgekeurd door EC UZ/KUL Leuven (addendum 6).

Resultaten

Deel 1: Koppels

Beschrijving van de steekproef

In totaal namen acht vrouwen (waarvan zes samen met hun partner) deel aan de interviews. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers bedroeg 34 jaar, met een spreiding tussen 29 en 45 jaar. Het aantal doorgemaakte zwangerschapsverliezen varieerde van één tot vier, waarbij zowel vroege als latere zwangerschapsverliezen werden gerapporteerd. Vier koppels hadden reeds kinderen ten tijde van het verlies, terwijl de overige vier kinderloos waren. De helft van de zwangerschappen kwam tot stand via in-vitrofertilisatie (IVF). In de meeste gevallen gebeurde de medische en psychosociale opvolging door zowel de huisarts als de gynaecoloog, al waren er ook situaties waarin enkel de gynaecoloog of de huisarts betrokken was.

Interview	**Vrouw (+/- partner)**	**Leeftijd (jaren)**	**Aantal zwangerschaps-verlies**	**Met of zonder kinderen**	**Natuurlijk of IVF**	**Opvolging**
1	Vrouw	34	2 -2014 op 5 weken -2022 op 10.5 weken	2014: zonder 2022: met	Natuurlijk	Huisarts & Gynaecoloog
2	Vrouw	33	1 -2022 op 32 weken	Met	IVF	Huisarts, Gynaecoloog & Fertiliteitskliniek
	Partner	34				
3	Vrouw	30	1 -2024 op 24.5 weken	Zonder	IVF	Huisarts & Gynaecoloog
4	Vrouw	31	1 -2024 op 19 weken	Zonder	IVF	Gynaecoloog
	Partner	33				
5	Vrouw	29	4 -2020 op 6-7 weken -2023 op 24 weken -2023 op 6-7 weken -2024 op 6-7 weken	2020: zonder >2023: met	IVF	Huisarts
	Partner	36				
6	Vrouw	35	2 -2020 op 14 weken -2022 op 11 weken	Met	Natuurlijk	Huisarts & Gynaecoloog
	Partner	36				
7	Vrouw	30	2 -2022 op 8 weken -2023 op 7 weken	Met	Natuurlijk en IVF	Huisarts & Gynaecoloog
8	Vrouw	45	1 -2020 op 6 weken	Zonder	Natuurlijk	Huisarts & Gynaecoloog

Tabel 1: Karakteristieken van de steekproef interview

Thematisch analyse

1. Lichamelijke en psychische impact en noden bij koppels na een zwangerschapsverlies

1.1 Vrouwen rapporteren een gebrek aan uitleg en opvolging van lichamelijk klachten na zwangerschapsverlies

Na een zwangerschapsverlies ondergaat het lichaam van de vrouw belangrijke hormonale en fysieke veranderingen, ongeacht de zwangerschapsduur waarop het verlies plaatsvond. Verschillende vrouwen gaven aan nood te hebben aan meer uitleg en omkadering over de verwachte klachten en het herstelproces. Ze rapporteerden symptomen zoals borststuwing, nood aan afkolven en bloedarmoede, die vaak onverwacht optraden.

> "Maar ja, niemand had gezegd dat het dan nog drie weken ging duren voordat dat eigenlijk terug een beetje op orde kwam. En dat ik buiten adem was van een trap en mij heel duizelig voelde enzo. Dat werd zo minder verteld of zo. En ik heb ook stuwing gekregen achteraf." (interview 3: 30-jarige vrouw, één miskraam)

Respondenten gaven aan dat ze weinig systematische lichamelijke opvolging kregen na het verlies:

> "Maar informatie of dergelijke voor opvolging achteraf heeft zij mij eigenlijk niks meegedeeld." (interview 1: 34-jarige vrouw, twee miskramen)

1.2 Koppels beschrijven zware ernstige gevolgen, waarbij vrouwen en partner uiteenlopende belevingen en noden aangeven

Hoewel een zwangerschap en het verlies ervan door beide partners wordt gedeeld, tonen de interviews duidelijke verschillen in de emotionele verwerking. Vrouwen gaven aan vooral nood te hebben aan rust, vertrouwde gezichten en ruimte om verdriet en schuldgevoelens te ervaren. Sommigen beschreven dat hun rouw leidde tot depressieve of burn-outachtige klachten. Daarnaast gaven vrouwen aan moeilijkheden te ervaren bij het zich voorstellen van een toekomst met een nieuwe zwangerschap.

> "Ja, jij bent echt in een depressie beland, maandenlang. Op een bepaalde moment dacht we ook zijn we nu aan het overdrijven." (interview 5: 29-jarige vrouw, vier miskramen)

Bij partners kwam een ander coping patroon naar voren: zij zochten vaker afleiding via werk of sport en gaven aan sneller te willen terugkeren naar het dagelijkse leven. Partners benadrukten ook de nood aan evenwicht: het erkennen van verdriet, maar zonder erin te blijven vastzitten.

> "Maar het moet ook wel een beetje binnen de perken blijven, denk ik. Want je verliest er inderdaad ook heel veel energie door. Dus het is wel een combinatie, ja. Er is anders die energie proberen in te steken. Hoe moeilijk dat dat mentaal ook is om die stap te maken." (interview 6: 36-jarige man, twee miskramen)

1.3 Koppels geven aan dat een nieuwe zwangerschap gepaard gaat met angst en dat zij hierbij extra nood hebben aan opvolging en communicatie

Een terugkerend thema was de angst bij koppels om opnieuw zwanger te worden. Het eerdere verlies leidde tot blijvende onzekerheid en wantrouwen tegenover een nieuwe zwangerschap. Verschillende koppels gaven aan nood te hebben aan frequentere medische controles als vorm van geruststelling:

> "Ja, ik denk dat natuurlijk het idee van de zorgeloze zwangerschap is volledig weg. Ja, ja, zelfs al maak ik mij nu niet bepaald elke dag zorgen, de stress naar een moment dat er opvolging gebeurt, is toch groter dan dat die voordien was." (interview 4: 33-jarige man, één miskraam)

Daarnaast werd het belang van open communicatie over het verlies sterk benadrukt – zowel met professionele hulpverleners als met het persoonlijke netwerk:

> "Ja, voor mij wordt het elke keer als je het vertelt een beetje lichter." (interview 4: 31-jarige man, één miskraam)

2. Maatschappelijke uitdagingen en gevolgen van een zwangerschapsverlies

2.1 Koppels geven aan dat gesprekken over verlies moeizaam worden geïnitieerd, maar dat er meer openheid ontstaat zodra het gesprek is ingezet

Na een zwangerschapsverlies ervaren veel koppels moeilijkheden om openlijk over hun verlies te praten met hun omgeving. Het onderwerp blijft in de huidige maatschappij omgeven door een zekere mate van stilzwijgen en ongemak. Verschillende respondenten benoemen dit expliciet als een blijvend moeilijk bespreekbaar thema.

> "Maar dat is sowieso een thema. Het is algemeen een thema. Dat is zeer moeilijk. Mensen worden ongemakkelijk. En bij mannen nog iets extra, hè. Die weet je al helemaal niet hoe ze moeten zeggen, hè." (interview 2: 34-jarige man, één miskraam)

Partners gaven aan dat er een duidelijk verschil bestaat in de mate van openheid tussen mannen en vrouwen. Vrouwen vinden doorgaans sneller steun in gesprekken met vriendinnen of familie, terwijl mannen het onderwerp eerder vermijden of luchtiger benaderen.

De taboesfeer wordt volgens koppels versterkt door verschillende maatschappelijke factoren. Een eerste belangrijke factor is het feit dat veel koppels de zwangerschap gedurende de eerste 12 weken voor zich houden. Hierdoor wordt het verlies vaak niet gedeeld met de buitenwereld, wat de mogelijkheid tot erkenning en steun beperkt.

Daarnaast benadrukten verschillende koppels dat de sociale context voornamelijk gericht is op succesverhalen van zwangerschappen, waardoor verlieservaringen weinig plaats krijgen in gesprekken.

> "Ja, wat het denk ik moeilijker maakt, zijn toch wel de meerderheid van natuurlijk ook de succesverhalen. Dus als het dan bij jezelf moeilijk gaat, dat het toch ook heel vaak ook op het nieuws is van die zijn zwanger, of in de dichte vriendenkring van, ja, die zijn nu zwanger geworden ofzo. Ja, dat maakt het pijnlijk om erover te praten." (interview 7: 30-jarige vrouw, twee miskramen)

Ook de omgeving zelf lijkt vaak handelingsverlegen: mensen weten niet goed wat te zeggen of zijn bang om iets verkeerds te zeggen, waardoor ze het onderwerp liever vermijden.

Toch blijkt dat de bespreekbaarheid vergroot zodra iemand de eerste stap zet. Verschillende koppels beschreven een 'sneeuwbaleffect': eens het verlies wordt gedeeld, durven anderen hun eigen ervaringen eveneens te benoemen, wat leidt tot herkenning en wederzijdse steun.

2.2 Partners geven aan vooral druk tot werkhervatting te ervaren, terwijl vrouwen eerder druk tot verantwoording benoemen

Na een zwangerschapsverlies ervaren partners vooral een maatschappelijke druk om snel terug te keren naar het werk en tegelijk zorg te dragen voor hun vrouw. Partners geven aan dat deze druk

samenhangt met het feit dat zij het kind niet fysiek dragen en daardoor minder als 'hoofdrolspelers' in het verlies worden gezien. Hun emoties worden minder bevraagd, wat bijdraagt aan de neiging om snel de normale routine te hervatten.

> "Mijn vrienden... Mijn collega's... Die kunnen er niet over praten. Dus ik weet niet echt waar ik terecht kan. Dus ja, oké. Ik ga beginnen werken. Ik ga verder doen. Want eigenlijk... Vraagt niemand hoe het met mij gaat. Eerder met mijn vrouw. Dus ja, ik moet gaan." (interview 2: 34-jarige man, één miskraam)

Vrouwen daarentegen worden doorgaans onmiddellijk arbeidsongeschikt geschreven, met meer flexibiliteit in de duur van de afwezigheid.

> "Terwijl ik was gewoon thuis, want dat was dan precies als vrouw dat je dan makkelijker meer... Dan makkelijker meer tijd hebt. Dus ik was dan een week thuis en dan denk ik nog een week." (interview 7: 30-jarige vrouw, twee miskramen)

Toch beschrijven vrouwen een gevoel van verantwoording wanneer ze verlenging van hun afwezigheid vragen of hun herstel trager verloopt dan verwacht.

2.3 Koppels verwoorden dat het ontbreken van een wettelijk kader de maatschappelijke druk om het normale leven snel te hervatten versterkt

Koppels geven aan dat het ontbreken van een duidelijk wettelijk kader rond zwangerschapsverlies vóór 180 dagen bijdraagt aan een gevoel van maatschappelijke druk om snel terug te keren naar het dagelijkse leven, zonder tijd of ruimte voor rouw.

> "Ja, want het wettelijk kader is er niet voor." (interview 2: 33-jarige vrouw, één miskraam)

2.4 Koppels rapporteren steun aan kleine, niet-invullende gebaren, terwijl goedbedoelde maar sturende reacties als belastend worden ervaren

Koppels ervaren steunend gedrag uit hun omgeving vooral in de vorm van warme, onvoorwaardelijke gebaren, zonder verwachtingen over hoe of wanneer ze moeten rouwen.

> "Dus ja, ik krijg dan van een vriendin snoepjes opgestuurd via de brievenbus, van de andere zo'n familieleden een verwen pakket, een paar veel kaartjes gekregen. Dus dat heeft heel hard gesteund en die dingen heb ik echt wel onthouden."(interview 7: 30-jarige vrouw, twee miskramen)

Tegelijk geven koppels aan dat goedbedoelde uitspraken soms als kwetsend of contraproductief worden ervaren, vooral wanneer anderen hun gevoelens invullen, minimaliseren of verwachtingen uitspreken over het rouwproces. Daarnaast wordt het relativeren van hun verlies of het opleggen van een tijdsgrens als bijzonder moeilijk ervaren

> "Wat ik daar wel spijtig in vind, ik kon mijn hart wel luchten bij mijn schoonzus, maar ja, dat was wel zo van, "oh ja, je moet doen zoals wij en blijven doorzetten, het zal ooit wel komen."(interview 1: 34-jarige vrouw, twee miskramen)

3. Ervaren en gemiste rollen van de huisarts bij zwangerschapsverlies

3.1 Koppels geven aan nood te hebben aan een coördinerende huisarts, met aandacht voor zowel praktische handvaten als emotionele ruimte

Koppels ervaren na een zwangerschapsverlies een uitgesproken behoefte aan een huisarts die een coördinerende rol opneemt. Zij geven aan dat het vaak onduidelijk is waar zij terechtkunnen met specifieke vragen of noden. De huisarts wordt daarbij gezien als een belangrijke vorm van houvast, die richting en duidelijkheid kan bieden in een periode die wordt gekenmerkt door verwarring, onzekerheid en emotionele ontregeling.

> "Ik denk dat ik in mijn huisarts ook vaak moet zien als een gids. Hoe moet ik dat uitleggen? Pas op, maar luisterend oor. Eens, maar ook een gids van hoe gaan we hier door." (interview 2: 33-jarige vrouw, één miskraam)

Naast het bieden van emotionele steun, hechten koppels belang aan concrete, praktische informatie en handvaten die hen helpen omgaan met de medische en administratieve aspecten van het verlies.

> "Die handvaten voor dat praktische... Waar we op dat moment heel erg... Ja... Gewoon interessant en nuttig om te weten van... Waar moeten we op letten? Hoe moeten we daarin verder gaan? Uhm... En wat kun je doen? En te zorgen dat we niet terugkijken een week erna dat hadden we wel graag gedaan. Maar dat komt toen... En nu niet meer... Dat was dus toen een houvast die ik anders had gehoopt te kunnen krijgen bij de huisarts." (interview 4: 33-jarige man, één miskraam)

Daarnaast benadrukken koppels het belang van een huisarts die ruimte biedt voor rouwverwerking, door tijd te nemen, aanwezig te zijn en erkenning te tonen voor het verlies. Deze emotionele beschikbaarheid dient gepaard te gaan met een zekere richtinggevend rol, aangezien het verlies vaak gepaard gaat met een gevoel van onwetendheid over de volgende stappen.

3.2 Koppels appreciëren een proactieve en erkenningsgerichte communicatie, waarbij ruimte blijft voor hun individuele rouwproces en aanhoudende angsten

Koppels gaven aan dat een proactieve houding van de huisarts, bijvoorbeeld via telefonisch contact of een kaartje na het verlies, als bijzonder steunend werd ervaren. Deze vorm van initiatief verlaagt de drempel om later opnieuw contact op te nemen en creëert een gevoel van betrokkenheid en erkenning voor hun verlies.

Tijdens latere consultaties, ook wanneer die niet direct verband hielden met het verlies, werd het op prijs gesteld wanneer de huisarts kort polste naar het algemene welbevinden van het koppel. Dit gaf ruimte voor erkenning van hun rouwproces en bood een gevoel van beschikbaarheid. Wanneer huisartsen daarentegen op langere termijn het verlies niet meer benoemden, ervaarden koppels dit als onbegripvol. Ze gaven aan nood te blijven hebben aan erkenning en aan het gevoel dat er ruimte blijft bestaan om hun verdriet te delen.

Koppels benadrukken dat elke verlieservaring uniek is, en dat veralgemenende reacties van zorgverleners – zoals verwijzingen naar hoe vaak miskramen voorkomen – hun verdriet kunnen minimaliseren.

> "Want ja, je verliest een kindje, oké, maar ja, je krijgt dan als uitleg bij de gynaecoloog van, ja, maar ja, maar vrouw, je moet je troosten, er zijn er zoveel op de wereld. Ja, oké, maar dat maakt nu op dat moment niet uit dat er zoveel zoveel is, hè. En dat is niet wat je op dat moment wilt horen." (interview 1: 34-jarige vrouw, twee miskramen)

Daarnaast werd het als kwetsend ervaren wanneer huisartsen een oordeel uitspraken over de snelheid van herstel of de terugkeer naar de dagelijkse routine. Tot slot gaven koppels aan dat begrip voor hun aanhoudende angsten – bijvoorbeeld bij de zorg voor andere kinderen na het verlies – essentieel is. Onbegrip hierover kan leiden tot gevoelens van frustraties.

> "Of onze zoon... Als onze zoon ziek was, waren we daar ook... Oh, maar jullie zijn zo'n bezorgde ouders. Maar ik dacht... Ja, we zijn net een zoon verloren. Wat verwacht jij dan?" (interview 5: 29-jarige vrouw, vier miskramen)

3.3 Vrouwen beschrijven verschillen in risicocommunicatie en de informatieverstrekking, afhankelijk van type zwangerschap en betrokken zorgverleners

De preconceptionele informatie die koppels ontvangen over het risico op zwangerschapsverlies blijkt te verschillen tussen natuurlijke en fertiliteitszwangerschappen. Koppels die spontaan zwanger worden, ervaren vaak een gebrek aan informatie over mogelijke verliesrisico's, waardoor zij zich minder voorbereid voelen op de emotionele impact van een zwangerschapsverlies:

Koppels die een fertiliteitstraject hebben doorlopen, geven aan dat zij doorgaans beter geïnformeerd worden over het risico op zwangerschapsverlies, onder andere via medische begeleiding en schriftelijke informatie.

> "We wisten zeker wel vanuit zeker ook nog vanuit het fertiliteitstraject en vanuit dat verhaal werd ons zeker wel gezegd van pas op en dan leest je ook in vele brochures van dat geeft wel grotere kans op zwangerschapsverlies voor die 12 weken." (interview 3: 30-jarige vrouw, één miskraam, IVF)

Ondanks de aanwezige kennis over risico's, ervaren koppels het verlies vaak toch als onverwacht. Het geloof dat een zwangerschapsverlies vooral anderen overkomt, zorgt ervoor dat de realiteit van verlies moeilijk te bevatten blijft:

> "Hoewel je weet dat dat veel voorkomt en zo. Niet per se gedacht dat dat bij ons zou kunnen gebeuren." (interview 7: 30-jarige vrouw, twee miskramen, IVF en natuurlijke zwangerschap)

Ook bij het moment van het verlies zelf rapporteren vrouwen uiteenlopende ervaringen in de communicatie van hun huisarts over mogelijke medische opties. Sommigen beschrijven dat verschillende mogelijkheden duidelijk werden toegelicht, terwijl anderen aangeven dat er slechts één behandelingsoptie werd voorgesteld, zonder verdere toelichting.

3.4 Koppels ervaren een gebrek aan vlotte communicatie tussen eerste en tweede lijn, en missen actieve doorverwijzing naar gepaste nazorg

Koppels ervaren dat de samenwerking en communicatie tussen het ziekenhuis en hun huisarts niet altijd vlot verloopt. Hierdoor is de huisarts bij een eerste consultatie na het verlies vaak niet op de hoogte van wat er is gebeurd. Dit zorgt voor extra emotionele belasting, aangezien koppels niet opnieuw het volledige verhaal willen vertellen, maar vooral nood hebben aan een luisterend en ondersteunend gesprek.

> "Maar het ding was dat hij dat dossier nog niet had gelezen. Dus dat was heel jammer om daar zo binnen te komen. En dan zei hij zo heel vrolijk, vertel eens, wat kan ik voor jullie doen? En toen dacht ik, die weet dat nog niet. En dat was wel heel spijtig. Want je zit daar al met zoveel verdriet. " (interview 3: 30-jarige vrouw, één miskraam)

Wanneer huisartsen wel tijdig geïnformeerd waren, gebeurde dit meestal via schriftelijke communicatie. Dit bood de mogelijkheid om tijdens het consultatiegesprek meteen aan te sluiten bij de emotionele noden van het koppel.

> "Ik denk dat de communicatie puur schriftelijk is. Dus dat mijn huisarts de verslagen ziet van gynaecologie en dat ze dat las. En dus als ik dan kwam bij haar, dat zij dan zei dat ze het gezien had." (interview 7: 30-jarige vrouw, twee miskramen)

Daarnaast werd ook de verwijzingsrol van de huisarts als belangrijk beschouwd. Koppels hadden nood aan doorverwijzing naar gepaste ondersteuning, zoals psychologen, vroedvrouwen, gynaecologen, of gespecialiseerde organisaties rond perinataal verlies. In de praktijk moesten koppels echter vaak zelf op zoek naar deze hulpkanalen.

Psychologische ondersteuning werd het vaakst aangeboden via de huisarts, terwijl vroedvrouwen vooral via de gynaecologen of zelfstandig betrokken, werden. De betrokkenheid van gynaecologen bleek vaak afhankelijk van de zwangerschapsduur of van de nood aan bijkomende onderzoeken na het vaststellen van afwijkende hCG-waarden (humaan choriongonadotrofine). Specifieke organisaties, zoals *Berrefonds* of *Met Lege Handen*, werden zelden via huisartsen genoemd als doorverwijzing, maar eerder via ziekenhuizen of door koppels zelf opgezocht. Ze gaven aan nood te hebben aan meer laagdrempelige, lokale initiatieven of informatie vanuit de huisartsenpraktijk.

4. Het rouwproces na zwangerschapsverlies: een complex proces onder uiteenlopende invloeden

4.1 Koppels laten elkaar individueel rouwen, maar ervaren via blijvende communicatie een versterkte verbondenheid

Uit de interviews blijkt dat koppels het belangrijk vinden om elkaar de ruimte te geven voor een persoonlijke verwerking van het verlies. Rouw verloopt niet synchroon binnen een relatie; partners ervaren verschillende noden en emoties, waardoor het respecteren van elkaars tempo en rouwstijl als essentieel wordt beschouwd.

> "Ja, en dan ook weten dat dat oké is, dat je dat anders verwerkt. En dat anderen daar ook de ruimte in geven, zodat je dat beide anders kunt verwerken. Maar toch samen kunt, het samen kunt verwerken. Ieder op zijn eigen manier." (interview 2: 34-jarige man, één miskraam)

Sommige koppels gaven aan dat het gezamenlijke rouwen te pijnlijk was in de beginfase, waardoor het helpend was om ook fysieke of emotionele afstand te nemen. Tegelijkertijd zochten ze naar manieren om toch verbonden te blijven, bijvoorbeeld via rituelen zoals samen bloemen planten. Deze gedeelde momenten boden een brug tussen het individuele en het gezamenlijke rouwproces.

Ondanks het belang van afzonderlijke verwerking, benadrukken de koppels het belang van communicatie gedurende het hele rouwproces. Het delen van gedachten en gevoelens hielp hen om elkaar te blijven begrijpen en om de connectie als koppel te behouden.

Wanneer koppels terugkijken op deze periode, beschrijven velen dat ze ondanks tijdelijke verschillen in rouwbeleving uiteindelijk als koppel versterkt uit de ervaring zijn gekomen. De gezamenlijke inzet om in verbinding te blijven en elkaar te betrekken, wordt gezien als een belangrijke factor in het verwerken van het verlies en het behouden van de relatie.

> "Ja. We zijn elkaar niet kwijtgeraakt. Waar ik echt wel heel dankbaar voor ben en heel blij voor ben. Dat we ook wel ons best gedaan hebben om elkaar te betrekken." (interview 4: 31-jarige vrouw, één miskraam)

4.2 Koppels benadrukken dat de tijd en inspanning die voorafgaan aan een fertiliteitstraject hun verdriet bij een zwangerschapsverlies verdiepen

Voor koppels die een fertiliteitstraject hebben doorlopen, blijkt het verlies van een zwangerschap extra beladen. Hoewel deze koppels zich doorgaans beter bewust zijn van de risico's op een mislukte zwangerschap, maakt de intensieve inspanning die voorafging aan de bevruchting het verlies des te ingrijpender. Het fertiliteitstraject wordt gekenmerkt door langdurige medische opvolging en herhaalde pogingen, waardoor het emotionele gewicht bij een verlies sterk toeneemt.

De koppels benadrukken ook dat het verdriet na een fertiliteitsbehandeling moeilijker te begrijpen is voor de buitenwereld. Er wordt vaak onvoldoende erkenning gegeven aan het langdurige proces dat aan de zwangerschap voorafging.

> "Ja. Ja, ik vind dat dat echt wordt afgedaan als... En misschien is dat ook zo bij mensen die gewoon van de eerste keer zwanger worden. Maar er zijn mensen die een heel traject daaraan vooraf gaan lopen hebben. Dus dat is niet zomaar even. Ik ben zwanger en ah ja, het is toch niet. Het is een droom. Het is een wens." (interview 5: 29-jarige vrouw, vier miskramen)

4.3 Koppels ervaren hun reeds aanwezige kinderen als een bron van hoop, houvast en kracht tijdens het rouwproces

Voor koppels die reeds een kind hebben, vormt dit kind een belangrijke bron van hoop en houvast tijdens het rouwproces na zwangerschapsverlies. Voor sommige koppels betekent het hebben van een kind dat de hoop op een volgende succesvolle zwangerschap tastbaar blijft. Het verlies wordt daardoor niet minder pijnlijk, maar het biedt wel een zekere mentale veerkracht en toekomstgerichtheid.

> "En ondertussen, ja, heb ik twee kinderen, als ik dat geweten had, van, ah, dat komt nog, zou ik dat ook minder erg gevonden hebben." (interview 8: 45-jarige vrouw, één miskraam)

Naast hoop en perspectief brengen aanwezige kinderen ook een emotionele buffer met zich mee in de vorm van liefde en afleiding, wat als krachtbron ervaren wordt en ruimte creëert voor herstel.

> "Ja, dat is nu gewoon, ja, pech. Dat gaf veel steun dat hij er was. Veel afleiding. We konden daar veel liefde aan kwijt. En dus, nee, dat heeft wel heel hard geholpen." (interview 7: 30-jarige vrouw, twee miskramen)

4.4 Koppels geven aan dat symboliek rond het Sterrenkind voor hen fungeert als erkenning, ankerpunt en zichtbaar maken van hun verlies

Voor veel koppels is het creëren van symbolische verbindingen met hun overleden kind, vaak aangeduid als *Sterrekind*, een essentieel onderdeel van hun rouwproces. Deze symboliek biedt niet alleen troost, maar ook een manier om betekenis te geven aan een verlies dat vaak moeilijk tastbaar of erkend is.

Binnen dit proces nemen rituelen en herinneringsobjecten een centrale plaats in. Tastbare elementen, zoals echo-foto's, brieven of symbolische voorwerpen, helpen koppels om hun verdriet vorm te geven en de relatie met het kind blijvend te verankeren. Het geven van een naam aan het overleden kindje wordt daarbij omschreven als een belangrijke stap in de erkenning van zowel het ouderschap als het bestaan van het kind.

Daarnaast bieden specifieke momenten of plaatsen van herdenking koppels een ruimte om actief stil te staan bij hun verlies. Deze persoonlijke ankerpunten in tijd en ruimte helpen hen om het verlies te blijven integreren in hun leven en om de blijvende band met hun kind te onderhouden.

> "En dat als troostding, of dat dat ergens kan staan met dingen dat u daar doen aan denken. Ja, ik denk dat dat ook belangrijk is, dat er een plek is, waar dat je naartoe kunt gaan." (interview 8: 45-jarige vrouw, één miskraam)

4.5 Koppels rapporteren dat boeken, podcasts, lotgenotencontact en sociale media een ondersteunende bijdrage leveren aan het verlichten van hun rouwproces

Voor veel koppels vormt het begin van het rouwproces na zwangerschapsverlies een periode van verwarring en onwetendheid. In deze kwetsbare fase blijken toegankelijke informatiebronnen zoals boeken, podcasts, lotgenotengroepen en sociale media een belangrijke ondersteuning te bieden, omdat zij houvast creëren op momenten waarop professionele begeleiding niet altijd onmiddellijk beschikbaar is.

Zowel fysieke als symbolische aanwezigheid van boeken over rouw en verlies biedt voor veel koppels steun. Boeken worden niet enkel gebruikt om kennis op te doen, maar ook om een gevoel van geruststelling te krijgen, zelfs wanneer ze niet volledig worden gelezen. Publicaties van onder andere het Berrefonds, zoals *Een regenboog in jou* en *Het rouwt in jou*, worden vaak genoemd als waardevolle hulpmiddelen om grip te krijgen op het complexe geheel aan emoties.

> "We hebben vooral in het begin, ik heb vooral veel gelezen. Ja, ik moest weten hoe werkt dat allemaal? Wat moet ik allemaal doen?" (interview 5: 29-jarige vrouw: vier miskramen)

Podcasts bieden een toegankelijke manier om inzichten en verhalen rond zwangerschapsverlies te beluisteren, zonder de nood om actief te interageren. Koppels benoemen dat deze vorm van media niet alleen hun eigen rouwproces ondersteunt, maar tevens helpt om meer begrip te creëren binnen hun omgeving, doordat ook familie of vrienden dergelijke afleveringen kunnen beluisteren.

Het contact met anderen die gelijkaardige ervaringen hebben meegemaakt, blijkt voor veel koppels een unieke bron van erkenning. Fysieke ontmoetingsmomenten en gedeelde verhalen verminderen het gevoel van isolatie, al blijft de eerste stap naar zo een groep vaak moeilijk omwille van de emotionele kwetsbaarheid die ermee gepaard gaat. Daarnaast kan het zien van verhalen van andere ouders die na verlies opnieuw een kind kregen, een hoopvolle blik op de toekomst bieden.

> "Ja, die hebben pech gehad, maar die hebben ook meerdere kinderen dan gekregen. Dus, allee, de kans is groot dat het dan ook wel goed komt. Allee, zo. Ja. Het geeft ook wel hoop. (interview 7: 30-jarige vrouw, 2 miskramen)

Ook sociale media (*Facebook, Instagram)* worden genoemd als steunend element in het rouwproces. Online getuigenissen rond herkenningsmomenten van Moederdag of de Internationale Dag van het Sterrekind, maken het verlies meer zichtbaar en maatschappelijk bespreekbaar. Sommige ouders kiezen er zelf ook bewust voor om hun eigen verlies te delen, wat zorgt voor laagdrempelige communicatie naar hun omgeving toe en meer ruimte voor steun.

Deel 2: huisartsen

Beschrijving van de steekproef

De tabel geeft een overzicht van de demografische kenmerken, regio, en praktijkervaring van de deelnemende huisartsen. In totaal namen 30 huisartsen deel aan de vragenlijst.

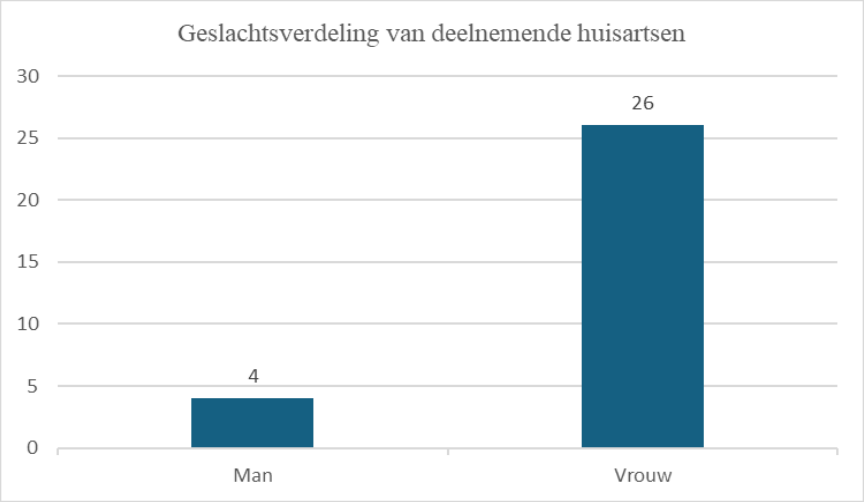
Vragenlijst	**Geslacht**	**Regio van Praktijk**	**Leeftijd**	**Jaren actief als huisarts**	**Ervaring met miskramen (weinig <5, gemiddeld 5-10, veel >10)**
1	Vrouw	Antwerpen	27	2	Weinig
2	Vrouw	Antwerpen	27	2	Gemiddeld
3	Vrouw	Vlaams-brabant	27	3	Weinig
4	Vrouw	Vlaams-brabant	38	11	Veel
5	Vrouw	Limburg	27	2	Weinig
6	Vrouw	Vlaams-brabant	37	10	Gemiddeld
7	Vrouw	Vlaams-brabant	30	5	Weinig
8	Vrouw	Vlaams-brabant	33	6	Weinig
9	Vrouw	Vlaams-brabant	32	5	Weinig
10	Man	Antwerpen	52	25	Veel
11	Vrouw	Antwerpen	31	5	Gemiddeld
12	Vrouw	Vlaams-brabant	27	2	Weinig
13	Man	Vlaams-brabant	41	11	Gemiddeld
14	Vrouw	Antwerpen	28	2	Weinig
15	Vrouw	Vlaams-brabant	40	16	Veel
16	Vrouw	Vlaams-Brabant	29	3	Gemiddeld
17	Man	Brussel	28	3	Weinig
18	Vrouw	Brussel	26	2	Weinig
19	Man	Vlaams-brabant	34	3	Weinig
20	Vrouw	Vlaams-brabant	37	13	Veel
21	Vrouw	Vlaams-brabant	38	10	Gemiddeld
22	Vrouw	Vlaams-brabant	27	2	Weinig
23	Vrouw	Vlaams-brabant	29	4	Weinig
24	Vrouw	Antwerpen	38	12	Veel
25	Vrouw	Oost-Vlaanderen	39	12	Gemiddeld

26	Vrouw	Oost-Vlaanderen	35	10	Gemiddeld
27	Vrouw	Antwerpen	35	10	Gemiddeld
28	Vrouw	Oost-Vlaanderen	28	5	Veel
29	Vrouw	Vlaams-Brabant	29	5	Gemiddeld
30	Vrouw	Antwerpen	36	9	Veel

Tabel 2: Karakteristieken van de steekproef vragenlijst

Geslachtsverdeling van deelnemende huisartsen

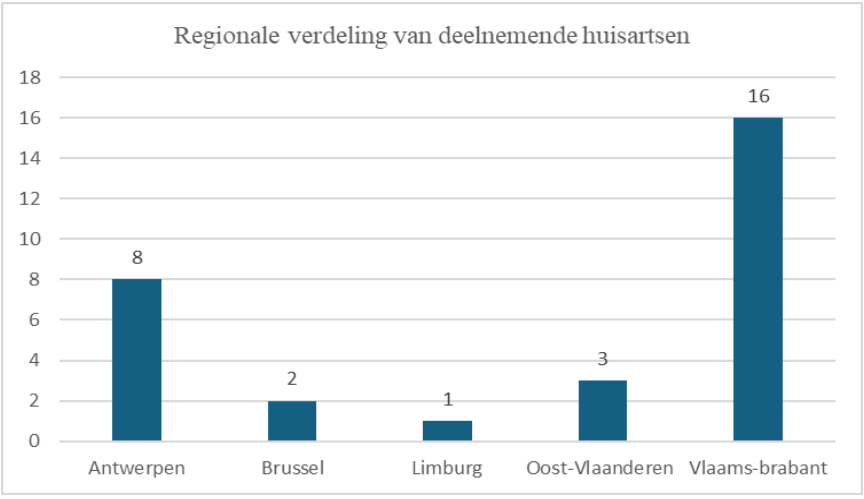
Van de deelnemende huisartsen was het merendeel vrouw (n = 26) en slechts een beperkt aantal man (n = 4), wat wijst op een duidelijke vrouwelijke oververtegenwoordiging binnen de steekproef.



Grafiek 1 Geslachtsverdeling van deelnemende huisartsen

Regionaal verdeling van deelnemende huisartsen

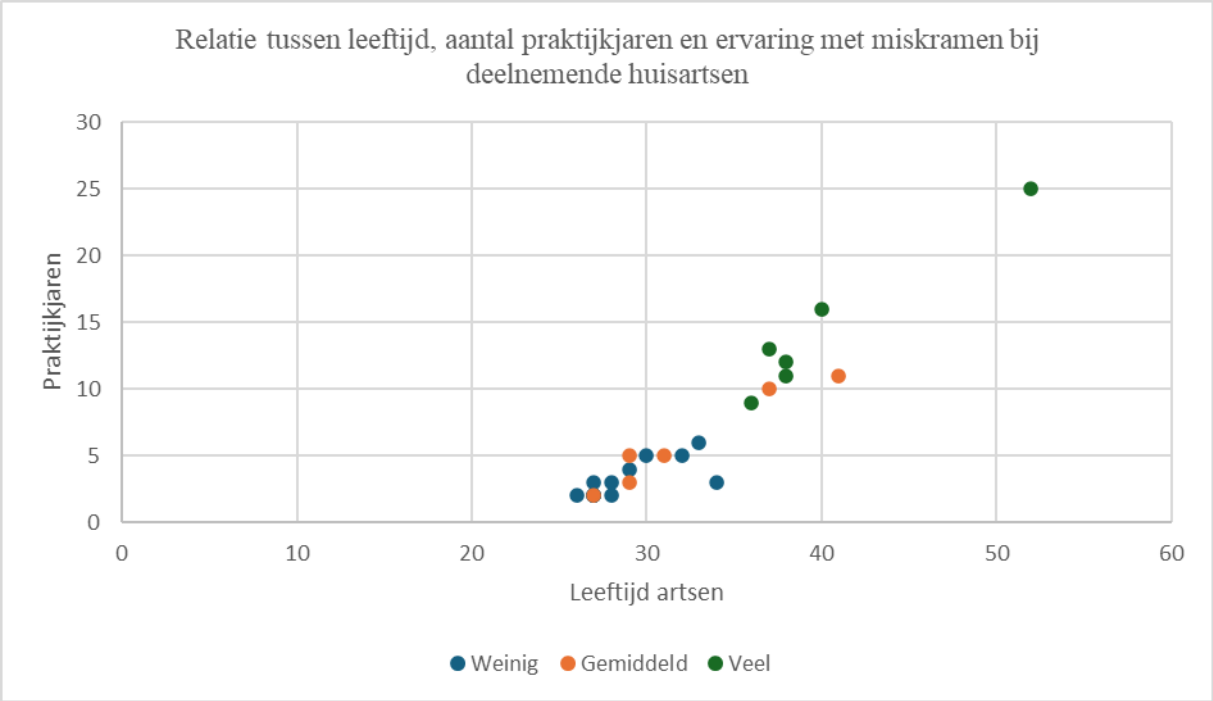
De meeste deelnemende huisartsen zijn gevestigd in Vlaams-Brabant (n = 16), gevolgd door Antwerpen (n = 8). Een kleiner aantal respondenten kwam uit Oost-Vlaanderen (n = 3), Brussel (n = 2) en Limburg (n = 1).



Grafiek 2 Regionaal verdeling van deelnemende huisartsen

Relatie tussen leeftijd, aantal praktijkjaren en ervaring met miskramen bij deelnemende huisartsen

De gemiddelde leeftijd van de deelnemende huisartsen bedraagt ongeveer 33 jaar, met een gemiddelde praktijkervaring van 7 jaar. Het merendeel van de respondenten rapporteert een beperkte tot matige ervaring met miskramen, wat samenhangt met het relatief lage aantal praktijkjaren. Een kleiner aantal, doorgaans oudere huisartsen met meer dan tien jaar praktijkervaring, geeft aan een ruime ervaring te hebben met het begeleiden van miskramen. Dit bevestigt een duidelijke positieve relatie tussen leeftijd, aantal praktijkjaren en ervaring met zwangerschapsverlies.



Grafiek 3 Relatie tussen leeftijd, aantal praktijkjaren en ervaring met miskramen bij deelnemende huisartsen

Thematisch analyse

1 Huisartsen beschrijven hoe koppels mentale steun zoeken in combinatie met medische antwoorden, administratief zorgen en toekomstgerichte vragen

De verdeling van de gerapporteerde hulpvragen (grafiek 4) toont dat de meerderheid van de huisartsen voornamelijk psychologische (n = 18) en medische hulpvragen (n = 18) ervaart bij koppels na een zwangerschapsverlies, waarbij de nood aan erkenning en duidelijkheid centraal staat. Daarnaast worden in mindere mate maatschappelijke hulpvragen (n = 8), zoals de vraag naar arbeidsongeschiktheid, en toekomstgerichte hulpvragen (n = 5), gericht op een nieuwe kinderwens, gerapporteerd.

1.1 Psychologische hulpvragen

Koppels zoeken in eerste instantie mentale en emotionele ondersteuning, met een duidelijke behoefte aan erkenning van hun gevoelens. (vragenlijst 1, 16, 20) Daarnaast ervaren huisartsen dat patiënten steun zoeken in hoe zij het verlies kunnen communiceren met hun omgeving: “Waarom is dit onderwerp taboe? Hoe kan ik hierover met mijn familie praten?”. (vragenlijst 26) Sommige huisartsen geven aan dat ze merken hoe hun patiënten geconfronteerd worden met goedbedoelde, maar pijnlijke reacties uit hun omgeving, wat bij koppels soms gevoelens van frustratie oproept en de nood aan ventilatie versterkt. (vragenlijst 29)

1.2 Medische hulpvragen

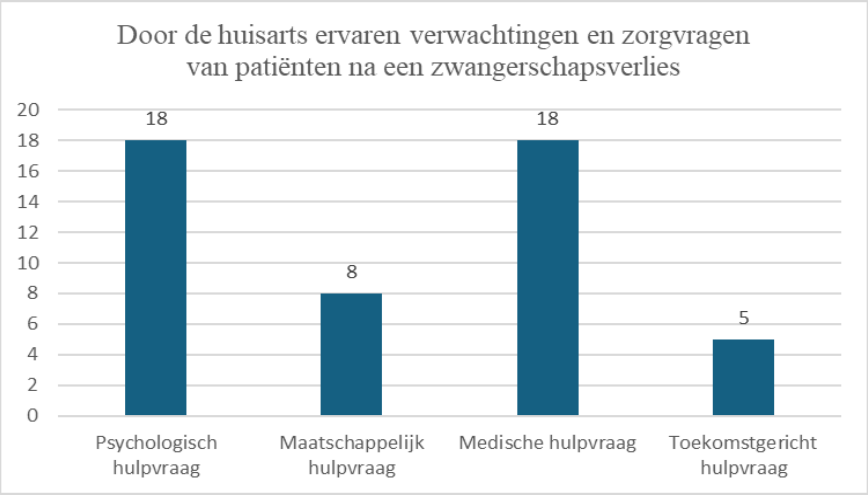
Op medisch vlak merken huisartsen dat koppels vooral op zoek zijn naar verklaringen en antwoorden omtrent de oorzaak van het verlies, met veelal "waarom"-vragen: "Waarom overkomt dit mij? Had ik iets kunnen doen om dit te vermijden?". (vragenlijst 11, 16, 26, 28) Daarnaast consulteren vrouwen de huisarts vaak bij bloedverlies, met de vraag naar bevestiging via bloedafnames of bijkomend onderzoek. (vragenlijst 3, 7, 8, 18, 23, 25) Ook informatie over het verdere lichamelijke verloop en te verwachten klachten na het verlies blijkt een frequente zorgvraag. (vragenlijst 28, 30)

1.3 Administratieve hulpvragen

Het maatschappelijk rond het verlies is zeker ook een reden waarvoor koppels naar de huisarts komen, maar ligt zeker niet als hoofdvraag op tafel. In dit geval is het vooral naar vraag voor arbeidsongeschiktheid op te starten of te verlengen. (vragenlijst 1, 2, 7, 8, 20, 25, 28 en 29)

1.4. Toekomstgerichte hulpvragen

Tot slot merken huisartsen dat koppels vaak vooruitkijken naar de toekomst. De wens om opnieuw zwanger te worden komt geregeld ter sprake, samen met vragen over de impact van het verlies op hun vruchtbaarheid. (vragenlijst 2, 16, 20, 21, 28)



Grafiek 4 Door de huisarts ervaren verwachtingen en zorgvragen van patiënten na een zwangerschapsverlies

2 Waargenomen sterktes en beperkingen van de rol van huisartsen in de zorg bij zwangerschapsverlies

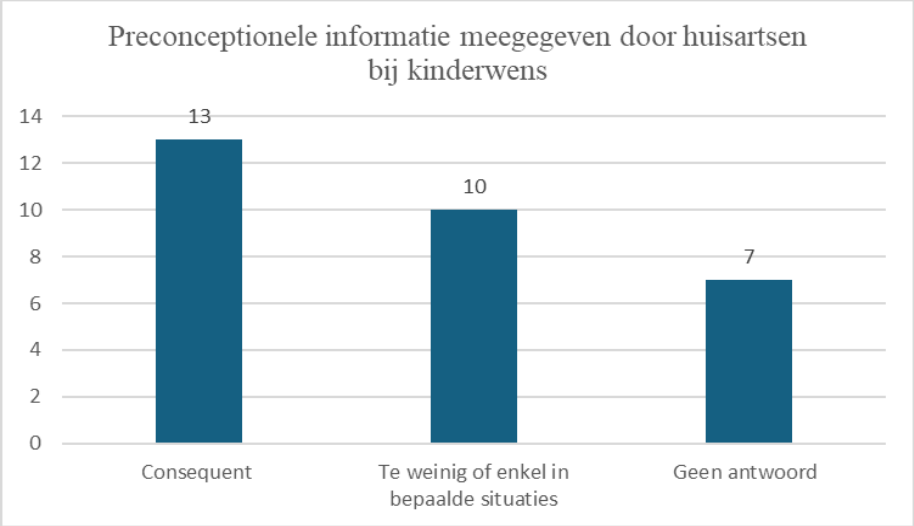
2.1 Sommige huisartsen bespreken consequent het risico op miskramen, andere doen dit enkel selectief bij risicopopulaties of op vraag van koppels

De resultaten van de vragenlijst tonen een duidelijke variatie in de mate waarin huisartsen preconceptionele informatie meegeven aan patiënten met een kinderwens. (grafiek 2) Van de 30 respondenten geeft ongeveer de helft (n = 13) aan dit consequent te bespreken, terwijl 10 huisartsen vermelden dat zij dit slechts sporadisch of enkel in specifieke risicosituaties doen. Daarnaast gaf bijna een kwart (n = 7) geen antwoord op deze vraag, wat de analyse van deze rol gedeeltelijk bemoeilijkt.

Huisartsen die aangeven wel systematisch informatie te delen, doen dit voornamelijk bij bevestiging van de zwangerschap en minder frequent tijdens preconceptionele consultaties. Daarbij benadrukken ze doorgaans dat het risico op zwangerschapsverlies het grootst is tijdens het eerste trimester.

(vragenlijst 3, 10, 11, 24, 29) Enkele respondenten vermeldden dat ze hierbij statistische gegevens gebruiken om het verlies te normaliseren. (vragenlijst 10, 26, 28) Bijkomend geven een aantal van deze huisartsen aan dat ze patiënten ook proberen voorbereiden op de emotionele nasleep van een mogelijk verlies, bijvoorbeeld door te vragen aan wie ze het nieuws zouden willen vertellen als de zwangerschap niet zou aanhouden. (vragenlijst 11, 30)

Aan de andere kant gaven verschillende huisartsen aan dat ze terughoudend zijn om zwangerschapsverlies op eigen initiatief aan te kaarten, tenzij de patiënt er expliciet naar vraagt. (vragenlijst 16) Enkele huisartsen stelden zelfs dat ze dit thema in de praktijk niet actief bespreken. (vragenlijst 5, 7, 8, 17)



Grafiek 5 Preconceptionele informatie meegegeven door huisartsen bij kinderwens

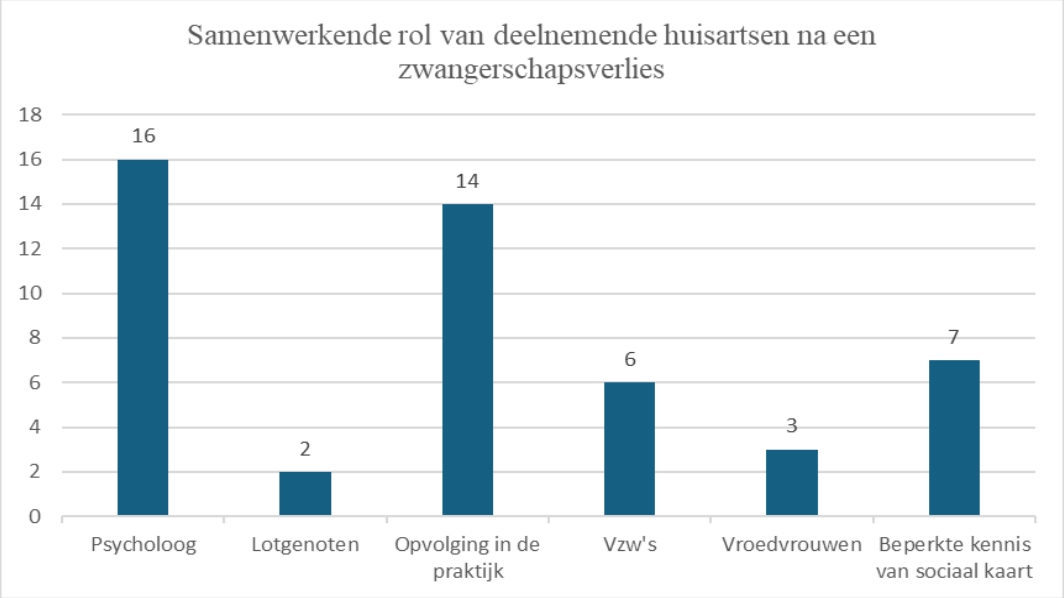
2.2 Huisartsen bieden zelf korte en lange termijn opvolging, maar verwijzen ook door naar andere zorgverleners mits de sociale kaart voldoende gekend is

Uit de afgenomen vragenlijsten blijkt dat huisartsen een dubbele rol opnemen in de opvolging van koppels na een zwangerschapsverlies: enerzijds bieden zij zelf directe ondersteuning, anderzijds fungeren zij als schakel naar verdere professionele hulpverlening. De mate waarin deze doorverwijzingen gebeuren, blijkt mede afhankelijk van hun kennis van de sociale kaart.

Grafiek 6 toont aan dat het merendeel van de respondenten (n = 16) het belang van doorverwijzing naar psychologische hulpverlening benadrukt. Opvallend daarbij is dat verschillende huisartsen expliciet aangeven dat er nood is aan psychologen met specifieke expertise in rouwverwerking en perinataal verlies. (vragenlijsten 8, 21, 24, 25, 28) Naast deze externe ondersteuning blijven huisartsen ook zelf actief betrokken, zoals blijkt uit het hoge aantal dat systematische opvolging binnen de praktijk als essentieel onderdeel van de zorg beschouwt (n = 14). Deze opvolging wordt vaak vormgegeven door opvolgconsultaties en het aanbieden van een laagdrempelig aanspreekpunt voor patiënten. (vragenlijsten 3, 11, 16, 20, 21, 25, 29)

Daarnaast wordt er ook, zij het in beperktere mate, verwezen naar andere ondersteunende kanalen. Verenigingen zonder winstoogmerk zoals Fara en Berrefonds worden regelmatig genoemd (n = 6) als waardevolle partners voor zowel professionele ondersteuning als lotgenotencontact. (vragenlijsten 7, 8, 11, 16, 20, 30) De verwijzing naar vroedvrouwen (n = 3) en praatgroepen met lotgenoten (n = 2) komt minder frequent voor.

Een belangrijk knelpunt dat uit de analyse naar voren komt, betreft de beperkte kennis van de sociale kaart bij een deel van de respondenten (n = 7). Dit belemmert een effectieve doorverwijzing en vormt volgens sommige huisartsen een structurele drempel in het bieden van integrale zorg. Dit wordt geïllustreerd door uitspraken als: “Ik ken nog onvoldoende de sociale kaart in mijn regio op dat vlak” (vragenlijst 1), “Ik ken geen verwijskanaal specifiek voor ondersteuning na miskraam” (vragenlijst 5) en “Niet meteen een idee naar wie ik zou kunnen doorverwijzen hiervoor”. (vragenlijst 17) Enkele respondenten wijzen ook op een lacune in de opleiding rond deze thematiek. (vragenlijst 16)



Grafiek 6 Samenwerkende rol van deelnemende huisartsen na een zwangerschapsverlies

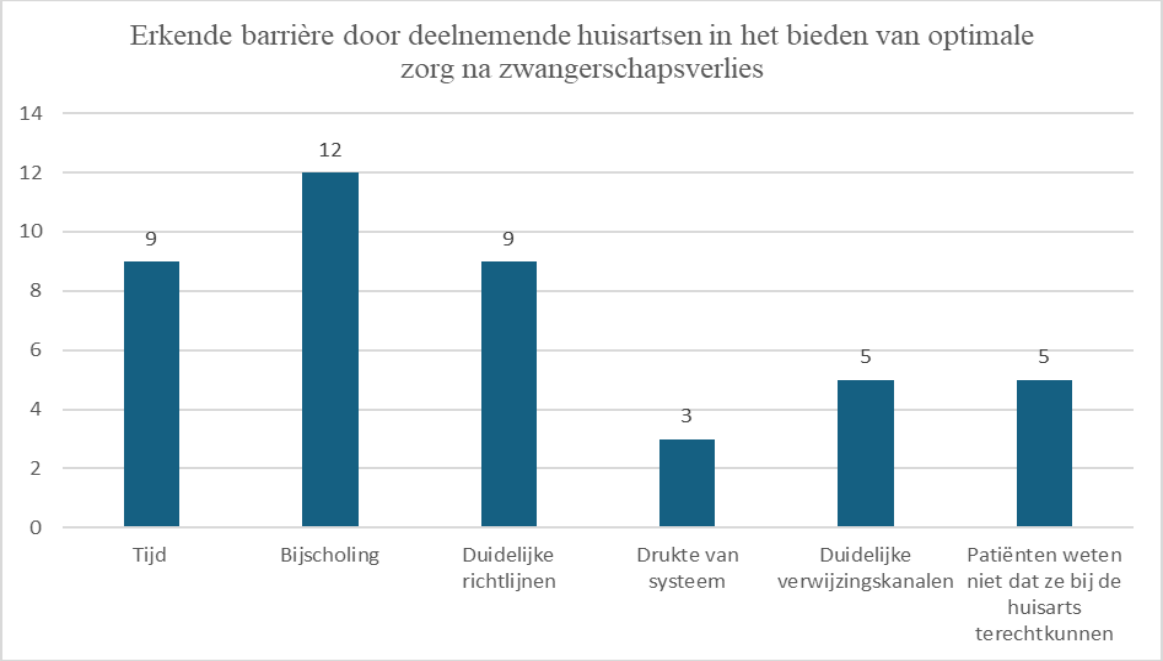
3 Huisartsen erkennen gebrek aan opleiding, tijd, richtlijnen, verwijzingskanalen, maatschappelijk kennis en drukte van het zorgsysteem als barrières in het bieden van optimale nazorg

De vragenlijsten tonen aan dat huisartsen, ondanks hun bereidheid om zorg te bieden na zwangerschapsverlies, verschillende structurele en inhoudelijke barrières ervaren die deze zorg bemoeilijken. Zoals weergegeven in grafiek 7, worden vooral het gebrek aan bijscholing (n = 12), tijdsdruk (n = 9), en het ontbreken van duidelijke richtlijnen (n = 9) frequent benoemd als knelpunten.

Het meest genoemde obstakel is het gemis aan opleiding rond het thema zwangerschapsverlies, waarbij huisartsen aangeven onvoldoende handvatten te hebben om gesprekken met patiënten op een gepaste manier te voeren. (vragenlijsten 2, 12, 20, 23) Ook kennis over het normale rouwverloop ontbreekt vaak, waardoor huisartsen twijfelen of hun benadering adequaat is. (vragenlijst 26) Dit opleidingsgemis laat zich ook voelen in onzekerheid over medisch beleid: "Wat zijn de kansen op een volgend miskraam? Vanaf wanneer doe je verder diagnostisch onderzoek? Hoelang kan het bloedverlies duren? Vanaf wanneer mag er terug seksueel contact zijn?". (vragenlijst 11) Deze vragen illustreren ook hoe het ontbreken van duidelijke richtlijnen voor onzekerheid zorgt en een uniforme aanpak belemmert.

Daarnaast wordt tijdsdruk binnen de consultatiestructuur herhaaldelijk als hinderlijk ervaren. Huisartsen geven aan dat het begeleiden van een verlieservaring meer tijd vergt dan de standaard consultatieduur toelaat, wat de kwaliteit van psychosociale zorg in de weg kan staan. Ook het drukke zorgsysteem als geheel wordt in dit verband genoemd (n = 3): wachttijden en beperkte beschikbaarheid van gespecialiseerde hulp zorgen ervoor dat de huisarts niet altijd op korte termijn kan handelen, ook al is de hulpvraag urgent.

Verder komt in de data ook het ontbreken van duidelijke verwijzingskanalen (n = 5) aan bod, wat door sommige huisartsen wordt gekoppeld aan onvoldoende kennis van de sociale kaart. Een bijkomende barrière ligt niet enkel bij de huisarts, maar in de samenleving zelf: meerdere respondenten geven aan dat patiënten vaak niet weten dat ze bij hun huisarts terechtkunnen met hun verdriet na een zwangerschapsverlies (n = 5). Deze onbekendheid wijst op een bredere maatschappelijke lacune in het bespreekbaar maken van perinataal verlies. (vragenlijst 30)



Grafiek 7 Erkende barrière door deelnemende huisartsen in het bieden van optimale zorg na zwangerschapsverlies

Deel 3: Triangulatie van data

1 De rol van de huisarts als gesprekspartner binnen het ervaren maatschappelijk taboesfeer van koppels na zwangerschapsverlies

Koppels ervaren na een zwangerschapsverlies een blijvende maatschappelijke terughoudendheid om over hun verlies te spreken, waardoor erkenning van hun verdriet vaak beperkt blijft. (deel 1, 2.1) Deze stilte wordt versterkt door reacties vanuit de medische omgeving die het verlies soms relativeren of veralgemenen, waardoor koppels zich niet steeds begrepen voelen. (deel 1, 2.4)

In die context benadrukken koppels het grote verschil dat een proactieve houding van de huisarts kan maken. Een klein gebaar, zoals een telefonisch contact of een kaartje, wordt als bijzonder waardevol ervaren omdat het erkenning biedt en het gesprek opent over hun verlies. (deel 1, 3.2)

Vanuit het perspectief van huisartsen blijkt dat zij zichzelf doorgaans beschouwen als het essentiële aanspreekpunt bij zwangerschapsverlies. (deel 2, 2.2) Toch geven velen aan dat patiënten niet altijd weten dat zij bij de huisarts terechtkunnen voor ondersteuning, wat wijst op een tekort aan maatschappelijke sensibilisering. (grafiek 7) Uit de vragenlijst blijkt verder dat huisartsen niet consequent communiceren over het risico op zwangerschapsverlies. (grafiek 5) Deze selectieve communicatie draagt niet bij tot het vroegtijdig doorbreken van het taboesfeer.

Koppels beschrijven bovendien een sneeuwbaleffect: eens het gesprek over verlies wordt geopend, delen anderen spontaan hun eigen ervaringen. (deel 1, 2.1) Dit effect wordt ook zichtbaar in praatgroepen met lotgenoten, waar koppels niet alleen erkenning vinden, maar ook hoop putten uit het zien van anderen in verschillende fasen van rouw. (deel 1, 4.5) Huisartsen onderkennen eveneens het belang van lotgenotengroepen als waardevolle aanvulling op hun eigen begeleiding. (grafiek 6) Deze verwijzingen bevorderen niet enkel de emotionele verwerking, maar ook de normalisering van het gesprek over zwangerschapsverlies binnen de bredere samenleving.

2 Afstemming en mismatch tussen noden van koppels en aanbod van huisartsen na zwangerschapsverlies

2.1 Psychologische ondersteuning

Koppels zoeken bij de huisarts een veilige ruimte om hun emoties te delen en psychologische klachten te bespreken. (deel 2, 2.2) Huisartsen herkennen deze nood en vermelden de *psychologische hulpvraag* als een van de meest voorkomende aanmeldingsredenen. (grafiek 4) In de praktijk blijkt het echter moeilijk om hieraan tegemoet te komen door gebrek aan tijd, beperkte gespreksvaardigheden en onvoldoende opleiding rond verliescommunicatie. (grafiek 7)

2.2 Administratieve ondersteuning

De administratieve rol van de huisarts wordt door koppels als essentieel ervaren om ruimte te creëren voor rouw. Het verkrijgen van een ziekteattest biedt hen de mogelijkheid om tijdelijk afstand te nemen van externe verwachtingen en maatschappelijke druk. (deel 1, 2.2) Huisartsen bevestigen dat deze vraag frequent voorkomt (grafiek 4), maar geven aan dat tijdsdruk en de organisatie van consultaties vaak verhinderen dat het gesprek over verlies voldoende kan worden uitgediept. (grafiek 7)

2.3 Medische ondersteuning

Naast emotionele steun hechten koppels veel belang aan medische informatie over de fysieke veranderingen en mogelijke oorzaken van het verlies. (deel 1, 1.1) Ze ervaren echter dat deze informatie niet altijd volledig of duidelijk wordt gegeven, wat hun voorbereiding op het rouwproces bemoeilijkt. Huisartsen erkennen het geven van medische uitleg als een kerntaak (zie grafiek 4), maar rapporteren dat zij hierin worden beperkt door het ontbreken van richtlijnen en specifieke opleiding. (grafiek 7)

2.4 Samenwerking en doorverwijzing

Tijdens het verwerkingsproces ervaren koppels nood aan duidelijke communicatie en samenwerking tussen de verschillende zorgverleners die bij hun traject betrokken zijn. (deel 1, 3.4) Ze verwachten dat de huisarts hen richting geeft en praktische handvaten aanreikt, vooral wanneer ze zelf het overzicht verliezen. (deel 1, 3.1) Huisartsen beschouwen zichzelf inderdaad als eerste aanspreekpunt voor zowel medische als emotionele steun (grafiek 4), maar wijzen op de uitdagingen van een druk zorgsysteem, beperkte tijd en een onduidelijke verwijzingskanalen. (grafiek 7) Hoewel de bereidheid tot doorverwijzing groot is, ontbreekt het vaak aan structurele ondersteuning en netwerkafstemming, waardoor koppels niet altijd de juiste zorg op het juiste moment ontvangen.

Discussie

1. Bevestiging van bestaande literatuur

De resultaten van deze studie bevestigen grotendeels de bevindingen uit de bestaande literatuur: zowel de psychosociale als de medische opvolging na een zwangerschapsverlies blijken ontoereikend om de noden van koppels adequaat te beantwoorden. (10-12) Deze studie toont, in overeenstemming met eerder onderzoek (11,18), aan dat er een duidelijke kloof bestaat tussen wat koppels nodig hebben en wat huisartsen momenteel kunnen bieden. Deze kloof wordt beïnvloed door drie onderling verweven factoren: de maatschappelijke en communicatieve stiltes rond zwangerschapsverlies, de manier waarop zorgverleners het gesprek aangaan, en het ontbreken van structurele en praktische handvaten binnen de eerstelijnszorg. Deze beïnvloedende factoren zijn grotendeels herkenbaar in de bestaande literatuur, met enkele nuances die in de volgende paragrafen worden toegelicht.

1.1 De maatschappelijke stilte rond zwangerschapsverlies als instandhouder van het onbespreekbare karakter van verlies

Een eerste belangrijke bevinding betreft de blijvende maatschappelijke terughoudendheid om zwangerschapsverlies bespreekbaar te maken. Koppels geven aan dat zij hun zwangerschap vaak niet delen tijdens de eerste 12 weken, waardoor enkel succesvolle verhalen zichtbaar blijven en verdriet weinig ruimte krijgt. Deze culturele dynamiek versterkt het bestaande taboesfeer: het onbespreekbare blijft onbesproken, waardoor het onderwerp verder aan zichtbaarheid verliest.

Uit de huisartsenvragenlijst blijkt dat slechts de helft van de respondenten patiënten informeert over het risico op zwangerschapsverlies, meestal pas bij bevestiging van de zwangerschap. (grafiek 5) Hierdoor gaat een belangrijke preventieve en normaliserende functie verloren. De beperkte aandacht voor dit thema in de preconceptie- of vroege zwangerschapsfase houdt het taboesfeer in stand en verhindert dat koppels voorbereid of ondersteund worden wanneer verlies zich voordoet. Zoals eerder onderzoek aangeeft (7,13), draagt deze stilte bij aan gevoelens van isolatie en onbegrip.

1.2 De manier van communiceren als sleutel tot erkenning en openheid

Een tweede bevinding betreft het cruciale belang van communicatie in het ondersteunen van koppels. De manier waarop zorgverleners omgaan met verlieservaringen blijkt sterk bepalend voor de mate waarin koppels zich gehoord en erkend voelen. Zowel uit de interviews als uit de literatuur blijkt dat relativerende of afstandelijke reacties een negatief effect hebben op het rouwproces. (5) Zulke uitspraken, vaak onbedoeld, minimaliseren de emotionele impact van het verlies en belemmeren open communicatie over verdriet en herstel. Door deze misvattingen en gebrek aan erkenning merkt men in de huidige literatuur (2,10,14), maar ook in de interviews dat koppels met negatieve gevolgen op kort en lang termijn achterblijven zowel mentaal als fysiek.

Een empathische, open en niet-oordelende communicatie daarentegen bevordert erkenning en biedt ruimte om noden concreet te benoemen. Dit is essentieel om passende zorg op maat te kunnen bieden. Het versterken van communicatieve vaardigheden bij huisartsen, zowel tijdens de opleiding als in nascholing, is daarom een noodzakelijke stap om deze kloof tussen noden en aanbod te verkleinen. Dit sluit aan bij de huidige literatuur die aantoont dat dergelijke ondersteuning zowel bij vrouwen als hun partner de psychologisch gevolgen kan verminderen. (10,11,13)

1.3 Structurele barrières in de eerstelijnszorg

Een derde verklarende factor voor de kloof tussen noden en aanbod is het gebrek aan praktische en organisatorische ondersteuning voor huisartsen. Zowel onze resultaten als de literatuur tonen aan dat er wereldwijd weinig richtlijnen bestaan over zorg na zwangerschapsverlies – enkel de NICE-richtlijnen worden frequent vermeld. (16) Hierdoor beschikken huisartsen over onvoldoende evidence-based handvaten om patiënten te begeleiden.

Daarnaast worden zij geconfronteerd met beperkte tijd, hoge werkdruk en een gebrek aan duidelijk georganiseerde verwijzingsstructuren (zoals psychologen, vroedvrouwen, lotgenotengroepen of gespecialiseerde vzw's). (10-13) Deze structurele barrières verhinderen dat huisartsen de psychosociale component van verlieszorg ten volle kunnen opnemen. (5,6,12,17)

2. Bijdrage van deze studie

Deze studie brengt twee domeinen aan het licht die in de literatuur minder aandacht krijgen: de positie van de partner en de rol van contextuele factoren in het rouwproces.

2.1 De positie en beleving van de partner

Hoewel de positie van de partner na zwangerschapsverlies reeds sporadisch aan bod komt in de bestaande literatuur, blijft dit doorgaans beperkt in omvang en zelden uitgebreid vertaald naar concrete zorgimplicaties. (10, 13-15) In deze studie werd bewust gekozen om de beleving van de partner meer centraal te plaatsen, met bijzondere aandacht voor hun noden, coping strategieën en de mate van erkenning binnen de zorgcontext.

Uit onze resultaten blijkt dat partners hun verdriet vaak minder zichtbaar uiten, mede door maatschappelijke verwachtingen en de focus van de zorg die hoofdzakelijk op de vrouw gericht blijft. Mannen beschrijven een dubbel gevoel: enerzijds ervaren zij verdriet, anderzijds voelen zij zich verantwoordelijk om "sterk te blijven" voor hun partner. Dit leidt ertoe dat hun emotionele beleving vaak onderbelicht blijft, zowel in medische consultaties als binnen hun sociaal netwerk.

In tegenstelling tot eerdere literatuur, waarin partners vaak worden beschreven als zich terugtrekkend of hun emoties uitend via vermijdingsgedrag zoals werk of middelengebruik (15), toont onze studie een genuanceerder beeld. De bevraagde partners zoeken eerder constructieve vormen van afleiding, zoals sport of een snelle terugkeer naar werk, om hun emoties te kanaliseren. Toch gaat dit vaak gepaard met een gevoel van maatschappelijke druk om snel te functioneren, wat de ruimte voor rouw beperkt.

Daarnaast werd in onze studie gewezen op het beperkte wettelijke kader rond rouw- en vaderschapsverlof bij vroeg zwangerschapsverlies. Volgens de geldende wetgeving in België bestaat er recht op vijftien weken moederschapsrust en tien dagen vaderschapsverlof bij een zwangerschap van meer dan 180 dagen (ongeveer 24 weken), aangevuld met drie dagen klein verlet in geval van overlijden. Voor zwangerschapsverliezen vóór dit termijn is enkel de algemene regeling rond rouwverlof potentieel toepasbaar, wat volgens koppels onvoldoende duidelijkheid en bescherming biedt. (20)

2.2 De invloed van contextuele factoren op het rouwproces

Over het rouwproces na zwangerschapsverlies werd in de bestaande literatuur slechts beperkt geschreven. Deze studie toont echter aan dat het rouwproces sterk beïnvloed wordt door individuele, relationele en contextuele factoren.

De resultaten wijzen erop dat koppels die zichzelf de ruimte geven om op hun eigen tempo te rouwen, blijken uiteindelijk sterker uit deze ervaring te komen. Dit proces veronderstelt echter dat partners elkaars beleving respecteren, terwijl ze tegelijkertijd verbonden blijven in hun communicatie.

Binnen de onderzochte populatie kwamen twee groepen duidelijk naar voren: koppels met een spontane zwangerschap en koppels in een fertiliteitstraject. Bij de tweede groep bleek het verdriet intenser te worden ervaren. De langdurige medische opvolging, herhaalde hoopmomenten en terugkerende teleurstellingen versterken de emotionele belasting, waardoor het verlies zwaarder wordt beleefd. Dit wijst erop dat zorgverleners bij deze groep extra aandacht moeten hebben voor de accumulatieve psychologische druk.

Daarnaast spelen contextuele factoren zoals het hebben van kinderen in het gezin een significante rol in het rouwproces. Voor sommige koppels vormden hun kinderen een bron van troost en hoop, doordat zij herinnerden aan het vermogen om nieuw leven te dragen en opvoeden. Voor anderen bood de aanwezigheid van kinderen een vorm van afleiding, die tijdelijk verlichting bracht van het verdriet.

Een opvallende bevinding in deze studie is de rol van symboliek en externe houvast in het verwerken van verlies. Het creëren van een ‘Sterrenkindje’ – bijvoorbeeld via naamgeving, herdenkingsmomenten of symbolische rituelen – fungeert als een tastbare erkenning van het verlies en helpt koppels hun verdriet een plaats te geven. Ook externe bronnen zoals boeken, podcasts, lotgenotengroepen en sociale media bleken waardevolle vormen van ondersteuning te bieden. Deze instrumenten dragen bij aan erkenning en verbinding met anderen die gelijkaardige ervaringen hebben doorgemaakt.

3. Implicaties voor de klinische praktijk en toekomstig onderzoek

De geanalyseerde resultaten die lacunes identificeren in het huidige zorgsysteem na een zwangerschapsverlies wijzen op verschillende mogelijkheden voor verbetering binnen de klinische praktijk. Deze implicaties lopen in het secundaire doel van deze studies, namelijk om een meer afgestemde zorgverlening te bevorderen die de korte- en langetermijngevolgen van zwangerschapsverlies helpt beperken.

Een eerste implicatie betreft systematische bijscholing in de huisartsenopleiding, waarin aandacht kan worden besteed aan het bespreekbaar maken van zwangerschapsverlies en basisch handvaten meegeeft met de jonge huisartsen, zowel voor fysiek als mentaal klachten. Hiernaast is het van belang om deze kennis te verfrissen en verfijnen met nieuwe data in de loop van de artsen carrière met opleidingen waar dit soort thema meer bewustwording zou krijgen, dit kan worden gemotiveerd met het accrediteringssysteem. Dit is de erkenning van deelname van een arts aan navormingsactiviteit (minimum 20), peer-review sessie (minimum 2) en het behalen van het activiteit drempel (minimum 1.250 contacten per jaar), met als gevolg een jaarlijks forfaitair accrediteringshonorarium en verhoogd honorarium voor raadpleging. (21)

Daarnaast blijkt interdisciplinaire samenwerking van belang, met betere afstemming tussen huisartsen, gynaecologen, psychologen, vroedvrouwen en relevante verenigingen. Duidelijker georganiseerde verwijsmogelijkheden en communicatie tussen partijen kunnen de toegang tot gepaste nazorg vergroten.

Ook een uitbreiding of verduidelijking van het wettelijke kader rond rouw- en partnerschapsverlof na vroeg zwangerschapsverlies zou kunnen bijdragen aan een meer gelijkwaardige erkenning van beide partners. Dit kan huisartsen ondersteunen in het formuleren van adviezen en de maatschappelijke verwachtingen beter kaderen.

Verder suggereren de resultaten van deze studie dat het zinvol is om meer aandacht te besteden aan externe factoren die het rouwproces beïnvloeden. Huisartsen kunnen hierbij een rol spelen door koppels te wijzen op mogelijke ondersteunende elementen – zoals symboliek, content, lotgenotengroepen – alsook uitleg rond contextuele factoren die de rouwproces kunnen verlichten of bemoeilijken (aanwezige kinderen, traject tot zwangerschap, relatie tussen partners).

Tot slot kan toekomstig onderzoek zich richten op de ontwikkeling van nationale richtlijnen voor zorg na zwangerschapsverlies. Het opnemen van deze thematiek in het geïntegreerde prenatale zorgpad, zoals beschreven in de richtlijn van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE, 2019). Dit zorgpad beoogt koppels wetenschappelijk onderbouwde informatie te bieden, kwetsbaarheden te detecteren en de continuïteit van zorg te waarborgen van preconceptie tot postpartumperiode (19). Binnen dit zorgpad zou het bijzonder waardevol zijn een brochure te ontwikkelen die huisartsen kunnen meegeven aan patiënten na een zwangerschapsverlies. Een dergelijke leidraad, met praktische aanbevelingen, kan voorkomen dat patiënten na de mededeling van het verlies zonder ondersteuning achterblijven. Verder onderzoek is aangewezen naar de impact van ondersteunende tools op het rouwproces en naar de ervaringen van partners maar ook specifiek naar diverse gezinsvormen, waaronder ook homoseksuele koppels.

4. Limitaties

Hoewel deze studie waardevolle inzichten heeft opgeleverd, zijn er enkele beperkingen te erkennen. De steekproefomvang bleef kleiner dan oorspronkelijk gepland, wat de breedte en diversiteit van de datacollectie beperkte. Ondanks deze beperking werd in de interviews wel een bijna volledige datasaturatie bereikt.
Alle interviews en de daaropvolgende analyse werden uitgevoerd door één onderzoeker. Dit brengt een verhoogd risico met zich mee op zowel interview- als interpretatiebias. Als enige hoofdinterviewer en -analist identificeerde de onderzoeker bepaalde patronen en verdiepte deze verder, zonder directe toetsing aan alternatieve interpretaties door medeonderzoekers. De vraagstelling werd daarnaast beïnvloed door de professionele en privé achtergrond van de onderzoeker.

Het emotionele karakter van het besproken thema maakte het in sommige interviews uitdagender om volledige afstand en objectiviteit te bewaren. De kwalitatieve aard van de gegevens houdt bovendien een inherente subjectiviteit in, die ondanks methodologische triangulatie en regelmatig overleg met de promotor niet volledig uitgesloten kon worden. De gevoeligheid van het onderwerp en de persoonlijke betrokkenheid van de onderzoeker kunnen eveneens een invloed hebben gehad op het proces van dataverwerking.

Desalniettemin dragen de transparante rapportering en de toegepaste methodologische triangulatie bij aan de betrouwbaarheid en geloofwaardigheid van de bevindingen.

Besluit

Het doel van deze studie was het in kaart brengen van de noden van koppels na een zwangerschapsverlies en het onderzoeken op welke wijze huisartsen hun rol hierop kunnen afstemmen. Door afzonderlijke analyse van beide databronnen en triangulatie van de gegevens werd een geïntegreerd inzicht verkregen in de wisselwerking tussen de ervaringen van koppels en die van huisartsen, met als doel lacunes in de huidige praktijk te identificeren en handvatten aan te reiken voor verbetering van de eerstelijnszorg.

De bevindingen tonen dat koppels behoefte hebben aan een proactieve en coördinerende huisarts die zwangerschapsverlies bespreekbaar maakt, zowel in de preconceptionele fase als na het verlies. Een dergelijke benadering draagt bij aan het vergroten van openheid rond het thema. Huisartsen kunnen hierin een sleutelrol vervullen door erkenning te bieden, open communicatie te faciliteren en praktische steunbronnen aan te reiken, waaronder informatieve materialen (zoals boeken, podcasts en lotgenotengroepen) en gerichte doorverwijzing naar gespecialiseerde zorgverleners in de tweede lijn (gynaecologen, vroedvrouwen, psychologen en ondersteunende organisaties).

Communicatiestijl blijkt daarbij een cruciale factor: empathisch contact, erkenning van het verlies en het vermijden van normatieve verwachtingen over rouw zijn essentieel voor de kwaliteit van zorg. Erkenning van blijvende angsten en onzekerheden bij een nieuwe kinderwens is eveneens noodzakelijk. In het bijzonder werd in deze studie aandacht besteed aan de positie van partners, waarbij zichtbaar werd dat zij hun emoties vaak onderdrukken om steun te bieden aan hun vrouwelijke partner, gedreven door een gevoel van verantwoordelijkheid en maatschappelijke verwachtingen.

Huisartsen ervaren echter structurele beperkingen die hun handelen beïnvloeden, waaronder tijdsdruk, beperkte opleiding en richtlijnen, onvoldoende verwijzingsmogelijkheden, een gebrek aan maatschappelijke bewustmaking en een hoge belasting van het zorgsysteem. Deze factoren bemoeilijken het volledig inspelen op de psychosociale noden van koppels.

Toekomstig implicaties op de klinisch praktijk zouden zich moeten richten op het versterken van de competenties van huisartsen rond medisch informeren, rouwbegeleiding en communicatie, het investeren in interdisciplinair samenwerking tussen verschillende betrokken partijen, en het oprichten van een wettelijk kader. Voor het wetenschappelijk domein liggen verdere implicaties in het opstellen van nationale richtlijnen voor zorg na zwangerschapsverlies, de integratie van dit thema in prenatale en eerstelijnszorg, het onderzoeken van de invloed van contextuele factoren op rouw, en het belichten van de ervaringen van partners en diverse gezinsvormen, waaronder homoseksuele koppels.

Door structurele ondersteuning te combineren met empathische en persoonsgerichte zorg kan de eerstelijnszorg voor koppels na zwangerschapsverlies duurzaam worden versterkt en kunnen negatieve korte- en langetermijngevolgen voor vrouwen en hun partners beter worden voorkomen.

Referenties

1. UZ Leuven. *Miskraam*. Leuven: UZ Leuven; 2023 mei 3 [geraadpleegd 2024 mei 20]. Beschikbaar via: https://www.uzleuven.be/nl/foetale-geneeskunde/miskraam
2. Quenby S, Gallos ID, Dhillon-Smith RK, Podesek M, Stephenson MD, Fisher J, et al. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *Lancet*. 2021 mei 1;397(10285):1658-67. Beschikbaar via: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33915094/
3. Regan L, Rai R. Epidemiology and the medical causes of miscarriage. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2000 okt;14(5):839-54. Beschikbaar via: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11023804/
4. Nederlands Huisartsen Genootschap. Miskraam. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap; 2017 jan [geraadpleegd 2024 mei 20]. Beschikbaar via: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/miskraam#volledige-tekst
5. Griebel CP, Halvorsen J, Golemon TB, Day AA. Management of spontaneous abortion. Am Fam Physician. 2005 okt 1;72(7):1243-50. Beschikbaar via: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16225027/
6. Oliver A, Overton C. Diagnosis and management of miscarriage. Practitioner. 2014 mei;258(1771):25-8, 3. Beschikbaar via: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25055407/
7. Shorter JM, Atrio JM, Schreiber CA. Management of early pregnancy loss, with a focus on patient centered care. Semin Perinatol. 2019 mrt;43(2):84-94. Beschikbaar via: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30739750/
8. Federatie Medische Specialisten. Miskraam. Utrecht: Federatie Medische Specialisten; 2020 jul 24 [geraadpleegd 2024 mei 20]. Beschikbaar via: https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/miskraam/startpagina_-_miskraam.html
9. Thuisarts; Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Ik krijg een miskraam en kies tussen afwachten, medicijnen en operatie. Nederland: Thuisarts en NVOG; 2021 feb 16 [geraadpleegd 2024 mei 20]. Beschikbaar via: https://www.thuisarts.nl/miskraam/ik-krijg-miskraam-en-kies-tussen-afwachten-medicijnen-en-operatie
10. Bilardi JE, Temple-Smith M. We know all too well the significant psychological impact of miscarriage and recurrent miscarriage: so where is the support? Fertil Steril. 2023 nov;120(5):937-9. Beschikbaar via: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37648144/
11. Lee L, Ma W, Davies S, Kammers M. Toward optimal emotional care during the experience of miscarriage: an integrative review of the perspectives of women, partners, and health care providers. J Midwifery Womens Health. 2023 jan;68(1):52-61. Beschikbaar via: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36370053/
12. Radford EJ, Hughes M. Women's experiences of early miscarriage: implications for nursing care. J Clin Nurs. 2015 jun;24(11-12):1457-65. Beschikbaar via: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25662397/
13. Galeotti M, Mitchell G, Tomlinson M, Aventin Á. Factors affecting the emotional wellbeing of women and men who experience miscarriage in hospital settings: a scoping review. BMC Pregnancy Childbirth. 2022 mrt 31;22(1):270. Beschikbaar via: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35361132/
14. Geller PA, Kerns D, Klier CM. Anxiety following miscarriage and the subsequent pregnancy: a review of the literature and future directions. J Psychosom Res. 2004 jan;56(1):35-45. Beschikbaar via: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14987962/
15. Due C, Chiarolli S, Riggs DW. The impact of pregnancy loss on men's health and wellbeing: a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth. 2017 nov 15;17(1):380. Beschikbaar via: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29141591/
16. National Institute for Health and Care Excellence. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management. Engeland: NICE; 2019 apr 17 [geraadpleegd 2024 mei 22]. Beschikbaar via: https://www.nice.org.uk/guidance/ng126

17. Conroy C, Jain T, Mody SK. Interest in peer support persons among patients experiencing early pregnancy loss. BMC Pregnancy Childbirth. 2023 jul 11;23(1):506. Beschikbaar via: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37434154/
18. Jensen KLB, Temple-Smith MJ, Bilardi JE. Health professionals' roles and practices in supporting women experiencing miscarriage: a qualitative study. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2019 aug;59(4):508-13. Beschikbaar via: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30338853/
19. Benahmed N, Lefèvre M, Christiaens W, Devos C, Stordeur S. Naar een geïntegreerd prenataal zorgpad voor laag risico zwangerschappen. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2019. (KCE Reports 326A). Beschikbaar via: https://kce.fgov.be/nl/publicaties/alle-rapporten/naar-een-geintegreerd-prenataal-zorgpad-voor-laag-risico-zwangerschappen
20. Kind & Gezin. Verlies van een kind. Brussel: Opgroeien; [geraadpleegd 2025 okt 5]. Beschikbaar via: https://www.kindengezin.be/nl/thema/zwangerschap-en-geboorte/verlies-van-een-kind
21. Belgische Vereniging van Artsensyndicaten. Accrediteringsforfait huisartsen. [geraadpleegd 2025 nov 21]. Beschikbaar via: https://www.absym-bvas.be/financiele-topics/tegemoetkomingen-huisartsen/accrediteringsforfait-huisartsen#:~:text=Als%20arts%20kunt%20u%20vormingen%20en%20%E2%80%98peer%20reviews%E2%80%99,een%20jaarlijks%20forfaitair%20accrediteringshonorarium%20van%20%E2%82%AC%20757%2C23%2A%20(2025)

Bijlage

Addendum 1: Geïnformeerde toestemming

1.1 Geïnformeerde toestemming voor vrouwen en hun partner

Titel van de studie: *Welke psychosociale en medische noden hebben vrouwen en hun partner na een zwangerschapsverlies, en welke rol kan de huisarts opnemen om die noden bij te staan?*

Onderzoeksinstelling: *KU Leuven*

Ethisch comité: *EC Onderzoek UZ/KU Leuven*

Onderzoekers: *Lola Picquet, Huisarts-in-opleiding, lola.picquet@student.kuleuven.be*

Jan Verbakel, jan.verbakel@kuleuven.be

Sabine Van Baelen, sabine.vanbaelen@kuleuven.be

I Noodzakelijke informatie voor uw beslissing om deel te nemen

Inleiding

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek om *miskramen meer bespreekbaar te maken door de medische en psychosociale noden van vrouwen en/of hun partners te verkennen.*

Om u te helpen beslissen of u al dan niet aan deze studie wenst deel te nemen, willen we u vragen even de tijd te nemen om onderstaande informatie door te nemen, zodat u een weloverwogen beslissing kunt nemen. Dit wordt een “geïnformeerde toestemming” genoemd.

Wij vragen u de volgende pagina’s met informatie aandachtig te lezen. Hebt u vragen, dan kan u terecht bij de onderzoeker.

Dit document bestaat uit essentiële informatie die u nodig heeft voor het nemen van uw beslissing, uw schriftelijke toestemming en eventuele bijlagen waarin u meer details terugvindt over bepaalde onderdelen van de basisinformatie.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- Deze studie opgesteld is na evaluatie door de Ethische Commissie (EC) Onderzoek UZ/KU Leuven, *MP027712*.
- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw ondertekende toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u de onderzoeker laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten zonder hiervoor een reden op te geven.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw privacy verzekerd.
- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de onderzoekers.

Doelstellingen en verloop van de studie

Miskramen blijven een zeker taboe in de wereld, ondanks de opvallende epidemiologische cijfers die dit de meeste voorkomende complicatie maken in de vroege zwangerschap (<12 weken). In de aanwezige literatuur blijkt de psychosociale en medische opvolging voor en na een zwangerschapsverlies, voor zowel vrouwen als hun partners onvoldoende te zijn. Nu zijn er wereldwijd weinig duidelijke richtlijnen rond de meeste adequate psychosociale en medische begeleiding van koppels na een zwangerschapsverlies. Het doel van deze studie is de noden van

patiënten na een zwangerschapsverlies bespreekbaar maken, en bijgevolg de rol van de huisartsen hierop af te stemmen om de patiënten beter bij te staan.

Wij nodigen u uit om aan deze studie deel te nemen om *als patiënt uw ervaring te delen rond het verloop en nasleep van een doorgemaakte zwangerschapsverlies.*

Aan deze studie zullen ongeveer *15* personen deelnemen. *Om aan deze studie te kunnen deel nemen moet u:*

- Leeftijd: 18 jaar of ouder.

- Geslacht: vrouwen of koppels.

- Aanwezigheid van 1 of meerdere miskramen.

- Met of zonder kinderen.

De onderzoeker zal u vragen om deel te nemen aan een interview dat peilt naar *de medische en psychosociale noden na een doorgemaakte zwangerschapsverlies.* Deelname aan het interview zal ongeveer *45-60 minuten* van uw tijd in beslag nemen en het interview zal afgenomen worden *op een "nader te bepalen" live locatie of video call (Microsoft Teams). Tijdens het interview worden geluidsopnames gemaakt. De opnames zullen nadien enkel gebruikt worden voor transcriptie. Na het uitschrijven van de interviews zullen alle opnames vernietigd worden.*

Beschrijving van de risico's en van de voordelen

Uw deelname aan deze studie houdt geen enkel gezondheidsrisico in.

Deelname aan de studie zou echter een confrontatie kunnen zijn met een gevoelig thema. Indien u dit wenst, kan u steeds bij een zorgverlener terecht voor een ondersteunend gesprek *(Lola Picquet, lola.picquet@student.kuleuven.be).*

U heeft zelf geen voordeel van deelname aan dit onderzoek; u kan wel, door het delen van uw kennis en/of ervaringen, bijdragen aan *miskramen bespreekbaar te maken in onze maatschappij, en bovendien de zorg voor patiënten na een zwangerschapsverlies te verbeteren.*

Intrekking van uw toestemming

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen.

Als u wel meedoet, kan u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek. U hoeft hiervoor geen reden te geven

Als u aan deze studie deelneemt, vragen wij om:

- Ten volle mee te werken voor een correct verloop van de studie.

Contact

Als u bijkomende informatie wenst, maar ook in geval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de onderzoeker, *Lola Picquet*, via e-mail (*lola.picquet@student.kuleuven.be).* en de hoofdonderzoeker, *Jan Verbakel*, via het telefoonnummer *+3216377286 (werkuren)* of via e-mail *(jan.verbakel@kuleuven.be).*

Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur)

II Geïnformeerde toestemming

Deelnemer

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennisgenomen van het informatiedocument en de bijlagen ervan.

Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en indien gewenst met een door mij gekozen persoon te overleggen.

Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden op te geven en ik weet dat er geen nadeel voor mij kan ontstaan.

Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de onderzoekers de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Europese en Belgische wetgeving ter zake.

Ik wil graag/niet *(schrap wat niet past)* geïnformeerd worden over de algemene onderzoeksresultaten van de studie.

Ik heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

Onderzoeker

Ik ondergetekende, *Picquet Lola,* verklaar de benodigde informatie inzake deze studie mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.

Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen met deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de onderzoeker

1.2 Geïnformeerde toestemming voor huisartsen

Exemplaar voor de deelnemer

Titel van de studie: *Welke psychosociale en medische noden hebben vrouwen en hun partner na een zwangerschapsverlies, en welke rol kan de huisarts opnemen om die noden bij te staan?*

Onderzoeksinstelling: *KU Leuven*

Ethisch comité: *EC Onderzoek UZ/KU Leuven*

Onderzoekers: *Lola Picquet, Huisarts-in-opleiding, lola.picquet@student.kuleuven.be*

Jan Verbakel, jan.verbakel@kuleuven.be

Sabine Van Baelen, sabine.vanbaelen@kuleuven.be

I Noodzakelijke informatie voor uw beslissing om deel te nemen

Inleiding

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek om te exploreren hoe huisartsen de medische en psychosociale noden van patiënten (vrouw en/of partner) na een zwangerschapsverlies beter kunnen bijstaan.

Om u te helpen beslissen of u al dan niet aan deze studie wenst deel te nemen, willen we u vragen even de tijd te nemen om onderstaande informatie door te nemen, zodat u een weloverwogen beslissing kunt nemen. Dit wordt een “geïnformeerde toestemming” genoemd.

Wij vragen u de volgende pagina’s met informatie aandachtig te lezen. Hebt u vragen, dan kan u terecht bij de onderzoeker.

Dit document bestaat uit essentiële informatie die u nodig heeft voor het nemen van uw beslissing, uw schriftelijke toestemming en eventuele bijlagen waarin u meer details terugvindt over bepaalde onderdelen van de basisinformatie.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- Deze studie opgesteld is na evaluatie door de Ethische Commissie (EC) Onderzoek UZ/KU Leuven, *MP027712.*
- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw ondertekende toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u de onderzoeker laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten zonder hiervoor een reden op te geven.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw privacy verzekerd.
- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de onderzoekers.

Doelstellingen en verloop van de studie

Miskramen blijven een zeker taboe in de wereld, ondanks de opvallende epidemiologische cijfers die dit de meeste voorkomende complicatie maken in de vroege zwangerschap (<12 weken). In de aanwezige literatuur blijkt de psychosociale en medische opvolging voor en na een zwangerschapsverlies, voor zowel vrouwen als hun partners onvoldoende te zijn. Nu zijn er wereldwijd weinig duidelijke richtlijnen rond de meeste adequate psychosociale en medische begeleiding van koppels na een zwangerschapsverlies. Het doel van deze studie is de noden van patiënten na een zwangerschapsverlies bespreekbaar maken, en bijgevolg de rol van de huisartsen hierop af te stemmen om de patiënten beter bij te staan.

Wij nodigen u uit om aan deze studie deel te nemen omdat *als huisarts wellicht reeds ervaring heeft met communicatie en zorg rondom miskramen.*

Aan deze studie zullen ongeveer *68* personen deelnemen. *Om aan deze studie te kunnen deel nemen moet u:*

- Leeftijd: 25 jaar of ouder.

- Geslacht: vrouwen en mannen.

- Beroep: actueel actief als huisarts, geen minimum aantal ervaringsjaren..

De onderzoeker zal u vragen om een vragenlijst in te vullen die peilt naar *uw ervaring als huisarts met begeleiding van patiënten na een zwangerschapsverlies.* Het invullen van deze vragenlijsten zal ongeveer *10 minuten* van uw tijd in beslag nemen en zal doorgaan *online.*

Beschrijving van de risico's en van de voordelen

Uw deelname aan deze studie houdt geen enkel gezondheidsrisico in.

Deelname aan de studie zou echter een confrontatie kunnen zijn met een gevoelig thema. Indien u dit wenst, kan u steeds bij een zorgverlener terecht voor een ondersteunend gesprek *(Lola Picquet, lola.picquet@student.kuleuven.be).*

U heeft zelf geen voordeel van deelname aan dit onderzoek; u kan wel, door het delen van uw kennis en/of ervaringen, bijdragen aan *zwangerschapsverlies bespreekbaar te maken in onze maatschappij, en bovendien de zorg voor patiënten na een zwangerschapsverlies te verbeteren.*

Intrekking van uw toestemming

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen.

Als u wel meedoet, kan u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek. U hoeft hiervoor geen reden te geven

Als u aan deze studie deelneemt, vragen wij om:

- Ten volle mee te werken voor een correct verloop van de studie.

Contact

Als u bijkomende informatie wenst, maar ook in geval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de onderzoeker, *Lola Picquet*, via e-mail (*lola.picquet@student.kuleuven.be).* en de hoofdonderzoeker, *Jan Verbakel*, via het telefoonnummer *+3216377286 (werkuren)* of via e-mail *(jan.verbakel@kuleuven.be).*

Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur))

II Geïnformeerde toestemming

Deelnemer

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennisgenomen van het informatiedocument en de bijlagen ervan.

Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en indien gewenst met een door mij gekozen persoon te overleggen.

Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden op te geven en ik weet dat er geen nadeel voor mij kan ontstaan.

Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de onderzoekers de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Europese en Belgische wetgeving ter zake.

Ik wil graag/niet *(schrap wat niet past)* geïnformeerd worden over de algemene onderzoeksresultaten van de studie.

Ik heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

Onderzoeker

Ik ondergetekende, *Picquet Lola,* verklaar de benodigde informatie inzake deze studie mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.

Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen met deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de onderzoeker

Addendum 2: Interview Leidraad

Drop-Off

Over uzelf		**Over uw partner**
Naam		
Leeftijd		
Regio		
Professioneel		
Status	○ Alleenstaand ○ Samenwonend ○ Getrouwd	

Over uw/jullie eigen ervaring		
Aantal vroege zwangerschapsverliezen		
Ervaring bij zwangerschapsverlies	Jaar van zwangerschapsverlies	
	Aantal weken zwanger op moment van zwangerschapsverlies (indien niet gekend "Had u uw eerste trimester echografie al gehad?")	
	Met of zonder kinderen op het moment van zwangerschapsverlies	○ Met kinderen ➢ Hoeveel? ○ Zonder kinderen
	Zwangerschap op natuurlijk wijze of via IVF	○ Natuurlijk ○ IVF
	Medisch opvolging na zwangerschapsverlies	○ Huisarts ○ Gynaecoloog ○ Andere: …..
Leuk weetje over uzelf		

Vraag 1 (openingsvraag): Vandaag zitten we samen om de maatschappij bewuster te maken over miskramen. Dit onderwerp blijft nog een zekere taboe in onze maatschappij hoewel het voorkomt bij 20-25% van de zwangerschappen. Ten gevolge hiervan krijgen vrouwen en hun partner niet altijd de juiste zorg en/of rouwproces. Ik ben heel dankbaar dat u de stap heeft genomen om hier met mij een gesprek hierover aan te gaan. Ik weet dat het een gevoelige thema is, wees ervan overtuigd dat ik hiermee het hele interview rekening mee zal houden.

- ⇨ // Ik stel voor dat we eerst even met elkaar kennismaken: ik start met mij voor te stellen, en laat de deelnemer dan even aan het woord.
- ⇨ // Hierna "Welke gevoelens kwamen in u op wanneer u beslist heeft om aan deze studie deel te nemen?"

Vraag 2 (inleidingsvraag): Zwanger worden is niet altijd even gemakkelijk. Wanneer het dan lukt is de vreugde palpabel, echter wordt er niet altijd meegedeeld dat het niet altijd zonder risico kan verlopen. Wist u iets over miskramen voor dat u het zelf meemaakte? Had u dit onderwerp al met iemand (dokter, vrienden, familie) ooit besproken?

Vraag 3 (transitievraag): Zoals ik reeds had vermeld in het begin van onze conversatie zijn miskramen de meeste voorkomende complicatie in de vroege zwangerschap. Ondanks deze hoge cijfers blijft het nog taboe in onze maatschappij. Was u al in contact gekomen met iemand in uw sociale kring (collega, vriendin, familielid) die een zwangerschapsverlies had meegemaakt voor dat u het zelf meemaakte? Indien wel, hoe heeft u dit ervaren vanop afstand?

Vraag 4 (sleutelvraag): De hoge cijfers van miskramen maakt u zeker geen uitzondering van deze complicatie, maar elke persoon ervaart het op een andere manier. Hoe is dat voor u geweest? Welke gevoelens kwamen het meest naar boven? Kon u erover praten rondom u?

Vraag 5 (sleutelvraag): Een kind komt vanuit een relatie tussen 2 personen, het is niet altijd gemakkelijk om met 2 op hetzelfde moment te rouwen. Hoe heeft uw partner dit ervaren? Werd hij/zij geïncludeerd in het rouwproces? Hoe heeft het uw relatie beïnvloed? (indien partner aanwezig direct aan partner vragen)

Vraag 6 (sleutelvraag): Een geheim kan zwaar zijn om alleen te dragen. Aan welke ondersteuning had u nood na de zwangerschapsverlies: medische uitleg, psychologische ondersteuning, medisch onderzoek…? Wist u waar u terecht kon om deze noden te vervullen (dokters, welzijnsorganisaties)? Hoe bent u achter andere hulplijnen achter gekomen?

Vraag 7 (sleutelvraag): Niet alle partijen kunnen een even grote rol spelen in patiënten hun ondersteuning tijdens een zwangerschapsverlies. Wat was de rol van uw huisarts in dit proces? Heeft hij/zij de rol gehad dat u verwacht had? Wat had u meer of minder gewenst?

Vraag 8 (sleutelvraag): Een rouwproces komt vaak niet zonder weerslag. Welke gevolgen heeft dit op uw psychische en fysieke gezondheid gehad? Heeft u het gevoel dat deze gevolgen hadden kunnen vermeden worden door betere ondersteuning?

Vraag 9 (sleutelvraag): Elke persoon is anders en heeft nood aan andere hulp of ondersteuning. Als we even terugkijken naar uw rouwproces, wat heeft u het meeste geholpen in de moeilijkste momenten? Wat had u persoonlijk nodig gehad om uw rouwproces te vergemakkelijken?

Vraag 10 (besluitend vraag): Wat vond u van het interview? Is er nog iets dat u wenst te zeggen dat nog niet aanbod is gekomen?

Addendum 3: Vragenlijst leidraad

Drop-off

Over uzelf	
Naam	
Leeftijd	
Regio van praktijk	
Aantal jaren actief als huisarts	
Over uw eigen ervaring	
Aantal ervaring met ondersteuning van patiënten na een zwangerschapsverlies	
Eigen kennis rondom miskramen	○ Onvoldoende ○ Matig ○ Voldoende ○ Ruim Voldoende ○ Goed

***Vraag 1*:** Slechtnieuwsgesprekken zijn nooit makkelijk voor zorgverleners. Met welke vragen/verwachtingen/noden kwamen de patiënt naar uw consultatie (medische onderzoek, medische uitleg, psychologisch hulp…)? In hoeverre kwamen die overeen met wat u in gedachten had voor het gesprek?

Vraag 2: Miskramen zijn nog een zeker taboe in onze maatschappij ondanks het feit dat het de meest voorkomende complicatie is in de vroege zwangerschap. In welke mate informeert u uw eigen patiënten over de risico van miskramen indien ze een zwangerschapswens hebben?

Vraag 3*:* Iemand verliezen brengt meestal een lang rouwproces met zich mee. Hoe zorgt u voor de nodige opvolging op korte en lange termijn? Kent u verschillende verwijzingskanalen voor verdere ondersteuning na een zwangerschapsverlies?

Vraag 4: Wat komt voor u in de weg om een optimale ondersteuning te bieden aan patiënten na een zwangerschapsverlies: gebrek aan tijd, duidelijke richtlijnen, of training? Andere?

Vraag 5: Uw ervaring als huisarts is van groot belang in deze studie om de zorg voor patiënten na een zwangerschapsverlies te kunnen verbeteren. Is er nog iets dat u wenst te zeggen dat nog niet aanbod is gekomen?

Addendum 4: Code boom NVivo

Codes

Search Project

Name	Files	References	Created on	Created by	Modified on	Modified by
Contact met huisarts	8	84	09-07-25 11:56	LP	17-07-25 09:27	LP
Communicatieskills met koppel	7	17	10-07-25 09:43	LP	19-07-25 17:04	LP
Gepast	4	8	10-07-25 11:31	LP	18-07-25 10:07	LP
Ongepast	4	7	09-07-25 11:34	LP	18-07-25 10:16	LP
Continuïteit van de zorg na een m	8	27	10-07-25 14:08	LP	17-07-25 09:27	LP
Medisch-gerelateerd noden	4	6	10-07-25 14:05	LP	17-07-25 16:01	LP
Nood in de toekomst	6	13	10-07-25 14:07	LP	21-07-25 10:05	LP
Psychisch-gerelateerd noden	4	7	10-07-25 14:06	LP	19-07-25 17:06	LP
Doorverwijzen voor verdere hulp	6	18	10-07-25 13:11	LP	19-07-25 17:06	LP
Verwijzing naar aparte organis	2	3	10-07-25 13:08	LP	17-07-25 09:36	LP
Verwijzing naar doula	1	1	19-07-25 17:05	LP	19-07-25 17:05	LP
Verwijzing naar gynaecoloog	1	1	18-07-25 09:53	LP	18-07-25 09:53	LP
Verwijzing naar psycholoog	3	4	10-07-25 13:08	LP	17-07-25 16:01	LP
Verwijzing naar vroedvrouw	4	4	10-07-25 13:08	LP	19-07-25 17:01	LP
Informeren van patiënten	3	7	10-07-25 13:12	LP	17-07-25 09:27	LP
Geïnformeerd medische keuze	2	3	10-07-25 09:42	LP	18-07-25 10:06	LP
Preconceptioneel kennis	3	4	09-07-25 11:31	LP	18-07-25 09:51	LP
Overleg met andere zorgverleners	5	9	10-07-25 12:58	LP	18-07-25 10:06	LP
Rol van huisarts zijn voor koppel	6	6	13-07-25 14:06	LP	19-07-25 16:55	LP
Ervaring als partner	8	33	10-07-25 11:15	LP	11-07-25 11:25	LP
Psychisch	8	19	10-07-25 11:12	LP	14-07-25 16:42	LP
Ondersteuning	4	8	11-07-25 11:22	LP	17-07-25 16:02	LP
Toestand	4	8	11-07-25 11:22	LP	19-07-25 17:03	LP
Sociale implicaties	6	14	10-07-25 11:12	LP	19-07-25 16:58	LP
Ervaring als vrouw	8	26	10-07-25 11:22	LP	19-07-25 16:57	LP
Psychisch	7	16	10-07-25 10:19	LP	19-07-25 16:57	LP
Ondersteuning	5	6	11-07-25 11:21	LP	19-07-25 17:11	LP
Toestand	5	9	11-07-25 11:21	LP	19-07-25 16:57	LP
Sociale implicaties	6	10	10-07-25 10:06	LP	19-07-25 17:02	LP
Rol van de maatschappij	8	29	10-07-25 11:39	LP	16-07-25 11:18	LP
Bespreekbaarheid van miskramen	6	10	10-07-25 11:44	LP	21-07-25 10:04	LP
Negatieve ondersteuning	5	11	10-07-25 11:36	LP	21-07-25 10:03	LP
Positieve ondersteuning	4	7	09-07-25 11:41	LP	18-07-25 10:13	LP
Rouwproces	8	55	09-07-25 11:45	LP	21-07-25 10:05	LP
Extra hulpmiddelen voor het verlic	7	21	10-07-25 12:44	LP	21-07-25 10:05	LP
Invloed van boeken	6	6	10-07-25 13:07	LP	21-07-25 10:05	LP
Invloed van fertiliteitstraject	2	4	17-07-25 09:44	LP	21-07-25 10:11	LP
Invloed van lotgenoten	6	6	10-07-25 13:10	LP	21-07-25 10:05	LP
Invloed van podcasts	3	3	10-07-25 13:07	LP	21-07-25 10:05	LP
Invloed van sociale media	2	2	13-07-25 14:09	LP	21-07-25 10:05	LP
Invloed van aanwezige kinderen	4	6	10-07-25 11:51	LP	21-07-25 10:05	LP
Samen rouwen als koppel	6	13	10-07-25 10:54	LP	21-07-25 10:05	LP
Symboliek rond sterrekindje	6	15	10-07-25 09:27	LP	21-07-25 10:05	LP

Addendum 5: COREQ checklist

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
Personal characteristics			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	10
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	10
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	10
Gender	4	Was the researcher male or female?	10
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	10
Relationship with participants			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	11
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	10
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the inter viewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	/
Domain 2: Study design			
Theoretical framework			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	8-9
Participant selection			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	10
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	10
Sample size	12	How many participants were in the study?	11
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	11
Setting			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	10
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	10
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	12, 21-22
Data collection			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	42-44
Repeat interviews	18	Were repeat inter views carried out? If yes, how many?	/
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	11
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the inter view or focus group?	/
Duration	21	What was the duration of the inter views or focus group?	11
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	/
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	/
Domain 3: analysis and findings			
Data analysis			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	11
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	11
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	11
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	11
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	/
Reporting			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	12-28
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	/
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	11
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	11

Addendum 6: Goedkeuring Ethische Commissie

KU LEUVEN UZ LEUVEN

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP027712
Uw kenmerk: Masterproef studie: Welke psychosociale en medische noden hebben vrouwen en hun partner na een doorgemaakte miskraam, en hoe kan de huisarts inspringen om hun ervaring en verdere ontwikkeling te verbeteren?
Leuven, 29-10-2024

GEEN BEZWAAR BRIEF

Geachte Professor Prof Dr Jan Verbakel
Geachte Lola Picquet

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven bevestigt hierbij dat er geen bezwaren zijn tegen het uitvoeren van de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 29-10-2024

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering.

Het betreft een studie met twee prospectieve onderdelen; een interview (deel 1) en een vragenlijst (deel 2) bij patiëntenkoppels die een miskraam meemaakten (deel 1) en huisartsen die zulke koppels begeleidden (deel 2). Doel van de studie is meer inzicht te verkrijgen in de verwerking en psychosociale begeleiding van de ouders, om zo een bijkomend element meer gevalideerd te kunnen inbouwen in het bestaande prenatale zorgpad. Deel 1:semi-gestructureerde interviews bij 15 koppels; Rekrutering via huisartspraktijken, sociale organisaties, gynecologische consultatiebureaus en ook rechtstreeks door de betrokken stagiaires/HAIO, regio Brussel en Leuven. Na goedgekeurd ICF: interview fysiek of via Teams, geluidopnames. Antwoorden worden getranscribeerd, opnames nadien vernietigd. Pseudonimisatie van de data. Veilige data opslag en analyse. Deel 2: vragenlijsten bij 68 huisartsen. Rekrutering via LOK-groepen en Domus Medica. Na goedgekeurd ICF, digitale vragenlijst. Transcriptie van antwoorden. Goede data opslag en analyse. Het EC raad nog aan om in de uitnodigingsmails de titel van de student toe te voegen, d.i. dr. Lola Picquet. We begrijpen dat zij al arts is. Er zijn geen bezwaren.

EC Onderzoek heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. EC wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Deze geen bezwaar brief betreft de indiening van 08-10-2024 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de Onderwijs-Begeleidings-Commissie (OBC) die de initiële studie heeft geëvalueerd.

EC bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de

Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

EC bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter
Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuvenv

---

Aandachtspunten (indien van toepassing)

EC benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt. EC benadrukt tevens dat de hoofdonderzoeker/promotor verantwoordelijk is voor de uitvoering van het projectvoorstel in overeenstemming met de van toepassing zijnde wetten en voorschriften, waaronder, maar niet beperkt tot, de EU-verordening 2016/679 (Algemene Verordening Gegevensbescherming), de Belgische wet betreffende de rechten van patiënten van 22/8/2002, en het beleid van de instelling waar het onderzoek zal worden uitgevoerd.

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Dit advies van EC houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk.

Bovendien dient u als hoofdonderzoeker erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zaan EC moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Our reference: MP027712
Your reference: Master's thesis study: Welke psychosociale en medische noden hebben vrouwen en hun partner na een doorgemaakte miskraam, en hoe kan de huisarts inspringen om hun ervaring en verdere ontwikkeling te verbeteren?
Leuven, 29-10-2024

Auteurs

Lola Picquet

Dr. Sabine Van Baelen

Dr. Professor Jan Verbakel

Belangenconflicten

De auteurs hebben geen belangenvermenging te vermelden.

Financiële verklaring

Geen.

Financiering

Geen.