



UC Leuven Limburg
Groep Gezondheid & Welzijn
Campus Gasthuisberg
Herestraat 49
3000 Leuven

Literatuurstudie

Tussen hoop en vrees

Begeleiding van koppels na herhaald miskraam

Steensels Katelijne, Sterk Gerdien, van Soest Eef en Verbanck Katelijne

Procesbegeleider: Geuten Evi

Copromotor: Van Tornout Katrien

MBX 52A: Project: Werken als vroedvrouw in de gezondheidszorg

Academiejaar 2015-2016



UC Leuven Limburg
Groep Gezondheid & Welzijn
Campus Gasthuisberg
Herestraat 49
3000 Leuven

Literatuurstudie

Tussen hoop en vrees

Begeleiding van koppels na herhaald miskraam

Steensels Katelijne, Sterk Gerdien, van Soest Eef en Verbanck Katelijne

Procesbegeleider: Geuten Evi

Copromotor: Van Tornout Katrien

MBX 52A: Project: Werken als vroedvrouw in de gezondheidszorg

Academiejaar 2015-2016

Voorwoord

Deze literatuurstudie is geschreven door Katelijne Steensels, Gerdien Sterk, Eef van Soest en Katelijne Verbanck, laatstejaarsstudenten van de professionele bacheloropleiding Vroedkunde aan de UCLL. We hebben allemaal stage gelopen op verloskamer waar we in aanraking zijn gekomen met miskramen. Sommigen van ons hebben een consultatie mee gevolgd met de casemanager gynaecologie en vroege zwangerschapskliniek.

De studie is tot stand gekomen dankzij verschillende mensen die ons hebben bijgestuurd, tips hebben gegeven en ervaringen hebben gedeeld.

We willen graag de volgende personen bedanken: onze procesbegeleider Evi Geuten, onze copromotor Katrien Van Tornout, Dr. Marta Baptista voor haar vertaalwerk en Karolien Verbanck voor haar creatieve inbreng.

Ondergetekenden dragen de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor deze literatuurstudie.

Katelijne Steensels

Kinrooi

Gerdien Sterk

Leuven

Eef van Soest

Udenhout

Katelijne Verbanck

Haasrode

Abstract

Titel: Tussen hoop en vrees: begeleiding van koppels na herhaald miskraam

Studenten: Steensels Katelijne, Sterk Gerdien, van Soest Eef en Verbanck Katelijne

Procesbegeleider: Geuten Evi

Co-promotor: Van Tornout Katrien (casemanager gynaecologie UZ Leuven)

Herhaald miskraam is een fysiek en emotioneel complex probleem dat een sterke weerslag heeft op de preconceptionele periode en een nieuwe prille zwangerschap. Het doel van deze literatuurstudie is om een beeld te geven van de zorg waaraan koppels behoefte hebben na herhaald miskraam en welke rol de vroedvrouw kan spelen in deze zorg.

Voor deze literatuurstudie werden een review en vijftien onderzoeksartikels gebruikt, waarvan zeven kwalitatief en de overige kwantitatief.

De periode na het miskraam wordt gekenmerkt door emoties als angst, depressie, verdriet en rouw. De belangrijkste copingstrategieën die vrouwen in deze periode gebruiken zijn het zoeken naar informatie en afleiding en een beroep doen op sociale ondersteuning door bijvoorbeeld de partner. Deze periode kan een invloed hebben op de relatie, zowel in positieve als in negatieve zin. Vrouwen hebben behoefte aan informatie, contact en bevestiging.

Wanneer vrouwen opnieuw een actieve zwangschapswens hebben, zijn zij angstig en onzeker over de toekomst. Ze kunnen jaloers zijn op zwangere vrouwen. In deze periode zoeken vrouwen afleiding en proberen ze hun levensstijl aan te passen om meer controle te krijgen over hun onzekerheid en angst. Vrouwen geven aan dat ze in deze periode behoefte hebben aan ondersteuning.

Tijdens een nieuwe prille zwangerschap treden naast blijdschap over de nieuwe zwangerschap ook twijfels, angst en onzekerheden op. Als copingstrategie proberen vrouwen zich voor te bereiden op het ergste en nemen ze afstand te van de zwangerschap. Anderzijds kunnen ze zich focussen op zwangerschapssymptomen ter bevestiging van een evolutieve zwangerschap. Vrouwen geven aan informatie en continuïteit van zorg belangrijk te vinden. Ze willen snel een echo ter bevestiging van de zwangerschap en nadien een tweewekelijkse echografische controle. Holistische ondersteunende zorg zou in deze periode kunnen leiden tot een betere zwangschapsuitkomst. Een sensitieve en empathische houding van de zorgverlener is hierbij van belang.

Holistische ondersteunende zorg is een mooi streefdoel voor de Belgische zorgpraktijk tijdens de volledige begeleiding van koppels met herhaald miskraam.

Inhoud

Inleiding	6
Probleemstelling	7
Methodologie	10
In- en exclusiecriteria	10
Inclusiecriteria	10
Exclusiecriteria	10
Zoekstrategie	10
Kwaliteitscontrole	12
Resultaten	13
De periode na het miskraam	13
De preconceptionele periode	18
Een nieuwe prille zwangerschap	19
Discussie	25
Methodologie	25
Resultaten	28
Aanbeveling voor de praktijk	29
Besluit	32
Literatuurlijst	33
Literatuurtabel	35
Praktische implementatie	35

Inleiding

Zwanger worden is een gebeurtenis die het leven van aanstaande ouders drastisch verandert en het een geheel nieuwe richting geeft. Een zwangerschap brengt meestal vreugde met zich mee, maar ook onzekerheden, bijvoorbeeld over de eigen gezondheid, de gezondheid van de ongeboren baby, de bevalling en het leven met een kind (Adolfsson, Johansson, & Nilsson, 2012).

Niet alle zwangerschappen kennen een gunstig verloop, een aantal ervan eindigen in een miskraam. Een miskraam betekent voor veel vrouwen niet alleen het verlies van een zwangerschap, maar ook het verlies van een toekomstig kind en van het ouderschap van dit kind (Spitz, Keirse, & Vandermeulen, 2010). Een miskraam is dus een ingrijpende gebeurtenis, die verdriet en rouw met zich meebrengt (Ockhuijsen, Boivin, van den Hoogen, & Macklon, 2013). Wanneer vrouwen na een miskraam opnieuw zwanger worden, zijn zij onzeker over een goede afloop. Ook zijn ze soms nog bezig met het verwerken van het verlies van de vorige zwangerschap (Adolfsson et al., 2012). Zeker wanneer er sprake is van herhaald miskraam is het voor vrouwen moeilijk om te blijven vertrouwen op een goede uitkomst, en ervaren vrouwen vooral veel bezorgdheid. Ze hebben behoefte aan extra steun en zorg (Musters, Taminiou-Bloem, van den Boogaard, van der Veen, & Goddijn, 2011).

In deze literatuurstudie wordt in kaart gebracht aan welke ondersteunde zorg vrouwen die te maken hebben gehad met herhaald miskraam behoefte hebben en welke rol de vroedvrouw kan spelen in deze zorg. Dit wordt bestudeerd in drie verschillende fases: de periode na het miskraam, de preconceptionele periode en tijdens een nieuwe prille zwangerschap.

Probleemstelling

In de zomer van 2015 plaatste Mark Zuckerberg, de oprichter van Facebook, een openhartig bericht op zijn site. Hij kondigde in dit bericht de voorspoedige zwangerschap van zijn vrouw Priscilla aan, maar vertelde ook over de drie miskramen die zij hadden doorgemaakt in de jaren ervoor: de hoop die een nieuwe zwangerschap brengt, de plannen die worden gemaakt, en de klap en het verdriet als het dan niet meer zo is. "Miskramen zijn een onderwerp waarover koppels niet gemakkelijk met anderen spreken. Ze zijn bang dat men zal denken dat er iets mis is met hen, dat zij de miskramen hebben veroorzaakt." Uiteindelijk bleek het in zijn omgeving toch vaker voor te komen dan hij dacht en lukte het bijna alle koppels toch om gezonde kinderen te krijgen (Zuckerberg, 2015). Inmiddels is hij recent zelf ook vader geworden van een gezonde dochter.

Dit bericht staat niet op zichzelf. Een miskraam, gedefinieerd als het spontaan verlies van een zwangerschap voordat de foetus levensvatbaar is, is de vaakst voorkomende complicatie in de zwangerschap (Rai & Regan, 2006). Circa 20% van de zwangerschappen eindigt in een miskraam (National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2012). Andere bronnen spreken over 10% (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2015) of 15% (Rai & Regan, 2006). Ongeveer 3% van de vrouwen krijgt twee miskramen, ongeveer 1% krijgt te maken met drie of meer klinisch herkenbare miskramen (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie [NVOG], 2007). De definitie van klinisch herkenbaar miskraam wordt echter niet gegeven in deze NVOG-richtlijn. In een nomenclatuur, verschenen in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, wordt het begrip klinisch herkenbaar miskraam niet verder uitgewerkt, maar staat wel vermeld dat de term 'preklinisch miskraam' betekent dat een zwangerschapstest op urine of serum positief was, maar niet met echografische bevindingen is bevestigd (van Oppenraaij, Goddijn, Lok, & Exalto, 2008). Hieruit kan worden afgeleid dat een klinisch miskraam het verlies is van een zwangerschap die echografisch werd bevestigd.

In de literatuur bestaat geen overeenstemming over de definitie van herhaald miskraam. Een Britse richtlijn spreekt over herhaald miskraam vanaf drie of meer opeenvolgende miskramen (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [RCOG], 2011). De Nederlandse richtlijn definieert herhaald miskraam als twee of meer miskramen, die niet noodzakelijk opeenvolgend moeten zijn, (NVOG, 2007). Beide richtlijnen vermelden dat het gaat om miskramen binnen hetzelfde koppel. Het Amerikaans genootschap voor voortplantingsgeneeskunde spreekt van herhaald miskraam bij het verlies van twee of meer klinische zwangerschappen met een duur van minder dan twintig weken (American Society for Reproductive Medicine [ASRM], 2014).

De definitie van herhaald miskraam verschilt dus per land en per richtlijn. Het zorgtraject dat wordt aangeboden na herhaald miskraam treedt dus in het ene land na twee

miskramen in werking, in het andere land na drie. Wanneer er wordt vastgesteld dat er sprake is van herhaald miskraam binnen een koppel, wordt aanbevolen om een aantal onderzoeken uit te voeren bij de koppels, om te proberen een oorzaak te achterhalen van het herhaaldelijk zwangerschapsverlies (NVOG, 2007; RCOG, 2011).

Een vroege miskraam (tot 12 weken) heeft vaak embryonale oorzaken, bij latere miskramen (vanaf 12 weken) is de kans groter dat de oorzaak maternaal is (NVOG, 2007). Duidelijk is dat de maternale leeftijd een grote rol speelt bij het ontstaan van miskramen: in de leeftijdscategorie van 20-24 jaar is de kans op een miskraam 9%, terwijl deze kans bij vrouwen ouder dan 42 jaar oploopt tot meer dan 50% (NVOG, 2007).

Een aantal medische aandoeningen, zoals stollings- en immuunstoornissen, kunnen een verklaring bieden voor herhaald miskraam. De meest voorkomende risicofactor is antifosfolipidensyndroom (Rai & Regan, 2006). Wanneer een van de risicofactoren is vastgesteld, kan vaak ook een therapeutisch traject worden gestart (Diejomaoh, 2015). Dit wil zeggen dat de risicofactor wordt behandeld. Bij het antifosfolipidensyndroom kan bijvoorbeeld een behandeling met lage doses aspirine en heparine worden gestart. Hierdoor neemt de kans op een goede zwangerschapsuitkomst toe (Empson, Lassere, Craig, & Scott, 2005).

In ongeveer 50% van de gevallen wordt echter geen oorzaak gevonden voor het herhaald miskraam (Musters et al., 2011). Dit betekent ook dat er niet direct een behandeling voorhanden is. In het verleden zijn studies uitgevoerd om de behandelingen die bij risicofactoren nuttig zijn gebleken ook toe te passen op patiënten met onverklaard herhaald miskraam. Dit onderzoeksveld is nog volop in beweging, maar tot dusver is er geen bewijs voor het nut van dergelijke therapieën ((de Jong, Kaandorp, Di Nisio, Goddijn, & Middeldorp, 2014); (Mekinian et al., 2016); NVOG, 2007).

Onverklaarde miskramen kunnen leiden tot aanzienlijke stress en psychische problemen bij vrouwen (Rai & Regan, 2006). Het is een moeilijke diagnose, die zorgt voor veel onzekerheid (Musters et al., 2011).

Het onderzoek van Liddell, dat in de jaren negentig werd gepubliceerd, bestudeerde het verband tussen ondersteunende zorg voor zwangere vrouwen met onverklaard herhaald miskraam in de voorgeschiedenis en de zwangerschapsuitkomst. Er werd een positieve relatie gevonden tussen ondersteunende zorg en een goede zwangerschapsuitkomst (Liddell, Pattison, & Zanderigo, 1991). Deze studie is van groot belang geweest voor de wijze waarop in de medische wereld wordt gekeken naar onverklaard herhaald miskraam. In richtlijnen en reviews wordt dit artikel aangehaald om nadruk te leggen op het belang van ondersteunende zorg voor koppels in deze situatie (NVOG, 2007; Rai & Regan, 2006; RCOG, 2011).

In België worden vrouwen die te maken krijgen met herhaald miskraam opgevolgd in een multidisciplinair team. In het UZ Leuven wordt na twee miskramen een raadpleging

voorzien bij een gynaecoloog die gespecialiseerd is in herhaald miskraam en wordt een serologisch onderzoek gedaan om een aantal veel voorkomende risicofactoren voor herhaald miskraam uit te sluiten. Vanaf een derde miskraam wordt een embryoscopie aangeboden. Dit houdt in dat er genetisch onderzoek uitgevoerd wordt op het embryonaal weefsel. Zo kan een eventuele chromosomale afwijking bewezen of uitgesloten worden. Dit onderzoek geeft echter enkel een mogelijke verklaring voor het huidige miskraam en zegt niets over de oorzaak van vroegere miskramen. De rol van de vroedvrouw in dit multidisciplinair team is die van contactpersoon en luisterend oor. Zij vangt het koppel op na het nieuws, helpt de nodige onderzoeken te plannen, en is het eerste aanspreekpunt, ook wanneer er sprake is van een nieuwe zwangerschap. Het zorgtraject voor koppels met herhaald miskraam is in het UZ Leuven echter nog volop in ontwikkeling (Van Tornout, K., persoonlijk gesprek, 3 december 2015).

Miskramen zijn een relevant onderwerp voor de vroedvrouw. In de opleiding Vroedkunde wordt binnen het vak Pathologie van de Zwangerschap kort aandacht besteed aan de verschillende soorten miskramen. De begeleiding na miskramen komt in de opleiding echter niet aan bod, terwijl hierin toch een rol is weggelegd voor de vroedvrouw. Koppels kunnen met hun vragen terecht bij de vroedvrouw en wenden zich wanneer een zwangerschapsverlies optreedt tot haar.

Ook bij herhaald miskraam is er plaats voor de vroedvrouw in het zorgtraject. Het onderzoek van Liddell vermeldt het werk van de verpleegkundige in de ondersteunende zorg voor vrouwen na herhaald miskraam (Liddell et al., 1991). Het Beroepsprofiel van de Belgische Vroedvrouw wijst echter de vroedvrouw aan als zorgverlener in deze situaties: "de focus van de vroedvrouw ligt nadrukkelijk op de begeleiding van en de zorg voor de (toekomstige) moeder, haar kind en in het verlengde daarvan het gezin" (Federale Raad voor de Vroedvrouwen [FRV], 2015).

Wanneer het onderwerp herhaald miskraam wordt toegespitst op vroedkundige zorg, leidt dit tot de volgende onderzoeksvraag: welke zorg kan de vroedvrouw bieden aan koppels na herhaalde miskramen, zowel preconceptioneel als tijdens een nieuwe prille zwangerschap? Het beantwoorden van deze vraag aan de hand van relevante literatuur zal dan uiteindelijk moeten leiden tot het schrijven van een aanbeveling voor een optimaal zorgtraject voor koppels na herhaalde miskramen in de Vlaamse verloskundige praktijk.

Methodologie

In- en exclusiecriteria

Voor deze literatuurstudie werden in- en exclusiecriteria gehanteerd. Tijdens de zoektocht zijn artikels die op één van de criteria afwijken, niet direct terzijde gelegd omdat deze soms ook nuttige inzichten boden. In de discussie wordt hierop verder ingegaan.

Inclusiecriteria

Herhaald miskraam: 2 of meer miskramen binnen hetzelfde koppel, waarbij de zwangerschappen niet opeenvolgend hoeven te zijn.

Preconceptioneel (na vorig miskraam) of tijdens prille volgende zwangerschap. De onderzoeksvraag van deze literatuurstudie is zo opgebouwd dat er twee sporen gevolgd worden: dat van de preconceptionele zorg en dat van de prille zwangerschap.

Definitie van miskraam: tot een zwangerschapsleeftijd van 22 weken

Exclusiecriteria

Jaartal: <2005

Zwangerschapsleeftijd vanaf 22 weken (dodgeboorte)

Duidelijk medische artikels gericht op oorzaak en diagnose van miskramen.

Zoekstrategie

Zoektermen

Voor het opzoeken van relevante artikels die handelen over de zorg die de vroedvrouw kan bieden aan koppels na herhaald miskraam werd gezocht in de elektronische databanken Pubmed en LIMO.

De volgende zoektermen werden al dan niet in combinatie (AND) gebruikt: abortion, recurrent, counseling, habitual, psychology, spontaneous, pregnancy loss, emotions, social support, attitude, midwife, desire for help.

Allereerst werden volgende combinatiemogelijkheden gezocht met behulp van databank Pubmed:

De combinatie abortion recurrent psychology counseling zonder limiet (24 hits). Er werd geselecteerd op basis van titel en abstract. Twee artikels bleken bruikbaar voor de literatuurstudie (Musters et al., 2013; Musters et al., 2011).

De combinatie recurrent habitual abortion psychology zonder limiet (55 hits). Er werd geselecteerd op basis van titel en abstract. Drie nieuwe artikels bleken bruikbaar voor de

literatuurstudie (Ockhuijsen et al., 2013; Ockhuijsen, van den Hoogen, Boivin, Macklon, & de Boer, 2014; Serrano & Lima, 2006).

De combinatie habitual abortion psychology zonder limiet (106 hits). Er werd geselecteerd op basis van titel en abstract. Uiteindelijk werd een artikel gebruikt in deze literatuurstudie: (Liddell et al., 1991).

MESH-termen

Vervolgens werd met behulp van de reeds gevonden artikels een lijst van MESH-termen opgesteld om mee verder te zoeken in de online databank Pubmed.

De MESH-term: abortion, habitual / psychology met een limiet voor publicatiedatum (20 hits). Er werd geselecteerd op basis van titel en abstract. Het artikel van Francisco, Mattar, Bortoletti, & Nakamura (2014) werd opgenomen in de literatuurstudie.

Daarna werd gezocht naar richtlijnen, zowel Nederlands- als Engelstalige: NVOG, KNOV, KCE, WHO, NICE en RCOG. Na screening op de toepasbaarheid voor deze literatuurstudie, werden de richtlijnen van NICE (2012), NVOG (2007) en RCOG (2011) geselecteerd. Deze richtlijnen maken melding van de psychologische aspecten van herhaald miskraam.

Sneeuwbalmethode

Vervolgens werd verder gezocht met behulp van de sneeuwbalmethode in de databank LIMO. Dit wil zeggen dat er in de referenties van de geselecteerde artikels werd gezocht naar andere mogelijk bruikbare artikels.

Uit het artikel van Francisco et al. (2014) werd het artikel van Fertl, Bergner, Beyer, Klapp, & Rauchfuss (2009) opgenomen in deze literatuurstudie.

Uit het artikel van Ockhuijsen et al. (2014) werden de artikels van Adolfsson et al. (2012) en Andersson, Nilsson, & Adolfsson (2012) opgenomen in deze literatuurstudie.

Uit het artikel van Adolfsson et al. (2012) werd een artikel gevonden van Hutti (1998). Er werd verder gezocht naar deze auteur. Het artikel van van Hutti (2005) werd opgenomen in deze literatuurstudie.

Uit de NICE-richtlijn (2012) werd het artikel van Séjourné, Callahan, & Chabrol (2010) opgenomen in deze literatuurstudie.

Uit de referenties van Séjourné (2010) is verder gezocht naar artikels van Abboud met een limiet van tien jaar. Het artikel van Abboud & Liamputtong (2005) werd opgenomen in deze literatuurstudie.

Vervolgens werd er verder gezocht op de auteur Adolfsson met een limiet van tien jaar. Het artikel van Adolfsson, Berterö, & Larsson (2006) werd opgenomen in deze literatuurstudie.

Uit de referenties van Hutti (2005) is verder gezocht naar artikels van Murphy met een limiet van tien jaar. Het artikel van Murphy & Merrell (2009) werd opgenomen in deze literatuurstudie.

In verschillende artikels (Andersson et al., 2012; Murphy & Merrell, 2009; Musters et al., 2013; Musters et al., 2011; Ockhuijsen et al., 2014) wordt verwezen naar publicaties van Rai en Regan. Deze auteurs benaderen herhaald miskraam vanuit een medisch gezichtspunt. Hun publicatie in *The Lancet* (Rai & Regan, 2006) werd opgenomen als achtergrondartikel in deze studie. Er werd verder gezocht naar publicaties van beide auteurs. Voor Regan leverde dit 42 hits op, waaruit het artikel van Callander, Brown, Tata, & Regan (2007) werd opgenomen in deze literatuurstudie.

Kwaliteitscontrole

De onderzoeken die werden geselecteerd zijn relevant voor de onderzoeksvraag. Alle artikels werden beoordeeld op kwaliteit. Er zijn enkele reviews gebruikt waardoor de reproduceerbaarheid van het onderzoek vergroot wordt. Bij de controle van de kwaliteit werd er gekeken naar interne validiteit bij kwantitatief onderzoek of geloofwaardigheid (credibility) bij kwalitatief onderzoek; externe validiteit bij kwantitatief onderzoek of toepasbaarheid (applicability) bij kwalitatief onderzoek; betrouwbaarheid bij kwantitatief onderzoek of overeenstemming in de gegevens (consistency en neutraliteit) bij kwalitatief onderzoek.

Er werden zeven kwalitatieve onderzoeken gebruikt voor deze literatuurstudie: Abboud & Liamputtong (2005), Adolfsson et al. (2012), Andersson et al. (2012), Murphy & Merrell (2009), Musters et al. (2011), Ockhuijsen et al. (2013) en Ockhuijsen et al. (2014).

Er werden acht kwantitatieve onderzoeken gebruikt voor deze literatuurstudie: Adolfsson et al. (2006), Callander et al. (2007), Fertl et al. (2009), Francisco et al. (2014), Liddell et al. (1991), Musters et al. (2013), Serrano & Lima (2006) en Séjourné et al. (2010).

Daarnaast werd er een review gebruikt van Hutti (2005).

In deze literatuurstudie werden verschillende richtlijnen gebruikt als achtergrondinformatie: (ACOG, 2015; NICE, 2012; NVOG, 2007; RCOG, 2011)

In totaal werden zestien artikels gebruikt voor het schrijven van deze literatuurstudie.

Resultaten

In deze literatuurstudie worden er drie fases rondom herhaald miskraam onderscheiden: de periode na het miskraam, de preconceptionele periode en de prille zwangerschap. Voor elk van deze fases wordt een overzicht gegeven van de emoties en copingstrategieën van koppels, van de zorg die koppels willen, en van de rol die zorgverleners kunnen spelen voor deze koppels. De reactie op de emoties en de wijze waarop dat vorm krijgt in gedrag wordt een copingstrategie genoemd (Ockhuijsen et al., 2013).

De periode na het miskraam

Emoties en coping

Na miskramen, zowel een eenmalig als herhaald, kunnen koppels verschillende emoties doormaken. Deze worden hier verder besproken, samen met de copingstrategieën die de koppels hanteren.

Een review van Hutti (2005) beschrijft de emoties en coping na perinataal verlies. Dit kan zowel een miskraam als een mors in utero of neonatale sterfte zijn. Een van de meest voorkomende emoties na een perinataal verlies is angst. Dit is niet altijd angst voor iets in het bijzonder, hoewel er ook angst naar een volgende zwangerschap toe wordt vermeld, die kan leiden tot een depressie.

In het onderzoek van Callander et al. (2007) wordt ook over angst en depressie gesproken. Aan deze studie namen 62 vrouwen deel die allen herhaald miskraam hadden doorgemaakt, variërend tussen 2 en 18 miskramen. Het doel van de studie is om door middel van vragenlijsten en interviews na te gaan wat de relatie is tussen *counterfactual thinking*, angst, toekomstplannen, en het zoeken naar betekenis na herhaald miskraam. *Counterfactual thoughts* zijn gedachten die niet rationeel zijn, en in strijd zijn met de werkelijkheid. Vrouwen gaan hierbij een bepaalde gebeurtenis opnieuw simuleren in hun hoofd: hoe het geweest zou kunnen of zou moeten zijn. Er werd een positieve relatie gevonden tussen opwaarts *counterfactual thinking* en angst en bezorgdheid. Dit wil zeggen dat vrouwen erg bezig waren met wat ze anders hadden moeten doen om een miskraam te voorkomen, maar dat deze gedachten hen verdrietig, angstig en onzeker maakte.

De onderzoekers spreken in deze studie niet concreet over copingstrategieën, maar beschrijven wel hoe de deelnemers omgingen met angst en depressie die zich kan voordoen na herhaald miskraam: *counterfactual thoughts* (77.4%), gedachten over de toekomst (82.3%), aanvaarding van de miskramen (74.2%), verdergaan met hun leven (74.2%), voordeel halen uit hun ervaring (71%) en zin halen uit die ervaring (48.4%)

Een Brits etnografisch onderzoek (Murphy & Merrell, 2009) beschrijft de ervaringen van acht vrouwen die waren opgenomen op een gynaecologie-afdeling omwille van een

miskraam. De vrouwen hadden één of meerdere miskramen meegemaakt. Ook zorgprotocollen, gesprekken met zorgverleners en participerende observatie vormden een bron van informatie. Rouw was het grootste thema dat naar voren kwam. Dit gaf soms aanleiding tot depressieve gevoelens en het verlies van een doel in het leven van de vrouw. Ook verdriet, schuldgevoelens en een gevoel van leegheid werden gemeld door de vrouwen.

De terugkeer naar normaal en verder gaan met het leven worden zowel in de studie van Murphy en Merrell (2009) als van Séjourné et al. (2010) besproken. Deze laatste studie is een via internet uitgevoerde survey op Franstalige fora rond zwangerschap en medische zaken. De studie werd uitgevoerd om vrouwen met miskraamervaringen aan het woord te laten betreffende de zorg die zij wenselijk vonden na een miskraam. 305 Franstalige vrouwen namen deel. In dit onderzoek werden analyses uitgevoerd voor drie subgroepen: vrouwen die een medische behandeling nodig hadden na het miskraam, vrouwen die gehospitaliseerd waren geweest, en vrouwen die meerdere miskramen hadden gehad. Ook in deze studie komt angst naar voren, vooral de angst voor een volgende zwangerschap en voor de fysieke en psychologische gevolgen van een miskraam. De meest gebruikte copingstrategie die naar voren komt, is informatie zoeken (93%), vooral bij vrouwen die een medische behandeling hadden gehad of meerdere miskramen hadden doorgemaakt. Verder zochten vrouwen steun bij hun partner (86%), namen ze deel aan internetfora (81%), lazen ze over miskramen (76%), zochten ze afleiding (75%), praatten ze met mensen in hun sociale omgeving (70%) en andere vrouwen die ook een miskraam hadden doorgemaakt (64%). Een minderheid contacteerde een psycholoog (15%) of organisaties die met miskramen te maken hadden (1%).

In een Nederlandse studie van Ockhuijsen et al. (2014) volgens de methodologie van grounded theory werden 24 vrouwen die een eenmalig of herhaald miskraam hadden doorgemaakt, geïnterviewd vanaf het moment dat ze 8 weken zwanger waren. De studie onderzocht hoe de vrouwen zich voelden tijdens de wachtperiodes na het miskraam, tijdens de conceptieperiode en tijdens een vroege zwangerschap en welke copingstrategieën ze gebruikten. De auteurs beschrijven dat vrouwen onzekerheid ervaarden na een miskraam. Dit gevoel nam toe met het aantal miskramen, de leeftijd en ook het kennen van koppels met fertiliteitsproblemen in de onmiddellijke omgeving. De vrouwen ervaarden ook angst en verdriet. Ze voelden zich boos, machteloos en teleurgesteld. Ze hadden het gevoel dat ze gefaald hadden en dat ze de controle verloren waren over een belangrijk doel in hun leven: het krijgen van een kind.

Ook in deze studie wordt zoeken naar informatie beschreven als copingstrategie: de vrouwen wilden graag een verklaring vinden voor het miskraam. Ze zochten informatie op het internet, in boeken en bij vrienden. Als ze geen medische verklaring konden vinden over de oorzaak zorgde dit soms voor opluchting, maar zochten zij hierna vaak de

oorzaak bij zichzelf. Andere copingstrategieën die worden beschreven zijn het waarderen van de positieve dingen in hun leven en het zoeken van sociale ondersteuning. Die sociale ondersteuning zochten vrouwen zowel bij hun partner, ouders en goede vrienden als bij andere vrouwen die miskramen hadden doorgemaakt (Ockhuijsen et al., 2014). Dit komt overeen met de resultaten van Séjourné et al. (2010).

In een Portugese studie van Serrano en Lima (2006), waaraan 30 koppels deelnamen die allen minstens drie opeenvolgende herhaalde miskramen hadden doorgemaakt, werden met de *Perinatal Grief Scale* (PGS) en de *Impact of Events Scale* (IES) stress en rouw gemeten na herhaald miskraam. De PGS meet verdriet, bezorgdheid en wanhoop. De IES meet de impact van een specifieke stressor, in dit geval herhaald miskraam. De impact wordt gemeten op basis van het gedragspatroon van de persoon. Deze kan vermijdend gedrag stellen door bijvoorbeeld te proberen niet aan de baby te denken, of indringend gedrag door bijvoorbeeld te dromen over de baby. Er werd een onderscheid gemaakt tussen man en vrouw. Uit deze studie blijkt dat vrouwen meer vermijdend gedrag en indringend gedrag vertoonden, meer stress ervaarden, en hoger scoorden op de PGS dan mannen. De relatie van de koppels werd onderzocht met behulp van de *Intimate Relationship Scale*. Deze meet veranderingen in intimiteit en seksualiteit op cognitief, fysiek en persoonlijk vlak. Verder werd ook de *Partnership Questionnaire* gebruikt, die de kwaliteit van de relatie meet aan de hand van geruzie, tederheid en communicatie. Uit deze onderzoeken blijkt dat vrouwen de kwaliteit van hun relatie hoger inschatten dan hun partners, terwijl mannen meer behoefte aan seks hadden dan hun vrouw. Herhaald miskraam had een negatief effect op de seksuele relatie, maar een positief effect op de communicatie en intimiteit.

In de review van Hutti (2005) wordt gemeld dat er meer problemen optreden in de relatie na perinataal verlies: er kan sprake zijn van meer afstandelijkheid, minder liefde, communicatie en ondersteuning door de partner, minder (zin in) seks, en meer sociale isolatie.

In een fenomenologische studie van Abboud en Liamputtong (2005) werden zes koppels thuis geïnterviewd over hun ervaringen na een miskraam. Bij twee van deze koppels was er sprake van herhaald miskraam. Man en vrouw werden apart geïnterviewd. De vrouwen in deze studie ervaarden veel steun van hun partner en dit hielp hen om een meer positief perspectief te krijgen. Als copingstrategieën gebruikten ze zichzelf overtuigen dat het niet hun fout was en dat ze een nieuwe kans op een kind zouden krijgen. Daarnaast gebruikten ze enkele fysieke strategieën zoals rusten, bezig blijven en voor eventuele andere kinderen zorgen. De mannen vonden dat hun rol tijdens het doormaken van het miskraam vooral ondersteunen en aanmoedigen inhield. Ook wanneer ze het zelf moeilijk hadden, wilden ze sterk blijven voor hun vrouw en dachten ze vooral aan de pijn die zij doormaakte. Hun copingstrategie was proberen om het miskraam niet te bezien als een

groot probleem, en er niet teveel over te piekeren. De mannen hielden zichzelf bezig en pakten het normale leven op als afleiding.

Wat koppels willen

Een antwoord op de vraag wat vrouwen willen na een miskraam kan worden gevonden in de studie van Séjourné et al. (2010). Vrouwen gaven aan een grondig gesprek met een arts (87%) en de mogelijkheid om steeds telefonisch contact te kunnen opnemen met een zorgverlener (70%) zeer nuttig te vinden. Verbeterde opvolging door een verpleegkundige of vroedvrouw en groepstherapie werd door 64% van de vrouwen als zeer nuttig beschouwd. In de subgroep van vrouwen die meerdere miskramen hebben doorgemaakt, werd de interventie 'naam en contactgegevens van een psycholoog of psychiater' vaker als zeer nuttig beschouwd.

Vrouwen gaven in de studie van Abboud en Liamputtong (2005) aan dat zij veel steun ervaarden van familieleden en vrienden, en soms ook van mensen in de grotere gemeenschap. Koppels hadden daarnaast ook behoefte aan contact met zorgverleners, vooral artsen. Dit komt overeen met het onderzoek van Séjourné et al. (2010), maar Abboud en Liamputtong (2005) voegen hieraan toe dat een empathische, warme houding van de zorgverlener voor de koppels veel verschil maakte en een lichtpunt kon zijn in deze moeilijke periode. Ook wanneer vrouwen al bloed verloren, hadden zij nog behoefte aan een echo ter bevestiging van het miskraam. Dit wordt bevestigd in de studie van Murphy en Merrell (2009).

Een terugkerend antwoord op de vraag wat vrouwen willen na miskramen is informatie. Eenduidige informatie werd heel belangrijk gevonden; tegenstrijdige informatie maakte koppels onzeker (Abboud & Liamputtong, 2005). In een Franse internetsurvey (Séjourné et al., 2010) gaf 86% van de vrouwen aan dat zij de informatie die zij kregen tijdens hun medische opvolging onvoldoende vonden om het miskraam te verwerken. Het gebrek aan informatie over de psychologische aspecten van het miskraam werd door 69% van de vrouwen als frustrerend ervaren.

Wat zorgverleners kunnen bieden

Uit de studie van Murphy en Merrell (2009) op de gynaecologie-afdeling komt naar voren dat vrouwen met een miskraam hier soms minder prioriteit kregen omdat hun problemen niet acuut waren. Hierdoor voelden zij zich soms in de steek gelaten. De verpleegkundigen zagen de nood van de vrouw wel degelijk, maar hadden onvoldoende tijd om hieraan tegemoet te komen.

In de Australische fenomenologische studie van Abboud en Liamputtong (2005) hadden de vrouwen uiteenlopende ervaringen met zorgverleners. In publieke ziekenhuizen werd de vrouw na het miskraam bijvoorbeeld onderzocht door verschillende studenten. Dit werd als zeer pijnlijk en vervelend ervaren. In dit onderzoek wordt ook genoemd dat

koppels het prettig vinden wanneer de huisarts bij de zorg wordt betrokken; de relatie met de huisarts was meestal persoonlijk en gericht op de noden van de vrouw.

Murphy en Merrell (2009) beschrijven daarnaast dat zorgverleners vaak de nadruk legden op correcte zorg: de vrouwen helpen met de fysieke gevolgen van het miskraam en een effectieve behandeling hiervan, terwijl de vrouwen juist de nasleep van het miskraam, de periode nadat zij uit het ziekenhuis zijn ontslagen, heel belangrijk vonden. Veel vrouwen ervoeren rouw. Zorgverleners herkenden en erkenden dit gevoel, maar waren bang om veronderstellingen te doen over de gevoelens van vrouwen, omdat iedere vrouw verschillend is. Verdriet en rouw zijn bijvoorbeeld veel voorkomende emoties, maar de zorgverlener kan er niet vanuit gaan dat iedere vrouw dit zo ervaart: sommige vrouwen kunnen opgelucht zijn met een miskraam, omdat de zwangerschap ongewenst was. In het artikel worden de drie grote lijnen van wat zorgverleners vrouwen kunnen bieden na een miskraam beschreven: informatie, contact en bevestiging.

Twee artikels (Adolfsson et al., 2006; Hutti, 2005) doen specifieke suggesties voor vroedkundige of verpleegkundige interventies die na miskramen nuttig kunnen zijn.

In de Zweedse prospectieve gerandomiseerde studie uit 2006 van Adolfsson et al. werd onderzocht of een gestructureerd bezoek aan een vroedvrouw 21-28 dagen na het miskraam zorgde voor een vermindering van het verdriet bij de vrouw. Van de 88 deelnemers aan het onderzoek hadden 22 vrouwen herhaald miskramen gehad. De vrouwen in de onderzoeksgroep kregen een gestructureerd gesprek van 60 minuten aangeboden waarin werd gefocust op de ervaringen van de vrouw na het miskraam, hoe zij omging met het verlies. De vrouwen in de controlegroep kregen een routinebezoek van 30 minuten bij een van de vroedvrouwen uit een team van vijf. In dit gesprek werd gevraagd naar hun gezondheid en de complicaties die zij hadden na het miskraam. Wanneer de vrouw zelf begon over haar gevoelens, ging de vroedvrouw hierop in. Beide groepen vulden na het gesprek en vervolgens na drie maanden een verkorte versie van de PGS in, die verdriet, bezorgdheid en wanhoop meet. De vrouwen in de onderzoeksgroep scoorden bij de eerste meting hoger, maar bij de tweede meting lager op deze schaal. Er werd een grotere afname van actief verdriet (30% meer) en copingproblemen gemeten in deze groep. Vrouwen zonder kinderen hadden hogere PGS-scores.

In deze studie werd veel aandacht besteed aan de attitude van de vroedvrouw bij het gestructureerd gesprek: zij was emotioneel aanwezig en behandelde de vrouw met waardigheid, competentie en aandacht voor haar noden. De deelnemers van de onderzoeksgroep gaven aan dat het gestructureerde bezoek nuttig was voor hen: zij gaven het gesprek een gemiddelde score van 8,6 op 10 op een visueel-analoge schaal van 1 tot 10, terwijl de vrouwen in de controlegroep een gemiddelde score van 7,0 gaven.

De review van Hutti (2005) richt zich op interventies die koppels ondersteunen na perinataal verlies. Er worden een aantal voorbeelden gegeven van interventies die zorgverleners kunnen stellen. Verpleegkundigen kunnen professionele ondersteuning bieden; zij kunnen mannen aanmoedigen om hun verdriet te bespreken, omdat dit het rouwproces van de vrouw kan helpen. Ze kunnen het koppel helpen om triggermomenten te herkennen en te begrijpen in het eerste jaar na het verlies (een datum zoals verwachte bevallingsdatum kan opnieuw gevoelens van verdriet en rouw oproepen), helpen hun gevoelens met elkaar te delen en de verschillen in rouwverwerking te erkennen, en het koppel inzicht geven in het effect van het verdriet op hun libido. Ook met betrekking tot de sociale omgeving kan de verpleegkundige een ondersteunende rol spelen. Zij kan het koppel aanmoedigen om hulp te vragen en te aanvaarden en hen wijzen op lotgenotengroepen, hoewel deze niet voor ieder koppel even nuttig zijn.

Bij pathologisch verdriet, dat langer duurt of intenser is dan te verwachten valt, kan de zorgverlener besluiten dat een koppel meer baat heeft bij professionele counseling.

De preconceptionele periode

De preconceptionele periode is de periode waarin het koppel een actieve zwangerschapswens heeft.

Emoties en coping

De wachtperiode voor een volgende zwangerschap na miskramen is een enerverende tijd. Vrouwen ervaren verschillende emoties in deze periode. In een Nederlandse studie van Ockhuijsen et al. (2013) volgens de methodologie van grounded theory, werd bij twee focusgroepen (vier vrouwen met enkel miskraam, vijf met herhaald miskraam) onderzocht hoe vrouwen omgaan met het wachten op een bevestiging van een zwangerschap. Deze studie en een latere studie van dezelfde auteur (Ockhuijsen et al., 2014) beschrijven dat vrouwen angst hadden voor en onzeker waren over de toekomst. Ze vreesden om nooit meer zwanger te kunnen worden.

Een tweede emotie is jaloezie. In het onderzoek van Ockhuijsen et al. (2014) gaven vrouwen aan dat ze zich jaloers voelden. Ze vonden het moeilijk om geconfronteerd te worden met zwangere vrouwen en baby's. Wanneer de vrouwen echter zelf opnieuw zwanger werden, verdween dit gevoel.

Dit onderzoek beschrijft ook dat vrouwen in deze wachtperiode afleiding zochten als copingstrategie. Vrouwen gaven aan dat ze zich concentreren op hun werk, sport en vakantieplannen. In dit onderzoek probeerden vrouwen om te gaan met hun onzekerheid en angst voor de toekomst door controle te zoeken tijdens de wachtperiode naar een nieuwe zwangerschap. Dit deden ze door hun levensstijl aan te passen door een lange tijd vitamines en foliumzuur te nemen, te stoppen met het drinken van alcohol en geen

rauwe groenten te eten. Ze probeerden ook het moment van seksuele betrekkingen te plannen door hun vruchtbare venster te bepalen aan de hand van ovulatietesten en temperatuurmetingen. Een tweede manier om controle te verkrijgen is zoeken naar ondersteuning. Deze vrouwen zoeken sociale en medische hulp, en alternatieve hulp zoals psychologen, homeopaten en yogaleerkrachten.

Wat koppels willen

Vrouwen geven aan dat ze in de wachtperiode naar een nieuwe zwangerschap behoefte hebben aan ondersteuning. In de fenomenologische studie van Musters et al. (2011) werden vijftien vrouwen die twee of meer miskramen hebben ervaren, geïnterviewd. Ze waren allemaal actief bezig om opnieuw zwanger te geraken. De vrouwen kregen eerst een open vraag: welke zorg zouden ze wensen in een nieuwe zwangerschap? Vervolgens werd een aantal interventies voorgesteld, zoals levensstijladvies gegeven door de gynaecoloog, opvolging door dezelfde gynaecoloog en emotionele ondersteuning door de gynaecoloog. Deze vrouwen gaven aan dat zij counseling door een sociale werker wensten, zowel vlak na het miskraam als bij het wachten op een nieuwe zwangerschap als tijdens een nieuwe zwangerschap. Ze verkozen counseling door een sociale werker die reeds ervaring heeft met het counselen van vrouwen die te maken kregen met een herhaald miskraam boven counseling door een psycholoog.

Dat vrouwen behoefte hebben aan ondersteuning in de wachtperiode tussen het miskraam en een nieuwe zwangerschap, werd bevestigd in de onderzoeken van Ockhuijsen et al. (2013, 2014). De vrouwen in deze studies hadden veel medische vragen en ze vonden de ondersteuning die door de ziekenhuizen geboden werd te beperkt. Ondersteuning door professionele zorgverleners zou kunnen helpen (Ockhuijsen et al., 2013; Ockhuijsen et al., 2014). Ockhuijsen et al. (2013) evalueert daarnaast een interventie, de Positive Reappraisal Coping Intervention (PRCI). Deze bestaat uit het dagelijks lezen van tien positieve uitspraken lezen om een positieve herwaardering van de situatie aan te moedigen. De vrouwen ervoeren dit als een positieve interventie, maar gaven aan dat zij deze effectiever zouden vinden in combinatie met het bijhouden van een dagboek.

De review van Hutti (2005) beschrijft dat vrouwen behoefte hebben aan zorgverleners zoals verpleegkundigen die hen de risico's en voordelen uitleggen van opnieuw zwanger worden binnen een bepaalde termijn.

Een nieuwe prille zwangerschap

Emoties en coping

Het doormaken van een miskraam is een grote teleurstelling. De pijn hiervan is tijdens een nieuwe zwangerschap vaak nog niet verdwenen, blijkt uit een Zweedse kwalitatieve studie (Andersson et al., 2012) waaraan dertien zwangere vrouwen deelnamen, die

minstens één miskraam hadden doorgemaakt en nu 9-12 weken zwanger waren. In deze studie werd de vraag gesteld hoe de vrouwen omgingen met hun gevoelens tijdens de nieuwe zwangerschap. Een nieuwe zwangerschap bracht voor vrouwen met een voorgeschiedenis van herhaald miskraam veel emoties met zich mee. De vrouwen waren blij dat het was gelukt om zwanger te raken. Zij ervoeren echter ook twijfels, onzekerheid en gemengde gevoelens door hun eerdere zwangerschapsverlies.

Deze gemengde gevoelens worden ook beschreven in het kwalitatieve onderzoek van Adolfsson et al. (2012) met een inductieve aanpak, waaraan veertien zwangere vrouwen deelnamen. In deze studie is een duidelijk onderscheid zichtbaar tussen vrouwen die kinderloos zijn en vrouwen die een of meer levende kinderen hebben. Vrouwen die al eerder een kind hadden gekregen, namen deze positieve ervaring mee. De aanwezigheid van subjectieve zwangerschapsklachten zorgt voor een zekere geruststelling maar kan niet alle angsten wegnemen. De studie van Ockhuijsen et al. (2014) beschrijft dat vrouwen in het begin van de nieuwe zwangerschap positieve gevoelens en geluk ervoeren, vaak door de bevestiging van de zwangerschap met een echo. Al snel kregen zij echter gemengde gevoelens, die leidden tot onzekerheid. Hoe meer miskramen de zwangere vrouw reeds had doorgemaakt, hoe minder positieve gevoelens en hoe meer negatieve gevoelens en onzekerheid zij ervoerde.

In de prospectieve, longitudinale survey van Fertl et al. (2009) werd onderzocht wat het niveau is van zwangerschaps-gerelateerde angst (*pregnancy-related fear*; PRF) en algemene ongerustheid (*state anxiety*; STA) bij zwangeren die voorafgaand miskramen hebben doorgemaakt. De PRF werd gemeten met behulp van een vragenlijst, waarbij de attitude ten opzichte van zwangerschap, seksualiteit en bevalling werd geëvalueerd. De STA werd gemeten op vier momenten tijdens zwangerschap en postpartum. Hierdoor werd het verloop van ongerustheid gemeten over de perinatale periode. Voor vrouwen die al een miskraam hadden doorgemaakt was er een significant verschil in STA voorafgaand aan ($p = 0,042$) en na ($p = 0,006$) de zwangerschapsweek waarin het de zwangerschap de vorige keer was misgelopen. Voor de vrouwen die een of meerdere miskramen hadden doorgemaakt, behoorde angst tot een algemeen patroon: het maakte deel uit van hun dagelijks leven, of het was gedurende de gehele zwangerschap aanwezig. De zwangere vrouwen die herhaald miskraam hadden doorgemaakt hadden minder vertrouwen in hun eigen fertiliteit. Dit kan volgens de onderzoekers leiden tot inefficiënte copingstrategieën. De vrouwen vinden het moeilijk om over deze angst heen te komen na herhaald miskraam.

In andere studies blijkt dat zwangere vrouwen bezorgd zijn en vrezen dat ze een miskraam uitlokken door hun voedingspatroon of dat ze de foetus verwonden door hun gedrag (Adolfsson et al., 2012; Francisco et al., 2014).

In een Braziliaanse prospectieve case control-studie (Francisco et al., 2014) werd met behulp van zelf ontwikkelde vragenlijsten het verschil onderzocht tussen vrouwen die een herhaald miskraam hadden meegemaakt en vrouwen die geen miskraam hadden gehad, met een focus op het voorkomen van depressieve symptomen en de seksuele relatie tijdens de zwangerschap. Het onderzoek werd uitgevoerd onder 105 kinderloze zwangeren; 55 in de herhaald-miskraamgroep (RSA-groep) en 50 in de controlegroep. In de RSA-groep komt tweemaal zoveel depressie voor en maken vrouwen zich meer zorgen om de foetus te schaden tijdens seksuele betrekkingen in het begin van de zwangerschap. Hun seksleven scoort op de meeste punten lager dan dat van de controlegroep.

De kwalitatieve studie van Ockhuijsen et al. (2014) beschrijft het copingstrategie *bracing* tijdens een nieuwe zwangerschap: zich voorbereiden op het ergste. Dit mechanisme omvat in het hier en nu leven, afstand doen van gedachten over de zwangerschap en het vermijden van het krijgen van een binding met de foetus. *Bracing* wordt ook wel gedefinieerd als een toekomst-georiënteerde copingstrategie: de vrouw voorkomt teleurstellingen door zich voor te bereiden op het ergste. In een eerdere studie van Ockhuijsen et al. (2013) wordt *bracing* eveneens beschreven als copingstrategie. Er wordt in deze studie een onderscheid gemaakt in de manier waarop *bracing* werd gebruikt door de groep met enkel of herhaald miskraam. De groep van eenmalig miskraam paste *bracing* toe om huidige zwangerschap op een andere manier te beleven dan de vorige zwangerschap, die tot een miskraam leidde. De groep van herhaald miskraam paste *bracing* toe om zich voor te bereiden op een mogelijke ongunstige uitkomst van hun zwangerschap.

Deze copingstrategie, *bracing*, vertoont veel overeenkomst met de copingstrategie afstand nemen van de zwangerschap die in andere onderzoeken wordt beschreven (Adolfsson et al., 2012; Andersson et al., 2012). Dit is een manier voor vrouwen om zichzelf te beschermen tegen teleurstelling van een eventuele miskraam. Ze vermeden het maken van plannen voor de toekomst en het vertellen aan vrienden. (Andersson et al., 2012). In de studie van Adolfsson et al. (2012) wordt vermeld dat vrouwen, ondanks dat ze zich distantieëren van de realiteit van de zwangerschap, toch graag de vreugde en het geluk van de vruchtbare periode willen ervaren.

Naast het afstand nemen van de huidige zwangerschap blijkt uit verschillende onderzoeken dat een veelgebruikte copingstrategie is dat vrouwen zich juist focussen op de zwangerschapssymptomen tijdens hun prille zwangerschap na het doormaken van een of meerdere miskramen. Zwangerschapssymptomen als nausea, borstspanning en moeheid werden als geruststellend ervaren. Het ontbreken van deze zwangerschapssignalen of de aanwezigheid van bloedverlies daarentegen was zeer verontrustend (Adolfsson et al., 2012; Andersson et al., 2012; Ockhuijsen et al., 2014). Uit een van de studies blijkt dat vrouwen die voorheen een succesvolle zwangerschap

hebben doorgemaakt, de zwangerschapssymptomen effectiever kunnen peilen. Deze vrouwen kunnen hun angst beter onder controle houden, doordat zij de zwangerschapssymptomen associëren met een gezonde en succesvolle zwangerschap. (Andersson et al., 2012).

Wat zorgverleners kunnen bieden

Een studie die een grote impact heeft gehad op de manier waarop de begeleiding van de vroege zwangerschap van vrouwen met een voorgeschiedenis van onverklaard herhaald miskraam wordt vormgegeven, is die van Liddell et al. (1991). Dit explorerende patiënt-controleonderzoek bestudeerde de zwangerschapsuitkomsten van 52 vrouwen. Gemiddeld hadden deze vrouwen vier miskramen gehad. 42 vrouwen ontvingen formele ondersteunende zorg in de kliniek van de onderzoekers, de andere tien vrouwen werden opgevolgd door hun eigen arts.

De ondersteunende zorg was zeer uitgebreid: de vrouwen kregen wekelijks HCG- en progesteronmetingen en echo's en werden aangemoedigd om de echobeelden te bekijken. Ze werden steeds opgevolgd door dezelfde arts en verpleegkundige, zodat er continuïteit van zorg was en eenduidigheid in de gegeven adviezen. Ze volgden wekelijks relaxatiekinesitherapie en kregen een relaxatie-tape om dagelijks te gebruiken. In het ziekenhuis was een aangepast gedecoreerde ruimte beschikbaar voor de vrouwen wanneer zij behoefte hadden aan opname, bijvoorbeeld rond de tijd van hun laatste miskraam. Er was veel ruimte voor de beleving van de vrouwen. Wanneer het eerste trimester of de periode waarop de eerdere zwangerschappen misliepen voorbij was, werden de vrouwen overgedragen naar de reguliere zorg. De vrouwen in de onderzoeksgroep gaven aan dat zij veel waardering hadden voor het programma.

De resultaten van dit zorgconcept waren positief: van de 44 zwangerschappen (twee vrouwen raakten tweemaal zwanger) leidden er 38 tot een evolutieve zwangerschap. Van de zes miskramen in deze groep waren er slechts twee onverklaard. In de controlegroep raakten negen van de tien vrouwen zwanger. Zes van hen kregen een miskraam, de overige drie hadden een evolutieve zwangerschap. Hoewel deze resultaten niet gegeneraliseerd kunnen worden, kan volgens de auteur wel worden gesteld dat deze vorm van holistische ondersteunende zorg een positief effect heeft op vrouwen die te maken hebben gehad met herhaald miskraam, en dat het een veilige vorm van zorg is voor vrouwen met herhaald miskraam. Bij eerdere studies, waarbij medische of heelkundige ingrepen werden onderzocht voor vrouwen met herhaald miskraam, werden niet dusdanig eenduidige resultaten bekomen.

Wat koppels willen

Het concept van ondersteunende zorg voor vrouwen met herhaald miskraam zoals Liddell et al. (1991) dit voorstelde, is verder uitgewerkt in de studies van Musters et al. (2011,

2013). In het tweede onderzoek (2013) worden de resultaten van het kwalitatieve eerste onderzoek gekwantificeerd; de interventies die naar voren kwamen uit het fenomenologische onderzoek werden met behulp van een vragenlijst aan 171 vrouwen met herhaald miskraam voorgelegd. In deze survey konden vrouwen voor 41 zorgopties aangeven of ze daar geen behoefte aan hadden, er neutraal tegenover stonden of dat ze deze optie prefereerden.

In beide studies werden de interventies ingedeeld in drie domeinen: medisch ondersteunende zorg, niet-medisch ondersteunende zorg, en andere vormen van ondersteunende zorg. In het domein medische zorgen kozen vrouwen voor een aantal opties die zij wenselijk vonden, zoals een plan maken voor het eerste trimester met de gynaecoloog, een arts zien die bekend was met hun obstetrische voorgeschiedenis, steeds dezelfde arts of maximaal twee verschillende artsen zien en de arts als bron van informatie. Ook kozen zij ervoor om snel na de positieve zwangerschapstest en bij klachten direct een echo te krijgen, en in het eerste trimester tweewekelijks een echo. Zorgopties die minder werden gekozen, waren het gebruik van medicatie, informatie van internet of ervaringsdeskundigen, en opname in het ziekenhuis. Deze laatste optie werd vaker gekozen bij vrouwen die tot etnische minderheden behoren.

Bij de niet-medisch ondersteunende zorg gaven vrouwen de voorkeur aan een arts die hen serieus nam, luisterde, begripvol en empathisch was en uitleg gaf over de voortgang van de zwangerschap. Een minderheid van de vrouwen gaf aan behoefte te hebben aan counseling door een psycholoog (19%), gespecialiseerde verpleegkundige (28%) of sociaal werker (14%). Van de overige zorgopties had de onderzoeksgroep een voorkeur voor steun van vrienden en in iets mindere mate ook van familie. 61% van de vrouwen gaf aan behoefte te hebben aan een gesprek met iemand na het miskraam. Alternatieve therapieën, zoals yoga (32%), relaxatietapes (20%) en alternatieve therapie (34%) en medicatie (27%) werden niet vaak gekozen (Musters et al., 2013).

Het Zweedse kwalitatieve onderzoek van Adolfsson et al. (2012) beschrijft de emoties van vrouwen met een voorgeschiedenis van herhaald miskraam, wanneer zij opnieuw zwanger zijn. Veel van de resultaten van Adolfsson et al. (2012) komen overeen met die van Musters et al. (2011, 2013). Vrouwen gaven de studie van Adolfsson et al. (2012) eveneens aan dat zij veel waarde hechtten aan goede informatie van de zorgverlener. Steun van vrienden en familie was belangrijk, in het bijzonder contact met vriendinnen met gelijkaardige ervaringen. Daarnaast meldden zij dat een vroeg extra bezoek aan de vroedvrouw eveneens als positief werd ervaren. De vroege echo die een evolutieve zwangerschap bevestigt, was voor de vrouwen heel belangrijk. Een gelijkaardige Zweedse studie (Andersson et al., 2012) bevestigt dat vrouwen na herhaald miskraam behoefte hebben aan vroege en frequente echo's en vermeldt dat de eerste bevestiging van de zwangerschap met echo door veel vrouwen als een mijlpaal wordt ervaren. De vrouwen in deze studie hadden daarnaast ook behoefte aan professionele en sociale

steun. Het eerdere verlies was nog niet altijd goed verwerkt, ze wilden hier graag over praten met een professional, maar wisten niet goed met wie. Een boeking in de twaalfde week van de zwangerschap ervaarden zij als te laat. Ze wilden graag van een professional horen dat ze zich geen zorgen hoefden te maken en bevestigd krijgen dat zij de vorige miskramen niet zelf hadden veroorzaakt of nu iets hadden gedaan dat de huidige zwangerschap zou kunnen schaden.

Adolfsson et al. (2012) beschrijft dat vrouwen tijdens de nieuwe zwangerschap soms nog rouwden om de verloren zwangerschappen. Ze voelden zich kwetsbaar. Opvolging door een luisterende, sensitieve vroedvrouw was voor deze vrouwen daarom van groot belang; wanneer de vrouwen zich niet gehoord voelden, raakte de relatie tussen zwangere en vroedvrouw verstoord.

Discussie

Het doel van deze literatuurstudie is om een beeld te geven van de zorg waaraan koppels behoefte hebben na een herhaald miskraam en welke rol de vroedvrouw kan spelen in deze zorg. Uit de literatuur blijkt dat herhaald miskraam zowel fysiek als emotioneel een complex probleem is. Herhaald miskraam heeft ook een sterke weerslag op de preconceptionele periode en tijdens een nieuwe zwangerschap. Koppels hebben behoefte aan zorg en ondersteuning. In de literatuur zijn verschillende voorbeelden van deze zorg onderzocht.

Methodologie

In- en exclusiecriteria

Een van de moeilijkheden rond herhaald miskraam is dat er in verschillende bronnen andere definities van het begrip herhaald miskraam worden gehanteerd. Serrano en Lima (2006) definiëren herhaald miskraam als het verlies van minstens 3 opeenvolgende zwangerschappen voor de 22^e zwangerschapsweek. Callander et al. (2007) houden dezelfde definitie aan, maar zij spreken van een zwangerschapsverlies voor de 24^e zwangerschapsweek. Musters et al (2011, 2013) spreken van een herhaald miskraam vanaf 2 of meer zwangerschapsverliezen voor de 20^{ste} zwangerschapsweek. Ockhuijsen et al. (2014) spreekt over een miskraam wanneer dit verlies optreedt voor de 20^{ste} zwangerschapsweek.

Er zijn niet veel studies uitgevoerd naar de zorg waaraan koppels behoefte hebben na herhaald miskraam. Het is dus niet eenvoudig om hierover voldoende informatie te vinden. Daarom zijn er ook studies geïnccludeerd die niet specifiek gaan over herhaald miskraam (Adolfsson et al., 2012; Andersson et al., 2012, Séjourné et al., 2010). In sommige studies wordt het onderscheid tussen een of meerdere miskramen gemaakt (Abboud & Liamputtong, 2005; Fertl et al., 2009; Murphy & Merrell, 2009; Ockhuijsen et al. 2013, Ockhuijsen et al., 2014). In andere artikels is het aantal miskramen dat het koppel doormaakte niet gedefinieerd (Adolfsson et al., 2006; Hutti, 2005).

De onderzoeksvraag richt zich op de zorg voor koppels. Een aanzienlijk deel van de gebruikte artikels onderzoekt de zorg voor vrouwen, slechts drie artikels bekijken de zorg voor het koppel (Abboud & Liamputtong, 2005; Hutti, 2005; Serrano & Lima, 2006). Er is weinig literatuur te vinden over hoe koppels herhaald miskraam beleven. Verder onderzoek is wenselijk; de partner verliest immers ook een toekomstig kind.

Onderzoekspopulatie en design

Een studie die geïnccludeerd is maar niet specifiek over herhaald miskraam gaat, is de studie van Séjourné et al. (2010). Deze bestudeert welke zorg vrouwen nuttig vinden na een miskraam, waarbij 63% van de vrouwen een éénmalig miskraam had doorgemaakt.

Een kanttekening die geplaatst kan worden bij dit onderzoek, betreft de wijze waarop de onderzoekster haar onderzoekspopulatie verzamelde. Omdat zij hiervoor een oproep op Franstalige internetfora plaatste en zo haar deelnemers heeft geworven, valt niet na te gaan of de deelnemers effectief zwanger zijn geweest, en of er in dat geval sprake was van een pre-klinisch of klinisch miskraam. De resultaten van de studie lijken geloofwaardig omdat zij een relatief grote onderzoekspopulatie heeft (305 deelnemers), maar omdat de kwaliteit van deze groep niet gegarandeerd kan worden, is de externe validiteit van dit onderzoek niet erg hoog.

Het onderzoek van Musters et al. (2013) gebruikt in grote lijnen dezelfde opzet als dat van Séjourné et al. (2010): de vrouwen krijgen een vragenlijst voorgelegd met welke zorgopties zij prefereren. Musters heeft de deelnemers aan haar onderzoek benaderd in drie Nederlandse ziekenhuizen. De kwaliteit van haar onderzoekspopulatie is hiermee beduidend hoger dan die van Séjourné et al. (2010), zelfs al is de grootte van de groep aanzienlijk kleiner (n=171).

Bij beide onderzoeken kan worden opgemerkt dat de onderzoeksopzet die wordt gebruikt, namelijk de vrouwen te vragen welke zorg zij nuttig achten, zijn beperkingen kent. Is de zorg die vrouwen wenselijk achten ook effectief de zorg die zij afnemen, en zo niet, wat is hiervan dan de oorzaak? In de studie van Séjourné et al. (2010) zegt 48,5% van de vrouwen een systematisch follow-up gesprek met een psycholoog of psychiater na een miskraam zeer nuttig te vinden. Slechts 15% van de vrouwen bezocht zelf ook daadwerkelijk een psycholoog. Er is dus een verschil tussen wat vrouwen aangeven nuttig te vinden en wat ze zelf doen. In de studie van Musters et al. (2013) is dit niet verder uitgewerkt, maar het zou een interessante vervolgstudie kunnen zijn. Mogelijk is het ook van belang of de zorg aan de vrouwen wordt aangeboden, of dat zij het zelf moeten zoeken. Het is niet ondenkbaar dat het aanbod van de zorgopties de drempel verlaagt om hulp en ondersteuning te accepteren.

In de studie van Ockhuijsen et al. (2014) vermelden de onderzoekers dat de studie vooral is uitgevoerd onder vrouwen in dezelfde leeftijdscategorie, namelijk 27-38 jaar, en met een gelijkaardig opleidingsniveau. Emoties en copingstrategiën variëren sterk met de maternele leeftijd. Vrouwen met een hogere leeftijd hebben immers een verhoogde kans op miskramen (NVOG, 2007) en hebben daarnaast te maken met afnemende fertiliteit (Rai & Regan, 2006). Musters et al. (2013) beschrijft echter dat leeftijd geen verschil maakt voor de emoties en copingstrategiën, maar dat etniciteit wel invloed heeft op de behoeften van vrouwen. Aangezien het in dit onderzoek slechts om een kleine groep met een andere etniciteit gaat (16% van de participanten), is verder onderzoek wenselijk. In deze literatuurstudie wordt niet specifiek rekening gehouden met de leeftijd, etniciteit en opleiding van de vrouwen, omdat hier weinig onderzoek naar is gevonden. Het zou interessant kunnen zijn om verschillen hierin verder uit te diepen, zodat zorgverleners specifiekere zorg kunnen verlenen.

Het onderzoek van Adolfsson et al. (2006) gebruikt een onderzoeksgroep en een controlegroep van gelijkaardige grootte (n=43 en n=45). De controlegroep krijgt een standaardgesprek na het miskraam met een van de vroedvrouwen uit een team van vijf. Hierbij is niet vermeld of het gaat om vroedvrouwen die prenatale raadpleging doen of vroedvrouwen die gespecialiseerd zijn in miskramen. Bij de eerste meting wordt in de onderzoeksgroep gemiddeld een hogere PGS-score gevonden (45,8 versus 42,6 op *active grief*; 27,3 versus 26,0 op *difficulty in coping*). Zeker het verschil in *active grief* lijkt behoorlijk significant: het verschil tussen de twee groepen bij de eerste meting is groter dan het verschil tussen de twee groepen ná de interventie. De groepen zijn random gekozen in blokken van 10. Deze methode biedt geen verklaring voor het verschil. Daarnaast besluit de auteur uiteindelijk dat de resultaten van het onderzoek niet statistisch significant zijn. Zij wilde een verschil van 50% vinden in score tussen de twee groepen (met een P-waarde van <0,05) en had hierop de steekproefgrootte bepaald. Het verschil in score is echter kleiner (30%) en dientengevolge was een grotere onderzoeksgroep nodig geweest om dit resultaat als significant te duiden.

Adolfsson et al. (2006) geeft een aantal kenmerken weer van de onderzoeksgroepen, zoals leeftijd, eerdere kinderen, en medische klachten. Bij deze kenmerken wordt ook het aspect eerdere miskramen genoemd. 25% van de participanten aan het onderzoek heeft eerdere miskramen gehad. Het is voor deze literatuurstudie spijtig dat de auteur de PGS-score voor deze groep niet verder uitwerkt, terwijl het verschil in PGS-score bijvoorbeeld wél wordt gegeven voor nulliparae en multiparae.

De studie van Francisco et al. (2014) gebruikt een onderzoeksgroep en een controlegroep van gelijkaardige grootte (n=55 en n=50 zwangere vrouwen). De onderzoeksgroep bestaat uit vrouwen met een voorgeschiedenis van herhaald miskraam, de controlegroep uit vrouwen die nog nooit zwanger zijn geweest. Het onderzoek meet onder andere het verschil in seksuele beleving tussen beide. De groepen zijn echter niet volledig gelijkaardig: in de onderzoeksgroep woont 83% van de vrouwen samen met hun partner en is 16% alleenstaand, in de controlegroep woont 48% samen en is 52% alleenstaand. Dit verschil in leefsituatie heeft echter mogelijk ook een invloed op de seksuele beleving en dus op de resultaten van het onderzoek. Omdat het een Braziliaanse studie betreft, is het moeilijk om deze resultaten te interpreteren voor de Belgische situatie.

In de studie van Liddell et al. (1991) is de controlegroep zeer klein vergeleken met de onderzoeksgroep (10 vrouwen versus 42 vrouwen). De resultaten van de controlegroep kunnen hierom zeker niet worden veralgemeend. Zelf meldt de auteur al dat de controlegroep niet volledig representatief is. Deze groep is opgevolgd door hun eigen zorgverlener, in plaats van het volledige zorgprogramma van ondersteunende zorg te ontvangen. Wat voor zorg zij ontvingen, is niet verder gespecificeerd. In veel gevallen zal de zorgverlener bij een vrouw met herhaald miskraam echter extra zorg aanbieden

naast de standaard zwangerschapsoopvolging. Het is dus niet geheel duidelijk welke zorgtrajecten hier worden vergeleken.

Kwaliteit

Enkele studies zijn niet erg kwaliteitsvol. Zo werd de studie van Hutti et al. in 2005 gepubliceerd. Hutti (2005) verwijst in haar review veelvuldig naar vier eerdere publicaties van haar hand. Dit doet af aan de geloofwaardigheid van het secundaire onderzoek.

De auteur vermeldt echter niet hoe de data verzameld werden. Ze definieert begrippen als 'betere gezondheidsoutcome' en 'rolmodellen' niet nader. De onderzoekspopulatie in deze review is ruim: het betreft niet enkel rouw na miskraam, maar ook na doodgeboorte en neonatale sterfte. De begeleiding na elk perinataal verlies zou ongeacht de oorzaak goed uitgebouwd en theoretisch onderbouwd moeten zijn om dergelijke koppels te kunnen steunen. De grote lijnen van de studie zijn zeker toepasbaar op deze studie. Anderzijds is het moeilijk om concrete zorgplannen te formuleren naar aanleiding van het artikel.

Het onderzoek van Abboud en Liamputtong (2005) gebruikt een ongestructureerde, tamelijk open interviewopzet en bevraagt drie grote thema's aan de koppels. Vervolgens worden de antwoorden per thema uitgewerkt. De resultaten die worden gepresenteerd in het artikel bestaan vooral uit lange citaten uit de interviews; een duidelijke codering ontbreekt. De resultaten zijn hierdoor zeker heel goed leesbaar en herkenbaar, maar kunnen niet veralgemeend worden.

Resultaten

De studie van Musters et al. (2013) duidt slechts één zorgoptie aan tijdens de preconceptionele wachtperiode. Er zijn geen onderzoeken gevonden over wat zorgverleners kunnen bieden in deze periode, met als gevolg dat dit aspect van de zorg niet beschreven is in de literatuurstudie. In verschillende studies wordt aangegeven dat vrouwen juist veel behoefte hebben aan ondersteuning van zorgverleners in deze periode (Hutti, 2005; Musters et al., 2011; Ockhuijsen et al., 2013; Ockhuijsen et al., 2014), en ook Serrano en Lima (2006) spreken over het belang van follow-up care na herhaald miskraam. Verder onderzoek naar ondersteuning van koppels in de preconceptionele periode is daarom wenselijk. Musters et al. (2011) geeft aan dat zorgverleners betrokken zouden moeten worden in dergelijk onderzoek.

In de studie van Liddell et al. (1991) wordt een oorzakelijk verband gesuggereerd tussen stress en miskramen. Dit zou een verklaring kunnen bieden voor de goede resultaten van zijn ondersteunende-zorgconcept. Dit verband zou verder onderzocht moeten worden. In de review van Rai en Regan (2006) wordt hier verder op ingegaan: een zogeheten psychoneuroendocrien netwerk kan betrokken zijn bij miskramen, en bij muizen is er een verband aangetoond tussen stress en miskramen. De studie van Liddell et al. (1991), die

ouder is dan de review, gaat dus te kort door de bocht met de suggestie dat stress miskramen veroorzaakt.

De studie besluit met te zeggen dat de ondersteunende zorg een veilige vorm van zorg is; het schaadt de prille zwangerschap zeker niet en werd door de vrouwen die herhaald miskraam hadden meegemaakt als zeer positief ervaren. Dit standpunt is verdedigbaar; er is geen reden om deze zorg níet aan te bevelen voor vrouwen met onverklaard herhaald miskraam.

In de gebruikte studies worden verschillende zorgverleners genoemd voor koppels met herhaald miskraam. Diverse studies melden de plaats van de gynaecoloog in het zorgtraject, bij voorkeur steeds dezelfde arts (Abboud & Liamputtong, 2006; Liddell et al., 1991, Murphy & Merrell, 2009; Séjourné et al., 2010). Twee van de Scandinavische studies wijzen de vroedvrouw aan als zorgverlener na miskramen (Adolfsson et al., 2006; Adolfsson et al., 2012). In een aantal andere artikels wordt de verpleegkundige (*nurse*) genoemd als zorgverlener voor vrouwen na een miskraam (Hutti, 2005; Liddell et al., 1991; Murphy & Merrell, 2009). Verpleegkundigen nemen in deze studies zowel een counselende en ondersteunende rol aan (Hutti, 2005; Adolfsson et al., 2006, Adolfsson et al., 2012) als organisatorische (Liddell et al., 1991) en een verplegende rol (Murphy & Merrell, 2009).

In de Belgische situatie, waar vroedvrouwen al deze rollen op zich mag nemen, ligt het voor de hand dat de vroedvrouw naast de arts de aangewezen zorgverlener is bij herhaald miskraam. Het Beroepsprofiel van de Belgische Vroedvrouw omschrijft dat als volgt: "de focus van de vroedvrouw ligt nadrukkelijk op de begeleiding van en de zorg voor de (toekomstige) moeder, haar kind en in het verlengde daarvan het gezin" (FRV, 2015).

Een tekortkoming van deze literatuurstudie is dat de focus vooral op de vrouw en het koppel wordt gelegd. Herhaald miskraam heeft ook een impact op andere familieleden, zoals grootouders en kinderen, maar dit zou voor deze studie te ver leiden.

Aanbeveling voor de praktijk

Aan de literatuurstudie kunnen verschillende aandachtspunten voor een zorgtraject voor koppels met herhaald miskraam worden ontleend. Herhaald miskraam is een complex medisch probleem (Diejomaoh, 2015; Rai & Regan, 2006) en het is daarom aangewezen dat de gynaecoloog dergelijke koppels opvolgt. In deze aanbeveling wordt gekeken naar de steun en zorg die de vroedvrouw kan bieden in dit traject.

Allereerst kan worden gesteld dat koppels niet altijd hulp zoeken, ook al zien zij het nut ervan wel in (Séjourné et al., 2010). Het verdient daarom aanbeveling om als zorgverlener een zo volledig mogelijk pakket van zorgopties aan te bieden en het koppel de keuze geven om hiervan gebruik te maken, in plaats van af te wachten of zij zelf op zoek gaan naar hulp.

In de literatuurstudie zijn veel voorkomende emoties beschreven die koppels doormaken na het miskraam, in de preconceptionele periode en in de nieuwe zwangerschap. Ook is beschreven welke copingstrategieën worden gebruikt om hiermee om te gaan. Voor de vroedvrouw die het koppel bijstaat is het van belang om deze emoties en copingstrategieën te herkennen en te erkennen, maar geen veronderstellingen te doen over de gemoedstoestand van de koppels (Murphy & Merrell, 2009).

Een gesprek na het miskraam met de vroedvrouw, waarin veel aandacht wordt besteed aan de emoties die de vrouw ervaart, wordt positief ervaren (Adolfsson et al., 2006). Ook Séjourné et al. (2010) meldt dat vrouwen graag met een zorgverlener willen praten over hoe zij het miskraam hebben beleefd. Hutti (2005) doet daarnaast suggesties voor de zorgverlener om het koppel met elkaar in gesprek te laten blijven en onderwerpen als seksualiteit bespreekbaar maken. Herhaald miskraam kan zelfs leiden tot verbeterde communicatie en intimiteit binnen het koppel (Serrano & Lima, 2006). Voor een dergelijk uitgebreid nagesprek zou in de Belgische zorgpraktijk zeker ruimte zijn. Bij voorkeur is deze vroedvrouw gespecialiseerd in herhaald miskraam (Musters et al., 2011).

Daarnaast kan de vroedvrouw als spin in het web functioneren bij de zorg voor koppels na herhaald miskraam. Zij kan een gesprek met een arts plannen en indien gewenst bijwonen. Vrouwen hebben immers na het miskraam veel behoefte aan antwoorden op hun medische vragen (Séjourné et al., 2010) en aan eenduidige informatie (Abboud & Liamputtong, 2005). Daarnaast kan zij continuïteit van zorg waarborgen door te zorgen dat het koppel steeds dezelfde arts en vroedvrouw ziet (Liddell et al., 1991). Wanneer koppels dat wensen, kan ook de huisarts op de hoogte gesteld worden en betrokken worden in de zorg (Abboud & Liamputtong, 2005). Veel vrouwen gebruiken het zoeken naar informatie als copingstrategie (Séjourné et al., 2010). De vroedvrouw kan hierbij helpen door kwaliteitsvolle bronnen aan te reiken, zowel analoog als digitaal. Daarnaast moet de vroedvrouw, wanneer zij koppels begeleidt na het miskraam, weten wanneer zij dient door te verwijzen naar bijvoorbeeld een psycholoog (Hutti, 2005).

Wanneer het koppel een nieuwe zwangerschap overweegt, kan de vroedvrouw hen counseling aanbieden (Musters et al., 2011). Indien nodig kan de vroedvrouw koppels doorverwijzen. Ook kan zij indien gewenst het koppel advies geven over conceptie en levensstijl. Wanneer het koppel medische vragen heeft, kan de vroedvrouw hen aanmoedigen om een gesprek met een arts te plannen (Ockhuijsen et al., 2013, Ockhuijsen et al., 2014).

Wanneer een nieuwe zwangerschap tot stand komt na herhaald miskraam zijn vrouwen blij maar ook bezorgd en angstig. Concreet hebben zij behoefte aan een plan voor het eerste trimester van de zwangerschap (Musters et al., 2013; Musters et al., 2011) en willen zij graag regelmatig echo's om te bevestigen dat de zwangerschap evolutief is (Musters et al., 2013; Musters et al., 2011; Andersson et al., 2012). De vroedvrouw kan

hier opnieuw de totaalzorg organiseren, de continuïteit van zorg waarborgen en doorverwijzen wanneer dit nodig is.

Daarnaast kan in de prille zwangerschap relaxatietherapie, kine of yoga worden aangeboden. Hoewel niet alle vrouwen hieraan behoefte hebben (Musters et al., 2013), heeft het mogelijk wel een positief effect op een gunstig verloop van de nieuwe zwangerschap (Liddell et al., 1991).

De vrouw kan zich in deze periode distantiëren van de prille zwangerschap, of zich juist heel sterk focussen op zwangerschapssymptomen (Andersson et al., 2012; Adolfsson et al., 2012; Ockhuijsen et al., 2014). Een gesprek met de vroedvrouw en de bevestiging dat ze de zwangerschap niet schaadt kunnen de vrouw in deze periode houvast bieden (Andersson et al., 2012). Het is belangrijk dat de zorgverlener in dergelijke gesprekken een luisterende, sensitieve houding heeft en dat zij begrijpt dat de vrouw nog bezig kan zijn met rouwen over het verlies van vorige zwangerschappen (Adolfsson et al., 2012).

Adolfsson et al. (2006) beschrijft haar attitude bij gesprekken met vrouwen na een miskraam. Zij baseert dit op Swanson (1999). In dit artikel wordt een basishouding van de verpleegkundige bij de zorg na miskraam beschreven die kan worden toegepast voor de Belgische vroedvrouw die koppels na miskramen begeleidt. Allereerst houdt deze houding in dat de vroedvrouw zich realiseert dat een miskraam niet voor iedereen dezelfde betekenis heeft. Daarnaast heeft zij in haar gesprekken een houding van waardigheid, is zij steeds emotioneel aanwezig bij het gesprek, behandelt zij de ander zoals ze zelf wil worden behandeld, en laat zij merken dat ze in haar gesprekspartner gelooft, is zij realistisch en optimistisch en steunt zij het koppel gedurende het gehele traject (Swanson, 1999).

Ten slotte kan bij een voorspoedig verloop van de nieuwe zwangerschap de opvolging ervan in de eerste lijn door de vroedvrouw gebeuren (Commissie Verloskunde van het College voor zorgverzekeringen, 2003).

De studie van Liddell et al. (1991) heeft een grote impact gehad op hoe in de medische wereld wordt gekeken naar ondersteunende zorg na herhaald miskraam. In verschillende richtlijnen wordt deze bron aangehaald (NVOG, 2007; RCOG, 2011). Ook belangrijke reviews, zoals die van Rai en Regan (2006) verwijzen naar deze studie voor het belang van ondersteunende zorg voor vrouwen met herhaald miskraam in het eerste trimester van een nieuwe zwangerschap, omdat dit een betere outcome zou geven. Het zorgconcept van Liddell et al. (1991) zou verder uitgebouwd kunnen worden voor de periode na het miskraam en preconceptioneel. Wel kleven er praktische en financiële bezwaren aan de implementatie van dit zorgconcept in de Vlaamse zorgpraktijk: er zijn faciliteiten voor nodig, zoals een opnamekamer, kinesitherapie en continuïteit van de zorg.

Besluit

Deze studie geeft inzicht in de zorg die vroedvrouwen kunnen bieden aan koppels die te maken hebben met herhaald miskraam. Dit is een ingrijpende diagnose die emoties als angst, verdriet en rouw met zich meebrengt. Deze koppels hebben behoefte aan ondersteuning door een team van professionele zorgverleners. De gynaecoloog is degene die de diagnose van miskraam stelt en naar oorzaken zoekt. Emotionele ondersteuning, informatievoorziening en counseling zijn taken die de vroedvrouw in dit traject op zich neemt. Om goede zorg te kunnen verlenen, dient de vroedvrouw een grondige kennis te hebben van de verschillende emoties die de koppels kunnen ervaren en de manieren waarop zij met hun gevoelens kunnen omgaan. Een grondhouding van echtheid en sensitiviteit voor zowel fysieke als emotionele noden van het koppel is hierbij van groot belang.

Zowel zorgverleners als koppels geven aan dat er behoefte is aan meer onderzoek naar de zorg en ondersteuning die kan worden aangeboden tijdens de preconceptionele periode.

De rouw na herhaald miskraam wordt door ieder individu op een andere wijze verwerkt. Het is belangrijk om als zorgverlener hierop attent te zijn en een individuele en holistische zorgverlening aan te bieden. Een holistisch zorgconcept voor koppels met herhaald miskraam is een mooi streefdoel voor de Belgische zorgpraktijk, ook al is er veel bijkomende inspanning nodig om dit te bereiken.

Literatuurlijst

- Abboud, L., & Liamputtong, P. (2005). When pregnancy fails: coping strategies, support networks and experiences with health care of ethnic women and their partners. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 23*(1), 3-18.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2015). *Early pregnancy loss. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists*. Washington: The American College of Obstetricians and Gynecologists.
- Adolfsson, A., Berterö, C., & Larsson, P. G. (2006). Effect of a structured follow-up visit to a midwife on women with early miscarriage: a randomized study. *Acta Obstet Gynecol Scand, 85*(3), 330-335.
- Adolfsson, A., Johansson, C., & Nilsson, E. (2012). Swedish women's emotional experience of the first trimester in a new pregnancy after one or more miscarriages: A qualitative interview study. *Advances in Sexual Medicine, 2*, 38-45.
- Andersson, I. M., Nilsson, S., & Adolfsson, A. (2012). How women who have experienced one or more miscarriages manage their feelings and emotions when they become pregnant again - a qualitative interview study. *Scand J Caring Sci, 26*(2), 262-270. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00927.x
- American Society for Reproductive Medicine. (2014). *What is recurrent pregnancy loss (RPL)? Fact Sheet*. Alabama: American Society for Reproductive Medicine.
- Callander, G., Brown, G. P., Tata, P., & Regan, L. (2007). Counterfactual thinking and psychological distress following recurrent miscarriage. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 25*(1), 51-65.
- Commissie Verloskunde van het College voor zorgverzekeringen. (2003). *Verloskundig vademecum 2003*. Diemen.
- de Jong, P., Kaandorp, S., Di Nisio, M., Goddijn, M., & Middeldorp, S. (2014). Aspirin and/or heparin for women with unexplained recurrent miscarriage with or without inherited thrombophilia (Review). *The Cochrane Library*(7).
- Diejomaoh, M. F. (2015). Recurrent spontaneous miscarriage is still a challenging diagnostic and therapeutic quagmire. *Med Princ Pract, 24 Suppl 1*, 38-55. doi:10.1159/000365973
- Empson, M., Lassere, M., Craig, J., & Scott, J. (2005). Prevention of recurrent miscarriage for women with antiphospholipid antibody or lupus anticoagulant (Review). *The Cochrane Library*(2).
- Fertl, K. I., Bergner, A., Beyer, R., Klapp, B. F., & Rauchfuss, M. (2009). Levels and effects of different forms of anxiety during pregnancy after a prior miscarriage. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 142*(1), 23-29. doi:10.1016/j.ejogrb.2008.09.009
- Francisco, M. e. F., Mattar, R., Bortoletti, F. F., & Nakamura, M. U. (2014). [Sexuality and depression among pregnant women with recurrent spontaneous abortion]. *Rev Bras Ginecol Obstet, 36*(4), 152-156.
- Federale Raad voor de Vroedvrouwen. (2015). *Het beroeps-en competentieprofiel van de Belgische vroedvrouw. Advies 2015/04 van de Federale Raad voor de Vroedvrouwen*. Brussel: Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.
- Hutti, M. H. (2005). Social and professional support needs of families after perinatal loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 34*(5), 630-638. doi:10.1177/0884217505279998
- Liddell, H. S., Pattison, N. S., & Zanderigo, A. (1991). Recurrent miscarriage - outcome after supportive care in early pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol, 31*(4), 320-322.
- Mekinian, A., Cohen, J., Alijotas-Reig, J., Carbillon, L., Nicaise-Roland, P., Kayem, G., ... Bornes, M. (2016). Unexplained recurrent miscarriage and recurrent implantation failure: Is there a place for immunomodulation? *American Journal of Reproductive Immunology*.
- Murphy, F., & Merrell, J. (2009). Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage. *J Clin Nurs, 18*(11), 1583-1591. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02701.x

- Musters, A. M., Koot, Y. E., van den Boogaard, N. M., Kaaijk, E., Macklon, N. S., van der Veen, F., ... Goddijn, M. (2013). Supportive care for women with recurrent miscarriage: a survey to quantify women's preferences. *Hum Reprod*, 28(2), 398-405. doi:10.1093/humrep/des374
- Musters, A. M., Taminiau-Bloem, E. F., van den Boogaard, E., van der Veen, F., & Goddijn, M. (2011). Supportive care for women with unexplained recurrent miscarriage: patients' perspectives. *Hum Reprod*, 26(4), 873-877. doi:10.1093/humrep/der021
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2012). Ectopic pregnancy and miscarriage: Diagnosis and initial management in early pregnancy of ectopic pregnancy and miscarriage. *NICE Clinical Guideline*. London: RCOG Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie. (2007). *Herhaalde miskraam Versie 2.0*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie.
- Ockhuijsen, H. D., Boivin, J., van den Hoogen, A., & Macklon, N. S. (2013). Coping after recurrent miscarriage: uncertainty and bracing for the worst. *J Fam Plann Reprod Health Care*, 39(4), 250-256. doi:10.1136/jfprhc-2012-100346
- Ockhuijsen, H. D., van den Hoogen, A., Boivin, J., Macklon, N. S., & de Boer, F. (2014). Pregnancy after miscarriage: balancing between loss of control and searching for control. *Res Nurs Health*, 37(4), 267-275. doi:10.1002/nur.21610
- Rai, R., & Regan, L. (2006). Recurrent miscarriage. *Lancet*, 368(9535), 601-611. doi:10.1016/S0140-6736(06)69204-0
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2011). *The investigation and treatment of couples with recurrent first-trimester and second-trimester miscarriage. Green-top Guideline NO.17*. London: Royal College of Obstetricians & Gynaecologists.
- Serrano, F., & Lima, M. L. (2006). Recurrent miscarriage: psychological and relational consequences for couples. *Psychol Psychother*, 79(Pt 4), 585-594.
- Spitz, B., Keirse, M., & Vandermeulen, A. (2010). *Als je een prille zwangerschap verliest*. Tiel: Uitgeverij Lannoo.
- Swanson, K. M. (1999). Research-based practice with women who have had miscarriages. *Journal of Nursing Scholarship*, 31(4), 339-345.
- Séjourné, N., Callahan, S., & Chabrol, H. (2010). Support following miscarriage: what women want. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(4), 403-411.
- van Oppenraaij, R. H. F., Goddijn, M., Lok, C. A. R., & Exalto, N. (2008). De jonge zwangerschap: revisie van de Nederlandse benamingen voor klinische en echoscopische bevindingen. *Ned Tijdschrift Geneesk*, 20(4), 152.
- Zuckerberg, M. (2015). Geraadpleegd op 16 december 2015, <https://www.facebook.com/zuck/posts/10102276576050141>

Literatuurtabel

Praktische implementatie

ZORGPLAN NA HERHAALD MISKRAAM

Continuïteit van zorg

Multidisciplinair team van gespecialiseerde zorgverleners

Periode na het miskraam	Preconceptionele periode	Een nieuwe prille zwangerschap
<ul style="list-style-type: none">• Bevestiging diagnose miskraam• Begeleiding<ul style="list-style-type: none">○ Aandacht voor beleving, emoties en wijze van coping○ Suggesties doen voor communicatie binnen het koppel (intimiteit, ...)○ Belang van sociaal contact○ Informeren en kwaliteitsvolle bronnen aanreiken (onderzoeken, therapieën, toekomst, ...)○ Nagaan of het koppel nog verdere vragen, wensen of behoeftes heeft• Achterhalen oorzaak miskraam en starten eventuele therapie• Indien behoefte gesprek met gynaecoloog• Indien nodig doorverwijzen	<ul style="list-style-type: none">• Indien behoefte counseling• Begeleiding<ul style="list-style-type: none">○ Advies rond conceptie en levensstijl○ Informeren en kwaliteitsvolle bronnen aanreiken○ Vragen of het koppel nog verdere vragen, wensen of behoeftes heeft• Indien behoefte gesprek met gynaecoloog• Indien nodig doorverwijzen	<ul style="list-style-type: none">• Indien gewenst persoonlijk opvolgingsplan opstellen• Begeleiding<ul style="list-style-type: none">○ Aandacht voor emotionele behoeften, luisterend oor bieden○ Aanreiken van de mogelijkheden tot relaxatietherapie, kine en yoga○ Belang sociaal contact○ Informeren en kwaliteitsvolle bronnen aanreiken• Vroege echo, gevolgd door tweewekelijkse echo (eerste trimester)• Indien nodig doorverwijzen• Tweede en derde trimester standaard zorgprogramma volgen

Tussen hoop en vrees

Begeleiding van koppels na herhaald miskraam

NA HET MISKRAAM

Verdriet
Rouw
Angst
Depressie
Machteloosheid
Faalgevoel
Teleurstelling
Informatie zoeken

PRECONCEPTIE

Angst
Jaloezie
Onzekerheid
Levensstijl
Afleiding zoeken

EEN NIEUWE PRILLE ZWANGERSCHAP

Angst
Twijfel
Onzekerheid
Zwangerschapssymptomen
Afstand nemen

... EEN ROL VOOR DE BETROKKEN VROEDVROUW

Projectbegeleider: E. Geuten
Copromotor: K. Van Tornout
K. Steensels – G. Sterk – E. van Soest – K. Verbanck

Handcrafted in Virginia (2008). Geraadpleegd op 18 mei 2016, <http://www.handcraftedinvirginia.us>

