Wanneer geluk en verdriet samenkomen

Het verlies van een kind uit een meerlingzwangerschap

Bachelorproef tot het bekomen van de graad van Bachelor in de Vroedkunde	
Voorgedragen door Sofie De Roeck	
Academiejaar	2024-2025
Externe promotor	Mw. Vanessa Gryspeerdt
Interne promotor	Mw. Lisa Van der Jeught

denk. doe. word.

Abstract

Wanneer geluk en verdriet samenkomen	
Promotiejaar:	2025
Student:	**Sofie De Roeck**
Externe promotor:	**Mw. Vanessa Gryspeerdt**
Interne promotor:	**Mw. Lisa Van der Jeught**
Trefwoorden:	**Meerling, verlies, rouw**

Het verlies van een kind uit een meerlingzwangerschap is een ingrijpende gebeurtenis die een grote impact nalaat op de ouders. Het brengt een complex rouwproces met zich mee, waarbij gevoelens van vreugde en verdriet voortdurend met elkaar in conflict zijn. In Vlaanderen bedraagt de perinatale sterfte bij meerlingen 20,2 ‰ terwijl die slechts 6,2‰ is bij eenlingen.

In deze bachelorproef wordt onderzocht hoe ouders dit verlies ervaren, welke rouwprocessen zij doormaken en welke specifieke noden zij hebben tijdens deze moeilijke periode. Er wordt inzicht verkregen in de emotionele, sociale en psychologische gevolgen van dit verlies en gekeken welke ondersteuning ouders als helpend ervaren. Hierbij wordt vooral stilgestaan bij de belangrijke rol die de vroedvrouw in dit proces kan spelen.

De theorie wordt aangevuld met een praktisch deel waar, in een driedelige podcast, de verhalen van drie moeders die een deel van een meerling hebben verloren, aan bod komen.

De resultaten van deze bachelorproef tonen aan dat ouders van een overleden kind uit een meerlingzwangerschap vaak te maken krijgen met een onderschatting van hun rouw en een gebrek aan adequate ondersteuning. Een gespecialiseerde en sensitieve aanpak is essentieel om hun rouwproces te erkennen en te begeleiden. De vroedvrouw speelt hierin een centrale rol door niet alleen emotionele ondersteuning te bieden, maar ook praktische informatie en doorverwijzingen naar gespecialiseerde hulpverleners.

Deze bachelorproef onderstreept de noodzaak van betere scholing en sensibilisering binnen de vroedkunde om de zorg voor ouders die geconfronteerd worden met perinataal verlies binnen een meerlingzwangerschap te optimaliseren.

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave 4

Woord vooraf 6

Inleiding 7

1 Meerlingen 8

1.1 Tweelingzwangerschappen 8

1.2 Meerlingen van hoge orde 10

2 Overlijden bij meerlingzwangerschappen 11

2.1 Cijfers 11

2.2 Overlijden tijdens de zwangerschap 13

2.3 Overlijden tijdens de bevalling 19

2.4 Overlijden na de geboorte 23

3 Rouw: de theoretische achtergrond 25

3.1 Rouwtaken 25

3.2 Duaal procesmodel 27

3.3 Verschil mannen en vrouwen 28

4 Rouwverwerking bij verlies binnen meerlingzwangerschappen 29

4.1 Veelzijdige impact van meerlingverlies 29

4.2 Verlieservaring in de tijd: van diagnose tot thuiskomst 32

4.3 Rouwbeleving bij de ouders 38

4.4 Rouwbeleving bij de dichte omgeving 40

5 Rol van de vroedvrouw 43

5.1 Ondersteuning 43

5.2 Impact op de vroedvrouw 46

5.3 Voorbereiding vroedvrouw 47

6 Praktijkdeel 48

6.1 Het concept 48

6.2 De podcast 49

6.3 Bevindingen 52

Algemeen besluit 54
Literatuurlijst 56
Bijlagen 67
Bijlage A: Gespreksgids podcast 68
Bijlage B: Toestemming naamsvermelding Feline Franceus 73
Bijlage C: Poster 74

Woord vooraf

Deze bachelorproef is het resultaat van een boeiende en leerzame driejarige opleiding tot bachelor in de Vroedkunde. Dankzij de steun en bijdragen van velen kon dit werk tot stand komen, en daarvoor ben ik hen oprecht dankbaar.

Eerst en vooral wil ik mijn externe promotor, Vanessa Gryspeerdt, bedanken. Haar expertise als psycholoog gespecialiseerd in rouw en verlies heeft me geholpen om me verder te verdiepen in dit onderwerp. Haar informatie, inzichten, literatuurtips en feedback hebben mijn onderzoek verrijkt. Daarnaast ben ik haar dankbaar voor haar deelname aan mijn podcast en voor de tijd en kennis die ze met me heeft gedeeld.

Ik wil ook graag mevrouw Lisa Van der Jeught bedanken. Zij heeft me als interne promotor steeds goed begeleid tijdens het maken van deze bachelorproef. Haar begeleiding en feedback, haar antwoorden op al mijn vragen en haar voortdurende motivatie hebben een grote rol gespeeld bij het tot stand komen van deze bachelorproef.

Daarnaast wil ik Muriel, Marieke, Annelies en Lisa (fictieve naam omwille van anonimiteit) bedanken voor hun openheid en het delen van hun verhalen in mijn podcast. Feline, bedankt voor je ondersteuning tijdens de montage en verwerking ervan.

Mijn dankbaarheid richt zich ook tot mijn ouders, mijn tweelingzus Annelies en mijn broer Thomas. Hun vertrouwen, bemoedigende woorden en voortdurende steun zijn een bron van kracht geweest tijdens mijn opleiding. Mama, een bijzondere dank voor het nalezen van mijn werk en je oog voor detail bij het corrigeren van mijn teksten.

Tot slot wil ik ook mijn vriend Emile en mijn beste vriendin Camille bedanken voor hun onvoorwaardelijke steun. Bedankt om er altijd voor mij te zijn, naar mij te luisteren en me keer op keer te blijven motiveren.

Aan iedereen die op welke manier dan ook heeft bijgedragen aan dit eindwerk: mijn oprechte dank. Zonder jullie betrokkenheid en steun was dit resultaat niet mogelijk geweest.

Ondergetekende draagt de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor deze bachelorproef en staat toe dat haar werk in de mediatheek van de hogeschool wordt opgeslagen, geraadpleegd, gefotokopieerd en digitaal ter beschikking wordt gesteld.

Aalter, mei 2025

Inleiding

De keuze voor dit onderwerp is tot stand gekomen door persoonlijke ervaringen. Het delen van een leven met een tweelingzus of -broer, waarbij zowel de zwangerschap als de geboorte en de ontwikkeling zonder problemen zijn verlopen, is een voorrecht. Deze ervaring is echter niet vanzelfsprekend. De zwangerschap en de bevalling van een meerling zijn vaak niet rooskleurig. Volgens het SPE-rapport van 2023 bedraagt de perinatale sterfte 20,2‰ bij meerlingen (twee-en drielingen) terwijl die bij eenlingen slechts 6,2‰ bedraagt. Zowel de foetale als de vroeg-neonatale sterfte is hoger bij meerlingen dan bij eenlingen (Goemaes et al., 2024).

In de dichte omgeving zijn er gezinnen die een tweelinghelft of een kind uit een meerlingzwangerschap verloren zijn tijdens de zwangerschap, de bevalling of na een periode op de NICU. Deze families moeten leren omgaan met het geluk om het nieuwe leven en het verdriet om het kind dat ze verloren zijn. De balans tussen geluk en verdriet en hoe er hiermee omgegaan wordt, is een belangrijk onderdeel van deze bachelorproef.

De hoofdonderzoeksvraag in deze bachelorproef is: "*Wat is de impact van het verlies van een kind uit een meerlingzwangerschap op de ouders?"* Dit zal bekeken worden in verschillende fasen, namelijk tijdens de zwangerschap, de bevalling of enkele dagen na de geboorte. Er zal onderzocht worden wat de oorzaak kan zijn van het overlijden, wat dit als impact heeft op de ouders en hoe de vroedvrouw kan bijdragen aan de verwerking van dit verlies.

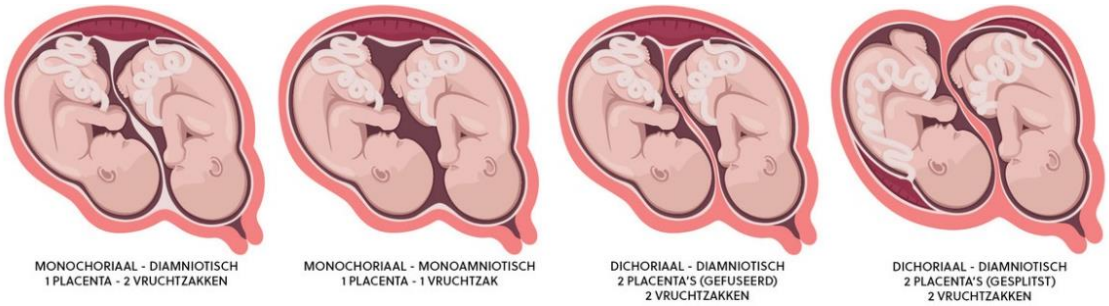
Deze bachelorproef wordt onderverdeeld in zes hoofdstukken. In het eerste hoofdstuk worden de verschillende soorten meerlingzwangerschappen besproken, zowel tweelingzwangerschappen als meerlingzwangerschappen van hogere orde. Het tweede hoofdstuk richt zich op de diverse oorzaken van het overlijden van een kind binnen een meerlingzwangerschap. Dit wordt bekeken op verschillende momenten, namelijk tijdens de zwangerschap, de bevalling en een korte periode erna. Omdat het verlies van een kind gepaard gaat met rouw, wordt in het derde hoofdstuk ingegaan op de verschillende aspecten van rouwverwerking. In het vierde hoofdstuk staat de hoofdonderzoeksvraag centraal en wordt de impact van het verlies van een kind uit een meerlingzwangerschap nader geanalyseerd. Vervolgens wordt in het vijfde hoofdstuk de rol van de vroedvrouw bij dit verlies belicht. Tot slot volgt een uiteenzetting over het praktijkgedeelte, dat bestaat uit een driedelige podcast waarbij drie moeders die een kind uit een meerlingzwangerschap zijn verloren, getuigen hoe zij dit hebben beleefd en wat hun noden waren bij dit verlies. Hun verhalen worden aangevuld en geduid door twee experten, namelijk een vroedvrouw en een psychologe gespecialiseerd in rouw en verlies. Deze bachelorproef wordt afgesloten met een algemeen besluit.

1 Meerlingen

In Vlaanderen bestond 3% van het totale aantal geboorten in 2023 uit meerlinggeboorten, zoals tweelingen of drielingen (Goemaes et al., 2024). Meerlingen kunnen worden ingedeeld in verschillende soorten, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen tweelingzwangerschappen en zwangerschappen van hoge orde.

1.1 Tweelingzwangerschappen

Tweelingen kunnen onderverdeeld worden in vier groepen op basis van de zygositeit, de structuur en het aantal placentamembranen. De zygositeit wordt onderverdeeld in monozygoot en dizygoot (Derom et al., 2019). Volgens het SPE-rapport “Perinatale Gezondheid in Vlaanderen 2023” vloeit 1,5% van het totaal aantal bevallingen voort uit een tweelingzwangerschap (Goemaes et al, 2024). Figuur 1 geeft de types tweelingen weer. Elk type wordt hieronder kort toegelicht.



Figuur 1: Types tweerlingen, ©Shutterstock/ Sofie De Roeck

1.1.1 Dizygoot (DZ)

Volgens Derom et al. (2019) ontstaat een dizygote tweeling door de bevruchting van twee afzonderlijke eicellen. Ze worden in dat geval ook wel twee-eiige tweelingen genoemd (Beck et al., 2021). Volgens Beck et al. (2021) heeft elk embryo van een dizygote tweeling een eigen vruchtzak en een eigen placenta. Ze zijn met andere woorden dichoriaal (DC) en diamniotisch (DA). Uit het onderzoek van Derom et al. (2019) blijkt dat 65% van alle tweelingen geboren tussen 1964 en 2018 in Vlaanderen een dizygote tweeling is.

1.1.2 Monozygoot (MZ)

Een monozygote meerling ontstaat uit één eicel die zich opsplitst in afzonderlijke embryo's (Derom et al., 2019). Dit wordt ook wel een eeneiige of identieke meerling genoemd (Beck et al., 2021). Een monozygote tweeling ontstaat dus uit één eicel die zich opsplitst in twee embryo's (Derom et al., 2019). Het moment van splitsing speelt hierbij een cruciale rol. Volgens Derom et al. (2019) bepaalt het tijdstip van deling van de bevruchte eicel de chorioniciteit en amnioniciteit. Volgens Marwan et al. (2019) verwijst het woord amnioniciteit naar het aantal individuele vruchtzakken en chorioniciteit naar het aantal placenta's.

- Dichoriaal-diamniotisch

Wanneer de deling in een vroeg stadium plaatsvindt, namelijk voor de vierde dag na de bevruchting, heeft elk embryo een afzonderlijke set membranen. De twee embryo's zijn dan dichoriaal (DC) en diamniotisch (DA) en lijken in dit opzicht op een dizygote tweeling. Ze worden volgens Beck et al., (2021) ook wel een DCDA (dichoriaal-diamniotisch) tweeling genoemd. Elk embryo zal zijn eigen placenta en zijn eigen vruchtzak hebben. In sommige gevallen liggen de placenta's naast elkaar en kunnen deze fuseren (Beck et al., 2021). Bij een DCDA tweeling heeft elke placenta zijn eigen circulatie (Marwan et al., 2019). In Vlaanderen waren slechts 9% van alle tweelingen geboren tussen 1964 en 2018 een DCDA tweeling (Derom et al., 2019).

- Monochoriaal-diamniotisch

Volgens Derom et al. (2019) kan een eicel zich ook delen tussen de vierde en de achtste dag na de bevruchting. Op dit moment is de blastocyst al gevormd en zullen de twee embryo's één chorionisch membraan delen, maar zullen ze wel elk hun eigen vruchtzak hebben. Deze tweelingen zijn monochoriaal-diamniotisch (MCDA). Bij een monozygoot monochoriaal paar gaan beide leden hun placenta gaan delen, wat zorgt voor competitie om de voedingsbronnen en de vasculaire verbindingen tussen de bloedsomlopen van de twee foetussen. Dit kan complicaties veroorzaken. Volgens Derom et al. (2019) waren 20% van alle tweelingen geboren in Vlaanderen tussen 1964 en 2018 een MCDA tweeling.

- Monochoriaal-monoamnitotisch

In uitzonderlijke gevallen vindt de deling van de bevruchte eicel pas plaats na de innesteling in het endometrium. In dit geval zullen de twee embryo's hun chorionisch en amnionisch membraan delen (Derom et al., 2019). Dit soort tweeling heeft één set membranen en één placenta, waardoor ze monochoriaal monoamniotisch (MCMA) zijn. Een MCMA-tweeling

vormt het hoogste risico op pre- en perinatale morbiditeit en mortaliteit (Beck et al., 2021). Dit soort tweeling komt in 1% van de gevallen voor (Derom et al., 2019).

Volgens Miller (2021) is het van cruciaal belang om de chorioniciteit te bepalen voor het risicoprofiel en de mogelijke complicaties die kunnen optreden. Het sterftecijfer bij een monochoriale tweeling is twee keer zo hoog als bij een dichoriale tweeling en vier keer zo hoog als bij een eenlingzwangerschap (Miller, 2021). Volgens Derom et al. (2019) wist men van 5% van alle tweelingen die geboren zijn in Vlaanderen tussen 1964 en 2018 niet welk soort tweeling het was.

1.2 Meerlingen van hoge orde

Onder het begrip meerlingen van hoge orde wordt verstaan een meerling die bestaat uit meer dan twee foetussen (Zipori et al., 2017). Dit zijn dus onder andere drielingen, vierlingen, vijflingen,…. Een meerlingzwangerschap van hoge orde wordt beschouwd als een zwangerschap met hoog risico door de toename van morbiditeit en mortaliteit bij de moeder, de foetussen en de pasgeborene (Lama et al., 2020).

Volgens Lama et al. (2020) is de prevalentie van meerlingzwangerschappen van hoge orde tussen de 0,01% en 0,07% van alle zwangerschappen. Meerlingzwangerschappen van hoge orde kunnen monozygoot, multizygoot of een combinatie van beide zijn. Dit is bepalend voor hun chorioniciteit en amnioniciteit. Een voorbeeld, meer bepaald voor een drielingzwangerschap, wordt weergegeven in tabel 1.

Tabel 1: Chorioniciteit en amnioniciteit in drielingzwangerschap (NICE, 2019)

Type drieling	Chorioniciteit en amnioniciteit
Trichorionisch, triamniotisch	Elke foetus heeft zijn eigen placenta en vruchtzak.
Dichorionisch, triamniotisch	Eén foetus heeft een eigen placenta, de andere twee foetussen delen een placenta. Ze hebben alle drie een eigen vruchtzak.
Dichorionisch, diamniotisch	Eén foetus heeft een eigen placenta en vruchtzak. De andere twee foetussen delen een placenta en een vruchtzak.
Monochorionisch, triamniotisch	Alle drie de foetussen delen één placenta, maar hebben wel elk hun eigen vruchtzak.
Monochorionisch, diamniotisch	Alle drie de foetussen delen één placenta. Eén foetus heeft een eigen vruchtzak, de andere twee foetussen delen een vruchtzak.
Monochorionisch, monoamniotisch	Alle drie de foetussen delen één placenta en één vruchtzak.

2 Overlijden bij meerlingzwangerschappen

De perinatale sterfte en morbiditeit bij een tweelingzwangerschap is vijf tot zeven keer hoger in vergelijking met een eenlingzwangerschap (Konar et al., 2015). In Vlaanderen bedroeg de perinatale sterfte bij meerlingen in Vlaanderen in 2023 20,2‰, terwijl dit bij eenlingen slechts 6,2‰ was (Goemaes et al., 2024). Het overlijden van een deel van een meerling kan verschillende oorzaken hebben en kan optreden tijdens de zwangerschap, bij de geboorte of kort daarna.

2.1 Cijfers

Tabel 2 geeft cijfers weer over het aantal levendgeboren kinderen in België in 2017, 2019 en 2021. In 2021 waren er 117.914 levendgeborenen in België (Statbel, 2024). 3% van de levendgeborenen is een kind uit een meervoudige geboorte. Het gaat om 3.489 kinderen in 2021.

Tabel 2: Totaal aantal levendgeborenen in België, naar enkelvoudige of meervoudige geboorten, 2017, 2019 en 2021 (Statbel, 2024).

	Kind uit enkelvoudige geboorte	Kind uit meervoudige geboorte	Totaal levend geboren kinderen	% kinderen uit meervoudige geboorten
2017	115.220	3.882	119.102	3,3%
2019	113.549	3.554	117.103	3,0%
2021	114.325	3.589	117.914	3,0%

Dat meerlingzwangerschappen meer risico inhouden dan enkelvoudige zwangerschappen is duidelijk te zien in tabel 3. In 2021 telde België 597 doodgeboren kinderen. 5,9% daarvan is afkomstig uit een meervoudige geboorte. Daarnaast telde België 184 baby's die stierven in de eerste 7 dagen na de geboorte (vroegneonatale sterfte). Maar liefst 23,4% van deze 184 baby's is afkomstig uit een meervoudige geboorte. Dit percentage is duidelijk hoger dan de 3% levendgeborenen uit een meerlingzwangerschap.

De perinatale sterfte wordt bekomen door het aantal doodgeborenen en de vroegneonatale sterfte samen te tellen. In 2021 bedroeg deze 703 sterftes uit een enkelvoudige zwangerschap en 78 sterftes (of 10%) uit een meervoudige zwangerschap.

Ook bij de laatneonatale sterfte, dit is de sterfte van dag 7 tot 27 na de geboorte, tellen we 11 sterftes uit een meervoudige geboorte, of 18% van de totale laatneonatale sterfte. Wanneer

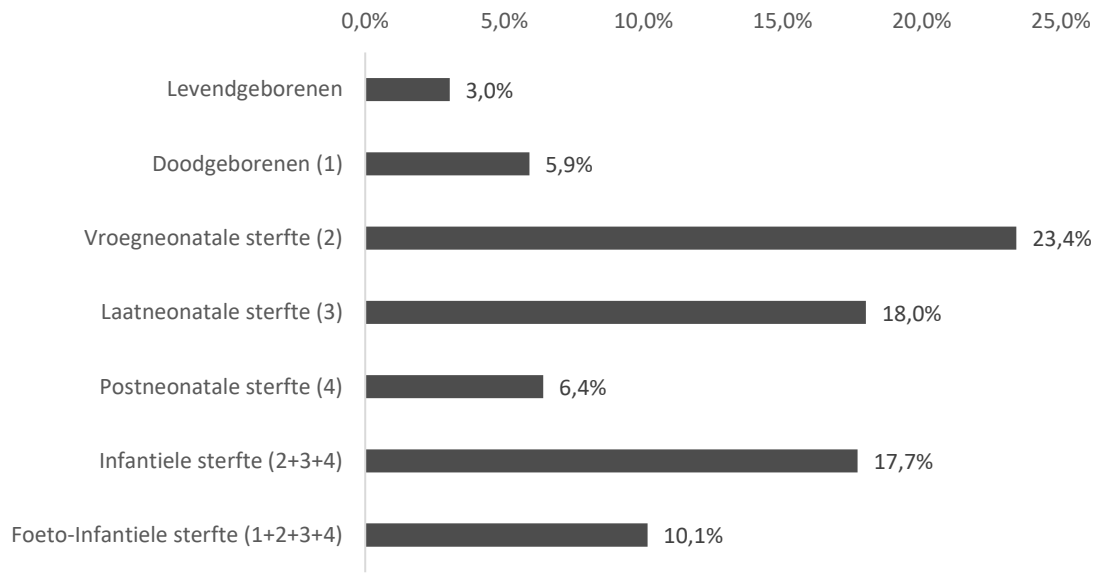
er gekeken wordt naar het totaal van de foeto-infantiele sterfte, dit is de som van het aantal doodgeborenen en het aantal overlijdens in het eerste levensjaar, dan zijn 841 overlijdens afkomstig uit een enkelvoudige geboorte en 95 overlijdens (10,1%) afkomstig uit een meervoudige geboorte.

De tabel toont ook nog cijfers over de postneonatale sterfte, dit is de sterfte vanaf de tweede maand na de geboorte tot en met de twaalfde maand na de geboorte, en van de infantiele sterfte of de sterfte gedurende het eerste levensjaar. 17,7% van de sterfte tijdens het eerste levensjaar is afkomstig uit een meervoudige geboorte.

Tabel 3: Foeto-infantiele sterfte bij enkelvoudige of meervoudige geboorten in België, naar de leeftijd bij het overlijden, 2017, 2019 en 2021 (Foeto-infantiele Sterfte | Statbel, 2024)

Jaar	Doodgeborenen (1)				Vroegneonatale sterfte (2)				Perinatale sterfte (mortinataliteit + vroegneonatale sterfte) (1+2)			
	Enkelv.	Meerv.	Totaal	% meervoudig	Enkelv.	Meerv.	Totaal	% meervoudig	Enkelv.	Meerv.	Totaal	% meervoudig
2017	603	31	634	4,9%	168	50	218	22,9%	771	81	852	9,5%
2019	536	40	576	6,9%	175	31	206	15,0%	711	71	782	9,1%
2021	562	35	597	5,9%	141	43	184	23,4%	703	78	781	10,0%
	Laatneonatale sterfte (3)				Postneonatale sterfte (4)				Infantiele sterfte (2+3+4)			
	Enkelv.	Meerv.	Totaal	% meervoudig	Enkelv.	Meerv.	Totaal	% meervoudig	Enkelv.	Meerv.	Totaal	% meervoudig
2017	48	14	62	22,6%	138	10	148	6,8%	354	74	428	17,3%
2019	79	12	91	13,2%	125	4	129	3,1%	379	47	426	11,0%
2021	50	11	61	18,0%	88	6	94	6,4%	279	60	339	17,7%
	Foeto-Infantiele sterfte (1+2+3+4)											
	Enkelv.	Meerv.	Totaal	% meervoudig								
2017	957	105	1062	9,9%								
2019	915	87	1002	8,7%								
2021	841	95	936	10,1%								

Het aandeel van de sterftes uit meervoudige geboorten ligt dus duidelijk veel hoger dan van het aantal levendgeborenen uit meervoudige geboorten (zie ook figuur 2). Vooral het aandeel vroegneonatale sterftes uit meervoudige geboorten is heel hoog.



Figuur 2: Aandeel kinderen uit meervoudige geboorten in het totaal aantal levendgeborenen, doodgeborenen en infantiele sterfte in België, 2021 (Statbel, 2024)

2.2 Overlijden tijdens de zwangerschap

Uit een onderzoek van Mackie et al. (2018) blijkt dat in 6% van alle tweelingzwangerschappen één foetus overlijdt. Een monochoriale tweeling heeft hierbij nog eens een verhoogd risico op intra-uteriene foetale sterfte.

Volgens Healy en Khalil (2022) zijn er verschillende risicofactoren die de kans op overlijden doen stijgen. De toenemende leeftijd van de moeder, obesitas, hypertensie en diabetes zijn voorbeelden van risicofactoren. Vrouwen met een verhoogde maternale leeftijd (≥40 jaar) hebben een verhoogd risico op perinatale en neonatale sterfte, vroeggeboorte en een opname op de NICU (Whittaker et al., 2023). Volgens Healy en Khalil (2022) hebben tweelingen die via kunstmatige voortplantingstechnologie zijn verwekt en tweelingen die spontaan zijn verwekt een even groot risico op overlijden.

2.2.1 Vanishing twin syndroom

Een eerste mogelijke oorzaak van het overlijden van een deel van een meerling in de zwangerschap is het 'Vanishing twin syndroom' (VST). Volgens Batsry en Yinon (2022) wordt dit gedefinieerd als het spontaan verlies van een foetus bij een tweelingzwangerschap in het eerste trimester. Dit is met andere woorden een spontane reductie van het aantal foetussen in het begin van de zwangerschap, waarbij een tweelingzwangerschap zich ontwikkelt tot een levensvatbare eenlingzwangerschap. In de meeste gevallen wordt de overleden foetus volledig of gedeeltelijk geresorbeerd tijdens de zwangerschap.

Dit fenomeen kan ook optreden bij meerlingzwangerschappen met meer dan twee foetussen. Zoals beschreven door Zamani en Parekh (2023), sterven in dergelijke gevallen één of meerdere embryo's. Het aantal embryo's dat wordt verwekt, zoals waargenomen via echografie, zal met andere woorden verschillen van het aantal geboren foetussen.

Volgens Batsry en Yinon (2022) is dit veelvoorkomend en heeft het een prevalentie van 15-35% bij tweelingzwangerschappen. Volgens Zamani en Parekh (2023) komt dit voor bij de helft van de zwangerschappen met drie of meer vruchtzakken.

2.2.2 Reductie

Volgens Zipori et al. (2017) hebben meerlingzwangerschappen van hoge orde een verhoogd risico op perinatale morbiditeit en mortaliteit. Daarom probeert men het bekomen van meerlingzwangerschappen van hoge orde te voorkomen. Uit onderzoek van Zipori et al. (2017) is gebleken dat het ontstaan van meerlingzwangerschappen van hoge orde vaak te wijten is aan ovulatie-inductie en superovulatiemethoden. Op het moment dat de preventieve maatregelen onvoldoende zijn, is meervoudige zwangerschapsreductie een te overwegen stap om de zwangerschapsuitkomsten te verbeteren.

Volgens Healy en Khalil (2022) is selectieve reductie in een meerlingzwangerschap een vorm van iatrogene sterfte in de vorm van foeticide. Dit wordt soms ook toegepast wanneer er sprake is van een foetale afwijking.

2.2.3 Foetale groeivertraging

Volgens Kosinska-Kaczynska et al. (2022) is foetale groeivertraging (FGR) een aandoening waarbij een foetus zijn groeipotentieel niet kan bereiken. Voordat er van FGR wordt gesproken, moeten er eerst andere bekende oorzaken, zoals chromosomale afwijkingen,

intra-uteriene infecties en aangeboren afwijkingen, worden uitgesloten. Een ander woord voor FGR is intra-uteriene groeivertraging (IUGR).

In 15% van alle monochoriale zwangerschappen heeft minstens één foetus een foetale groeivertraging. Bij de dichoriale zwangerschappen is dit 10% (Kosinska-Kaczynska et al., 2022).

Wanneer slechts één foetus aanzienlijk achterblijft in groei ten opzichte van de andere, kan er gesproken worden van selectieve FGR (sFGR). De ene foetus kan met andere woorden het gewicht dat verwacht wordt voor de zwangerschapsduur bereiken, terwijl de andere foetus dit niet kan (Chang et al., 2021).

Bij een monochoriale zwangerschap is de oorzaak van selectieve FGR meestal de ongelijke placentaire deling door de foetussen en/of een navelstrengafwijking bij de kleinere foetus (Kosinska-Kaczynska et al., 2022). Een andere oorzaak zijn anastomosen[1] in de veneuze en/of arteriële vaten die de bloedsomloop van de beide tweelingen verbinden. De anastomosen hebben ook als risico dat ze sterfte of schade aan het centrale zenuwstelsel van de goed groeiende foetus kunnen veroorzaken na intra-uterien overlijden van de FGR-foetus (Kosinska-Kaczynska et al., 2022).

De prognose van de foetussen bij een monochoriale zwangerschap met FGR varieert en is afhankelijk van het bloedstroombereik in de navelstrengarterie, waarbij er een onderscheid wordt gemaakt in drie types. Afhankelijk van het type varieert het risico op overlijden van de foetus met FGR tussen 2% en 8%. Het risico op het overlijden van beide foetussen varieert tussen 2% en 10% (Kosinska-Kaczynska et al., 2022). Bij een dichoriale zwangerschap treedt bij 2,6% van de foetussen met FGR intra-uteriene dood (IUD) op (D'Antonio et al., 2023).

2.2.4 Tweelingtransfusiesyndroom

Een vierde mogelijke oorzaak van het overlijden van een kind uit een meerlingzwangerschap is het tweelingtransfusiesyndroom (TTS), ook wel het Twin-to-Twin transfusiesyndroom genoemd (zie figuur 3 ter illustratie). Het tweelingtransfusiesyndroom houdt volgens Miller (2021) in dat er een volume-onevenwicht is door vasculaire anastomosen. Er is met andere woorden een onevenwichtige doorstroming in de gedeelde placenta (Marwan et al., 2019). Volgens Miller (2021) is dit een veel voorkomende complicatie in het tweede trimester van de zwangerschap. Het komt namelijk voor bij 10-15% van de monochoriale tweelingen.

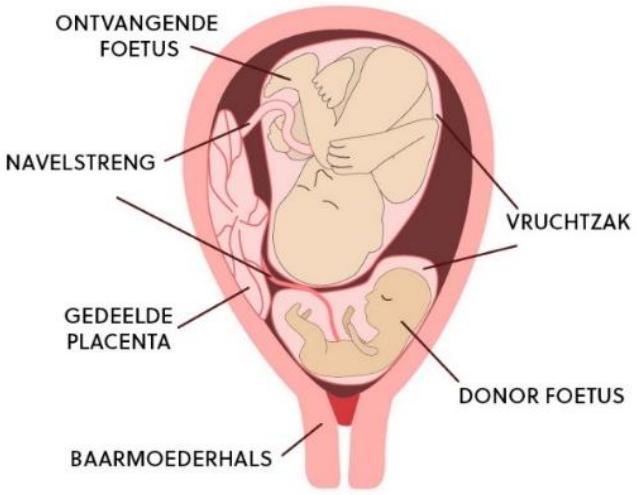
[1] Verbindingen tussen bloedvaten (Miller, 2021)

Deze complicatie komt enkel voor bij monochoriale tweelingen, aangezien zij een placenta en bloedsomloop delen. Volgens Miller (2021) ontspringen de foetale vaten aan de basis van de navelstreng en gaan ze zich vertakken en zich uitstrekken over de volledige oppervlakte van de placenta. Bij een monochoriale tweeling is de kans heel groot dat de foetale vaten elkaar ontmoeten en zich aan elkaar gaan verbinden.

Wanneer de netto-uitwisseling uit balans geraakt, spreken we van TTS. Alle foetussen gaan hierop reageren. De ontvanger ervaart een verhoogde preload, wat betekent dat het hart meer bloed moet verwerken. Dit is volgens Miller (2021) aangetoond door een hogere veneuze doorstroom in de navelstreng. Dit zorgt ervoor dat het kind meer vruchtwater aanmaakt, wat zorgt voor polyhydramnion. De te hoge bloedtoevoer kan ook leiden tot klepinsufficiëntie en overbelasting van het hart (D'Antonio et al., 2019; Miller, 2021).

De andere foetus wordt de donor genoemd. De donor zal te veel bloed geven, waardoor deze foetus hypovolemie ontwikkelt. Dit zal zorgen voor een mindere urineproductie, wat resulteert in oligohydramnion (te weinig vruchtwater) (Miller, 2021).

Zonder identificatie en behandeling van TTS is er kans op het overlijden van één of beide foetussen. Het is dus belangrijk om adequaat monochoriale meerlingzwangerschappen op te volgen. Een monitoring van het volume van het vruchtwater, de visualisatie van de blaas en het opvolgen van de foetale doppler is van groot belang in het opsporen van TTS (D'Antonio et al., 2019; Miller, 2021). Volgens Marwan et al. (2019) is TTS de oorzaak van 17% van alle perinatale sterfte bij tweelingen. Ernstige TTS die vroeg in de zwangerschap wordt vastgesteld en onbehandeld blijft, resulteert in een sterftepercentage van 80-100% voor ten minste één foetus.



Figuur 3: tweelingtransfusiesyndroom, ©Shutterstock/ Sofie De Roeck

2.2.5 Twin reversed arterial perfusion

Het twin reversed arterial perfusion (TRAP) is volgens Marwan et al. (2019) een zeldzame aandoening bij monochoriale tweelingzwangerschappen die dodelijke gevolgen kent. Het komt bij 1 op de 35.000 geboorten voor, maar in 50-75% van alle gevallen is overlijden de uitkomst. Volgens Dhanju en Breddam (2022) heeft één tweelinghelft bij een TRAP een normale anatomie, terwijl de andere tweelinghelft een gevarieerde hoeveelheid karakteristieke abnormale kenmerken heeft, afhankelijk van de ernst van de TRAP-sequentie. Voorbeelden van abnormale kenmerken zijn: afwezigheid of slechts gedeeltelijk ontwikkeld hoofd, afwezigheid bovenste ledematen, afwezigheid borstorganen, ….

Volgens Marwan et al. (2019) kan de abnormale tweelinghelft, ook de acardiale tweeling genoemd, de normale tweelinghelft in gevaar brengen. De normale tweelinghelft noemen ze ook de pomp- of donortweeling aangezien hij niet alleen zichzelf, maar ook de abnormale tweelinghelft van perfusie voorziet. Hierdoor kan hij een hoge hartminuutvolumetoestand ontwikkelen, wat kan leiden tot hartfalen en uiteindelijk overlijden.

2.2.6 Tweeling anemie-polycytemie sequentie

Tweeling anemie-polycytemie sequentie (TAPS) is een aandoening die, net als TTS, voorkomt bij monochoriale tweelingen. TAPS ontstaat als gevolg van chronische foeto-foetale transfusie via vasculaire anastomosen. In tegenstelling tot TTS wordt TAPS veroorzaakt door anastomosen met een zeer kleine diameter op het oppervlak van de placenta. Deze fijne verbindingen zorgen voor een trage, langdurige uitwisseling van bloed tussen de foetussen Hierdoor ontstaan er grote verschillen in hemoglobinegehalte (Hb) tussen de donor en de ontvanger, terwijl bij TTS het verschil tussen de twee foetussen het circulerend bloedvolume is. Bij TTS uit zich dit doorgaans ook in afwijkingen in het vruchtwatervolume, zoals polyhydramnion en oligohydramnion. Bij TAPS daarentegen blijft het vruchtwater meestal normaal. De diagnose van TAPS gebeurt met Doppler-echografie, die wijst op anemie bij de donor en polycytemie[2] bij de ontvanger (Marwan et al., 2019).

TAPS kan spontaan ontstaan, maar kan ook optreden na laserchirurgie ter behandeling van TTS. In spontane gevallen komt TAPS bij 1-6% van alle monochoriale tweelingen voor (Marwan et al., 2019). Na laserchirurgie stijgt dit tot 13% (Healy & Khalil, 2022).

[2] Polycytemie wordt gekenmerkt door een verhoging van het aantal erytrocyten (rode bloedcellen) en een verhoging van de hematocriet (Martini & Bartholomew, 2021; Zonnenberg & Semmekrot, 2005).

De perinatale uitkomst bij TAPS is niet goed gekend en is afhankelijk van de ernst. De uitkomsten variëren van twee gezonde pasgeborenen tot ernstige neonatale morbiditeit en neonatale dood (Marwan et al., 2019).

2.2.7 Andere oorzaken

Volgens Kedar Sade et al. (2024) zijn er verschillende oorzaken en factoren die een rol spelen bij overlijden tijdens de zwangerschap. Placentalaesies zoals een maternale of foetale vasculaire malperfusie en een opstijgende infectie zoals chorioamnionitis zijn de belangrijkste doodsoorzaken. Andere oorzaken zijn volgens Kedar Sade et al. (2024) een abruptio placenta en navelstrengafwijkingen zoals een knoop in de navelstreng. In sommige gevallen is er geen definitieve doodsoorzaak te vinden.

Volgens Marwan et al. (2019) heeft een MCMA tweeling een hogere kans op verstrengeling van de navelstreng. Volgens Panaitescu et al. (2021) is verstrengeling de grootste oorzaak van onverwacht overlijden. Verstrengeling komt bij veel MCMA tweelingen voor. Volgens Healy en Khalil (2022) worden 3 van de 8 intra-uteriene overlijdens toegeschreven aan antenatale hypoxie die vermoedelijk veroorzaakt is door navelstrengverstrengeling.

Volgens Healy en Khalil (2022) kunnen chromosomale afwijkingen ook bijdragen aan een selectieve intra-uteriene dood bij dichorionische tweelingen. De overlevende tweelinghelft wordt in dit geval dan niet getroffen door de chromosomale afwijking. De kans op een chromosomale afwijking in een tweelingzwangerschap is volgens Healy en Khalil (2022) even groot als in een eenlingzwangerschap.

Structurele afwijkingen verhogen ook het risico op een intra-uteriene dood en komen vaker voor bij tweelingen dan bij eenlingen. Zowel de structurele afwijking als de invasieve prenatale onderzoeken verhogen het risico op foetaal verlies. Voorbeelden van de meest voorkomende structurele afwijkingen zijn hartafwijkingen, holoprosencefalie[3] en neurale buisdefecten (Healy & Khalil, 2022).

Er zijn ook enkele maternale factoren die bijdragen aan de doodgeboorte van een kind in een meerlingzwangerschap. Hypertensie en zwangerschapsdiabetes zijn hier voorbeelden van. Dit zijn complicaties die vaker voorkomen bij tweelingen. De kans op pre-eclampsie is tijdens

[3]Volgens Monteagudo (2020) kan holoprosencefalie gedefinieerd worden als een hersenafwijking waarbij het prosencephalon, de embryonale voorhersenen, er niet in slaagt om zich tussen de derde en vierde week van de zwangerschap in twee afzonderlijke lobben te splitsen. Dit zorgt voor verschillende gradaties van het ontbreken van een scheiding tussen de hersenhelften.

een tweelingzwangerschap ook veel hoger in vergelijking met eenlingzwangerschappen (Healy & Khalil, 2022).

Volgens Gurney et al. (2021) zijn er ook verschillende maternale ziekten die geassocieerd worden met een verhoogd risico op foetaal verlies bij zowel eenlingzwangerschappen als meerlingzwangerschappen. Auto-immuunziekten en hart- en nierziekten zijn hier voorbeelden van.

Volgens de richtlijnen van het 'National Institute for Health and Care Excellence' (NICE) is het belangrijk om aan vrouwen met een ongecompliceerde DCDA tweelingzwangerschap uit te leggen dat het voortzetten van de zwangerschap na 37 weken en 6 dagen gepaard gaat met een verhoging van het risico op foetale sterfte. Bij een ongecompliceerde MCDA tweelingzwangerschap verhoogt het risico op foetale sterfte bij het voortzetten van de zwangerschap na 36 weken en 6 dagen. Bij een ongecompliceerde MCMA tweelingzwangerschap verhoogt het risico na 33 weken en 6 dagen. In al deze situaties is er geen verhoogd risico op ernstige nadelige neonatale uitkomsten indien de bevalling voor die termijn wordt gepland (NICE, 2019).

2.3 Overlijden tijdens de bevalling

Volgens Heineman et al. (2012) kunnen verschillende complicaties optreden tijdens een meerlingpartus. Foetale nood, liggingsafwijkingen, navelstrengaccidenten, abruptio placentae, weeënzwakte,… zijn enkele voorbeelden van mogelijke complicaties.

2.3.1 Complicaties bij geboorte tweede kind

Volgens Hayata et al. (2022), die onderzoek voerde in Japan, liggen de perinatale sterfte- en doodgeboortecijfers bij het tweede kind ongeveer twee keer hoger dan bij het eerstgeboren kind. In 2019 bedroeg het perinatale sterftecijfer voor het eerstgeboren kind 9,39‰ en voor het tweede kind 16,14‰. De doodgeboortecijfers bedroegen respectievelijk 6,37‰ en 12,04‰ (Hayata et al., 2020).

Volgens Lindroos et al. (2018) loopt het tweede kind een groter risico op overlijden tijdens het geboorteproces. Dit komt doordat het tweede kind vaak moeilijker te monitoren is en er enkele complicaties zijn die vaker voorkomen bij het tweede kind dan bij het eerste kind. Enkele voorbeelden van deze complicaties zijn navelstrengprolaps, voortijdig loslaten van de placenta en foetale nood (Lindroos et al., 2018). Andere complicaties zijn verandering in

foetale ligging na de bevalling van het eerste kind en veranderingen in de verwijding van de baarmoederhals die de bevalling van het tweede kind kunnen belemmeren (Root & Tonismae, 2024).

Volgens Konar et al. (2015) ligt de perinatale sterfte van het tweede kind drie keer hoger bij een vroeggeboorte (geboorte voor 37 weken) dan bij een voldragen geboorte (geboorte vanaf 37 weken zwangerschap).

Studies tonen aan dat het risico op complicaties voor het tweede kind toeneemt als het tijdsinterval tussen de geboorte van de twee kinderen langer is dan dertig minuten. De kans op een gecombineerde bevalling, namelijk een vaginale bevalling voor het eerste kind en keizersnede voor het tweede kind, vergroot ook op dit moment (Lindroos et al., 2018).

Er wordt enkel een vaginale bevalling bij een tweelingzwangerschap overwogen wanneer het eerste kind in hoofdligging ligt. Contra-indicaties voor een vaginale bevalling bij een eenlingzwangerschap, zoals placenta previa, herpesinfectie, …, zijn ook contra-indicaties voor een vaginale bevalling bij een tweeling (Root & Tonismae, 2024). Indicaties voor een geplande keizersnede bij een tweeling zijn ook: monoamniotische tweeling, eerste kind in stuit of dwarsligging en een Siamese tweeling (Laubach & Jacquemyn, 2017).

Bij hogere-orde zwangerschappen wordt altijd een keizersnede verkozen aangezien deze zwangerschappen een verhoogd risico hebben op navelstrengongelukken, zoals navelstrengprolaps en verstrengelingen (Root & Tonismae, 2024).

2.3.2 Navelstrengprolaps

Volgens Asahina et al. (2021) komt bij 1,3% tot 1,8% van de vaginale bevallingen van een tweeling een navelstrengprolaps voor bij het tweede kind. Navelstrengprolaps kan worden gedefinieerd als het uitzakken van de navelstreng naar buiten voor het presenterende deel van de foetus nadat de vliezen spontaan of kunstmatig gebroken zijn (Gabbay-Benziv et al., 2013).

Een navelstrengprolaps kan worden gediagnostiseerd met een abrupt begin van bradycardie bij een foetus met een normale tracering voordien. Navelstrengcompressie door het presenterende deel van de foetus en arteriële vasospasmen van de navelstreng, kunnen foetale hypoxie en asfyxie[4] veroorzaken (Houri et al., 2023).

[4] Situatie waarbij er een extreme daling is van de zuurstofconcentratie in het lichaam dat aanleiding geeft tot bewustzijnsverlies of overlijden (Wyllie et al., 2015).

Er zijn enkele algemene risicofactoren gekend voor navelstrengprolaps. Wanneer de bekkenholte onvoldoende is opgevuld door de foetus, zoals door dwarsligging, verhoogt het risico op navelstrengprolaps (Gabbay-Benziv et al., 2013). Andere risicofactoren zijn onder andere multipariteit, polyhydramnion, lange navelstreng, obstetrische interventies zoals het kunstmatig breken van de vliezen, … (Asahina et al., 2021).

Er zijn ook enkele risicofactoren gekend die het risico verhogen op een navelstrengprolaps bij de tweede baby in een tweelingzwangerschap. Liggingsafwijkingen bijvoorbeeld, verhogen de kans op het uitzakken van de navelstreng (Heineman et al., 2012). Een abnormale navelstrenginsertie, zoals een velamenteuse of marginale navelstrenginsertie, is ook een factor die de kans op een navelstrengprolaps tijdens de bevalling van het tweede kind verhoogt (Asahina et al.,2021).

De tijdsduur tussen de diagnose van een navelstrengprolaps en de bevalling is een belangrijke factor die de perinatale uitkomst zal beïnvloeden (Gabbay-Benziv et al., 2013). Ook de mate van navelstrengcompressie en het succesvol gebruik van noodinterventies hebben een invloed op het risico voor ongunstige neonatale uitkomsten.

2.3.3 Abruptio placentae

Abruptio placentae kan worden gedefinieerd als het voortijdig loslaten van de placenta van de baarmoederwand voor de bevalling van een foetus (Lee et al., 2024). Deze complicatie treedt op bij 0,6% tot 1,2% van alle zwangerschappen en gaat gepaard met vaginale bloedingen en buikpijn, met of zonder baarmoedercontracties. Het gaat ook vaak gepaard met abnormale foetale hartslagpatronen. Ernstig vaginale bloedingen maken vaak een spoedbevalling noodzakelijk, vooral wanneer er zorgen zijn over maternaal en foetale bedreigingen (Brandt & Ananth, 2023).

Volgens Lee et al. (2024) lopen zwangerschappen die gecompliceerd zijn door een abruptio placentae een verhoogd risico op vroeggeboorte, doodgeboorte en perinatale sterfte. Volgens Brandt en Ananth (2023) wordt in het algemeen ongeveer 5% tot 10% van de sterftegevallen van de foetus toegeschreven aan abruptio placentae. Tweelingzwangerschappen hebben 1,5 tot 2 keer meer risico op een abruptio placentae dan een eenlingzwangerschap (Lee et al., 2024).

Bij een abruptio placenta kan het zuurstoftransport naar de foetus verminderd zijn. Dit kan in geval van een gedeeltelijke loslating leiden tot verminderde zuurstoftoevoer, of volledig stoppen bij een totale loslating, wat kan resulteren in foetale hypoxie (Lee et al., 2024).

Een abruptio placentae kan zich ook voordoen na de geboorte van het eerste kind. Op dat moment gaat de uterus abrupt gaan verkleinen waardoor er delen van de placenta van het tweede kind vroegtijdig kunnen loslaten (Heineman et al., 2012).

2.3.4 Andere complicaties

Volgens Heineman et al. (2012) zijn er nog andere complicaties die frequenter voorkomen bij meerlingzwangerschappen, onder meer de hogere frequentie aan liggingsafwijkingen tijdens de baring. Liggingsafwijkingen gaan bijvoorbeeld gepaard met een verhoogde kans op een gecompliceerde bevalling en een navelstrengprolaps. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer het tweede kind in hoofdligging ligt maar niet voldoende is ingedaald (Melka et al., 2017).

Wanneer het tweede kind in stuitligging ligt, moet een uitwendige kering vermeden worden aangezien dit de kans op een navelstrengprolaps en foetale nood of het niet indalen van het kind verhoogt (Heineman et al., 2012). Men gaat enkel een versie uitvoeren wanneer het tweede kind niet meer in een lengteligging ligt (Lemmon & Pereira, 2021).

Op het moment dat er al veel tijd is verstreken tussen de bevalling van het eerste kind en het tweede kind, is het onveilig om het tweede kind vaginaal in stuitligging te laten geboren worden. Dit komt door het toegenomen risico op hoofdinklemming, wat kan gedefinieerd worden als de onmogelijkheid om het hoofd te laten geboren worden doordat het niet door een vernauwde baarmoederhals kan passeren (Melka et al., 2017). Hoofdinklemming is een complicatie die vaak angst oproept bij zorgverleners vanwege de mogelijke gevolgen van doodgeboorte en neonatale sterfte (Walker et al., 2024). Deze situatie komt volgens Melka et al. (2017) het meeste voor wanneer het tweede kind groter is dan het eerste kind, bij prematuriteit of wanneer de stuitbevalling niet snel genoeg wordt uitgevoerd.

De overrekking van het myometrium kan voor primaire of secundaire weeënzwakte zorgen en voor uitdrijvingsstoornissen (Heineman et al., 2012). De overrekking van de uterus kan ook een uterusatonie veroorzaken, wat het risico op postpartumbloedingen bij de kraamvrouw doet toenemen (Melka et al., 2017).

Volgens Lemmon en Pereira (2021) is er een risico van 30-40% op een secundaire sectio bij een tweelingzwangerschap door foetale nood van een van de beide baby's, geboortecomplicaties of door tekenen van infecties. Het risico voor een keizersnede voor het tweede kind na een vaginale geboorte van het eerste kind, varieert tussen 4% en 7%. Volgens Goossens et al. (2020) kan een gecombineerde bevalling worden geassocieerd met een zevenvoudige toename in perinatale mortaliteit bij het tweede kind in vergelijking met een vaginale bevalling van beide kinderen.

2.4 Overlijden na de geboorte

In deze paragraaf wordt onderzocht wat de meest voorkomende oorzaken zijn van het overlijden van een deel van een meerling tijdens de eerste 28 dagen na de geboorte. Tweelingen hebben hogere neonatale morbiditeits- en mortaliteitscijfers vergeleken met eenlingen. Dit is voornamelijk te wijten aan de hogere percentages vroeggeboorte en een laag geboortegewicht (Lopriore, 2021). Volgens Kosinska-Kaczynska et al. (2022) is het risico op neonatale sterfte zeven keer hoger bij meerlingzwangerschappen.

2.4.1 Laag geboortegewicht

Volgens Vanhaesebrouck et al. (2023) is een heel laag geboortegewicht de belangrijkste oorzaak van neonatale sterfte. Een heel laag geboortegewicht kan worden gedefinieerd als een geboortegewicht dat lager is dan 1500 gram. Een laag geboortegewicht is volgens Kale en Fonseca (2023) een geboortegewicht dat lager is dan 2500 gram. Een (heel) laag geboortegewicht kan veroorzaakt worden door FGR en/of vroeggeboorte (Kale & Fonseca, 2023). Vroeggeboorte zal in de volgende paragraaf verder besproken worden.

2.4.2 Vroeggeboorte

Vroeggeboorte kan worden gedefinieerd als de geboorte van de baby's voor de 37^{e} week van de zwangerschap (Lao & Rogers, 2022). Volgens Fuchs en Senat (2016) is vroeggeboorte een groot probleem in de verloskunde en een belangrijke oorzaak van morbiditeit en mortaliteit bij pasgeborenen. Het risico op vroeggeboorte is bij tweelingen veel hoger dan bij eenlingen. Volgens Fuchs en Senat (2016) is het percentage vroeggeboorte bij tweelingen 56,6%, terwijl dit bij eenlingen slechts 9,7% is. 11,3% van de tweelingen wordt geboren voor 32 weken zwangerschap, terwijl dit percentage slechts 1,5% is bij eenlingen. Volgens Boutillier et al. (2023) worden bijna alle drielingen opgenomen op een Neonatale Intensive Care Unit (NICU) omwille van prematuriteit.

Uit onderzoek van Cox en Wainwright (2014) blijkt dat de kans dat tweelingen na complicaties veroorzaakt door premature geboorte binnen het eerste levensjaar overlijden vijf keer zo groot is in vergelijking met een eenling. Bij meerlingen van hoge orde is deze kans zelfs twaalf keer zo groot.

Volgens Fuchs en Senat (2016) is de chorioniciteit een belangrijke factor in het ontwikkelen van vroeggeboorte bij tweelingen. Een MCDA tweeling heeft een hoger risico op

vroeggeboorte en prenatale complicaties, zoals foetale sterfte, dan een DCDA tweeling. Uit het onderzoek van Fuchs en Senat (2016) blijkt dat 11% van de MCDA-tweelingen vóór 28 weken wordt geboren, tegenover 7% van de DCDA-tweelingen. Voor 32 weken zwangerschap is dit respectievelijk 26% en 18%.

Morbiditeit en mortaliteit zijn het gevolg van de onrijpheid van de organen of, vaker, van de medische ingrepen die nodig zijn om het leven van het premature kind te behouden. Verschillende orgaansystemen, zoals bijvoorbeeld het pulmonair systeem, het centraal zenuwstelsel, het darmstelsel en het vasculair systeem, kunnen pathologie ontwikkelen als gevolg van prematuriteit (Lao & Rogers, 2022).

Een premature baby is bovendien ook heel vatbaar voor infecties vanwege een verzwakte immuunrespons. Infecties komen daardoor vaker voor bij premature baby's dan bij voldragen baby's. Infecties zoals sepsis, pneumonie en meningitis hebben veel schadelijke gevolgen (Lao & Rogers, 2022).

Volgens Boutillier et al. (2023) kan een kind uit een meerlingzwangerschap sterven bij de geboorte door een mislukte reanimatie wanneer er bijvoorbeeld sprake is van een extreem premature geboorte en/of als er sprake is van een significante afwijking. Volgens Vanhaesebrouck et al. (2023) is er in Vlaanderen een officiële richtlijn rond reanimatie van extreem premature baby's op basis van de zwangerschapsduur. Er wordt geadviseerd om vanaf 26 weken zwangerschap te reanimeren en onder de 24 weken niet te reanimeren, tenzij de ouders specifiek reanimatie vragen na goed geïnformeerd te zijn. Tussen 24 en 25 weken zwangerschap bevindt zich een grijze zone waarbij er wordt gekozen op basis van een gedeelde besluitvorming tussen ouders en clinici, rekening houdend met alle relevante factoren (Vanhaesebrouck et al., 2023).

2.4.3 Andere oorzaken

Volgens Lopriore (2021) lopen monochoriale tweelingen een verhoogd risico op het ontwikkelen van aangeboren hartafwijkingen in vergelijking met eenlingen en dichoriale tweelingen. De ontwikkeling van hartafwijkingen wordt vaak geassocieerd met TTS.

Andere mogelijke oorzaken van neonatale sterfte bij meerlingen zijn gelijkaardig als bij eenlingen. Ademhalingsstoornissen, aangeboren afwijkingen en infecties zijn voorbeelden van mogelijke oorzaken van overlijden in de eerste 28 dagen na de geboorte (Mahtab et al., 2023).

3 Rouw: de theoretische achtergrond

Rouw is het proces waarin iemand een verlies verwerkt. Het wordt gedefinieerd als de reactie van een individu op een verlies, bestaande uit gedachten, gevoelens en gedragingen die in de loop van de tijd veranderen (Yousuf-Abramson, 2020). Ook bij het verlies van een kind uit een (meerling)zwangerschap ondergaan ouders een rouwproces (Druguet et al., 2018). In dit onderdeel wordt de theoretische achtergrond van rouw besproken aan de hand van twee verschillende, maar complementaire theorieën. De eerste benadrukt de rouwtaken. Het tweede theoretische model, het duaal procesmodel, beschrijft de verliesoriëntatie, enerzijds, en de hersteloriëntatie, anderzijds. Tot slot wordt stilgestaan bij de verschillen in rouwverwerking tussen mannen en vrouwen.

3.1 Rouwtaken

Om verlies te verwerken, zijn er actieve stappen nodig. William J. Worden ontwikkelde een model voor rouwverwerking op basis van vier rouwtaken. Dit model geeft een taakgerichte benadering die rouw ziet als een actief proces waarin individuen op hun eigen tempo de taken voltooien (Yousuf-Abramson, 2020).

- Aanvaarden van de werkelijkheid

De eerste rouwtaak is het onder ogen zien van de werkelijkheid. Op het moment dat iemand met verlies wordt geconfronteerd, overheerst het gevoel van onwerkelijkheid of een slechte droom. Het verlies dringt vaak niet door (Keirse, 2017). De erkenning en de realiteit van het verlies, het onomkeerbare en de veranderde werkelijkheid staan bij deze rouwtaak centraal (Van Wielink et al., 2017).

Het erkennen van het verlies is een belangrijke eerste stap in het rouwproces. De ouders moeten bijvoorbeeld de twee kinderen als twee afzonderlijke individuen beschouwen. Ze moeten hierbij de gevoelens die ze hebben ten opzichte van het overleden kind afzonderlijk verwerken. Deze gevoelens mogen niet worden verward met de gevoelens ten opzichte van het overlevend kind. Alleen dan zullen de ouders in staat zijn om een band op te bouwen met het levende kind (Druguet et al., 2018).

- Ervaren van de pijn van het verlies

De tweede taak is het ervaren van de pijn van het verlies (Keirse, 2017). Bij deze taak staat het kunnen toelaten van de verschillende gevoelens om het verlies centraal (Van Wielink et al., 2017). Deze taak gaat niet enkel over fysieke pijn, maar ook over emotionele pijn en lijden (Keirse, 2017). De intensiteit van de pijn kan variëren, maar pijn is onvermijdelijk (Yousuf-Abramson, 2020).

Vaak worden er emoties van wanhoop, neerslachtigheid, angst, schuldgevoelens, boosheid, agressie en eenzaamheid ervaren. Het ervaren van het verlies kan plotseling terug op de voorgrond treden door onverwachte herinneringen. Dit kan de pijn van het verlies opnieuw gaan activeren (Keirse, 2017).

- Aanpassen aan de omgeving na verlies

De derde taak wordt gezien als het aanpassen aan de omgeving na het verlies. Dit kan op drie verschillende domeinen, namelijk externe, interne en spirituele aanpassing (Keirse, 2017).

Het eerste domein is de externe aanpassing. Hierbij gaat het verlies het dagelijkse leven in de wereld veranderen (Keirse, 2017). Nabestaanden moeten wennen aan de nieuwe omgeving, waarbij de overledene een bepaalde rol vervulde. Deze aanpassing is voor iedereen uniek (Yousuf-Abramson, 2020). Wanneer een kind uit een meerlingzwangerschap overlijdt, moeten ouders leren omgaan met de realiteit dat één kind er nog is, terwijl het andere er niet meer is (Richards et al., 2015). Zo kunnen er aanpassingen nodig zijn in bijvoorbeeld de babykamer, die oorspronkelijk was ingericht op de komst van een meerling (Cacciatore, 2012).

Het tweede domein is de interne aanpassing, waarbij het verlies het zelfgevoel gaat bepalen (Keirse, 2017). De eigen identiteit en het zelfbeeld na het verlies wordt geherdefinieerd. Het kan een invloed hebben op de eigenwaarde en de zelfredzaamheid. Daarnaast betreft deze aanpassing ook het vinden van een nieuwe betekenis in het leven (Yousuf-Abramson, 2020). Ouders moeten bijvoorbeeld hun zelfbeeld en identiteit bijstellen. Het bijzondere gevoel dat ze hadden bij de ontdekking van een tweelingzwangerschap verdwijnt vaak bij het verlies van één van de kinderen (Richards et al., 2015).

De spirituele aanpassing is het laatste domein. Hierbij verandert het geloof in het leven en de toekomst en worden waarden en veronderstellingen in vraag gesteld (Keirse, 2017). Nabestaanden proberen het verlies te begrijpen en zich een voorstelling te maken van een leven zonder de overledene (Yousuf-Abramson, 2020). Ouders gaan bijvoorbeeld verklaringen gaan zoeken over wat er is gebeurd en over het verlies (Lee, 2012).

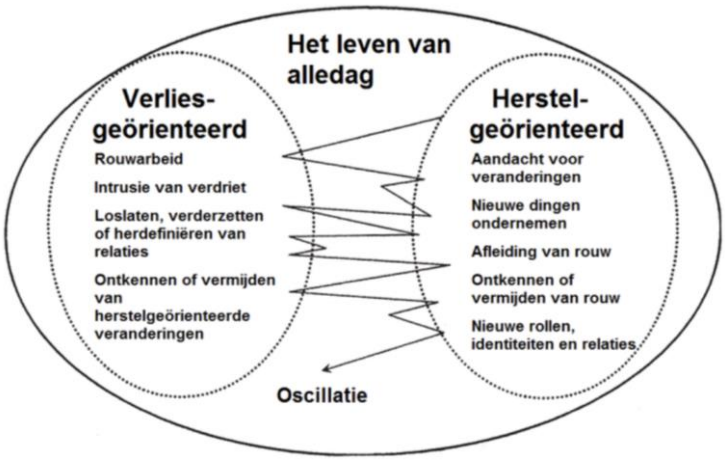
- Herinneren en opnieuw leren genieten

Bij de laatste taak gaat het over het verder leren leven met het verlies. Dit betekent ook dat de band met de persoon die overleden is, een nieuwe vorm zal moeten krijgen (Van Wielink et al., 2017). De baby die overleden is, wordt op een andere manier geïntegreerd in het leven. Hierbij gaat het leren omkijken naar herinneringen helpen om naar de toekomst te kijken (Keirse, 2017).

3.2 Duaal procesmodel

Een andere rouwverwerkingstheorie is het duaal procesmodel (DPM). Dit model, zoals weergegeven in figuur 4, werd ontworpen door Stroebe en Schut en bracht nieuwe inzichten in hoe mensen omgaan met verlies (Stroebe & Schut, 2010). In dit model wordt de complexiteit van het omgaan met verlies weergegeven (Van Wielink et al., 2017). Het duaal procesmodel bestaat uit een verlies- en hersteloriëntatie. De verliesoriëntatie verwijst naar de focus van de rouwende persoon op het verwerken van de aspecten van het verlies zelf. Hersteloriëntatie daarentegen richt zich op het opnieuw oriënteren in een wereld zonder de overledene (Stroebe & Schut, 2010).

Een persoon die aan het rouwen is, beweegt tussen het bezig zijn met het verlies en gericht zijn op herstel (Van Wielink et al., 2017). Deze dynamische wisselwerking tussen de verlies- en herstelgerichte coping, wordt oscillatie genoemd. Rouwenden zijn in staat om heen en weer te bewegen tussen het verwerken van hun verlies en het aanpassen aan de nieuwe realiteit (Stroebe & Schut, 1999).



Figuur 4: Het duaal procesmodel van Stroebe & Schut (Illegems et al., 2020)

3.3 Verschil mannen en vrouwen

Rouw en verdriet kennen verschillende stijlen. Het is voor iedereen herkenbaar, maar ook voor iedereen verschillend. Er is geen juiste of foute manier van rouwen en wat de ene persoon helpt, helpt de andere persoon totaal niet. Er is ook een verschil in rouw beschreven tussen mannen en vrouwen (Keirse, 2017). Rouw is een persoonlijk en individueel proces, waarbij vrouwen net zo goed op een 'mannelijke' manier kunnen rouwen (Van Wielink et al., 2017).

Mannen hebben door socialisatie over het algemeen geleerd om sterk te zijn en gevoelens en emoties te onderdrukken. Het is een vastgeroest ideaal dat het "mannelijk" is en dat ze sterk moeten zijn voor hun partners. Huilen wordt al snel als "zwak" beschouwd, waardoor er een taboe heerst bij mannen. Hierdoor worden deze mannen in hun rouwproces vaak gezien als minder geraakt in vergelijking met de vrouw (Campbell, 2020). Mannen gaan zich meer richten op wat er gedaan moet worden en de zaken die geregeld moeten worden. Mannen gaan het overzicht bewaren, beslissingen nemen en bepalen wat de volgende stappen zijn (Van Wielink et al., 2017).

Vrouwen daarentegen gaan zich meer richten op hun gevoelens en durven vaker praten over het verlies (Keirse, 2017). Vrouwen hebben de neiging om contact te zoeken en op zoek te gaan naar de diepere betekenis van de gebeurtenis, gaan zich makkelijker kwetsbaar opstellen en kunnen zich laten troosten. Een vrouw gaat ook proberen om een thuis en geborgenheid te creëren. Ze gaat pijn en verdriet toelaten (Van Wielink et al., 2017).

Wanneer er gekeken wordt naar het duaal procesmodel zijn mannen volgens Stroebe en Schut (2010) meer herstelgericht dan vrouwen. Mannen houden zich actief bezig met de problemen en de praktische kwesties die gepaard gaan met het verlies. Vrouwen zijn dan eerder verliesgericht, waarbij hun verdriet over het verlies voelen en uiten.

Bij de vier rouwtaken van William J. Worden zijn er in de literatuur geen specifieke genderverschillen omschreven. Verschillende bronnen benadrukken wel dat de vier rouwtaken een individueel en uniek proces zijn (Keirse, 2017; Van Wielink et al., 2017; Yousuf-Abramson, 2020).

4 Rouwverwerking bij verlies binnen meerlingzwangerschappen

Het verlies van een baby is voor ouders altijd een onverwachte en traumatische ervaring (Druguet et al., 2018; Richards et al., 2015). Bij meerlingzwangerschappen is de kans op perinataal verlies groter dan bij een zwangerschap van één kind. De foetussen kunnen in verschillende stadia van de zwangerschap of kort na de geboorte overlijden, terwijl één of meer broers of zussen overleven (Boutillier et al., 2023). Dit zorgt voor een unieke situatie waarin ouders tegelijkertijd rouwen én zorg moeten dragen voor een pasgeboren kind. Dit maakt de rouwervaring heel complex. Volgens Druguet et al. (2018) is de intensiteit van het verdriet onafhankelijk van het feit of één van de foetussen bij een meerlingzwangerschap al dan niet overleeft. Volgens Healy en Khalil (2022) kan het verlies van een foetus in een meerlingzwangerschap intenser beleefd worden dan de doodgeboorte bij een eenlingzwangerschap.

In het vorige hoofdstuk werd de theoretische achtergrond van rouw in het algemeen belicht. In dit hoofdstuk staat de psychologische impact van perinataal verlies bij meerlingzwangerschappen centraal, met bijzondere aandacht voor de beleving en rouw van ouders tijdens de zwangerschap, de bevalling en de periode na de geboorte.

4.1 Veelzijdige impact van meerlingverlies

Het verlies van een kind binnen een meerlingzwangerschap vormt een unieke en emotioneel complexe ervaring voor ouders. De gelijktijdige aanwezigheid van leven en dood roept tegenstrijdige gevoelens op van rouw en vreugde, wat het verwerkingsproces bemoeilijkt. Deze dubbelzinnige situatie vraagt om specifieke aandacht voor de complexiteit van het rouwproces, de langdurige impact op het emotioneel welzijn en de nood aan erkenning en ondersteuning vanuit de omgeving (Campbell, 2020; Cox & Wainwright, 2014).

4.1.1 Complexiteit van het rouwproces

De ouders van een meerling worden geconfronteerd met een bijzonder moeilijke rouwervaring na het verlies van een of meer baby's uit een meerling (Cox & Wainwright, 2014). Ze moeten de ervaring van de dood in evenwicht brengen met het nieuw leven. Tegelijkertijd moeten ze ook omgaan met de complexiteit van de emoties die aan deze situatie verbonden

is (Campbell, 2020). De ouders ervaren immers emoties van vreugde en verdriet. Enerzijds zijn ouders blij en verheugd op de aanwezigheid van hun overlevend(e) kind(eren), maar anderzijds is er ook het verdriet en de angst om het kind of de kinderen die ze verloren zijn (Cox & Wainwright, 2014).

Aagaard et al. (2016) beschreef dat de balans tussen het rouwproces en het voldoen aan de behoeften van de overlevende baby overweldigend is. Het kan ervoor zorgen dat één of beide ouders hun rouwproces gaan uitstellen. Vooral vaders gaan hun rouwproces met gemiddeld 25 maanden na de dood van het kind gaan uitstellen. Moeders daarentegen gaan actief rouwen en zich depressiever voelen op het moment van het verlies (Aagaard et al., 2016).

De wijze van conceptie, de oorzaak van het verlies, de zwangerschapsduur, eerdere ervaringen met verlies, culturele en religieuze achtergronden, gevoelens over meerlingen en bijkomende stressfactoren zijn allemaal factoren die volgens Lee (2012) de reactie van de ouders en omgeving op het verlies van een meerling kunnen beïnvloeden.

4.1.2 Langdurige impact

Rouw bevat vele facetten waardoor het een individueel proces wordt. Ouders van een overleden meerling zullen volgens Cox & Wainwright (2014) hun verlies waarschijnlijk niet volledig verwerken. Dit komt doordat het/de overlevende kind(eren) op elk moment in het leven een herinnering kan/kunnen oproepen aan het verlies. Zo is elke eerste feestdag, elke verjaardag en alle dagen dat ze een ontwikkelingsmijlpaal bereiken extra moeilijk. Langdurige ondersteuning is omwille van deze reden cruciaal (Cox & Wainwright, 2014).

Op het moment dat een kind sterft tijdens een meerlingzwangerschap zijn gevoelens van verdriet, angst en depressie een veelvoorkomende en normale reactie. Deze gevoelens nemen over het algemeen af na ongeveer een jaar. De combinatie van de complexiteit van het verlies en het niet erkend worden van dit verlies, zowel individueel als sociaal, kan ervoor zorgen dat dit verdriet vaak gecompliceerd en chronisch van aard wordt. De symptomen van angst en depressie kunnen aanhouden en een niveau bereiken dat op een psychische stoornis gaat wijzen (Druguet et al., 2018).

Volgens Richards et al. (2015) kan het verdriet van de ouders maanden of jaren worden uitgesteld omdat de focus ligt op de zorg voor de overlevende(n). Hier bovenop ondervonden ze dat wanneer ouders hun aandacht vestigden op het rouwen om een overleden kind uit een meerlingzwangerschap, ze zich niet konden hechten aan de overlevende(n).

Druguet et al. (2018) beschreef dat ongeveer een vijfde van de vrouwen die dergelijk verlies meemaken na één jaar nog steeds klinisch significante symptomen ervaart. Het is daarom

belangrijk om te erkennen dat deze vrouwen een verhoogde kwetsbaarheid vormen voor psychopathologie.

4.1.3 Belang van erkenning en ondersteuning

Richards et al. (2015) vermelden dat ouders vaak geen erkenning krijgen van zorgprofessionals, familie en vrienden om het verdriet om de overleden meerling te uiten, ondanks de intensiteit van dit verdriet. Het verdriet wordt met andere woorden vaak genegeerd en geminimaliseerd waarbij er geen sociale erkenning is en culturele rituelen (zoals een begrafenis) soms niet worden uitgevoerd (Druguet et al., 2018). Deze factoren kunnen volgens Druguet et al. (2018) het rouwproces bemoeilijken.

Ouders ervaren vaak inconsistentie in de ondersteuning die zij ontvangen van verschillende zorgverleners. Deze variatie wordt vaak toegeschreven aan het niet erkennen van hun rouw en het gevoel dat hun verdriet als minderwaardig wordt gezien in vergelijking met dat van anderen (Cox & Wainwright, 2014). Zorgverleners geven aan soms onzeker te zijn over hoe zij op een gepaste manier kunnen omgaan met ouders die een deel van een meerling hebben verloren (Richards et al., 2016). Daarnaast blijkt dat sommige zorgverleners zich niet altijd bewust zijn van het verlies dat de ouders hebben ervaren (Boutillier et al., 2023).

Volgens Hutti (2005) kan het gebrek aan sociale ondersteuning worden verklaard door onwetendheid over hoe men gepast reageert op rouwende ouders. Veel ouders ervaren het gevoel dat ze in de steek worden gelaten door familie, vrienden en de samenleving na hun verlies, terwijl ze op dat moment steun nodig hebben van hun omgeving (Lee, 2012). Er is een verband tussen de beschikbaarheid van sociale en/of familiale ondersteuning en het vermogen om het verdriet effectief te verwerken (Druguet et al., 2018).

Niet alleen familie en vrienden, maar ook zorgverleners kunnen – bewust of onbewust – de nadruk leggen op het overlevende kind, waardoor het verlies van het andere kind minder aandacht krijgt. Dit kan bijdragen aan het gevoel van ouders dat hun verdriet geen erkenning krijgt (Boutillier et al., 2023; Druguet et al., 2018). Vrienden en familie kunnen de zwangerschap gaan behandelen alsof het al altijd een eenlingzwangerschap was, waardoor ze het verlies gaan ontkennen. Dit gaat het de ouders moeilijker maken om het verdriet te verwerken en een goede band op te bouwen met hun overlevend kind (Druguet et al., 2018).

Volgens Druguet et al. (2018) is het van belang dat het sociale en familiale netwerk het verlies erkent en de bijbehorende emoties bevestigt. Ouders geven, zoals beschreven door Lee (2012), aan dat ze behoefte hebben aan erkenning van hun verloren kind, ongeacht het moment van het verlies in de zwangerschap.

Zorgverleners kunnen een cruciale rol spelen in het ondersteunen van ouders door hen aan te moedigen om steun te zoeken en te aanvaarden vanuit verschillende bronnen, zoals familie, vrienden en collega's. Sociale steun wordt echter pas als waardevol ervaren wanneer deze aansluit bij de behoeften en verwachtingen van de ontvanger. Daarom is het belangrijk dat zorgverleners ouders stimuleren om deze behoeften en verwachtingen expliciet te communiceren met hun omgeving (Hutti, 2005).

Daarnaast kunnen zorgverleners ouders helpen om het verlies bespreekbaar te maken binnen hun sociale kring. Familieleden en goede vrienden zouden aangemoedigd moeten worden om openlijk hun gevoelens over het overlijden te delen en de impact ervan op het gezin te erkennen, zonder het verdriet te minimaliseren (Hutti, 2005).

4.2 Verlieservaring in de tijd: van diagnose tot thuiskomst

De verlieservaring van een deel van een meerling kent verschillende fasen, beginnend bij de diagnose. Elke fase van dit verlies heeft zijn eigen specifieke uitdagingen en vereisten, zowel op medisch als op emotioneel vlak. In dit onderdeel worden de verschillende fasen, van diagnose tot thuiskomst, besproken.

4.2.1 Slecht nieuws

Slecht nieuws wordt volgens Ribeiro et al. (2022) gedefinieerd als informatie die het leven en de toekomstvisie van de ontvanger negatief beïnvloedt. De manier waarop slecht nieuws wordt gebracht, heeft een grote invloed op hoe traumatisch de gebeurtenis zal zijn voor ouders.

Het brengen van slecht nieuws is een van de moeilijkste taken waarmee zorgverleners in hun dagelijkse praktijk worden geconfronteerd. Het is belangrijk om tijdens een slechtnieuwsgesprek rekening te houden met de behoeften van de ouders omtrent het type en de hoeveelheid informatie. Dit kan helpen om stress en trauma te verminderen (Glynou et al., 2024; Henley & Schott, 2008). Volgens Meaney et al. (2016) komt de diagnose van foetale afwijking vaak onverwacht. Ouders zijn vaak niet voorbereid op mogelijk afwijkende bevindingen tijdens bijvoorbeeld een echografische screening (Glynou et al., 2024). Dit plaatst ouders in de situatie waarin ze moeite hebben de informatie te verwerken en vaak naar aanvullende bronnen zoeken (Meaney et al., 2016).

Het verlies van een kind uit een meerling heeft een enorme impact, niet alleen op de ouders zelf maar ook op de manier waarop zij informatie over de overlevende baby ontvangen en

interpreteren. Het is belangrijk dat zorgverleners feedback krijgen van ouders om er zeker van te zijn dat de informatie begrepen wordt (Richards et al., 2016). Vaak moet de informatie herhaald worden, aangezien het moeilijk is om feiten direct op te nemen in de eerste periode van rouw (Keirse, 2017). Ribeiro et al. (2022) wijzen erop dat twee derde van de ontvangen informatie vaak wordt vergeten, wat te maken heeft met de rouw, angst en de hoeveelheid nieuwe informatie.

Volgens Meaney et al. (2016) ervaren ouders opluchting wanneer zorgverleners openlijk spreken over de diagnose, ondanks de pijn die dit meebrengt. Empathische zorg en erkenning van de traumatische gebeurtenis zijn op dat moment cruciaal. Open communicatie heeft ook op lange termijn een positief effect.

Het verlies van een kind uit een tweeling is bijzonder verwoestend, vooral omdat moeders zich vaak speciaal voelen bij een tweelingzwangerschap (Richards et al., 2015). Ribeiro et al. (2022) benadrukken dat het belangrijk is dat beide ouders aanwezig zijn bij het delen van het slechte nieuws, zodat zij tegelijk kunnen beginnen met rouwen. Zorgverleners moeten zich ervan bewust zijn dat ouders verschillend kunnen reageren en beiden moeten begrepen en ondersteund worden.

Negatieve herinneringen aan het slechte nieuws zijn vaak te wijten aan zowel de inhoud van het bericht als de communicatievaardigheden van de zorgverlener. De manier van overbrengen speelt een belangrijke rol in hoe traumatisch de gebeurtenis voor ouders zal zijn (Ribeiro et al., 2022). Het verlies van een kind onderbreekt de verwachtingen en plannen van ouders, wat de betekenis van het verlies vergroot (Druguet et al., 2018; Ribeiro et al., 2022).

De eerste reacties op slecht nieuws zijn vaak shock, ongeloof en ontkenning, gevolgd door frustratie, woede en angst (Glynou et al., 2024). Vrouwen ervaren voornamelijk verdriet, terwijl mannen vaker boosheid en woede voelen. Zwangere vrouwen ervaren vaak meer angst door de extra stress van de mogelijke complicaties en pijn die zich kunnen voordoen, evenals de verantwoordelijkheid voor het dragen van de baby en het ondergaan van, indien nodig, invasieve procedures. Later in het proces komen gevoelens van schuld, schaamte, isolatie en rouw naar boven (Glynou et al., 2024). Keirse (2017) benadrukt dat de zwaarte van het verdriet niet afhankelijk is van het moment van sterven, maar van de betekenis die het kind heeft in de belevingswereld van de ouders.

4.2.2 Verdere zwangerschapsbeleving

Ouders ervaren vaak tegenstrijdige gevoelens wanneer ze te weten komen dat ze zwanger zijn van een tweeling. Ze zijn vaak heel opgewonden over het krijgen van een tweeling, maar ervaren tegelijk ook heel veel bezorgdheden over het slecht voorbereid zijn hierop, zowel

fysiek, mentaal als financieel. Wanneer de ouders dan een negatieve diagnose krijgen, voelen ze zich vaak schuldig en verantwoordelijk voor deze tegenslag (Meaney et al., 2016).

Doordat de moeder tijdens de zwangerschap rouwt om de overleden foetus en ondertussen ook doorgaat met de zwangerschap en de hechting met het overlevende kind, is het verlies van een kind tijdens een meerlingzwangerschap een bijzonder complexe situatie. Deze situatie kan leiden tot tegenstrijdige gevoelens en kan het gevoel van stress bij de moeder vergroten (Druguet et al., 2018).

Er bestaat geen consensus over de invloed van de zwangerschapsduur op de psychologische impact van een foetaal verlies. Sommige onderzoekers stellen dat een verlies in een later stadium van de zwangerschap geassocieerd kan worden met meer stress en verdriet dan een vroeg verlies. Anderen vinden echter geen duidelijk verband tussen de duur van de zwangerschap en de ernst van de psychologische klachten (Druguet et al., 2018).

4.2.3 Voorbereiding op de bevalling

Om stress rondom de geboorte te verminderen, kan het de ouders helpen om in het geval van perinatale dood een geboorteplan te ontwikkelen samen met de zorgverleners. Dit plan kan hen helpen te anticiperen op wat zal komen. Het kan ook helpen om zich voor te bereiden op zowel de emotionele als praktische aspecten van de bevalling (Lee, 2012).

Het is daarnaast belangrijk dat zorgverleners ouders goed voorbereiden op wat ze na de geboorte kunnen verwachten (Lee, 2012). Dit houdt bijvoorbeeld in dat ouders geïnformeerd moeten worden over hoe hun overleden baby('s) er mogelijk kunnen uitzien (Twins Trust Bereavement Service, 2022). De fysieke verschijning van een overleden baby kan soms een zware emotionele impact hebben. Afhankelijk van de zwangerschapsduur en het moment van het verlies, kunnen de overblijfselen van de baby samengedrukt, gemummificeerd of al aan het ontbinden zijn (Lee, 2012).

Gezien de gevoeligheid van dit onderwerp, is het van groot belang dat zorgverleners met veel empathie en zorg communiceren. Zorgverleners moeten de ouders niet alleen informeren, maar ook beschikbaar zijn om hen emotioneel te ondersteunen, zodat ze zich niet alleen gelaten voelen in dit moeilijke proces (Lee, 2012). Ouders moeten ook de kans krijgen om voor, tijdens en na de bevalling en de geboorte te bespreken hoe ze zich voelen (Twins Trust Bereavement Service, 2022). Zowel de moeder als de partner mogen op geen enkel moment tot iets worden gedwongen en moeten steeds de ruimte krijgen om aan te geven wat zij wel of niet wensen. Daarbij kunnen hun behoeften ook van elkaar verschillen (V. Gryspeerdt, persoonlijke communicatie, 3 mei 2025).

4.2.4 Bevalling

Wanneer één of meer baby's zijn overleden tijdens de zwangerschap, kunnen ouders gemengde gevoelens ervaren tijdens de bevalling en de periode erna. Ze kunnen zowel vreugde ervaren rond de geboorte van de overlevende baby('s), maar ook intense rouw rond de baby('s) die ze verloren zijn (Twins Trust Bereavement Service, 2022). Zo gaven de meeste moeders in het onderzoek van Richards et al. (2015) aan dat de vreugde over de geboorte van een levend kind geen afbreuk deed aan het verdriet om hun overleden baby. Ondanks goedbedoelde opmerkingen dat het overlevende kind troost zou moeten bieden, waren alle moeders ervan overtuigd dat geen enkel kind een ander kan vervangen (Richards et al., 2015).

De bevalling zelf is altijd een fysiek proces, ongeacht of de baby levend of dood is. Wanneer de bevalling traumatisch is, bijvoorbeeld door gebrek aan steun, hevige pijn of suboptimaal contact met de baby na de geboorte, wordt het psychologische risico voor de ouders aanzienlijk vergroot, vooral wanneer de baby al overleden is. In dergelijke gevallen is er vaak een gebrek aan erkenning van de overleden baby als een uniek en waardevol gezinslid (Cacciatore, 2012).

Het proces van de bevalling, de geboorte en het herstel na de bevalling kan als 'ondraaglijk' pijnlijk ervaren worden. Tijdens de geboorte kunnen ouders zich angstig, geschokt en verdoofd voelen, met de sterke wens om 'te ontsnappen' aan de situatie, gezien de overweldigende emoties en de moeilijke realiteit die hen confronteert (Cacciatore, 2012).

De wijze van bevallen hangt af van verschillende factoren, zoals de zwangerschapsduur, de chorioniciteit van de zwangerschap en de toestand van het overlevende kind. Wanneer intra-uteriene dood (IUD) van een kind in een meerlingzwangerschap na de levensvatbaarheidsgrens wordt vastgesteld, is onmiddellijke bevalling alleen noodzakelijk als de toestand van het overlevende kind zorgwekkend is, bijvoorbeeld bij tekenen van stress of zuurstofgebrek. In dergelijke gevallen wordt vaak gekozen voor een keizersnede. Meestal wordt echter gekozen voor een afwachtend beleid (Cleary-Goldman & D'Alton, 2004). IUD is geen indicatie voor een keizersnede. Vaginaal bevallen is toegestaan, tenzij hier tegenindicaties voor zijn (De La Calle et al., 2021).

Indien IUD vóór de grens van levensvatbaarheid wordt vastgesteld, wordt er in het geval van een dichorionische zwangerschap doorgaans gekozen voor een afwachtend beleid. Bij monochorionische zwangerschappen kunnen ouders ervoor kiezen om af te wachten of de zwangerschap te beëindigen (Cleary-Goldman & D'Alton, 2004).

4.2.5 Na de geboorte

Ouders moeten de kans krijgen om hun baby's zo snel mogelijk, van zodra de medische en emotionele situatie het toelaat, vast te houden en te zien. Hierbij moeten ze de kans krijgen om de verschillen en gelijkenissen tussen hun baby's, zowel hun overleden als hun levend geboren baby('s), te identificeren. Dit kan de ouders helpen om elk kind als een individu te zien. Ouders moeten de mogelijkheid krijgen om een individuele relatie aan te gaan met elk kind, ongeacht of het sterft of overleeft. Het aangaan van een relatie met het overleden kind of het kind dat zal sterven, vergemakkelijkt het rouwproces en zal de ouders ondersteunen in hun hechting aan de overlevende kinderen (McGrath et al., 2011).

De partner is vaak de persoon die na de geboorte voor eventuele broers en zussen moet zorgen en de financiële en praktische zaken moet regelen. Hij/zij staat vaak in voor de geboorteregistratie van de overlevende baby en het registreren van het overlijden van de andere baby. Tegelijkertijd worden er vaak ook plannen gemaakt voor een eventuele begrafenis, doop,… Het is belangrijk dat beide ouders tijdens deze momenten ook passende ondersteuning en informatie krijgen (Campbell, 2020).

4.2.6 Neonatologie

Zorgverleners op een neonatale (intensieve) zorgafdeling en materniteit staan voor de uitdaging om gezinnen waarin één of meer baby's uit een meerling het niet heeft gehaald, te begeleiden. Dit is bijvoorbeeld het geval na een reductie van een meerling, intra-uteriene dood, een uitgestelde intervalbevalling en het overlijden van een kind op de NICU (Lee, 2012). Een NICU opname is voor de ouders vaak een bewogen en lange periode. Dit in combinatie met het verlies van een baby, is voor hen een grote uitdaging (Boutillier et al., 2023).

Volgens Harris (2020) houden weinig ouders op voorhand rekening met de mogelijkheid tot opname op een neonatale afdeling of met het overlijden van een pasgeboren baby. Het kan daardoor ook als schokkend ervaren worden wanneer mama en kind van elkaar gescheiden worden bij de geboorte (Harris, 2020).

Volgens Boutillier et al. (2023) kan een opname van de overlevende kinderen op de NICU de rouw ook complex maken. Ouders kunnen het ziekenhuis waar hun kind is overleden vaak niet vermijden, omdat ze voor de overlevende broer(s) of zus(sen) nog naar dat ziekenhuis moeten blijven komen terwijl ze aan het rouwen zijn en het gevoel hebben dat ze daar een trauma hebben meegemaakt.

Ouders moeten tijdens de opname blijven investeren in de zorg voor de overlevende broer(s) en/of zus(sen), en tegelijkertijd de hoop voor hen blijven koesteren (Boutillier et al., 2023).

Volgens Lee (2012) ervaren ouders vaak de angst om hun overlevende kinderen ook te verliezen, waardoor ze moeite hebben om zich te hechten.

Ouders worden aangemoedigd om tijd door te brengen met hun gezonde baby('s), maar ook met de baby('s) die ziek zijn en het waarschijnlijk niet zullen overleven. Veel ziekenhuizen proberen de broers en zussen zo dicht mogelijk bij elkaar te houden door bijvoorbeeld de couveuses zo dicht mogelijk bij elkaar te plaatsen (Twins Trust Bereavement Service, 2022).

4.2.7 Herinneringen

Het is belangrijk dat ouders zo snel mogelijk starten met herinneringen maken. Zorgverleners spelen hierin een sleutelrol door ouders te begeleiden en aan te moedigen om waardevolle momenten vast te leggen, zoals het samen in een couveuse leggen van de kinderen, huid-op-huidcontact en het maken van foto's (Campbell, 2020).

Herinneringen die de band tussen meerlingen zichtbaar maken, zijn van bijzondere waarde. Ouders geven vaak de voorkeur aan foto's van hun kinderen samen, bij voorkeur nog voor het overlijden (indien mogelijk) (Lee, 2012). Tastbare herinneringen, zoals foto's of afdrukken van de handjes en voetjes, worden diep gekoesterd (Campbell, 2020). Achteraf hebben ouders vaak spijt dat ze geen foto hebben genomen van hun meerling samen (Cox & Wainwright, 2014).

Ook na het overlijden van een kind uit een tweeling of meerling, moeten de ouders verder ondersteund worden. Zorgverleners kunnen helpen bij het baden, aankleden en het maken van (tastbare) herinneringen van het overleden kind. Familieleden en broers en zussen betrekken, kan helpen om herinneringen te delen en te versterken (Campbell, 2020).

Het vasthouden van het kind tijdens of na het overlijden wordt door veel ouders als waardevol ervaren, maar dit is niet voor iedereen vanzelfsprekend. Het is belangrijk dat ouders hierin hun eigen keuze mogen maken, zonder druk van buitenaf (Lee, 2012).

Ouders hechten er veel waarde aan dat de overlevende meerling weet van zijn of haar broer of zus. Aandenkens helpen hierbij, maar confronteren hen ook met het blijvende gemis. Daarom is het belangrijk dat zorg afgestemd wordt op de unieke wensen en noden van elke familie (Meaney et al., 2016; Campbell, 2020).

4.2.8 Thuiskomst

Het ontslag uit het ziekenhuis wordt door ouders als een moeilijke en stressvolle gebeurtenis ervaren. Naast de onzekerheden over de zorg voor het/de overlevend(e) kind(eren), confronteert het naar huis gaan hen ook meer met het verlies. Op dit moment kan het rouwproces ook intenser worden (McGrath et al., 2011). Ouders keren terug naar een huis vol pijnlijke herinneringen: een lege babykamer, ongedragen kleertjes en luiers, de verwachting van familie en vrienden die beantwoord moet worden met verdriet (Cacciatore, 2012).

Het thuiskomen na een overlijden brengt logistieke, emotionele en mentale uitdagingen met zich mee voor rouwende ouders met overlevende kinderen. Ongeveer één op de drie ouders geeft aan dat ze het moeilijk hebben na ontslag uit het ziekenhuis. Ouders die voor twee of meer kinderen moeten zorgen, geven aan zich vaak overweldigd te voelen. Ze zijn dankbaar voor het neonatale personeel dat de betrokkenheid van de ouders in de zorg voor hun kind(eren) geleidelijk aan vergroot voorafgaand aan het ontslag. Sommige ouders geven aan dat een checklist voor ouders bij ontslag nuttig is, zodat ze de informatie die het personeel geeft, niet vergeten (Cox & Wainwright, 2014).

4.3 Rouwbeleving bij de ouders

Na perinataal verlies in een meerlingzwangerschap ervaren ouders een complexe rouwbeleving die zowel hun individuele emotionele toestand als hun relatie kan beïnvloeden (Campbell, 2020). Deze paragraaf belicht de verschillende aspecten van de rouwbeleving bij ouders, met aandacht voor zowel de psychologische als de sociale gevolgen.

4.3.1 Verschillende rouwbeleving bij moeder en partner

Na perinataal verlies voelen moeders zich vaak intens getraumatiseerd, verdrietig en leeg. Het verlies is niet alleen fysiek, maar ook emotioneel en psychologisch zwaar. Deze gevoelens van droefheid kunnen gepaard gaan met somberheid, bezorgdheid en prikkelbaarheid. Wanneer deze reacties aanhouden, kunnen pathologische rouw en psychologische symptomen zoals depressie, posttraumatische stress en angst ontstaan (Kirui & Lister, 2021).

Naast het verlies van hun kind, rouwen moeders ook om het verlies van hun rol als moeder van een meerling. In de maatschappij wordt het moederschap van een meerling vaak als bijzonder gezien, waardoor moeders ook om het verlies van deze status rouwen (McGrath et al., 2011).

Het verlies van een kind tijdens de zwangerschap of de geboorte is vaak moeilijker te verwerken dan ander verlies. Het gebrek aan herinneringen en het feit dat het verlies gepaard gaat met gevoelens van falen en het verlies van verwachtingen, maken het verwerkingsproces bijzonder zwaar (Keirse, 2017). Een misverstand is dat de aanwezigheid van een levend kind het rouwproces zou verlichten. In werkelijkheid blijft het verlies van een deel van een meerling zwaar, ook als er nog een levend kind is (McGrath et al., 2011).

In de nasleep van perinataal verlies ligt de maatschappelijke focus vaak op het welzijn van de moeder. Hierdoor wordt het verdriet van de partner niet altijd even zichtbaar of erkend (Campbell, 2020). Veel partners worstelen met het vinden van woorden voor hun gevoelens van verdriet en wanhoop. Sommigen vragen zich af wanneer er voor hen ruimte is om te rouwen, of welke rol zij mogen innemen in dit proces.

Hoewel partners het kind niet fysiek gedragen of ter wereld gebracht hebben, ervaren zij het verlies vaak als even zwaar. Ze kunnen zich naar buiten toe sterk voordoen, terwijl er innerlijk sprake is van diepe pijn (Campbell, 2020). Vaders, in het bijzonder, rapporteren gevoelens van zelfbeschuldiging, verlies van identiteit en een sterke neiging om hun emoties te onderdrukken. De maatschappelijke erkenning van hun rouw blijft vaak achter, en daarmee ook de ondersteuning die zij ontvangen (Van Dinter & Graves, 2012).

Campbell (2020) benadrukt hoe belangrijk het is dat zorgprofessionals ook het verdriet van de partner zien en erkennen. Tegelijkertijd wijst Campbell (2020) erop dat partners mogelijk terughoudender kunnen zijn in het aanvaarden van die hulp.

4.3.2 Relatie ouders

Zoals eerder beschreven, kan de moeilijke taak van het omgaan met de tegenstrijdige emoties die gepaard gaan met het verlies van een deel van een meerling, ertoe leiden dat één of beide ouders hun rouwproces gaan uitstellen (Campbell, 2020). Volgens Aagaard et al. (2016) kunnen sommige ouders nog maanden of zelfs jaren na het verlies emotioneel worden beïnvloed. Dit kan een druk leggen op de relatie tussen de ouders. Volgens Campbell (2020) kan dit schadelijke effecten hebben op het partnerschap van de ouders.

Wederzijdse steun en begrip tussen de partners kunnen de last van het verdriet en het verlies verlichten. Vervreemding of gebrek aan begrip kan het risico op gecompliceerde rouw vergroten (Zhang et al., 2024).

Cox en Wainwright (2014) gaven aan dat veel ouders zich als stel meer verenigd voelen na het overlijden van hun kind(eren) dan ervoor. Er kan met andere woorden een hechtere relatie tussen beide ouders ontstaan.

4.3.3 Toekomstige zwangerschappen

Een zwangerschap na perinataal verlies kan een grote uitdaging zijn voor de ouders. Ze kunnen geconfronteerd worden met intense psychologische stress, waaronder angst, depressie en posttraumatische stressstoornis. Deze emoties kunnen de vreugde over een nieuwe zwangerschap overschaduwen en leiden tot verhoogde bezorgdheid over een mogelijke herhaling van het verlies en minder prenatale hechting. Het is essentieel dat zorgverleners deze gevoelens erkennen en passende ondersteuning bieden (Donegan et al., 2023).

Psychologische stress kan toenemen tijdens latere zwangerschappen wanneer rouw over een eerdere nadelige geboorte-uitkomst niet werd erkend of verwerkt. Verhoogde angst en ernstigere depressie kunnen optreden wanneer de nieuwe zwangerschap samenvalt met de verjaardag van het vorige verlies, of als vreugde van een nieuwe zwangerschap de mogelijkheid om te rouwen rond het vorige verlies verstoort (Van Dinter & Graves, 2012).

4.3.4 Impact op werk

Na het krijgen van de diagnose van een levensbedreigende foetale afwijking of overlijden bij een deel van een meerling, ervaren de ouders nog andere moeilijkheden. Het bijwonen van sociale bijeenkomsten en ontmoetingen met collega's op het werk brengt extra uitdagingen met zich mee. Ze ervaren vaak moeilijkheden met het uitleggen dat ze in verwachting zijn van een tweeling en dat de kans groot is dat één van de twee kinderen het niet zal overleven (Meaney et al., 2016).

Rouw en verdriet tasten het emotioneel welbevinden aan en hebben daardoor een sterke invloed op het werk. Het belemmert de concentratie en bemoeilijkt contacten en beslissingsvaardigheden (Keirse, 2017). De fysieke en psychologische effecten van perinataal verlies kunnen de kwaliteit van het leven verminderen, wat ook een invloed heeft op het werk (Zhang et al., 2024).

4.4 Rouwbeleving bij de dichte omgeving

Het verlies van een deel van een meerling is niet alleen een ingrijpende gebeurtenis voor de ouders, maar ook voor de andere gezinsleden, zoals broers en zussen, en voor de grootouders. Dit onderdeel onderzoekt wat de impact is van het verlies van een deel van een meerling op de dichte omgeving.

4.4.1 Broers en zussen

Campbell (2020) beschrijft dat wanneer er een sterftegeval is in een familie, de volwassenen vaak, met de beste bedoelingen, niet altijd eerlijk en openhartig zijn tegenover kinderen. Er wordt vaak vanuit gegaan dat kinderen onder de vijf jaar te jong zijn om te weten en te begrijpen wat er is gebeurd. Volgens Keirse (2017) is het belangrijk om de andere kinderen in het gezin te vertellen over hun overleden broertje of zusje. Hierbij moet er niet alleen gefocust worden op de kinderen die oud genoeg zijn om het te begrijpen, maar ook op de jongere kinderen en de kinderen die eventueel later geboren worden.

Campbell (2020) benadrukt het belang van een duidelijke uitleg aan kinderen over wat er is gebeurd, afgestemd op hun leeftijd en begripsniveau. Wanneer kinderen buitengesloten worden van deze informatie, lopen ze het risico een gevoel van gemis te ervaren. In de afwezigheid van concrete uitleg kunnen zij de ontbrekende details zelf invullen, gebaseerd op hun eigen interpretaties, zonder een herinnering aan het overlijden van hun broer of zus (Campbell, 2020).

Indien de moeder een prenatale ziekenhuisopname ondergaat, zijn de kinderen vaak meerdere weken van haar gescheiden. Dit kan de ouder-kindrelatie beïnvloeden. Het is belangrijk dat de broers en/of zussen zoveel mogelijk bij de zorg voor hun pasgeboren broertje(s) en/of zusje(s) worden betrokken. Dit kan ervoor zorgen dat er een positieve relatie wordt opgebouwd tussen broers en zussen (Campbell, 2020).

Wanneer kinderen te vroeg geboren worden, worden deze verzorgd op een neonatale afdeling (Boutillier et al.,2023). Dit kan een diepgaande impact hebben op de emotionele beleving van oudere broers of zussen. Dit kan voor verwarring zorgen. Als een baby dan sterft, is het belangrijk om de kinderen aan te moedigen om hun verdriet te uiten. Zelfs de jongste kinderen kunnen aan de hand van gedragsveranderingen reageren op de dynamiek van de veranderende omgeving en de aanwezigheid van emotioneel geladen volwassenen. Hun voedings- en slaaproutines kunnen worden verstoord. Kinderen kunnen hun nood onder meer uiten door zich algemeen ellendig te voelen of door ontroostbaar te huilen (Campbell, 2020).

4.4.2 Grootouders

Als een kleinkind sterft kort voor of na de geboorte, wordt de vreugde rondom de geboorte vervangen door een verwoestend gevoel van verlies voor een onvervulde toekomst. Grootouders lijden niet alleen onder het verlies van hun kleinkind, maar ook door het verdriet en het lijden van hun eigen zoon of dochter, evenals de veranderingen die dit verlies met zich

meebrengt in gedrag, verbinding, familiedynamiek en functioneren (Campbell, 2020; Lockton et al., 2019).

Het verdriet van grootouders wordt vaak niet ten volle erkend binnen een rouwende familie, ondanks het feit dat grootouders steeds diep geraakt zijn door het sterven van een kleinkind. Grootouders spelen volgens Keirse (2017) een belangrijke rol in het ondersteunen van hun volwassen kinderen bij het omgaan met het verlies van een kind. Dit is een bijna onmogelijke opdracht voor grootouders (Keirse, 2017).

Als grootouder ligt het verlies van een kleinkind ver buiten de verwachtingen. In de natuur is het vanzelfsprekend dat grootouders en ouders eerder overlijden dan hun kinderen, maar niet andersom. Deze gebeurtenis brengt dan ook gevoelens van schuld, shock, leegte, ongeloof en intens verdriet met zich mee bij de grootouders. Ondanks hun levenservaring zijn ze nooit voorbereid op deze levensgebeurtenis (Keirse, 2017).

5 Rol van de vroedvrouw

Er zijn veel zorgverleners die een belangrijke rol kunnen spelen in de ondersteuning van ouders die een deel van een meerling verliezen. In dit hoofdstuk wordt er stilgestaan bij de rol van de vroedvrouw. Welke ondersteuning kan de vroedvrouw bieden en wat verwachten ouders? Verder wordt ingegaan op de impact op de vroedvrouw zelf en hoe ze zich kan voorbereiden op dergelijke situaties.

5.1 Ondersteuning

Het verlies van een kind uit een meerlingzwangerschap stelt ouders voor unieke uitdagingen, waarbij het verlies van één kind vaak gepaard gaat met de vreugde en zorg voor het overlevende kind (Meaney et al., 2016). Het is van groot belang dat vroedvrouwen de emotionele en medische behoeften van deze ouders erkennen, waarbij verhoogde zorg en psychologische ondersteuning noodzakelijk zijn (Beck et al., 2021; Richards et al., 2015). Hieronder worden belangrijke zorgaspecten zoals het erkennen van het verlies, het behoud van de meerlingstatus en het bieden van emotionele en praktische ondersteuning besproken.

5.1.1 Begeleiden hoog risicozwangerschap

Meerlingzwangerschappen vragen om een intensievere klinische opvolging, waardoor het aangewezen kan zijn om af te wijken van het aanbevolen aantal van tien prenatale consultaties (Benahmed et al., 2020).

Meerlingzwangerschappen houden volgens Beck et al. (2021) verschillende risico's in voor zowel de moeder als de ontwikkelende kinderen. Volgens het beroeps- en competentieprofiel van de Belgische vroedvrouw is het belangrijk om adequate zorg en begeleiding te verlenen in verhoogde risicosituaties of bij complicaties. De vroedvrouw verleent zorg en begeleiding bij zowel zwangerschap, arbeid, bevalling en postpartum met risico's en/of complicaties in samenwerking met artsen en andere gezondheidszorgverleners (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2016).

Daarnaast behoort het evalueren van risicosituaties en psychosociale omstandigheden tot de competenties van de vroedvrouw. Het is van cruciaal belang dat de vroedvrouw bepaalde risico's en complicaties, zowel op medisch vlak als op psychosociaal vlak, autonoom gaat detecteren en hierop adequaat gaat handelen. Een vroedvrouw verwijst indien nodig door

naar de gepaste gezondheidszorgverlener(s) (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2016).

5.1.2 Erkennen verlies

Het erkennen van het overleden kind is essentieel binnen de zorgverlening. Persoonlijke benadering, zoals het gebruiken van de naam van het kind, draagt bij aan een gevoel van erkenning bij de ouders (Lee, 2012).

Zorgverleners hebben de neiging om zich te focussen op het/de overlevende kind(eren) (Boutillier et al., 2023). Volgens Campbell (2020) is het belangrijk dat vroedvrouwen proberen te begrijpen wat ouders doormaken wanneer zij een deel van een meerling verliezen. Het verkrijgen van inzichten in de perspectieven van ouders, en het toepassen daarvan, stelt vroedvrouwen in staat om individuele ondersteuning te bieden. Gebrek aan erkenning van de complexiteit kan leiden tot ernstige, blijvende gevolgen. Het is ook belangrijk om bij deze zorg rekening te houden met religieuze en spirituele overtuigingen van de ouders (Campbell, 2020).

Vroedvrouwen worstelen vaak met het juiste moment om rouw aan te kaarten, uit vrees om extra verdriet te veroorzaken. De ouders zijn niet alleen getraumatiseerd door het verlies van een baby, maar zijn vaak ook angstig over de prognose van de overlevende baby (Richards et al., 2016).

5.1.3 Behouden meerlingstatus

Door het verschuiven van de medische nadruk naar de overlevende baby(‘s) kunnen de ouders de indruk krijgen dat de identiteit van de overleden baby niet wordt erkend (Richards et al., 2016). Toch vinden ouders het belangrijk dat zorgverleners de overlevende baby gaan identificeren als tweeling of meerling (Campbell, 2020). Een symbool, zoals een vlinder, op het bedje van de overlevende baby(‘s) kan helpen om de meerlingstatus te benadrukken. Dit symbool helpt ook om onbedoelde pijnlijke opmerkingen van het zorgpersoneel te voorkomen (Hayes et al., 2015).

Zelfs wanneer een deel van een meerling overlijdt tijdens de zwangerschap, is het belangrijk om de zwangerschap als een meerlingzwangerschap te blijven beschouwen en niet als een eenlingzwangerschap (Twins Trust Bereavement Service, 2022).

5.1.4 Emotioneel ondersteunen

Volgens Richards et al. (2015) is het belangrijk om goede emotionele zorg te bieden, aangezien deze invloed heeft op de levensbelangrijke herinneringen die ouders maken tijdens het verlies van een baby. Professionele hulp, zoals psychologische ondersteuning, kan helpen om het persoonlijk leed te verlichten en een band op te bouwen met de overlevende baby('s).

Meaney et al. (2016) wijzen erop dat vroedvrouwen rekening moeten houden met de tegenstrijdige emoties die ouders ervaren bij het verlies van een deel van een meerling. Het is belangrijk de ouders te verzekeren dat gevoelens van ambivalentie, overbezorgdheid, schuld of falen normaal zijn in deze situaties (Lee, 2012). Vaak proberen ouders sterk te zijn voor het overlevende kind, terwijl ze tegelijkertijd ook rouwen om het verlies van hun ander kind (Meaney et al., 2016).

Ouders moeten de mogelijkheid krijgen om, wanneer zij dat willen, over de dood van hun kind te praten. Niet alle ouders willen hierover praten, omdat zij niet voortdurend aan hun verdriet herinnerd willen worden (Lee, 2012). Het is voor de vroedvrouw belangrijk om openlijk respect te tonen voor en steun te bieden aan alle vormen van verdriet, aangezien het rouwproces voor ieder individu uniek is (Campbell, 2020).

5.1.5 Informeren

Uit onderzoek van Lee (2012) blijkt dat de meeste gezinnen open en eerlijke informatie willen over hun baby, vooral rond het moment van overlijden. Ouders zoeken vaak naar verduidelijking over wat er is gebeurd.

Volgens Aagaard et al. (2016) is het voor zorgverleners, zoals vroedvrouwen, een belangrijke taak om informatie te verstrekken en ouders te ondersteunen in hun ontwikkeling van ouderschap. Dit omvat het begrijpen van hun behoeften en het bieden van duidelijke, begrijpbare informatie waarbij een open dialoog wordt aangemoedigd.

Bovendien benadrukt Hayes et al. (2015) het belang van nauwkeurige en continue toegang tot informatie en steun. Ouders waarderen het wanneer ze goed geïnformeerd worden over wat ze kunnen verwachten gedurende de zwangerschap. Het is essentieel dat ouders betrokken worden bij het nemen van beslissingen, wat alleen mogelijk is als ze goed geïnformeerd zijn over de situatie en mogelijke risico's (Hayes et al., 2015).

5.1.6 Continuïteit zorg garanderen

Volgens Campbell (2020) is communicatie heel belangrijk, zowel tussen zorgverleners als naar de ouders toe. Het is heel belangrijk dat het klinisch personeel de medische notities grondig leest en overdraagt, zodat ze weten dat het om een overlevend kind uit een meerling gaat (Richards et al., 2016).

Aagaard et al. (2016) benadrukt het belang van een vertrouwensrelatie tussen de ouders en de zorgverleners. Tijdens het verblijf in het ziekenhuis bouwen rouwende ouders een vertrouwensrelatie op met bepaalde zorgverleners, zoals vroedvrouwen. Het is echter moeilijk om continuïteit te waarborgen in het zorgteam van een specifieke baby omwille van de organisatie van de personeelsbezetting (Richards et al., 2016). Het gebrek aan continuïteit vormt voor ouders een extra uitdaging en belemmert het opbouwen van hun ouderschap. Ouders hebben nood aan betrokkenheid, inspraak bij besluitvorming en partnerschap. De vroedvrouwen moeten de ouders blijven uitnodigen in dit partnerschap met het personeel, de patiënt en zijn naasten (Aagaard et al., 2016).

5.2 Impact op de vroedvrouw

Het overlijden van een baby tijdens de zwangerschap, bevalling of de neonatale periode is een ingrijpende gebeurtenis, niet alleen voor ouders en families, maar ook voor de betrokken zorgverleners en meer specifiek de vroedvrouw (McNamara et al., 2022). Hoewel zij doorgaans een vreugdevolle gebeurtenis begeleiden, kan de geboorte onverwacht veranderen in een tragedie die sterk afwijkt van hun dagelijkse praktijk (Martínez-Serrano et al., 2018).

Deze confrontatie met de dood roept bij verloskundigen een moeilijke ambivalentie op: het verlies van een kind tijdens de arbeid of de bevalling kan soms aanvoelen als een persoonlijke mislukking, ook al ligt het buiten hun controle. Het contrast tussen een normale bevalling en een traumatische gebeurtenis maakt deze ervaring extra zwaar. De organisatie van de ziekenhuiszorg draagt hier soms onbedoeld aan bij, doordat een vroedvrouw tijdens één dienst zowel een stilgeboorte als een gezonde bevalling kan begeleiden. Die plotselinge emotionele omschakeling vraagt veel empathie, aanwezigheid en communicatie (Martínez-Serrano et al., 2018).

Na het verlies van een baby is het voor zorgverleners essentieel om ruimte te krijgen voor verwerking, bijvoorbeeld via gesprekken met collega's. Dergelijke gebeurtenissen zijn vaak emotioneel en traumatisch, en vragen om passende psychologische ondersteuning (Campbell, 2020).

Zorgverleners worden regelmatig blootgesteld aan menselijk lijden, maar plotselinge sterfgevallen zoals het overlijden van een pasgeborene vergroten het risico op secundaire traumatisering. Dit kan leiden tot psychische klachten zoals angst, depressie en uitputting, wat het vermogen tot empathisch en effectief contact met patiënten kan aantasten. Hierdoor worden zowel het welzijn van de zorgverlener als de kwaliteit van de zorg nadelig beïnvloed (Cacciatore, 2012).

5.3 Voorbereiding vroedvrouw

Hoewel zorgprofessionals vertrouwen hebben in de medische zorg voor het overlevende kind, voelen ze zich vaak onzeker in het omgaan met de emotionele noden van rouwende ouders. Dood en rouw worden als een onvermijdelijk deel van het werk gezien, maar veel zorgverleners geven aan niet goed te weten hoe ze de interactie met de ouders moeten aanpakken (Richards et al., 2016).

Boutillier et al. (2023) kaart aan dat algemene educatie in ethiek en palliatieve zorg, en in het bijzonder perinatale palliatieve zorg, nog onvoldoende geïntegreerd is in medische en verpleegkundige opleidingen. Ook vroedvrouwen signaleren een tekort aan training in rouw- en communicatievaardigheden. Hierdoor voelen velen zich niet goed voorbereid om om te gaan met de situatie van foetale dood (Martínez-Serrano et al., 2018). Het ontbreken van gerichte opleiding maakt dat zorgverleners zich vaak onzeker voelen in de ondersteuning van rouwende families, wat de nood aan professionele training in perinataal verlies onderstreept (Boutillier et al., 2023). Vroedvrouwen wensen dat trainingen in rouw worden opgenomen in het curriculum, aangevuld met permanente educatie (Martínez-Serrano et al., 2018). Daarnaast geven zorgverleners aan behoefte te hebben aan specialisatietraining om beter inzicht te krijgen in de complexe emoties die ouders ervaren bij het verlies van een baby uit een meerlingzwangerschap. Omdat de behoeften van ouders variëren en in de tijd veranderen, is het echter moeilijk om een universele aanpak te bieden voor het omgaan met deze rouwvraagstukken (Richards et al., 2016). Daarbij wijst Martínez-Serrano et al. (2018) erop dat stagiaires zelden direct betrokken zijn bij de begeleiding van perinataal verlies, terwijl juist deze ervaring, mits ondersteund door een gekwalificeerde vroedvrouw, waardevol kan bijdragen aan hun professionele ontwikkeling.

6 Praktijkdeel

6.1 Het concept

Voor het praktijkdeel van deze bachelorproef is een podcast (figuur 5) ontwikkeld met een tweeledig doel. Enerzijds wil de podcast ouders in een gelijkaardige situatie steun bieden door hen herkenning te laten vinden in de verhalen van anderen en hen het gevoel te geven dat ze niet alleen staan. Anderzijds is het de bedoeling om zorgverleners te informeren over hoe ze koppels in deze situatie kunnen begeleiden en op welke manier ze deze koppels het best kunnen ondersteunen.

Het idee voor deze podcast ontstond na het beluisteren van persoonlijke getuigenissen van ouders uit de nabije omgeving die geconfronteerd werden met perinataal verlies bij een meerlingzwangerschap. Zij gaven aan dat ze te weinig, of niet de juiste, steun kregen van de zorgverleners en hadden vaak het gevoel er alleen voor te staan.

In België zijn er nauwelijks tot geen podcasts terug te vinden die specifiek perinataal verlies bij een meerlingzwangerschap beschrijven. Aangezien podcasts in staat zijn om een gevoel van verbondenheid, intimiteit en nabijheid op te roepen (Sienkiewicz & Jaramillo, 2019; Wendland, 2024), bleek dit medium bijzonder geschikt om deze verhalen een stem te geven. Bovendien zijn podcasts tijdloos en toegankelijk, waardoor luisteraars op elk moment en op elke locatie kunnen luisteren, waardoor de betrokkenheid vergroot (Wendland, 2024).



Figuur 5: Tegel podcast 'Wanneer geluk en verdriet samenkomen' ©Sofie De Roeck

6.2 De podcast

In deze podcast wordt er in gesprek gegaan met drie ouders die een deel van een meerling zijn verloren tijdens de zwangerschap of kort na de geboorte. Ze vertellen hun verhaal, hoe zij deze gebeurtenis hebben ervaren, hoe hun zwangerschap is verlopen, welke begeleiding ze al dan niet hebben gekregen en tegen welke problemen zij zijn aangebotst. Om één en ander te duiden, werd er in gesprek gegaan met experten, namelijk een psychologe en een vroedvrouw.

6.2.1 Methode

In de afgelopen maanden werden vijf verschillende interviews afgenomen, waaronder drie bij moeders die het verlies van een deel van een meerling hebben ervaren. Daarnaast werd een interview afgenomen met een vroedvrouw die eerder een vergelijkbare casus heeft begeleid, en een interview met een psychologe die gespecialiseerd is in rouw en verlies. De duur van de interviews varieerde tussen één à twee uur.

Ter voorbereiding van deze interviews werd door de podcastmaker, Sofie De Roeck, een gespreksgids (zie bijlage A) opgesteld zodat het gesprek efficiënt en volgens een vooraf vastgelegd inhoudelijk patroon zou verlopen. Deze gespreksgids stelde de deelnemers ook in staat zich voor te bereiden op het interview. Ook voor hen was het gesprek immers weer een emotionele confrontatie met deze impactvolle gebeurtenis.

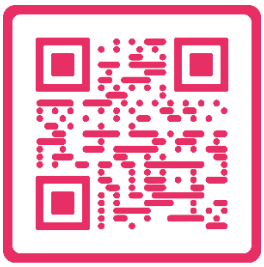
Eerst werden de gesprekken met de ouders opgenomen, zodat er bij het gesprek met de psychologe en de vroedvrouw gerichte vragen konden worden gesteld zodat hun antwoorden aanvullend zijn op de cases.

Na de opnames werden de interviews getranscribeerd en werd er op papier een selectie gemaakt van de meest relevante fragmenten, wat geen gemakkelijke oefening was. Het vereiste herhaaldelijk het maken van kritische keuzes en het schrappen van bepaalde waardevolle fragmenten om tot een heldere en doeltreffende selectie te komen.

Daarna werd een montage op papier gemaakt en vervolgens werden in Adobe audition de gekozen audiofragmenten geknipt en opgeschoond. Die werden vervolgens in de juiste volgorde gezet, voorzien van voice-overs en achtergrondmuziek. Dit proces duurde 2 à 3 dagen per aflevering. Voor de technische afwerking (geluidsniveaus van verschillende opnames gelijkzetten, overgangen van muziek naar verhaal, rustpauzes op het juiste moment, ...) werd er op vrijwillige basis samengewerkt met Feline Franceus (bijlage B: Toestemming naamsvermelding). Feline werkt als podcastmaker bij The Podcast Planet.

Er werd gekozen om drie afzonderlijke afleveringen te creëren, waarbij elk verhaal van een moeder centraal staat. De persoonlijke verhalen werden gekaderd en toegelicht door een van de deskundigen, meer bepaald de psychologe of de vroedvrouw. Alle personages hebben voor publicatie de aflevering waarin zij aan bod komen kunnen beluisteren en aanpassingen kunnen vragen.

De podcast werd gepubliceerd op Spotify (figuur 6), een online streamingsplatform waarop gebruikers muziek en podcasts kunnen uploaden en beluisteren. Ter promotie werd een poster (zie bijlage C – ontwerp in A4) ontworpen, die ook als flyer en grote poster kan worden gebruikt om naar materniteiten, gynaecologen, psychologen, huisartsen en andere relevante professionals en organisaties te sturen. Daarnaast werd de podcast gepromoot via sociale media en mond-aan-mondreclame, zowel binnen de persoonlijke netwerken als tijdens verschillende stages.



Figuur 6: Link naar de podcast ©Sofie De Roeck

6.2.2 De personages

6.2.2.1 Verhaal van Annelies

Vijftien jaar geleden werd Annelies, na een langdurig fertiliteitstraject, zwanger van een twee-eiige tweeling. De zwangerschap verliep moeizaam. Op 22 weken zwangerschap besloot Annelies naar de spoed te gaan omwille van een algemeen slecht en zwaar gevoel. Onderzoek wees uit dat haar baarmoederhals reeds volledig geopend was, met uitzondering van een kleine afsluiting ter hoogte van de baarmoedermond. Ze werd opgenomen in het ziekenhuis en kreeg het advies om strikte bedrust te houden. Drie weken later, op 25 weken zwangerschap, beviel Annelies van haar twee dochters: Hannelore en Myrthe.

Beide meisjes werden onmiddellijk opgenomen op de neonatale intensieve zorgen (NICU). Na twee dagen bleek dat Myrthe een ernstige hersenbloeding had doorgemaakt, waardoor er besloten werd om de behandeling stop te zetten. Annelies moest afscheid nemen van haar ene dochter, terwijl haar andere dochter, Hannelore, bleef vechten voor haar leven. Ook bij Hannelore werd een hersenbloeding vastgesteld, zij het minder ernstig. Zij onderging

meerdere chirurgische ingrepen en kampte met herhaalde infecties. Pas na bijna zes maanden ziekenhuisopname mocht zij eindelijk naar huis.

Het verhaal van Annelies vormt de eerste aflevering van deze driedelige podcastreeks. In deze aflevering deelt zij hoe zij de zwangerschap, geboorte en het verlies heeft ervaren, en hoe de begeleiding vijftien jaar geleden was. Ze spreekt openhartig over de intense angst om ook haar tweede dochter te verliezen, evenals over het schuldgevoel dat ze voelde in deze ingrijpende situatie.

6.2.2.2 Verhaal van Muriel

Muriel werd zes jaar geleden relatief vlot zwanger. Tijdens de eerste controle bij de gynaecoloog bleek dat zij niet van één, maar van twee kinderen in verwachting was. Aangezien Muriel zelf deel uitmaakt van een tweeling, stond ze onmiddellijk positief tegenover het vooruitzicht van een tweeling. Later werd vastgesteld dat het ging om een monochoriale diamniotische tweeling.

Op 17 weken zwangerschap ging het echter mis. Tijdens een controle stelde de gynaecoloog vast dat één van de twee kinderen was overleden. Vanaf dat moment werd de zwangerschap medisch beschouwd als een eenlingzwangerschap, wat voor Muriel bijzonder confronterend en pijnlijk was.

In de tweede aflevering van deze podcastreeks, waarin het verhaal van Muriel centraal staat, wordt dieper ingegaan op de complexe en vaak tegenstrijdige emoties die zij tijdens de rest van haar zwangerschap ervaarde. Muriel vertelt openhartig over de blijvende impact van dit verlies, zelfs jaren later. Zo beschrijft ze onder andere het schuldgevoel dat ze voelt omdat ze op de verjaardag van haar ondertussen zesjarige zoon Mads niet volledig gelukkig kan zijn en het gemis dat op die dag extra tastbaar wordt.

6.2.2.3 Verhaal van Marieke

Mariekes verhaal is het meest recente van de drie moeders die in de podcast aan bod komen. Afgelopen zomer beviel zij van haar zoontje Miro. De weg naar deze geboorte verliep echter niet zonder obstakels.

Bij haar eerste zwangerschap bleek Marieke zwanger te zijn van een tweeling. Tijdens de eerste echografie werd al vermoed dat het mogelijks om een vanishing twin ging. Op acht weken zwangerschap stelde de gynaecoloog vast dat bij geen van beide embryo’s nog een

hartslag waarneembaar was. Na dit verlies volgde een moeilijke periode waarin het niet vanzelfsprekend bleek om opnieuw zwanger te worden. Marieke kreeg de diagnose van polycysteus ovariumsyndroom (PCOS), een veelvoorkomende hormonale aandoening bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd, die vaak geassocieerd wordt met verminderde vruchtbaarheid (Siddiqui et al., 2022).

Na een kort fertiliteitstraject werd Marieke zwanger van een drieling. Al in een vroeg stadium van de zwangerschap bleek dat één van de drie foetussen een ernstige fysieke beperking had. De ouders werden geconfronteerd met de optie van een reductie. Na een periode van twijfel besloten zij in te stemmen met deze medische ingreep, waarbij één kind werd afgedragen. Helaas moesten ze, slechts een week na de reductie, ook afscheid nemen van een tweede kind.

De podcastaflevering waarin Marieke haar verhaal deelt, belicht onder meer de emotionele impact en complexiteit van een beslissing tot reductie. Ook de stem van haar partner wordt in deze aflevering kort meegenomen, wat een bredere kijk biedt op de beleving van het verlies binnen het koppel.

6.2.2.4 Experten

In de podcast werd ook in gesprek gegaan met twee experten. Vanessa Gryspeerdt, klinisch psycholoog met een specialisatie in rouw en verlies, gaf duiding bij de verschillende emotionele reacties die ouders kunnen ervaren na het verlies van een deel van een meerling. Haar toelichtingen boden een waardevolle verdieping bij de besproken casussen.

De tweede expert, Lisa (schuilnaam ter bescherming van haar anonimiteit), is vroedvrouw en begeleidde recent een koppel dat geconfronteerd werd met het verlies van een deel van hun meerling. Zij deelde haar persoonlijke ervaringen rond de impact van dergelijke begeleiding, en gaf praktische aanbevelingen voor een gepaste ondersteuning van ouders in deze situatie.

6.3 Bevindingen

In de verhalen van de drie moeders die in de podcast aan bod komen, keren een aantal thema's terug die ook sterk naar voren kwamen in de literatuurstudie. Deze persoonlijke getuigenissen bieden een waardevolle aanvulling op de theoretische inzichten. De verhalen illustreren de realiteit van de impact van het verlies van een deel van een meerling. Zo komen onder andere het gebrek aan informatie, het verlies van de meerlingidentiteit, de nood aan

erkenning, het belang van herinneringen en de psychologische impact op de moeder en de partner consequent terug in zowel de literatuur als de persoonlijke verhalen.

De nood aan duidelijke en toegankelijke informatie kwam sterk naar voren in alle drie de getuigenissen. Marieke gaf aan dat zij nauwelijks informatie kon vinden over een reductie, wat haar het gevoel gaf dat ze er alleen voor stond. Ook Muriel ervaarde een groot gebrek aan (h)erkenning en houvast, aangezien er nauwelijks bronnen beschikbaar waren over het verlies van een deel van een meerling. Annelies benoemde vooral een gemis aan medische informatie, zowel over haar eigen toestand als die van haar dochters, met name tijdens haar ziekenhuisopname voorafgaand aan de bevalling.

Muriel deelde hoe pijnlijk en confronterend het voor haar was dat haar zwangerschap, na het overlijden van één van de foetussen, voortaan als een eenlingzwangerschap werd bestempeld. In haar beleving droeg zij tot het einde toe twee kinderen en beviel zij ook van beiden. Ook Annelies gaf aan dat haar dochter Hannelore na het verlies van Myrthe vooral als eenling werd benaderd, waarbij het bestaan en overlijden van Myrthe nauwelijks nog ter sprake kwamen. Marieke daarentegen had er ergens vrede mee dat de zorgverleners niet meer over een meerling spraken. Voor haar zou de voortdurende nadruk op het feit dat het oorspronkelijk om een drieling ging, te pijnlijk en confronterend zijn geweest.

Uit de drie interviews kwam duidelijk naar voor hoe belangrijk het is om zowel het/de overleden kind(eren) als het verdriet van de ouders te erkennen. Psychologe Vanessa Gryspeerdt legde het belang van deze erkenning duidelijk uit: “Omdat het er geweest is en in de gedachte van de mensen nog altijd is”.

Ook het belang van herinneringen kwam sterk naar voor in de gesprekken. Alle drie de ouders hebben thuis bewust een plek gecreëerd waar ze kunnen stilstaan bij hun overleden kind(eren). Zowel Muriel als Annelies gaven als tip mee aan ouders die door een gelijkaardige situatie gaan om naar iets tastbaar te zoeken, zoals bijvoorbeeld een foto, niet alleen voor zichzelf als ouder, maar ook voor het overlevende kind/de overlevende kinderen later.

De impact van deze gebeurtenissen is enorm. De moeders geven aan dat het verdriet hen tot op de dag van vandaag op verschillende momenten kan overvallen. Verjaardagen en feestdagen blijven extra moeilijke dagen. Zowel Marieke als Muriel kiezen er bewust voor om niet opnieuw zwanger te worden, uit angst dat alles zich opnieuw gaat herhalen.

Uit het gesprek met psychologe Vanessa Gryspeerdt kwam een waardevolle tip voor zorgverleners en specifiek voor vroedvrouwen naar voren. Ze introduceerde het acroniem 'NIVEA', wat staat voor 'Niet Invullen Voor Een Ander'. Mevrouw Gryspeerdt benadrukte dat zorgverleners vaak zo goed willen helpen dat ze onbewust voor de ander gaan invullen wat ze nodig hebben. Haar belangrijkste advies is om het altijd te bevragen, aangezien het anders niet duidelijk is wat de ander werkelijk nodig heeft.

Algemeen besluit

In 2023 was de perinatale sterfte bij meerlingen in Vlaanderen 20,2‰ (Goemaes et al., 2024). Statistieken tonen aan dat de perinatale sterfte en neonatale complicaties bij meerlingen significant hoger liggen dan bij eenlingen (Statbel, 2024). Het overlijden van een deel van een meerling kan verschillende oorzaken hebben, zoals het tweelingtransfusiesyndroom of prematuriteit en kan op verschillende momenten optreden, zoals tijdens de zwangerschap, bij de bevalling of kort na de geboorte (Batsry & Yinon, 2022; Boutillier et al., 2023; Cox & Wainwright, 2014; Fuchs & Senat, 2016: Lao & Rogers, 2022; Vanhaesebrouck et al., 2023; Zamani & Parekh, 2023).

Na het overlijden begint het rouwproces, waarin het verlies wordt verwerkt. Het verlies van een kind in een meerlingzwangerschap is een unieke en emotioneel complexe ervaring voor de ouders, doordat er tegelijkertijd tegenstrijdige gevoelens van rouw en vreugde kunnen optreden (Campbell, 2020; Cox & Wainwright, 2014). Deze uitdagende gebeurtenis vraagt om specifieke aandacht, begrip en ondersteuning, zowel vanuit de zorgverlening als vanuit de directe omgeving van de ouders (Boutillier et al., 2023; Druguet et al., 2018; Richards et al., 2015).

Rouw is een individueel proces dat tot uiting komt in gevoelens, gedachten en gedrag. Om het rouwproces bij ouders beter te begrijpen, bieden de vier rouwtaken van William J. Worden en het duaal procesmodel van Stroebe en Schut waardevolle inzichten (Druguet et al., 2018; Keirse, 2017; Stroebe & Schut, 1999, 2010; Van Wielink et al., 2017; Yousuf-Abramson, 2020). Daarbij is het van belang om oog te hebben voor de verschillen in rouwbeleving tussen mannen en vrouwen: vrouwen blijken vaker verliesgericht te zijn, terwijl mannen doorgaans meer gericht zijn op herstel (Stroebe & Schut, 2010).

Bij het verlies van een deel van een meerling staat de vreugde en dankbaarheid voor het (de) overlevende kind(eren) naast het intense verdriet om het (de) overleden kind(eren). Deze tegenstrijdige gevoelens veroorzaken een diep innerlijk conflict dat moeilijk te doorgronden en te verwerken is (Campbell, 2020; Cox & Wainwright, 2014). Rouw wordt daarbij vaak uitgesteld, zeker wanneer de zorg voor het (de) overlevende kind(eren) alle aandacht en energie opeist (Aagaard et al., 2016; Richards et al., 2015).

Het verlies van een deel van een meerling laat vaak een diepe en blijvende emotionele indruk na. Ouders lopen een verhoogd risico op depressie, angstklachten of zelfs psychopathologie, soms pas jaren na het verlies. Toch krijgt hun rouw vaak weinig erkenning, zowel vanuit hun sociale omgeving als vanuit zorgverleners (Cox & Wainwright, 2014; Druguet et al., 2018; Hutti, 2005; Richards et al., 2015)

Wat ouders in deze situatie vooral nodig hebben, is empathische en consistente zorg en ondersteuning. Erkenning van hun verdriet, ruimte voor hun verhaal en begeleiding tijdens én

na het verliesmoment zijn essentieel om dit ingrijpende verlies op een gezonde manier te kunnen verwerken (Druguet et al., 2018; Hutti, 2005; Lee, 2012).

De vroedvrouw speelt een cruciale rol in de begeleiding van ouders die een deel van hun meerling verliezen, zowel op emotioneel als praktisch vlak. Vroedvrouwen dienen zorg te bieden die continu, empathisch en afgestemd is op de specifieke behoeften en het unieke rouwproces van de ouders (Richards et al., 2016; Hutti, 2005; Meaney et al., 2016). Dit houdt in dat er aandacht moet zijn voor het erkennen van het verlies, het verstrekken van informatie en het behouden van de identiteit van de meerling. Ouders geven echter aan dat vroedvrouwen hun verdriet soms onbedoeld minimaliseren door vooral de focus te leggen op het overlevende kind (Boutillier et al., 2023; Campbell, 2020; Lee, 2012). Vroedvrouwen zelf ervaren vaak ook emotionele belasting bij het begeleiden van perinataal verlies. Voor hen is reflectie, ondersteuning en intervisie dan ook essentieel (Campbell, 2020; Martínez-Serrano et al., 2018; McNamara et al., 2022). De literatuurstudie toont aan dat er een duidelijke behoefte is aan gerichte opleiding voor vroedvrouwen, specifiek rond het omgaan met perinataal verlies, rouwverwerking en communicatie met ouders in deze moeilijke situatie (Boutillier et al., 2023; Martínez-Serrano et al., 2018; Richards et al., 2016).

De podcast die werd ontwikkeld over dit thema toont hoe waardevol het kan zijn om ouders aan het woord te laten. De verhalen van de geïnterviewde ouders bieden een intiem en eerlijk beeld over wat het verlies van een deel van een meerling werkelijk betekent. Het werd duidelijk dat open communicatie en aandacht voor alle kinderen, zowel de overleden als de overlevende, als essentieel worden ervaren. Daarnaast kwamen belangrijke thema's zoals het belang van erkenning, luisteren en de emotionele impact van het verlies sterk naar voren.

Tijdens deze literatuurstudie werd duidelijk dat er weinig (recente) bronnen beschikbaar zijn die specifiek ingaan op de psychosociale impact van het verlies van een deel van een meerlingzwangerschap op ouders. Toch is het van groot belang om hier aandacht aan te besteden en verder onderzoek naar te verrichten.

Gezien de complexe en gelaagde aard van het verlies van een deel van een meerling, is het noodzakelijk dat deze thematiek meer aandacht krijgt binnen de opleiding van zorgverleners, wetenschappelijk onderzoek en de samenleving. Alleen door erkenning, kennisdeling en gerichte ondersteuning kan er zorg geboden worden die werkelijk aansluit bij de noden van ouders in deze moeilijke periode (Boutillier et al., 2023; Druguet et al., 2018; Richards et al., 2016).

Literatuurlijst

Aagaard, H., Storm, I., & Klitgaard, J. (2016). Losing one twin in the NICU – A case study of the parental experience. *Journal Of Neonatal Nursing*, *22*(4), 153–158. https://doi.org/10.1016/j.jnn.2016.03.001

Asahina, R., Tsuda, H., Nishiko, Y., Fuma, K., Kuribayashi, M., Tezuka, A., Ando, T., & Mizuno, K. (2021). Evaluation of the risk of umbilical cord prolapse in the second twin during vaginal delivery: a retrospective cohort study. *BMJ Open*, *11*(6), e046616. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046616

Batsry, L., & Yinon, Y. (2022). The vanishing twin: Diagnosis and implications. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 84, 66–75. https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2022.03.009

Beck, J.J., Bruins, S., Mbarek, H., Davies, G.E., Boomsma, D.I. (2021). Biology and Genetics of Dizygotic and Monozygotic Twinning. In: Khalil, A., Lewi, L., Lopriore, E. (red.) *Twin and Higher-order Pregnancies* (pp. 31-50). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-47652-6_3

Benahmed N, Lefèvre M, Christiaens W, Devos C, Stordeur S (2020, 6 februari). Towards integrated antenatal care for low-risk pregnancy. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 326. https://www.kce.fgov.be/sites/default/files/2021-12/KCE_326_Prenatal_care_Report_1%20%281%29.pdf

Brandt, J. S., & Ananth, C. V. (2023). Placental abruption at near-term and term gestations: pathophysiology, epidemiology, diagnosis, and management. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*, *228*(5), S1313–S1329. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.06.059

Boutillier, B., Embleton, N. D., Bélanger, S., Bigras-Mercier, A., Juneau, A. L., Barrington, K. J., & Janvier, A. (2023). Butterflies and Ribbons: Supporting Families Experiencing Perinatal Loss in Multiple Gestation. *Children*, *10*(8), 1407. https://doi.org/10.3390/children10081407

Cacciatore, J. (2012). Psychological effects of stillbirth. *Seminars in Fetal And Neonatal Medicine*, *18*(2), 76–82. https://doi.org/10.1016/j.siny.2012.09.001

Campbell, C. (2020). Care of Twins, Multiple Births and Support for the Family: A Detailed Background. In: Mancini, A., Price, J., Kerr-Elliott, T. (red.) *Neonatal Palliative Care for Nurses* (pp. 155-170). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-31877-2_10

Chang, Y., Chao, A., Chang, S., & Cheng, P. (2021). Placental glucose transporter 1 and 3 gene expression in Monochorionic twin pregnancies with selective fetal growth restriction. *BMC Pregnancy And Childbirth*, *21*(1). https://doi.org/10.1186/s12884-021-03744-2

Cleary-Goldman, J., & D'Alton, M. (2004). Management of Single Fetal Demise in a Multiple Gestation. *Obstetrical & Gynecological Survey*, *59*(4), 285–298. https://doi.org/10.1097/01.ogx.0000120165.52159.04

Cox, A., & Wainwright, L. (2014). The experience of parents who lose a baby of a multiple birth during the neonatal period – A literature review. *Journal Of Neonatal Nursing*, *21*(3), 104–113. https://doi.org/10.1016/j.jnn.2014.11.003

D'Antonio, F., Odibo, A., Berghella, V., Khalil, A., Hack, K., Saccone, G., Prefumo, F., Buca, D., Liberati, M., Pagani, G., & Acharya, G. (2019). Perinatal mortality, timing of delivery and prenatal management of monoamniotic twin pregnancy: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology: The Official Journal Of The International Society Of Ultrasound in Obstetrics And Gynecology*, *53*(2), 166–174. https://doi.org/10.1002/uog.20100

D'Antonio, F., Prasad, S., Masciullo, L., Eltaweel, N., & Khalil, A. (2023). Selective fetal growth restriction in dichorionic diamniotic twin pregnancies: systematic review and meta-analysis of maternal and perinatal outcomes. *Ultrasound in Obstetrics And Gynecology*, 63(2), 164–172. https://doi.org/10.1002/uog.26302

De La Calle, M., Bartha, J. L., Serrano, H., & Ramiro-Cortijo, D. (2021). Obstetric Outcomes in the Surviving Fetus after Intrauterine Fetal Death in Bichorionic Twin Gestations. Children, 8(10), 927. https://doi.org/10.3390/children8100927

Derom, C., Thiery, E., Rutten, B. P. F., Peeters, H., Gielen, M., Bijnens, E., Vlietinck, R., & Weyers, S. (2019). *The East Flanders Prospective Twin Survey (EFPTS): 55 years later*. https://biblio.ugent.be/publication/8679442

Dhanju, G., & Breddam, A. (2022). Twin reversed arterial perfusion (TRAP) sequence: A case report and a brief literature review. *Radiology Case Reports*, *17*(5), 1682–1691. https://doi.org/10.1016/j.radcr.2022.02.057

Donegan, G., Noonan, M., & Bradshaw, C. (2023). Parents experiences of pregnancy following perinatal loss: An integrative review. *Midwifery*, *121*, 103673. https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103673

Druguet, M., Nuño, L., Rodó, C., Arévalo, S., Carreras, E., & Gómez-Benito, J. (2018). Emotional Effect of the Loss of One or Both Fetuses in a Monochorionic Twin Pregnancy. *JOGN Nursing*, 47(2), 137–145. https://doi.org/10.1016/j.jogn.2018.01.004

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (2016). Het beroeps- en competentieprofiel van de Belgische vroedvrouw. In Federale Raad voor de Vroedvrouwen, Advies 2016/01 van de Federale Raad Voor de Vroedvrouwen. https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/2016_01_cfsf_frvv_bijlage_beroepsprofiel.pdf

Foeto-infantiele sterfte. (2024, 5 februari). Statbel. https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/sterfte-en-levensverwachting/foeto-infantiele-sterfte#news

Fuchs, F., & Senat, M. (2016). Multiple gestations and preterm birth. *Seminars in Fetal And Neonatal Medicine*, *21*(2), 113–120. https://doi.org/10.1016/j.siny.2015.12.010

Gabbay-Benziv, R., Maman, M., Wiznitzer, A., Linder, N., & Yogev, Y. (2013). Umbilical cord prolapse during delivery – risk factors and pregnancy outcome: a single center experience. *The Journal Of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, *27*(1), 14–17. https://doi.org/10.3109/14767058.2013.799651

Glynou, A., Galatis, D. G., Yalelis, V., Sotiriadis, A., Pampanos, A., Sarella, A., Chasalevri, E., Koukaki, M., Peitsidis, P. M., & Eleftheriades, M. (2024). Breaking Bad News During Prenatal Screening: The Role of Professional Obstetricians and Midwives in Greece. *Cureus*. https://doi.org/10.7759/cureus.56787

Goemaes, R., Fomenko, E., Laubach, M., De Coen, K., Roelens, K. & Bogaerts, A. (2024). Perinatale gezondheid in Vlaanderen – Jaar 2023. Brussel: Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie. https://vvog.be/nieuws/nieuwsberichten/spe-rapport-perinatale-gezondheid-in-vlaanderen-jaar-2023

Goossens, S. M., Ensing, S., Roumen, F. J., Nijhuis, J. G., & Mol, B. W. (2020). Neonatal outcomes according to actual delivery mode after planned vaginal delivery in women with a twin pregnancy. *European Journal Of Obstetrics & Gynecology And Reproductive Biology*, *256*, 17–24. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.10.047

Gurney, L.R.I., Morris, R.K., Gibson, J.L., Kilby, M.D. (2021). Fetal Demise in Twins: Single and Double Fetal Loss. In Khalil, A., Lewi, L., Lopriore, E. (Red.), *Twin and Higher-order Pregnancies* (pp. 205-227) Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-47652-6_14

Harris, A. (2020). Continuing Emotional and Practical Support for the Whole Family. In *Springer eBooks* (pp. 219–230). https://doi.org/10.1007/978-3-030-31877-2_15

Hayata, E., Nakata, M., & Morita, M. (2022). Time trend analysis of perinatal mortality, stillbirth, and early neonatal mortality of multiple pregnancies for each gestational week from the year 2000 to 2019: A population-based study in Japan. *PLoS ONE*, *17*(7), e0272075. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272075

Hayes, L., Richards, J., Crowe, L., Campbell, C., Embleton, N. D., & Judith Rankin. (2015). Development of guidelines for health professionals supporting parents who have lost a baby from a multiple pregnancy. *Infant* (Vol. 11, Nummer 5, pp. 164–166) [Journal-article]. https://www.infantjournal.co.uk/pdf/inf_065_rof.pdf

Healy, E. F., & Khalil, A. (2022). Single intrauterine death in twin pregnancy: Evidenced-based counselling and management. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, *84*, 205–217. https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2022.08.009

Heineman, M. J., Evers, J. L. H., Massuger, L. F. A. G., & Steegers, E. A. P. (2012). *Obstetrie en gynaecologie: De voortplanting van de mens* (Zevende, geheel herziene druk). Reed Business.

Henley, A., & Schott, J. (2008). The death of a baby before, during or shortly after birth: Good practice from the parents' perspective. *Seminars in Fetal And Neonatal Medicine*, *13*(5), 325–328. https://doi.org/10.1016/j.siny.2008.03.003

Houri, O., Walfisch, A., Shilony, A., Zafrir-Danieli, H., Hendin, N., Matot, R., Navon, I., & Hadar, E. (2023). Decision-to-delivery interval and neonatal outcomes in intrapartum umbilical cord prolapse. *BMC Pregnancy And Childbirth*, *23*(1). https://doi.org/10.1186/s12884-023-05788-y

Hutti, M. H. (2005). Social and Professional Support Needs of Families After Perinatal Loss. *JOGN Nursing*, *34*(5), 630–638. https://doi.org/10.1177/0884217505279998

Illegems, J., Van Den Eede, F., De Nys, A., Mertens, V., Van Ierssel, S., Van Den Broeck, K., Van Royen, P., Vanden Bossche, H., Van Praag, D., & Moorkens, G. (2020). Mentaal welzijn na hospitalisatie voor COVID-19. *Tijdschrift Voor Geneeskunde*, *76*(20). https://doi.org/10.47671/tvg.76.20.1389

Kale, P. L., & Fonseca, S. C. (2023). Intrauterine growth restriction, prematurity, and low birth weight: risk phenotypes of neonatal death, Rio de Janeiro State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, *39*(6). https://doi.org/10.1590/0102-311xen231022

Kedar Sade, E., Lantsberg, D., Tagar Sar-El, M., Gefen, S., Gafner, M., & Katorza, E. (2024). Identifying causes and associated factors of stillbirths using autopsy of the fetus and placenta. *Archives Of Gynecology And Obstetrics,* 237-244 https://doi.org/10.1007/s00404-024-07522-1

Keirse, M. (2017). *Helpen bij verlies en verdriet: Een gids voor het gezin en de hulpverlener* (Zesde druk). Lannoo.

Kirui, K. M., & Lister, O. N. (2021). Lived Experiences of Mothers Following a Perinatal Loss. *Midwifery*, *99*, 103007. https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103007

Konar, H., Sarkar, M., & Paul, J. (2015). Perinatal Outcome of the Second Twin at a Tertiary Care Center in India. *The Journal Of Obstetrics And Gynecology Of India*, *66*(6), 441–447. https://doi.org/10.1007/s13224-015-0724-7

Kosinska-Kaczynska, K., Torbé, A., Kwiatkowski, S., Borowski, D., Breborowicz, G., Czajkowski, K., Czuba, B., Huras, H., Janiak, K., Kajdy, A., Kalinka, J., Kosinski, P., Leszczynska-Gorzelak, B., Mierzynski, R., Ropacka-Lesiak, M., Sieroszewski, P., Swiatkowska-Freund, M., Wielgos, M., & Zimmer, M. (2022). The Polish Society of Gynecologists and Obstetricians Guideline for the diagnostic assessment and management of multiple-gestation pregnancy complicated by fetal growth restriction. *Ginekologia Polska*, 93(3), 256–263. https://doi.org/10.5603/gp.a2021.0244

Lama, L. D., Das, T., Neupane, A., Lama, R., Pandey, R., & Karki, U. (2020). Management of Quadruplet Pregnancy: A Case Report. *Journal Of Nepal Medical Association*, *58* (222). https://doi.org/10.31729/jnma.4861

Lao, G., Rogers, B.B. (2022). Complications of Prematurity. In Khong, T.Y., Malcomson, R.D.G. (Red.), *Keeling's Fetal and Neonatal Pathology* (pp. 385-403). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-84168-3_17

Laubach, M., & Jacquemyn, Y. (2017). Tweelingbevalling. In J. P. Dörr, V. M. Khouw, Y. Jacquemyn, J. G. Nijhuis, & F. A. Chervenak (Reds.), *Obstetrische Interventies* (pp. 107–116). Bohn Stafleu Van Loghum.

Lee, K. E. (2012). Critical review of the literature: Parental grief after the loss of a multiple. *Journal Of Neonatal Nursing*, *18*(6), 226–231. https://doi.org/10.1016/j.jnn.2011.12.002

Lee, R., Brandt, J. S., & Ananth, C. V. (2024). Placental abruption and perinatal mortality in twins: novel insight into management at preterm versus term gestations. *European Journal Of Epidemiology*, *39*, 1267–1276. https://doi.org/10.1007/s10654-024-01171-z

Lemmon, B., & Pereira, S. (2021). Delivery of Twins. *The Global Library Of Women S Medicine*. https://doi.org/10.3843/glowm.414003

Lindroos, L., Elfvin, A., Ladfors, L., & Wennerholm, U. (2018). The effect of twin-to-twin delivery time intervals on neonatal outcome for second twins. *BMC Pregnancy And Childbirth*, *18*(1). https://doi.org/10.1186/s12884-018-1668-6

Lockton, J., Due, C., & Oxlad, M. (2019). Love, Listen and Learn: Grandmothers' Experiences of Grief Following Their Child's Pregnancy Loss. *Women And Birth*, *33*(4), 401–407. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.07.007

Lopriore, E. (2021). Postnatal Neonatal Assessment in Monochorionic Twins. In: Khalil, A., Lewi, L., Lopriore, E. (Red.) *Twin and Higher-order Pregnancies* (pp. 377-387) Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-47652-6_26

Mackie, F., Rigby, A., Morris, R., & Kilby, M. (2018). Prognosis of the co-twin following spontaneous single intrauterine fetal death in twin pregnancies: a systematic review and meta-analysis. *BJOG An International Journal Of Obstetrics & Gynaecology*, 126(5), 569–578. https://doi.org/10.1111/1471-0528.15530

Mahtab, S., Madhi, S. A., Baillie, V. L., Els, T., Thwala, B. N., Onyango, D., Tippet-Barr, B. A., Akelo, V., Igunza, K. A., Omore, R., Arifeen, S. E., Gurley, E. S., Alam, M., Chowdhury, A. I., Rahman, A., Bassat, Q., Mandomando, I., Ajanovic, S., Sitoe, A., . . . Whitney, C. G. (2023). Causes of death identified in neonates enrolled through Child Health and Mortality Prevention Surveillance (CHAMPS), December 2016 –December 2021. *PLOS Global Public Health*, *3*(3), e0001612. https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001612

Martínez-Serrano, P., Palmar-Santos, A. M., Solís-Muñoz, M., Álvarez-Plaza, C., & Pedraz-Marcos, A. (2018). Midwives' experience of delivery care in late foetal death: A qualitative study. *Midwifery*, *66*, 127–133. https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.010

Martini, F. H., & Bartholomew, E. F. (2021). *Anatomie en fysiologie: een inleiding* (achtste editie). Pearson Benelux BV.

Marwan, A. I., Zaretsky, M., & Feltis, B. (2019). Complex multigestational anomalies. *Seminars in Pediatric Surgery*, 28(4), 150825. https://doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2019.07.008

McGrath, J. M., Butt, M. L., & Samra, H. (2011). Supporting Parents Who Lose a Child of a Multiple Birth: A Critical Review of Research in the Neonatal Intensive Care Unit. *Newborn And Infant Nursing Reviews*, *11*(4), 203–214. https://doi.org/10.1053/j.nainr.2011.09.011

McNamara, K., Smith, A., Shine, B., Cregan, M., Prihodova, L., O'Shaughnessy, A., Martin, A., Macdonald, J., Kingston, P., Fitzpatrick, C., Hennessy, M., & O'Donoghue, K. (2022). Addressing obstetricians' awareness of compassion, communication, and self-care when caring for families experiencing stillbirth: Evaluation of a novel educational workshop using applied drama techniques. *PLoS ONE*, *17*(11), e0277496. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277496

Meaney, S., Corcoran, P., & O'Donoghue, K. (2016). Death of One Twin during the Perinatal Period: An Interpretative Phenomenological Analysis. Journal Of Palliative Medicine, 20(3), 290–293. https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0264

Melka, S., Miller, J., & Fox, N. S. (2017). Labor and Delivery of Twin Pregnancies. *Obstetrics And Gynecology Clinics Of North America*, *44*(4), 645–654. https://doi.org/10.1016/j.ogc.2017.08.004

Miller, J. L. (2021). Twin to twin transfusion syndrome. *Translational Pediatrics*, 10(5), 1518–1529. https://doi.org/10.21037/tp-20-264

Monteagudo, A. (2020). Holoprosencephaly. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*, *223*(6), 13–16. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.08.178

NICE. (2019, 4 september). *Twin and triplet pregnancy*. https://www.nice.org.uk/guidance/ng137

Panaitescu, A. M., Gică, N., Botezatu, R., Cimpoca, B., Veduță, A., Peltecu, G., & Ciobanu, A. M. (2021). Early Ultrasound Identification of Cord Entanglement in Monochorionic Monoamniotic Twin Pregnancy. *Diagnostics*, 11(3), 520. https://doi.org/10.3390/diagnostics11030520

Ribeiro, L. S. C., D'Abreu, B. F., Santiago, A. E., Cândido, E. B., Romão, G. S., de Sá, M. F. S., & da Silva Filho, A. L. (2022). Breaking Bad News in Obstetrics and Gynecology: We Must Talk About It. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia, 44(6), 621–628. https://doi.org/10.1055/s-0042-1742316

Richards, J., Graham, R., Embleton, N. D., Campbell, C., & Rankin, J. (2015). Mothers' perspectives on the perinatal loss of a co-twin: a qualitative study. *BMC Pregnancy And Childbirth*, *15*(1). https://doi.org/10.1186/s12884-015-0579-z

Richards, J., Graham, R. H., Embleton, N. D., & Rankin, J. (2016). Health professionals' perspectives on bereavement following loss from a twin pregnancy: a qualitative study. *Journal Of Perinatology*, *36*(7), 529–532. https://doi.org/10.1038/jp.2016.13

Root, E., & Tonismae, T. (2024). Multiple Birth Delivery. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK599524/

Siddiqui, S., Mateen, S., Ahmad, R., & Moin, S. (2022). A brief insight into the etiology, genetics, and immunology of polycystic ovarian syndrome (PCOS). *Journal Of Assisted Reproduction And Genetics*, *39*(11), 2439–2473. https://doi.org/10.1007/s10815-022-02625-7

Sienkiewicz, M., & Jaramillo, D. L. (2019). Podcasting, the intimate self, and the public sphere. *Popular Communication*, *17*(4), 268–272. https://doi.org/10.1080/15405702.2019.1667997

Stroebe, M., & Schut, H. (1999). THE DUAL PROCESS MODEL OF COPING WITH BEREAVEMENT: RATIONALE AND DESCRIPTION. *Death Studies*, *23*(3), 197–224. https://doi.org/10.1080/074811899201046

Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The Dual Process Model of Coping with Bereavement: A Decade on. *OMEGA - Journal Of Death And Dying*, *61*(4), 273–289. https://doi.org/10.2190/om.61.4.b

Twins Trust Bereavement Service. (2022). *TWIN AND MULTIPLE BIRTH: Further Bereavement Care Guidance for Health Care Professionals.* Twins Trust. https://twinstrust.org/static/3af3ef35-6371-45aa-b853d474352f9d7f/Further-Bereavement-Care-Guidance-for-Health-Care-Professionals.pdf

Van Dinter, M. C., & Graves, L. (2012). Managing adverse birth outcomes: helping parents and families cope. *American family physician*, *85*(9), 900–904.

Van Wielink, J., Wilhelm, L., & Van Geelen-Merks, D. (2017). *Professioneel begeleiden bij verlies*. Boom.

Vanhaesebrouck, S., Zecic, A., Goossens, L., Keymeulen, A., Garabedian, L., De Meulemeester, J., Naessens, P., De Coen, K., & Smets, K. (2023). Trends in neonatal morbidity and mortality for very low birthweight infants: a 20-year single-center experience. *The Journal Of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, *36*(2). https://doi.org/10.1080/14767058.2023.2227311

Walker, S., Daelemans, C., Gerhard-Nielsen, K., Das, S., & Page, L. (2024). Variations of cervical head entrapment in vaginal breech births: New insights on how to prevent, manage and resolve. *European Journal Of Obstetrics & Gynecology And Reproductive Biology*, *299*, 78–82. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.05.039

Wendland, J. (2024). Building a Better Participatory Culture and Enhancing Sense of Community in Podcasts – Systematic Literature Review. *Journal Of Radio & Audio Media*, 1–23. https://doi.org/10.1080/19376529.2024.2347609

Whittaker, M., Greatholder, I., Kilby, M. D., & Heazell, A. E. P. (2023). Risk factors for adverse outcomes in twin pregnancies: a narrative review. *The Journal Of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, *36*(2). https://doi.org/10.1080/14767058.2023.2240467

Wyllie, J., Ainsworth, S., Bruinenberg, J., Iacovidou, N., Tinnion, R., Kreth, U., & Hampshire, S. (2015). *Newborn Life Support: ERC Richtlijnen uitgave 2015* (4e Editie (1e Nederlandse editie)). European Resuscitation Council.

Yousuf-Abramson, S. (2020). Worden's tasks of mourning through a social work lens. *Journal Of Social Work Practice*, *35*(4), 367–379. https://doi.org/10.1080/02650533.2020.1843146

Zamani, Z., & Parekh, U. (2023, 25 juli). *Vanishing twin Syndrome*. StatPearls - NCBI Bookshelf. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563220/

Zhang, X., Chen, Y., Zhao, M., Yuan, M., Zeng, T., & Wu, M. (2024). Complicated grief following the perinatal loss: a systematic review. *BMC Pregnancy And Childbirth*, *24*(1). https://doi.org/10.1186/s12884-024-06986-y

Zipori, Y., Haas, J., Berger, H., & Barzilay, E. (2017). Multifetal reduction of triplets to twins compared with non-reduced twins: a meta-analysis. *Reproductive Biomedicine Online*, *35*(1), 87–93. https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2017.04.001

Zonnenberg, I. A., & Semmekrot, B. A. (2005). Neonatale polycytemie: voorbeelden uit de praktijk en overzicht van de literatuur. *Tijdschrift Voor Kindergeneeskunde*, *73*(2), 215–219. https://doi.org/10.1007/bf03061580

Disclaimer: in deze bachelorproef is er gebruik gemaakt van Chat GPT om bronnen te vertalen of stukken tekst te herformuleren

Bijlagen

Bijlage A: Gespreksgids podcast

Bijlage B: Toestemming naamvermelding Feline Franceus

Bijlage C: Poster

Bijlage A: Gespreksgids podcast

Gespreksgids podcast 'Wanneer geluk en verdriet samenkomen'

Opname: situatie overlijden tijdens zwangerschap (Muriel en Marieke) of overlijden kort na de geboorte (Annelies)

Stel jezelf even kort voor (alle 3 de casussen)

- Naam
- Mama van … (en …)

Zwangerschap (alle 3 de casussen)

- Keek je ernaar uit om zwanger te worden?
- Had je een grote kinderwens?
- Heeft het lang geduurd voor je zwanger was? (eventueel fertiliteitstraject?)
- Hoe voelde je je toen je ontdekte dat je zwanger was?
- Was het je eerste zwangerschap?

Meerling (alle 3 de casussen)

- En plots kreeg je het nieuws dat er meer dan één kind was …
- Wat was je eerste reactie?
- Hoe reageerde je man? Was hij erbij toen je het nieuws kreeg?
- Hoe vonden jullie dit nieuws?
- Hadden jullie verwachtingen? Twijfels? Bezorgdheden?
- Eeneiige, twee-eiige, … ?

Reductie (casus Marieke)

- Eigen keuze/ raad gynaecoloog?
- Welke gevoelens hadden jullie hierbij?
- Hoe verliep dit? Hoe heb je de procedure ervaren?

Slecht nieuws (in de zwangerschap) (casus Muriel en Marieke)

- En plots kreeg je slecht nieuws,…
- Wie bracht het nieuws?
- Hoe werd het nieuws gebracht?
- Was het nieuws verwacht/onverwacht?
- Wanneer kreeg je het nieuws (zwangerschapsweken)?
- Wat was je eerste reactie, welke gevoelens had je? (en je man?)
    - (Casus Marieke): Had je na deze gebeurtenis een andere kijk op de reductie?
- Aan wie heb je het nieuws verteld?
    - Wist iedereen al dat het een meerling was?
- Hoe heb je het nieuws verwerkt?
    - Kregen jullie professionele hulp?
    - Wat maakte het moeilijk? Makkelijker?
- Vonden jij en je man elkaar in de verwerking van dit nieuws?

Rest zwangerschap (casus Muriel en Marieke)

- Hoe heb je de rest van de zwangerschap beleefd?
- Wat waren je emoties?
- Kreeg je ondersteuning in de rest van je zwangerschap?
- Bleef je spreken over een meerling (tweeling, drieling,…) in je zwangerschap?
- Bleven de zorgverleners spreken over een tweeling/drieling?
    - Zo ja: vond je dit goed?
    - Zo nee: waarom niet? Wou je dit? Vond je dit jammer? …

Bevalling (alle 3 de casussen)

- Hoe verliep de bevalling? Hoe heb je dit ervaren?
- Keizersnede/ vaginaal?
    - Gepland/ niet gepland?
    - Hoeveel weken was je?
- Was je voorbereid op de bevalling?
- Kon je op voorhand wensen bespreken?
- Wie was er aanwezig?
- Casus Annelies: Wat was je eerste gedachte bij de geboorte van je twee meisjes?
    - Was er vreugde/blijdschap? Of was er alleen angst/paniek/bezorgdheid?
- Hoe werd je begeleid?
    - Wat was hier goed aan?
    - Wat kon beter?
    - Wat heb je gemist in de begeleiding?
- Afscheid (casus Muriel en Marieke)
    - Kon je afscheid nemen tijdens de bevalling?
    - Mocht je de kinderen zien?
- Waar had je nood aan tijdens de bevalling?
- Als je er nu aan terugdenkt: wat had je graag anders gedaan? Wat zou je veranderen aan hoe alles gelopen is,…?

Slecht nieuws na de geboorte (casus Annelies)

- En plots kreeg je slecht nieuws,…
- Wie bracht het nieuws?
- Hoe werd het nieuws gebracht?
- Was het nieuws verwacht/onverwacht?
- Wanneer kreeg je het nieuws?
- Wat was je eerste reactie, welke gevoelens had je? (en je man?)
- Hoe heb je het nieuws verwerkt?
    - Kregen jullie professionele hulp?
    - Deden jullie het alleen?
    - Wat maakte het moeilijk? Makkelijker?
- Vonden jij en je man elkaar in de verwerking van dit nieuws?
- Konden jullie afscheid nemen?
- Werden jullie voorbereid op het slechte nieuws dat eraan zat te komen? Of was het volledig onverwacht?

Neonatologie (NICU) (casus Annelies)

- Hoe werden jullie hier begeleid?
- Hoelang duurde het voor jullie jullie kind mochten meenemen naar huis?
- Hoe was deze periode voor jullie?

Materniteit (alle 3 de casussen)

- Hoe waren de eerste dagen in het ziekenhuis?
- Hoe was de begeleiding?
- Waar had je nood aan?
- Mocht je de kinderen bij jou hebben?
    - Zowel overleden als het overlevende kind?
- Hielpen ze (de zorgverleners) jullie bij het afscheid, de papieren, alles wat nodig was, wat moet gebeuren (begrafenis, aangifte, geboortekaartjes + overlijdensberichtje,..)?
    - kreeg je hier ondersteuning in?
- Kon je bepaalde herinneringen maken van de kinderen samen (zoals foto's, handafdrukjes, …)?

Thuiskomst + eerste maanden na geboorte (alle 3 de casussen)

- Hoe ervaarde je dit?
- Op wie kon je steunen -> in welke vorm kreeg je steun?
- Wat was de reactie van de omgeving?
- Werd je professioneel begeleid?
- Kreeg het overleden kind een plaats?
    - Ja: hoe, waar,…?
    - Nee: reden?
- Wat waren de moeilijkheden?

Heden (alle 3 de casussen)

- Hoe gaat het nu met jullie?
- Wat met verjaardagen, speciale momenten?
- Weet X van zijn tweeling broertje(s)/zusje(s)?

Vraag om af te sluiten (alle 3 de casussen)

- Wat zou je meegeven aan koppels die hetzelfde meemaken op dit moment? Die nu door het verlies van een deel van een meerling moeten?
- Welke raad zou je geven aan de vroedvrouw die dit koppel begeleidt?

Opname met Vroedvrouw:

Stel jezelf even kort voor

- Naam
- Vroedvrouw (bv. sinds)

Impact + tips

- Welke impact had deze situatie op jou als persoon en vroedvrouw?
- Hoe ga jij om met dergelijke situaties om dit soort intense ervaringen te verwerken?

- Wat vond je hier moeilijk aan?
- Wat zou je misschien anders doen de volgende keer?
- Vind je dat je vanuit de opleiding voldoende voorbereid bent op dergelijke situaties (doodgeboorte, rouw, …)?
    - Indien nee: wat mis je, wat zou je integreren in de opleiding,…?
- Kan je binnen je team over dergelijke situaties praten?

Afsluit

- Welk advies zou je geven aan koppels die op dit moment deze situatie meemaken?
- Welke tips zou je geven aan alle vroedvrouwen die ouders gaan begeleiden bij het verlies van een deel van een meerling?

Opname externe promotor en expert

Stel jezelf even kort voor

- Naam
- Psychologie gestudeerd, specialisatie in …,
- Wat spreekt je aan in je job?
- Krijg je vaak patiënten over de vloer die in deze situatie zitten (verlies deel van een meerling)?
    - Indien Ja: hoe kwam dit binnen bij jou? Is dit een andere soort begeleiding?

Vragen specifiek gericht op de casussen

- Fertiliteitstraject: Hoe kan je hier als koppel mee omgaan? Hoe zorg je ervoor dat je op dezelfde lijn blijft en dat je als koppel blijft doorgaan, ook al is het soms heel zwaar?
- Hoe kan je je als koppel gaan voorbereiden op een meerling? (psychologisch gezien dan, want plots te horen krijgen dat het er twee of meer zijn, is niet voor iedereen even evident)
- (casus Marieke) Wat is de impact van de keuze die je als ouder moet maken tussen leven en dood van je kind? (reductie)
- Schuldgevoel
    - Annelies voelde zich schuldig omdat ze vroeg bevallen is. Het voelde als een faalervaring. Hoe zou je haar hierin begeleiden?
    - Muriel vindt de verjaardag van Mads een moeilijke dag. Ze voelt zich hier schuldig over omdat dit voor Mads de beste dag van het jaar is. Ze vindt het heel moeilijk dat ze maar van één kind de verjaardag vieren en niet van twee. Ze kan niet 100% blij zijn op zijn verjaardag – bevalling verschrikkelijk + dag van afscheid nemen.
- Waarom is het belangrijk om tastbare herinneringen, zoals foto's, handafdrukjes,… te hebben van het overleden kind? Waarom is dit belangrijk voor de ouders? Is dit ook belangrijk voor het overlevend kind?
- Hoe is het om om te gaan met rouw en geluk tegelijkertijd? Je moet sterk zijn en doorgaan met je leven voor het overlevend kind, maar tegelijk moet je ook afscheid nemen.

- Hoe kan je blij zijn omdat je in verwachting bent van een kind, maar dat je tegelijk ook weet dat er iets mis aan het gaan is met het ander kind. Hoe ga je om met de dualiteit en de onzekerheid dat je niet weet of alles goed gaat met het ander kind?
- Omgeving - wat kan je als omgeving doen of zeggen?
    - Is er een gradatie in omgeving? Is er een verschil tussen bijvoorbeeld familie en collega's? wat kunnen zij doen?
    - Wat kan je als partner doen in deze situatie?
    - Wat kan je als professionele omgeving doen voor dit koppel? Wat kan je als vroedvrouw doen? Hoe reageer je het beste? Wat doe je het beste?
    - Wat kan je als omgeving zeggen/vragen/doen?
    - Casus Annelies: de steun van een deel van haar omgeving viel weg na het overlijden van Myrthe. Ze wisten niet hoe ze met de situatie konden omgaan.
- Hoe is de begeleiding van ouders die door deze situatie gaan in het heden? (casussen zijn niet allemaal heel recent).
- Hoe is het voor ouders wanneer er plots over een eenling wordt gesproken en het overleden kind "vergeten" wordt?
- Annelies ervaarde heel veel schrik om ook Hannelore te verliezen – angst om de andere helft ook te verliezen. Wat is jouw advies? Hoe gaan moeders best om met deze angst?
- Hoe zorg je ervoor dat je als koppel elkaar niet verliest bij het verwerken van een traumatische ervaring? Hoe ga je met de verschillen in rouw om?
- Hoe leg je het verlies van een tweelingbroertje/-zusje uit aan je kind later?
- Hoe stel je je ideaalbeeld dat je had aan het begin van de zwangerschap bij? Hoe stel je dit in dit specifiek geval bij naar de werkelijkheid?
- Confronterend om steeds tijdens de echo naar het overleden broertje te kijken – confrontatie is voor de medische wereld een 'normale controle', als vrouw komt dit helemaal anders binnen. Hoe ga je hier als ouder mee om? Hoe kan je hierbij als professional toch voldoende empathie tonen tijdens deze confrontatie?
- Kan je je hier ooit op voorbereiden? Vind je dat wanneer je zwanger bent, en er is nog niets aan de hand, dat je hier al een soort voorbereiding op moet hebben dat er iets kan fout lopen?
- Hoe zou jij koppels begeleiden tijdens zo een gecompliceerde zwangerschap?
- Zou je ouders adviseren om naar het overleden kind te kijken of niet?
- Waarom is het belangrijk om te erkennen dat ze een kind verloren hebben? Waarom is het belangrijk om over hun overleden kind te kunnen spreken?
- Hoe vertel je het slechte nieuws aan je dichte omgeving?
- Kunnen/mogen wij als buitenstaanders een "oordeel" of "gradatie" maken over de 'zwaarte' van deze verschillende situaties?
- In de situatie van Marieke staat de man nog veel verder. Er is voor hem niets tastbaar. Het is een heel 'koel' gebeuren, doordat het een heel medische ingreep is. In de andere situaties: heb je als partner misschien al een iets andere emotionele band?

Bijlage B: Toestemming naamsvermelding Feline Franceus

artevelde hogeschool

Opleiding Bachelor in de Vroedkunde
Academiejaar 2024-2025
3VRK31 Bachelorproef

Toestemming tot het vermelden van zijn/haar naam op de bachelorproef

Naam student: Sofie De Roeck

Titel van de bachelorproef: Wanneer geluk en verdriet samenkomen.

Ik, Feline Franceus (naam en voornaam),
geef wel of ~~geen~~ (schrap wat niet past) toestemming tot het vermelden van mijn naam in deze bachelorproef.

Handtekening:

Datum: 7/05/2025

Bijlage C: Poster

PODCAST

In deze podcast ga ik, als toekomstige vroedvrouw, in gesprek met ouders die een kindje uit een meerlingzwangerschap zijn verloren. Ik deel hun aangrijpende en ontroerende verhalen, sta stil bij de impact ervan en zoek samen met experten naar hoe wij als zorgverlener echt het verschil kunnen maken.



Sofie De Roeck

in het kader van de bachelorproef Vroedkunde - Arteveldehogeschool Gent

Beluister de podcast hier