Miskraam

Op 2 november 1995 promoveerde de psychologe Hettie Jansen in Nijmegen op het proefschrift 'A longitudinal prospective study of the psychological impact of pregnancy loss on women'.[1] Promotor was prof.dr. C.A.L. Hoogduin, copromotor dr. M.C.J. Cuisinier. Het boek wordt besproken door Fons Sips, huisarts te Vught en co-auteur van de NHG-Standaard (Dreigende) Miskraam.

Dit proefschrift beschrijft een onderzoek naar het verdriet beleven bij vrouwen na het verloren gaan van hun zwangerschap, en tracht voorspellende factoren op te sporen voor de hevigheid van de (pathologische) rouw. Als onderzoeksvragen zijn geformuleerd:

- Op welke wijze verwerken vrouwen het verlies van een zwangerschap?
- Bij hoeveel vrouwen verloopt het rouwproces met complicaties?
- Wat zijn belangrijke voorspellers voor een gecompliceerd of pathologisch rouwproces?

De studie is prospectief van opzet: een groep vrouwen wordt in het begin van de zwangerschap uitgenodigd deel te nemen aan het onderzoek. Die vrouwen bij wie de zwangerschap verloren ging, vormen de onderzoeksgroep, de andere de vergelijkingsgroep. Bij allen werd vooraf een meting gedaan van de mentale conditie, en de belevingswijze van de zwangerschap. Alle vrouwen kregen daarna vervolgvragenlijsten toegestuurd, bij zes maanden zwangerschap en één maand na de verwachte datum van de bevalling. Vrouwen bij wie de zwangerschap verloren was gegaan, de onderzoeksgroeps, kregen een vragenlijst zo spoedig mogelijk na het verloren gaan van de zwangerschap en zes, twaalf en achttien maanden later.

In totaal melden zich 2140 vrouwen aan voor het onderzoek; 227 van hen zagen hun zwangerschap verloren gaan. Bij 193 vrouwen (85 procent) betrof dit een miskraam, bij 34 vrouwen (15 procent) perinatale sterfte. Voorts is van belang te vermelden dat 42 procent van de vrouwen in de onderzoeksgroep reeds eerder een zwangerschapsverlies had doorgemaakt, tegen 19 procent in de vergelijkingsgroep.

Het belangrijkste meetinstrument was de Perinatal Grief Scale, een gedetailleerde vragenlijst waarmee het verdriet en het rouwbeleven en de mate van depressiviteit kunnen worden gemeten. Deze wordt in drie schalen onderverdeeld:

- *active grief* omvat de gevoelens van verdriet, het missen van de baby en huilen om de baby;
- *difficulty in coping* omvat het moeilijk hervatten van normale levensactiviteiten en de omgang met de medemens;
- *despair* omvat voelens als zich waardeloos, hopeloos en depressief.

Conclusies

De vorm van het proefschrift is die van een bundel op zichzelf staande publicaties, voortgekomen uit dit onderzoek. Enige belangrijke conclusies uit die publicaties zijn:

- Er bestaat geen consensus over de grens tussen normale en pathologische verdrietverwerking. Belangrijke parameters zijn de duur van het verdrietproces, en de wijze waarop het normale psychische functioneren door het rouwproces wordt gehinderd. Een afkappunt wordt echter niet geformuleerd.
- De vraag in hoeverre demografische karakteristieken, persoonlijkheidsvariabelen, aspecten in het sociale netwerk, of de zwangerschaps-anamnese aanknopingspunten bieden voor het voorspellen van pathologische rouw, en dus voor vroege interventies, is zeker voor huisartsen relevant. Na analyse van de onderzoeksgegevens levert dit geen spectaculair nieuws. Het beleven van het verlies vermindert met het voortschrijden van de tijd en is na de eerste meting, gemiddeld 2,5 maanden na het doormaken van het verlies, bij de meeste vrouwen al aanzienlijk gevorderd. Het verdrietbeleven is heviger wanneer:
  - de zwangerschap al verder was gevorderd;
  - de mentale conditie, gemeten aan het begin van het onderzoek, minder stabiel was;
  - de relatie met de partner voorafgaand aan het verlies minder intiem was;
  - het sociale netwerk betrekkelijk zwak gestructureerd was.
- De bevinding dat neuroticisme, gemeten voorafgaande aan het doorgemaakte verlies, een belangrijke voorspeller is van een gecompliceerd verlopend verdrietproces, zal de meeste huisartsen niet verbazen.
- Wordt onderscheid gemaakt in zwangerschapsverlies voor of na de 20e week, dan blijkt een doorgemaakt zwangerschapsverlies na de 20 weken, intensiever, langduriger en met meer kans op complicaties te verlopen.
- De meeste vrouwen hebben het verlies na een jaar volledig verwerkt. Hoewel dit door meerderen achteraf bezien toch ervaren wordt als een stressvolle periode, geeft het bijna nooit aanleiding tot dusdanig ernstige complicaties, dat psychiatrische behandeling nodig is. Bij een aantal vrouwen bestaat behoefte aan gesprekken, waarin op een gestructureerde manier de rouwverwerking wordt begeleid.
- Uit de vervolgstudie blijkt dat van de zwangerschappen die ontstaan zijn na de in het onderzoek gerapporteerde verloren gegane zwangerschappen, opnieuw 31 procent verloren gaat tijdens de vervolgperiode van 18 maanden. Ook dit onderstreept nog eens dat de miskraam een tendens heeft zich te herhalen.

In het afsluitende hoofdstuk worden suggesties gepresenteerd voor gynaecologen, huisartsen en verloskundigen. Uit de literatuur zou al gebleken zijn dat de zorg die zij verlenen tekort schiet. De vooronderstelling binnen deze beroepsgroepen, dat een miskraam niet zo'n ingrijpende gebeurtenis is, en derhalve de zorg voor deze ouders niet zo uitgebreid hoeft te zijn, zou ook door dit onderzoek worden geloochenstraft.

Tot slot wordt geconcludeerd dat een snelle volgende zwangerschap, anders dan wordt gedacht(?) een zeer gunstige invloed heeft op de rouwverwerking. Aan gynaecologen, huisartsen en verloskundigen wordt aangeraden om aan deze vrouwen niet meer te adviseren om eerst maar eens af te wachten totdat hun verdriet is verwerkt, voordat ze met een nieuwe zwangerschap beginnen.

Commentaar

Het waardevolle van deze studie is dat een prospectief onderzoek is verricht. Een cohort gaat op pad, waarin zich de onderzoekspopulatie gaat aftekenen. Deze wordt daarna vervolgd tot 18 maanden na het verlies van de zwangerschap. De auteur heeft ervoor gekozen het onderwerp te presenteren in de vorm van een aantal publicaties over aspecten van de studie.

Uit de verschillende hoofdstukken ontstaat slechts geleidelijk een overzicht van de verrichte studie. Het geheel biedt daardoor niet de gebruikelijke systematische opbouw van een proefschrift. Er wordt ook geen toelichting gegeven op de gemaakte keuzen in de onderzoeksopzet en deze worden ook niet verantwoord. Ik mis ook bijlagen die bijvoorbeeld de gebruikte enquêteformulieren presenteren, de uitnodigingsbrief aan de deelnemers, overzichtstabellen van de leeftijdsopbouw, sociale stratificatie, verdeling over nulli- en multiparae, etc.

De deelnemers aan de studie zijn gerecruteerd door het plaatsen van een uitnodiging in een tijdschrift over ouderschap en opvoeding. Daarmee wordt een steekproef getrokken uit de gehele populatie zwangeren. De lezers van het

tijdschrift zijn de geadresseerde doelgroep en daaruit selecteert zich dan weer een groep belangstellenden. De auteur besteedt weinig aandacht aan een mogelijk selectievertekening: 'Examination of the sample, in the present study gives however no indication that is diverse in any important way from a population of young mothers in the Netherlands' (p. 96). Waaruit dit blijkt, wordt niet verder duidelijk gemaakt. Toch is een selectievertekening wel erg waarschijnlijk. Een groep mensen die zich abonneert op een tijdschrift, zal een grotere emotionele betrokkenheid hebben bij het aandachtsgebied van dat tijdschrift, en daarmee ook een grotere kwetsbaarheid dan de niet-abonnees. Het generaliseren van de conclusies uit dit onderzoek naar de gehele bevolking, zonder een adequate discussie over de selectievertekening, is dan ook niet corrrect.

De auteur definieert pregnancy loss, zwangerschapsverlies, als het overlijden van de baby (foetus) tijdens de zwangerschap of in de eerste maand na de bevalling. Daarmee wordt gesuggereerd alsof het om een continuum gaat, lopend vanaf de conceptie tot een maand na de bevalling. Dit is mijns inziens geenszins het geval. Pathologie en mortaliteit in de zwangerschap worden vanouds afzonderlijk geanalyseerd per zwangerschapstrimester. Het zwangerschapsverlies clustert vooral aan het begin en aan het einde van de zwangerschap. Enerzijds de miskraamproblematiek, anderzijds de tragiek van de perinatale sterfte. De miskraamproblematiek komt tien maal zo vaak voor als perinatale sterfte.

De auteur heeft gelijk dat de ouders in beide situaties een belangrijk verlies te verwerken krijgen. In beide situaties zitten ongetwijfeld ook gemeenschappelijke kenmerken. Daar staan echter enige belangrijke verschilpunten tegenover, die het proces van verliesverwerking in een geheel andere context plaatsen. In de analyse wordt daarmee geen rekening gehouden. Ik noem enige punten:

De essentie van de miskraam is dat de aanvankelijk op gang gekomen ontwikkeling van de conceptus stagneert tijdens de fase van de embryogenese. De genetische documentatie nodig voor de verdere ontwikkeling van de conceptus is ontregeld door chromosomale afwijkingen (monosomien, trisomien en translokaties) of foutieve coderingen op gen-niveau met fatale consequenties. In ieder geval stagneert de ontwikkeling: het vruchtje is niet levensvatbaar.

Bij de miskraamproblematiek is een erfelijk tendens aanwezig. Bij koppels waarvan een of beide partners een erfelijk defect hebben, is de kans op een conceptus met een onjuiste genetische codering volgens de wetten van Mendel veel groter. De kans op een miskraam is 10 procent voor de gehele populatie. Die populatie dient eigenlijk gesplitst te worden in twee deelpopulaties, die waarin de miskraam niet voorkomt, en die waarin deze frequent voorkomt. Is door het doormaken van een miskraam bekend dat iemand behoort tot een groep waarin miskramen voorkomen, dan is de herhalingskans ook groter. Deze tendens op herhaling wordt ook bevestigd in dit onderzoek. Van de vrouwen die een miskraam doormaakten, had 37 procent dit al eerder meegemaakt, tegen 16 procent in de vergelijkingsgroep. In het vervolgtraject van deze groep maakte na 18 maanden 31 procent alweer opnieuw een miskraam door.

Deze herhalingstendens heeft belangrijke consequenties voor de belevingsaspecten en de begeleiding. Het is ook niet juist, zoals de auteur stelt, dat de oorzaak van de miskraam niet bekend is. Deze is in essentie steeds bekend, ook al wordt zij niet telkens door cytogenetisch onderzoek vastgesteld. Het is ook enigzins overdreven om bij vrouwen die een miskraam doormaken te spreken over het verlies van hun baby. Er was geen baby, er was ook geen embryo, er was slechts een lege vruchtzak. Veel vrouwen die een miskraam doormaken, hebben dat inmiddels ook al te zien gekregen op de echo, met de daarbij behorende uitleg. Een adequate begeleiding van een miskraam betekent ook een goede uitleg van het fenomeen van de miskraam: 'Dit vruchtje had geen levenskans omdat de erfelijke informatie die bij het leven hoort niet volledig was.' Soms betekent dit ook een toelichting op de herhalingskans bij een volgende zwangerschap. Niet om vrouwen op voorhand onzeker te maken over de uitkomst van deze zwangerschap, maar om ze een eerlijke voorlichting te geven. De invloed van voorlichting en uitleg in de begeleiding van het rouwproces krijgt jammer genoeg weinig aandacht in dit onderzoek.

Een ander essentieel verschil tussen de miskraamproblematiek en de tragiek van de perinatale sterfte is het verschil in zwangerschapsbeleven. In het eerste trimester van de zwangerschap is dit geheel anders gestructureerd dan het zwangerschapsbeleven aan het eind van de zwangerschap. Het in prille verwachting zijn is ook nog geen zwanger zijn. Het wordt meer ervaren als een veranderde toestand van jezelf, dan een relatie tot een nieuw mensenkind. Overigens zijn beide partners in verwachting en hebben de daaraan gekoppelde toekomstfantasieën. Het verdriet en de teleurstelling van de miskraam heeft meer te maken met de verloren gegane toekomstfantasieën dan met de rouw om een dierbare persoon die men heeft verloren.

Bij de tragiek van de perinatale sterfte is het verdriet beleven anders gestructureerd. De vrouw heeft een bevalling doorgemaakt, een kind gebaard. Het kind waarvan ze voor die tijd het leven heeft ervaren in haar moederschoot en dat heel tastbaar heeft bestaan. Ze had er een relatie mee en meestal heeft het kind ook al een naam gekregen. De ouders hebben behoefte aan een begrafenis of een afscheidsritueel om het leven dat heeft bestaan weer af te sluiten. Het rouwproces is diepgaander en langduriger en in essentie anders dan bij de miskraam. Deze verschillen blijken ook uit het onderzoeksmateriaal. De rouwbeleving is omvangrijker en langduriger na het verlies van een (bijna) voldragen kind.

Samenvattend ben ik van mening dat het juister zou zijn het emotionele verwerkingsproces van het doormaken van een miskraam of een serie miskramen, en het verlies van een voldragen kind te beschouwen als afzonderlijke entiteiten en niet als deel uit makend van een continuum.

Ik vraag me af of de bevindingen van dit onderzoek consequenties hebben voor de standaard Miskraam. Het onderzoek toont aan dat meer vrouwen dan verwacht na het doormaken van een miskraam een moeilijke verwerkingsfase doormaken. Ook de huisarts behoort aandacht te besteden aan de belevingsaspecten, in combinatie met een goede uitleg en toelichting op de gebeurtenis. Dit is in de standaard Miskraam ook als zodanig geformuleerd. Bij de herziening van de standaard zou daar nog een extra accent aan kunnen worden gegeven.

Hoewel een van de slotconclusie is dat de hulpverleners – gynaecologen, huisartsen en verloskundigen – onvoldoende aandacht besteden aan het verwerkingsproces, toont het onderzoek in ieder geval geen bevindingen die deze stellingname onderbouwen en wordt alleen ander onderzoek geciteerd. Nog eens de aandacht van de beroepsgroepen vestigen op de bestaande verwachtingen ten aanzien van begeleiding is wel zinvol, maar liever niet vanuit een verwijtende context.

Uit de notulen van de werkgroep die de standaard (Dreigende) Miskraam voorbereidde, blijkt dat we destijds wel hebben gesproken over adviezen betreffende de termijn waarop een volgende zwangerschap na het doormaken van een miskraam nagestreefd kan worden. De

werkgroepleden waren echter van mening dat deze adviezen toentertijd al dermate obsoleet waren, dat besloten is ze niet expliciet in de tekst van de standaard op te nemen. We hebben onze eigen mening daarover toen niet getoest aan die van de doelgroep, zoals bij de volgende standaarden wel een onderdeel van de procedure is geworden. Misschien moet ook dat bij het herzien van de standaard nog eens extra aandacht krijgen.

Fons Sips

1 Janssen HJEM. A longitudinal prospective study of the psychological impact of pregnancy loss on women. Course of grief, pathological grief and prediction of grief intensity [Dissertatie]. Nijmegen; Katholieke Universiteit Nijmegen, 1995; 152 bladzijden, prijs NLG 30,–. ISBN 90-9008782-6. Het proefschrift is schriftelijk te bestellen bij Dr. H.J.E.M. Janssen, de Schietspoel 1, 5051 DL Goirle.

Reactie

Ik hoop niet dat als ik een miskraam meemaak, ik ooit de geruststellende woorden te horen krijg: 'Er was geen baby, er was ook geen embryo, er was slechts een lege vruchtzak'. Als je je niet al leeg voelde, dan voel je je dat wel na deze woorden. In mijn weerwoord zal ik aangeven waarom deze woorden aanstootgevend kunnen zijn voor vrouwen die net een miskraam hebben meegemaakt.

Om inzicht te krijgen in de psychische gevolgen van zwangerschapsverlies heb ik onderzoek uitgevoerd onder 227 vrouwen die een miskraam of perinatale sterfte meemaakten. In mijn proefschrift heb ik verslag gedaan van de resultaten van dit onderzoek. De onderwerpen die aan bod komen, betreffen: het verloop van de rouwverwerking, problematische rouwverwerking en mogelijke voorspellers van het verwerkingsproces. In een uitgebreide inleiding wordt duidelijk gemaakt dat de onduidelijkheden binnen het onderzoeksgebied van zwangerschapsverlies op deze terreinen liggen.

Hoewel er consensus bestond over het feit dat de meeste vrouwen zich na een zwangerschapsverlies opstandig, schuldig, rusteloos, angstig of verdrietig voelen, was nog onduidelijk hoelang vrouwen nodig hebben om een zwangerschapsverlies te verwerken. Evenmin was duidelijk hoeveel vrouwen werkelijk ernstige psychische klachten ontwikkelen als gevolg van een problematische rouwverwerking. Eerder onderzoek naar mogelijke risicofactoren voor complicaties in de rouw was gebrekkig van opzet, doordat het retrospectief van aard was: ouders moesten na het verlies een inschatting geven van de situatie vóór het verlies. Een nadeel van deze werkwijze is, dat er een grote kans bestaat dat de rapportage beïnvloed wordt door de traumatische gebeurtenis zelf en de reacties van de ouders in de periode na het verlies.

Om meer objectieve uitspraken te kunnen doen over de risicofactoren van gecompliceerde rouw, werd een prospectief onderzoek opgezet waarbij de risicofactoren in het begin van de zwangerschap, nog voordat het verlies had plaastgevonden, werden onderzocht.

In de discussie van het proefschrift worden de bevindingen in een bredere context geplaatst en worden enige aanbevelingen voor hulpverleners gegeven. Die aanbevelingen zijn gebaseerd op zowel literatuurstudie als het eigen onderzoek. Een uitvoerig verslag over de rol van de hulpverlening en de waardering van de begeleiding bij zwangerschapsverlies staat beschreven 'De psychosociale zorg rond miskraam en perinatale sterfte'.[1] Hierin staat onder meer wat het promotie-onderzoek aan bevindingen over de hulp (i.e. de begeleiding) heeft opgeleverd. Om doublures te voorkomen worden in het kader van het proefschrift alleen – met verwijzing – enkele aanbevelingen herhaald. Ook in 'Met lege handen'[2] wordt aandacht besteed aan de verwerking van zwangerschapsverlies en de waardering van de begeleiding. Voor de duidelijkheid laat ik hier de belangrijkste bevindingen over de zorg nog eens volgen:

- Een meerderheid van de ouders is overwegend tevreden over de begeleiding.
- Vrouwen die een miskraam hebben meegemaakt, zijn iets minder tevreden over de begeleiding dan vrouwen die een doodgeboorte hebben meegemaakt.
- Een ruime minderheid van de ouders noemt een of meer punten van kritiek.
- De belangrijkste kritiekpunten zijn: te weinig aandacht voor de emoties van vrouwen na een miskraam, de nazorg is erg beperkt, en soms wordt te weinig informatie gegeven.

Eerder is door ons ook geconstateerd dat in de Standaard (Dreigende) Miskraam het belang van aandacht voor de emotionele aspecten van een miskraam wel wordt aangegeven, maar nog weinig wordt uitgewerkt.

Belangrijkste conclusies

- *Het verloop van het rouwproces.* Met het verloop van de tijd zien we een geleidelijke vermindering van de intensiteit van de rouwreacties bij vrouwen met een zwangerschapsverlies. Dit gold zowel voor vrouwen met een miskraam als bij vrouwen met een perinataal verlies. De vrouwen die een miskraam meemaakten hadden gemiddeld genomen, in vergelijking met de vrouwen met een perinataal verlies, minder intense rouwreacties. De variatie in rouwreacties was in de miskraam groep relatief groot. Reacties varieerden van teleurstelling tot intens verdriet. Hoewel een miskraam doorgaans minder ingrijpend is dan een perinataal verlies, zijn er vrouwen die er enorm door van streek raken en die rouwreacties vertonen die vergelijkbaar zijn met de reacties van sommige vrouwen met een perinataal verlies.

Vrouwen van wie de baby door miskraam of perinatale sterfte was overleden, voelden zich in het eerste halfjaar na het verlies depressiever en angstiger en rapporteerden meer somatische klachten dan vrouwen wier baby was blijven leven. Een zwangerschapsverlies is derhalve een ingrijpende gebeurtenis die in het eerste half jaar na het verlies een verhoging van psychische klachten te zien geeft. De meeste vrouwen blijken echter in staat zich in ongeveer een jaar te herstellen van het verlies, zonder dat ze hiervoor psychiatrische of andere gespecialiseerde hulp nodig hebben. Voor sommigen vergt de verwerking meer tijd.

Uit het onderzoek kwam naar voren dat de vrouwen die in het verleden een zwangerschapsverlies hadden meegemaakt, tijdens de volgende zwangerschap depressiever en angstiger waren dan de vrouwen zonder zo'n eerdere ervaring.

- *Problematische rouwverwerking* Op grond van een literatuuroverzicht blijkt dat in de eerste zes maanden na een zwangerschapsverlies, psychische klachten, gedragsveranderingen en somatische klachten veel voorkomende reacties zijn bij ouders. Zo'n 10 tot 15 procent van de vrouwen ontwikkelt een psychiatrische stoornis in de eerste twee jaar na het verlies en minder dan 10 procent zoekt hiervoor hulp. Op enig moment tijdens ons eigen onderzoek voldeed 14 procent van de vrouwen met een verlies aan de criteria voor de Posttraumatische Stress Stoornis, zoals omschreven in de DSM-III-R. Was in het onderzoek niet alleen op vragenlijstgegevens afgegaan, maar ook op een diagnose van een psychiater, dan was dit percentage wellicht iets lager uitgevallen. Gecompliceerde rouw lijkt minder vaak voor te komen dan in eerder onderzoek is gesuggereerd; hierin worden soms percentages van tegen de 30 procent of meer genoemd. Hoge schattingen komen waarschijnlijk voor een deel op rekening

van zeer ruime definities van gecompliceerde rouw en mogelijke 'samplebias'.

• *Mogelijke voorspellers van het verwerkingsproces* De rouwintensiteit is hoger bij vrouwen die langer zwanger zijn geweest, die meer neurotische karaktertrekken hadden voor het verlies, die meer psychische klachten hadden voor het verlies, die nog geen kinderen hadden voor het verlies, die een minder goede fysieke gezondheid hadden voor het verlies, die een minder goede partnerrelatie hadden voor het verlies, en die minder sociale steun ervoeren voor het verlies. Het eerder al eens meegemaakt hebben van een zwangerschapsverlies bleek niet samen te hangen met rouwintensiteit na een nieuw zwangerschapsverlies. Oudere vrouwen bleken meer intense reacties te vertonen dan jongere vrouwen.

Het belangrijkste nieuws ligt in het feit dat door middel van een geavanceerde analyse de waarde van de verschillende predictoren vastgesteld kon worden. Hieruit kwamen de zwangerschapsduur, neuroticisme bij de moeder, psychische gezondheid en het al dan niet al hebben van kinderen als de voornaamste predictoren voor rouwintensiteit naar voren.

De invloed van een nieuwe zwangerschap en de geboorte van een levend kind op de rouwintensiteit na een zwangerschapsverlies is eveneens onderzocht. Gebleken is dat zowel het opnieuw zwanger worden als de geboorte van een baby beide de rouwintensiteit verminderen. Ondanks de angst die de nieuwe zwangerschap bijna altijd met zich meebrengt, zijn de meeste vrouwen blij met deze zwangerschap en voelen ze zich gesteund door de geboorte van een nieuwe, levende baby. De nieuwe zwangerschap liep overigens bij 14 procent van de vrouwen opnieuw mis (zie pag. 103 van het proefschrift), niet bij 31 procent, zoals de Sips schrijft.

In het proefschrift staat als aanbeveling aan hulpverleners om met de ouders te bespreken wat de mogelijke voor- en nadelen van een snelle nieuwe zwangerschap en van wachten *in hun situatie* zijn, en om de keuze aan de ouders te laten. Het aanraden van een concrete wachttijd wordt ontraden, omdat dat bijna altijd een slag in de lucht is. Het aanraden van een snelle nieuwe zwangerschap omdat dat gunstig zou zijn voor de rouw, is eveneens een valkuil. In het individuele geval kun je daar weinig over zeggen. De kwestie ligt subtieler dan in het commentaar van Sips naar voren komt: in het proefschrift zijn geen aanwijzingen gevonden dat een snelle nieuwe zwangerschap vaak problematisch zou zijn, maar deze kan dat wel zijn. Bepleit wordt respect voor de mening van de ouders, zoals ze die op basis van goede informatie-uitwisseling, formuleren.

Sips benadrukt sterk dat een miskraam een ander type verlies is dan een perinataal verlies. Dat wordt door mij volledig onderschreven. Dat neemt echter niet weg dat er in de beleving van deze gebeurtenissen – en daarop heeft het promotie-onderzoek betrekking – belangrijke overeenkomsten zitten die de gekozen, gecombineerde onderzoeksaanpak rechtvaardigen. Verschillen in beleving zijn veel meer kwantitief dan kwalitatief van aard; dat blijkt zowel uit dit onderzoek als uit recente buitenlandse onderzoeken. Een langere zwangerschapsduur zorgt, behoudens een enkele uitzondering, niet zozeer voor andere emoties, alswel voor heftiger en langduriger emoties. Anderzijds neemt de hechting met de duur van de zwangerschap toe en denken veel vrouwen al in het eerste trimester in termen van 'het begin van een klein mensje', zoals een van de onderzochte vrouwen het uitdrukte. Juist op dit punt loopt de kijk van artsen en vrouwen nogal eens uiteen.

Die constatering is niet bedoeld als kritiek 'vanuit een verwijtende context', zoals Sips waarneemt, maar als een aanknopingspunt om de zorg, waarvoor over het geheel genomen duidelijke waardering is, nog beter af te stemmen op de behoeften van vrouwen die een miskraam meemaken. De huisarts krijgt niet alleen te maken met vrouwen die zich relatief gemakkelijk neer kunnen leggen bij de boodschap dat 'het vruchtje geen levenskansen had', maar ook met degenen die een miskraam als ingrijpend ervaren en er door van slag zijn. Dit pleit ervoor bij elk ouderpaar aandacht te besteden aan hoe déze ouders de miskraam ervaren en daar enige rekening mee te houden. Het gaat er niet om de zorg rond miskramen zo zwaar mogelijk te maken of haar gelijk te stellen aan die rond perinatale sterfte, maar om een meer systematische aandacht voor zowel de medische als de belevingsaspecten van de miskraam.

Wat betreft de oorzaak van een miskraam: ik stel niet 'dat deze onbekend is', zoals Sips zegt. In het proefschrift geef ik aan wat blijkens de literatuur over de oorzaken van miskramen bekend is. Tevens stel ik dat in het individuele geval vaak in het midden blijft wat de oorzaak is, mede omdat daar bij een incidentele miskraam doorgaans geen uitgebreid onderzoek naar wordt verricht.

De mening van Sips dat een proefschrift op basis van artikelen een minder duidelijk beeld geeft van het project als geheel dan een integraal rapport zou hebben gedaan, onderschrijf ik. Een voordeel van artikelen is dat ze gemakkelijker in de internationale literatuur worden opgenomen, een voordeel dat binnen het universitaire bestel nu eenmaal zwaar weegt. Een combinatie van rapport en artikelen was binnen het beschikbare tijdsbestek helaas onhaalbaar.

Overigens staan de demografische gegevens die de heer Sips miste wel in het proefschrift, maar niet steeds in tabelvorm. Echte toetsing was op dit punt niet mogelijk, maar nauwkeurige bestudering van de demografische data maakt aannemelijk dat de bevindingen een behoorlijke mate van representativiteit voor de populatie van zwangere vrouwen bezitten.

Dr. H.J.E.M. Janssen

1 Cuisinier M, Hoogduin C, red. De psychosociale zorg rond miskraam en perinatale sterfte. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1994.
2 Cuisinier M, Janssen H. Met lege handen. Vrouwen over het verlies van hun baby in de zwangerschap of rond de bevalling [Herziene uitgave]. Houten: Van Holkema & Warendorf/Unieboek, 1996.

NOTA BENE

Gezien de beperkte waarde van auscultatie en palpatie bij screening op aneurysma's van de abdominale aorta kan een arts zijn handen beter thuishouden.
Stelling bij: Pleumeekers HJCM. Clinical epidemiology of abdominal aortic aneurysms [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1996.

Ondanks het feit dat huisartsen barrières percipiëren bij voedingsvoorlichting aan patiënten, verkeren ze toch in een veelbelovende positie om actief te zijn op het gebied van de voedingsvoorlichting.
Stelling bij: Hiddink GJ. Determinants of nutrition guidance practices of primary-care physicians [Dissertatie]. Wageningen: Landbouwuniversiteit Wageningen, 1996.

Bij de behandeling van slaapstoornissen door de huisarts verdienen eenvoudig toepasbare technieken, zoals relaxatie en gedachtenstop, een belangrijke plaats.
Stelling bij: Knuistingh Neven A. Het slaapapneusyndroom in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1996.