

# ALS HET WELKOM EEN AFSCHEID WORDT

*Ondersteuning door de vroedvrouw bij ouders van een sterrenkind.*

Bachelorproef tot het bekomen van de graad van Bachelor in de Vroedkunde	
Voorgedragen door Febe Ruyschaert	
Academiejaar	2025 - 2026
Externe promotor	Mw. Bauters Ellen
Interne promotor	Mw. Accou Sophie



## Abstract

<b>Als het welkom een afscheid wordt</b>	
Promotiejaar:	2026
Student:	<b>Febe Ruyschaert</b>
Externe promotor:	<b>Mw. Ellen Bauters</b>
Interne promotor:	<b>Mw. Sophie Accou</b>
Trefwoorden:	Perinataal verlies – rouwzorg – debriefing

Het verlies van een kind tijdens of kort na de zwangerschap is één van de meest ingrijpende ervaringen die ouders kunnen meemaken. Waar zwangerschap en geboorte doorgaans geassocieerd worden met vreugde en toekomstverwachtingen, worden ouders bij perinataal verlies geconfronteerd met intens verdriet, onzekerheid en rouw. In deze kwetsbare context neemt de vroedvrouw een centrale rol in, maar de zorgverlening bij perinataal verlies brengt ook een emotionele belasting en onzekerheid in het professioneel handelen met zich mee voor de zorgverlener zelf.

Deze bachelorproef onderzoekt hoe de vroedvrouw ouders die in het ziekenhuis geconfronteerd worden met perinataal verlies op een professionele, empathische en gestructureerde manier kan ondersteunen. Daarbij wordt rekening gehouden met medische, psychologische, juridische en sociale aspecten, evenals met de impact van deze zorg op de vroedvrouw.

Aan de hand van een literatuurstudie werden de verschillende vormen van zwangerschapsverlies, de relevante Belgische wet- en regelgeving en de fysieke en psychologische gevolgen voor ouders geanalyseerd. Daarnaast werd de rol van de vroedvrouw belicht op het vlak van communicatie, rouwbegeleiding, multidisciplinaire samenwerking en zelfzorg. Uit de resultaten blijkt dat vroedvrouwen een cruciale rol spelen in het bieden van erkenning, duidelijke informatie en continuïteit van zorg, maar dat zij nood hebben aan concrete en toepasbare richtlijnen om deze zorg op een veerkrachtige manier te kunnen blijven aanbieden.

In het praktijkgedeelte werd een leidraad voor debriefingsgesprekken ontwikkeld, gebaseerd op het TALK©-model van Diaz-Navarro et al. (2021). Deze leidraad biedt een houvast voor het voeren van veilige, empathische en reflectieve gesprekken, zowel met ouders als binnen het zorgteam.

Deze bachelorproef concludeert dat kwalitatieve rouwzorg bij perinataal verlies enkel mogelijk is wanneer er aandacht is voor zowel de noden van ouders als het welzijn van zorgverleners. Gestructureerde communicatie, multidisciplinaire samenwerking en gerichte aandacht voor zelfzorg dragen bij aan duurzame en mensgerichte vroedkundige zorg.



# Inhoudsopgave

<b>INHOUDSOPGAVE</b> .....	<b>5</b>
<b>WOORD VOORAF</b> .....	<b>7</b>
<b>INLEIDING</b> .....	<b>8</b>
<b>1 WAT IS PERINATAAL VERLIES?</b> .....	<b>9</b>
1.1 OMSCHRIJVING EN DEFINITIES .....	9
1.2 CLASSIFICATIE VAN ZWANGERSCHAPSVERLIES.....	9
1.2.1 <i>Verlies vroeg in de zwangerschap</i> .....	9
1.2.1.1 Miskraam.....	9
1.2.1.2 Vroege zwangerschapsafbreking.....	11
1.2.1.3 Late zwangerschapsafbreking .....	11
1.2.2 <i>Verlies laat in de zwangerschap</i> .....	12
1.2.2.1 Mors in utero.....	12
1.2.2.2 Neonatale sterfte .....	13
1.2.3 <i>Epidemiologie en cijfers</i> .....	14
1.3 FYSIEKE EN PSYCHOLOGISCHE IMPACT OP OUDERS .....	17
1.3.1 <i>Fysieke impact</i> .....	17
1.3.2 <i>Psychologische klachten</i> .....	17
1.3.3 <i>Impact op partner en gezin</i> .....	18
<b>2 WET- EN REGELGEVING</b> .....	<b>19</b>
2.1 JURIDISCHE KADERS & VERANTWOORDELIJKHEDEN VAN ZORGVERLENERS .....	19
2.1.1 <i>Wettelijke criteria voor geboorte en overlijden</i> .....	19
2.1.2 <i>Aangifte- en registratieverplichting</i> .....	20
2.2 JURIDISCHE EN SOCIALE RECHTEN .....	21
2.2.1 <i>Sociale Tegemoetkoming &amp; Rouwverlof</i> .....	21
2.2.2 <i>Psychologische Ondersteuning &amp; Nazorg</i> .....	22
2.3 ADMINISTRATIEVE PROCEDURES .....	23
2.3.1 <i>Administratieve Afhandeling &amp; Documenten</i> .....	23
2.3.2 <i>Begraafenisregeling</i> .....	25
2.3.3 <i>Medisch en genetisch onderzoek</i> .....	26
2.3.4 <i>Rol van de vroedvrouw in deze procedures</i> .....	27
<b>3 ROL VAN DE VROEDVROUW BIJ ROUWONDERSTEUNING</b> .....	<b>28</b>
3.1 BEGELEIDING EN COMMUNICATIE BIJ PERINATAAL VERLIES.....	28
3.2 SAMENWERKING EN CULTUURSENSITIEVE ZORG .....	29
3.3 INFORMATIE EN PRAKTISCHE ZORG NA VERLIES .....	33
3.4 DE VROEDVROUW ALS STEUNFIGUUR EN VERTROUWENSPERSOON .....	35
3.5 PROFESSIONELE ZELFZORG EN VEERKRACHT .....	36
<b>4 ZORGKwaliteit VOLGENS OUDERS</b> .....	<b>37</b>
4.1 EMPATHIE & BEGELEIDING VANUIT HET ZORGTEAM .....	37
4.2 ZORGVERWACHTING VAN OUDERS BIJ PERINATAAL VERLIES.....	37
4.3 SAMENWERKING TUSSEN ZORGVERLENERS IN DE PRAKTIJK.....	38
4.4 OUDERERVARING MET EXTERNE ONDERSTEUNING .....	38

<b>5</b>	<b>PRAKTIJKDEEL.....</b>	<b>40</b>
5.1	DOELSTELLING .....	40
5.2	PROBLEEMSTELLING .....	40
5.3	TOKIG .....	41
5.4	UITWERKING.....	42
5.5	LEIDRAAD.....	43
5.5.1	<i>Vorbereiding van het gesprek .....</i>	<i>43</i>
5.5.2	<i>Verloop van het gesprek .....</i>	<i>44</i>
5.5.3	<i>Afronding en nazorg .....</i>	<i>46</i>
5.5.4	<i>Interne teamdebriefing .....</i>	<i>47</i>
<b>6</b>	<b>RELEVANTIE VOOR DE PRAKTIJK VAN DE VROEDVROUW.....</b>	<b>49</b>
	<b>ALGEMEEN BESLUIT .....</b>	<b>51</b>
	<b>LITERATUURLIJST .....</b>	<b>52</b>
	<b>BIJLAGEN.....</b>	<b>63</b>
	Bijlage A: Praktijkdeel.....	64

## Woord vooraf

Perinataal verlies is een ingrijpende gebeurtenis die ouders diep raakt, zowel emotioneel als fysiek. Door mij te verdiepen in dit thema kreeg ik meer inzicht in de complexe rol van de vroedvrouw bij het begeleiden van gezinnen in rouw. Ik ontdekte hoe belangrijk empathische communicatie, erkenning en samenwerking zijn om ouders op een warme en professionele manier te ondersteunen. Deze bachelorproef heeft mij doen inzien hoe essentieel het is dat de vroedvrouw in momenten van verlies nabij blijft en ouders ondersteunt met empathie en menselijkheid.

Met het afronden van deze bachelorproef sluit ik tegelijk een belangrijk hoofdstuk af binnen mijn opleiding tot vroedvrouw. Graag wil ik hierbij enkele mensen bedanken die mij met raad, kennis en steun hebben begeleid.

In de eerste plaats gaat mijn oprechte dank uit naar mijn externe promotor, mevrouw Ellen Bauters, voor haar deskundige begeleiding, waardevolle feedback en haar voortdurende bereidheid om mee te denken. Ook mevrouw Sophie Accou, mijn interne promotor, wil ik van harte bedanken voor haar constructieve opmerkingen en ondersteuning doorheen het proces.

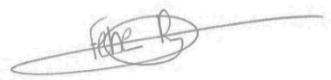
Een speciaal woord van dank gaat uit naar mijn familie en vrienden, voor hun onvoorwaardelijke steun, begrip en aanmoediging gedurende het schrijven van deze bachelorproef. Hun geloof in mij gaf me de motivatie om dit werk tot een goed einde te brengen.

Tot slot wil ik iedereen bedanken die op een directe of indirecte manier heeft bijgedragen aan het tot stand komen van deze bachelorproef.

Ik wens u veel plezier bij het lezen van deze bachelorproef.

Febe Ruyschaert

Oudenaarde, januari 2026



*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.*

# Inleiding

Het verlies van een kind tijdens of kort na de zwangerschap behoort tot de meest ingrijpende ervaringen die ouders kunnen meemaken. Waar de geboorte doorgaans een moment van vreugde is, verandert dit bij perinataal verlies in een intens en hartverscheurend afscheid. In Vlaanderen werden in 2023 325 doodgeboren kinderen geregistreerd, wat overeenkomt met ongeveer 5,3 doodgeboortes per 1.000 geboorten (Goemaes et al., 2024). Achter elk van deze cijfers schuilt een gezin dat geconfronteerd wordt met een onvoorstelbaar verlies.

Uit literatuur blijkt dat ouders na perinataal verlies vooral nood hebben aan erkenning, duidelijke informatie en warme, empathische zorg (Bakbakhi et al., 2023). Tegelijk voelen veel vroedvrouwen zich onvoldoende voorbereid om gezinnen in zulke situaties te ondersteunen en ervaren zij een gebrek aan opleiding en ondersteuning binnen de ziekenhuiscontext (Wheeler et al., 2022). Deze vaststellingen tonen aan dat er meer aandacht nodig is voor de rol van de vroedvrouw en voor hulpmiddelen die hen kunnen ondersteunen in de zorg voor gezinnen die een baby verliezen.

Daarom richt deze bachelorproef zich op de vraag **hoe de vroedvrouwen ouders die in het ziekenhuis geconfronteerd worden met perinataal verlies op een professionele en empathische manier kunnen ondersteunen**, rekening houdend met medische, psychologische, juridische en sociale aspecten, en met aandacht voor de impact die deze zorg heeft op zowel ouders als de vroedvrouw zelf.

Om deze vraag te beantwoorden, worden de volgende subonderzoeksvragen geformuleerd:

- Wat houdt perinataal verlies in en welke gevolgen heeft dit voor ouders?
- Welke Belgische wet- en regelgeving en administratieve procedures zijn van toepassing, en wat is de rol van de vroedvrouw daarin?
- Op welke manieren kan de vroedvrouw ouders begeleiden tijdens en na perinataal verlies?
- Hoe ervaren ouders en vroedvrouwen de kwaliteit van zorg en welke noden bestaan er rond ondersteuning en rouwzorg?

Deze literatuurstudie geeft een duidelijk beeld van wat perinataal verlies inhoudt en welke invloed dit heeft op ouders en hun omgeving. Daarna wordt uitgelegd welke wetgeving en administratieve regels in België van toepassing zijn. Vervolgens wordt beschreven hoe vroedvrouwen ouders kunnen begeleiden voor, tijdens en na het verlies, met aandacht voor communicatie, samenwerking en zelfzorg. Tot slot wordt het praktijkgedeelte toegelicht, waarin een debriefingsleidraad werd ontwikkeld die vroedvrouwen ondersteunt bij het voeren van gestructureerde debriefingsgesprekken na perinataal verlies.

# 1 Wat is perinataal verlies?

## 1.1 Omschrijving en definities

Perinataal verlies verwijst naar het overlijden van een foetus of pasgeborene vanaf de 22e week van de zwangerschap of bij een geboortegewicht van minstens 500 gram, tot en met de 28e levensdag van het kind. Het gaat om sterfgevallen die plaatsvinden tijdens de late zwangerschap, rond de geboorte of in de neonatale periode (Fernández-Sola et al., 2020; De Graaff et al., 2023).

In de literatuur en wetgeving worden verschillende vormen van perinataal verlies onderscheiden, waaronder miskraam, mors in utero en neonatale sterfte (Ellis et al., 2016). Daarnaast wordt in epidemiologische context vaak de term perinatale sterfte gebruikt. Deze omvat de foetale sterfte (elk levenloos kind  $\geq 22$  weken of  $\geq 500$  gram) én de vroeg-neonatale sterfte (overlijden binnen de eerste zeven volledige levensdagen). Perinatale sterfte vormt zo een duidelijk omschreven onderdeel van het bredere begrip perinataal verlies en wordt vooral gebruikt in statistische rapportage (Goemaes et al., 2024).

## 1.2 Classificatie van zwangerschapsverlies

Zwangerschaps- en perinataal verlies worden medisch ingedeeld op basis van het tijdstip waarop het verlies optreedt. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen verlies vroeg en laat in de zwangerschap, al dan niet voorbij de levensvatbaarheidsgrens van 24 weken (Blencowe et al., 2024; De Meyer, 2020).

### 1.2.1 Verlies vroeg in de zwangerschap

#### 1.2.1.1 Miskraam

Een miskraam is het spontane verlies van een zwangerschap vóór de 12<sup>de</sup> zwangerschapsweek, waarbij geen levensvatbare foetus aanwezig is. Typische symptomen zijn vaginaal bloedverlies, buikkrampen of het ontbreken van hartactiviteit bij echografisch onderzoek (Vermassen F. & UZ Gent, 2025).

Bij een miskraam vindt de spontane uitstoting van zwangerschapsweefsel plaats, wat in medische terminologie wordt aangeduid als expulsie. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen een volledige expulsie, waarbij al het zwangerschapsweefsel spontaan wordt afgestoten, en een partiële expulsie, waarbij er restweefsel in de uterus achterblijft en verdere opvolging of behandeling noodzakelijk kan zijn (World Health Organization: WHO, 2022).

Wereldwijd vinden naar schatting jaarlijks ongeveer 23 miljoen miskramen plaats. Door het gebrek aan consistente nationale registraties is het moeilijk om cijfers tussen landen nauwkeurig te vergelijken (Quenby et al., 2021). In West-Europa eindigt ongeveer 10 tot 11% van de zwangerschappen in het eerste trimester in een miskraam. De kans op een miskraam neemt toe met de leeftijd van de vrouw: van ongeveer 12% bij vrouwen tussen 20 en 29 jaar tot circa 65% bij vrouwen van 45 jaar en ouder. Ook een voorgeschiedenis van miskramen verhoogt het risico op herhaling (Quenby et al., 2021).

De meest voorkomende oorzaak van een miskraam is een chromosomale afwijking bij het embryo, wat bij ongeveer 60% van de gevallen het geval is. Vaak gaat het om trisomieën, zoals trisomie 13, 16, 18 of 21. De kans op dergelijke afwijkingen neemt toe met de leeftijd van de moeder (Quenby et al., 2021). Andere risicofactoren zijn structurele afwijkingen van de uterus, infecties zoals bacteriële vaginose, chronische aandoeningen zoals diabetes mellitus of schildklierstoornissen, sperma met beschadigd DNA en immunologische aandoeningen zoals het antifosfolipidensyndroom, dat voorkomt bij ongeveer 5 tot 10% van de vrouwen met herhaalde miskramen (Vermassen F. & UZ Gent, 2025; The Lancet, 2021).

Daarnaast spelen ook omgevings- en leefstijlfactoren een rol. Roken verhoogt het risico op een miskraam met 30 tot 60%, alcoholgebruik tijdens het eerste trimester verhoogt het risico afhankelijk van de hoeveelheid, en blootstelling aan luchtvervuiling kan het risico met 16 tot 51% doen toenemen (Quenby et al., 2021).

Bij een miskraam vóór 12 weken bestaan doorgaans drie behandelopties: afwachtend beleid, medicamenteuze behandeling of curettage. De keuze gebeurt in overleg met de arts en houdt rekening met de medische toestand en de voorkeur van de vrouw of het koppel (Vermassen F. & UZ Gent, 2025; UZ Leuven, z.d.).

Bij een afwachtend beleid krijgt het lichaam de kans om het zwangerschapsweefsel spontaan uit te stoten. Dit proces kan enkele dagen tot weken duren, waarna een echografische controle volgt. Indien restweefsel aanwezig blijft, kan alsnog een medische interventie noodzakelijk zijn (Vermassen F. & UZ Gent, 2025).

Een medicamenteuze behandeling gebeurt meestal met misoprostol®, dat vaginaal wordt toegediend om uteriene contracties op te wekken. Deze behandeling vindt vaak thuis plaats en gaat gepaard met bloedverlies en buikkrampen. Ongeveer één week na toediening volgt een controle via echografie (Vermassen F. & UZ Gent, 2025).

Een derde optie is een zuigcurettage, een chirurgische ingreep onder anesthesie waarbij de uterus wordt leeggemaakt met behulp van een zuigsysteem. Deze ingreep gebeurt meestal in dagopname, tenzij complicaties een langere opname vereisen (Vermassen F. & UZ Gent, 2025; UZ Leuven, z.d.).

### **1.2.1.2 Vroege zwangerschapsafbreking**

Onder vroege zwangerschapsafbreking wordt het opzettelijk beëindigen van een zwangerschap tot en met de 12<sup>de</sup> zwangerschapsweek verstaan. In België is abortus op verzoek wettelijk toegestaan tot deze termijn, zonder vereiste medische indicatie (De Meyer, 2020; De Meyer et al., 2025).

Het verloop van een zwangerschapsafbreking is in België wettelijk vastgelegd. De procedure start met een eerste consultatie in een erkend abortuscentrum of ziekenhuis, waarbij een gesprek plaatsvindt en een echografisch onderzoek wordt uitgevoerd om de zwangerschapsduur te bepalen. Na deze eerste consultatie geldt een verplichte wachttijd van zes dagen, waarna de zwangerschapsafbreking kan worden uitgevoerd. Na de ingreep wordt steeds een controle en nazorg voorzien (Wet zwangerschapsafbreking, 2018; Fara, z.d.).

Een medicamenteuze zwangerschapsafbreking is mogelijk tot maximaal negen weken zwangerschap, gerekend vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie. Deze methode bestaat uit het toedienen van meerdere geneesmiddelen, waarbij een eerste pil in het abortuscentrum wordt toegediend en één tot twee dagen later aanvullende medicatie volgt. De behandeling veroorzaakt een miskraam en gaat vaak gepaard met hevig bloedverlies en buikkrampen, vergelijkbaar met zware menstruatiepijn (Fara, z.d.).

Een andere mogelijkheid is een zuigcurettage. Deze procedure gebeurt meestal onder lokale verdoving, maar kan ook onder volledige narcose plaatsvinden. Hoewel een ingreep onder algemene verdoving doorgaans als minder pijnlijk wordt ervaren, is deze methode duurder en enkel mogelijk in gespecialiseerde ziekenhuizen (Fara, z.d.).

### **1.2.1.3 Late zwangerschapsafbreking**

Na de 12<sup>de</sup> zwangerschapsweek is zwangerschapsafbreking in België enkel wettelijk toegestaan op medische gronden. Dit is het geval wanneer het ongeboren kind zeker zal lijden aan een ernstige aandoening, of wanneer de voortzetting van de zwangerschap een ernstige bedreiging vormt voor de fysieke of mentale gezondheid van de zwangere vrouw (De Meyer, 2020; De Meyer et al., 2025).

Late zwangerschapsafbreking gebeurt meestal via medische partusinductie met mifepriston® en misoprostol®, wat resulteert in een vaginale partus. Verloskundigen geven hierbij de voorkeur aan een vaginale geboorte boven chirurgische technieken, die als invasiever en emotioneel belastender worden ervaren (De Meyer et al., 2025).

In sommige landen wordt na het eerst trimester ook dilatatie en evacuatie (D&E) toegepast, waarbij na cervixdilatatie foetaal weefsel gefragmenteerd wordt verwijderd. Deze techniek is in België weinig bekend en beperkt toegepast (De Meyer et al., 2025).

In de literatuur wordt ‘Late Termination of Pregnancy’ (Late TOP) gedefinieerd als de beëindiging van een zwangerschap die wordt uitgevoerd nadat de foetus als levensvatbaar wordt beschouwd, wat doorgaans wordt gesitueerd rond 24 weken zwangerschap (De Meyer, 2020).

Wanneer de foetus als levensvatbaar wordt beschouwd, kan voorafgaand aan de zwangerschapsafbreking foeticide worden uitgevoerd. Hierbij wordt een dodelijke injectie toegediend om een levendgeboorte te voorkomen. Foeticide wordt door zorgverleners ervaren als een technisch en ethisch zwaar beladen handeling en is vaak onderworpen aan strengere institutionele controle (De Meyer, 2020; De Meyer et al., 2025).

In parlementaire en ethische debatten wordt een onderscheid gemaakt tussen vroege ( $\leq 12$  weken) en late zwangerschapsafbreking (13–24 weken), waarbij de grens van levensvatbaarheid een bepalende rol speelt in medische en ethische besluitvorming (De Meyer, 2020).

## **1.2.2 Verlies laat in de zwangerschap**

### **1.2.2.1 Mors in utero**

Mors in utero is het intra-uterien overlijden van een foetus na minstens 28 weken zwangerschap, maar vóór of tijdens de geboorte. Deze vorm van foetale sterfte wordt geclassificeerd als een doodgeboorte (*stillbirth*) (World Health Organization: WHO, 2019).

De diagnose wordt gesteld via echografie door middel van het vaststellen van afwezige hartactiviteit. Ouders kunnen ervoor kiezen om de bevalling enkele dagen uit te stellen om zich mentaal en praktisch voor te bereiden. De bevalling gebeurt meestal vaginaal, tenzij er medische redenen zijn voor een andere aanpak (UZ Leuven, z.d.).

Na de geboorte krijgen ouders de ruimte om hun kindje te zien, vast te houden en afscheid te nemen. Er wordt maximaal rekening gehouden met hun noden en tempo. Vaak ontvangen

ouders een herinneringsdoos met persoonlijke aandenkens zoals foto's of voetafdrukjes (UZ Leuven, z.d.).

Het zorgteam bekijkt in overleg met de ouders of bijkomende onderzoeken (zoals genetisch onderzoek of analyse van de placenta) wenselijk zijn om de oorzaak van het overlijden te achterhalen. Deze worden enkel uitgevoerd met toestemming van de ouders (UZ Leuven, z.d.).

De moeder verblijft doorgaans minstens één nacht in het ziekenhuis, al kan dit variëren afhankelijk van het ziekenhuisbeleid, de medische situatie en de voorkeur van de patiënt. In sommige gevallen is een kortere of langere opname aangewezen. De opvolging gebeurt meestal via een nacontrole bij de gynaecoloog na drie à vier weken. Indien bijkomend onderzoek werd uitgevoerd (zoals genetische testen of placentaanalyse), wordt ongeveer acht weken later een vervolgesprek ingepland om de resultaten te bespreken. De huisarts en eventueel een thuisvroedvrouw worden ook betrokken bij de verdere zorg na ontslag (UZ Leuven, z.d.).

#### **1.2.2.2 Neonatale sterfte**

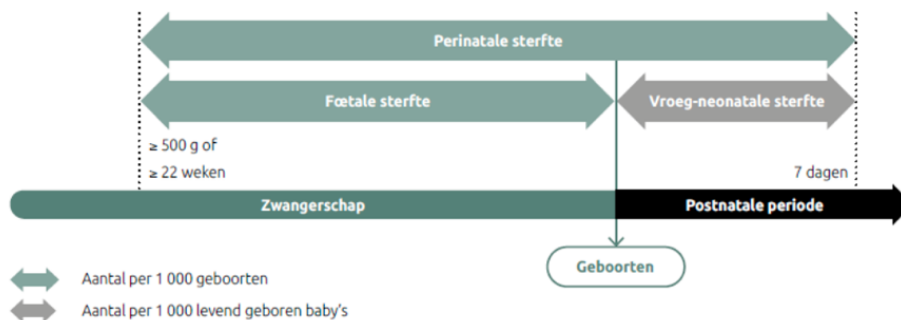
Neonatale sterfte verwijst naar het overlijden van een levend geboren baby binnen de eerste 28 levensdagen (Blencowe et al., 2024).

Binnen dit begrip wordt een onderscheid gemaakt tussen twee subcategorieën.

**Vroege neonatale sterfte** is het overlijden van een levend geboren in de eerste 7 volledige levensdagen (Goemaes et al., 2024). **Late-neonatale sterfte** is het overlijden tussen dag 8 en dag 27 na de geboorte (Blencowe et al., 2024).

Deze indeling is van belang, omdat de onderliggende oorzaken van overlijden en de mogelijke interventies sterk kunnen verschillen tussen deze twee periodes (Blencowe et al., 2024).

Het is belangrijk om neonatale sterfte duidelijk te onderscheiden van foetale sterfte (of stillbirth), waarbij de baby overlijdt vóór of tijdens de geboorte. Vooral in de eerste dagen na de geboorte kan het moeilijk zijn om een correct onderscheid te maken tussen een vroeg neonataal overlijden en een foetale sterfte (Blencowe et al., 2024).

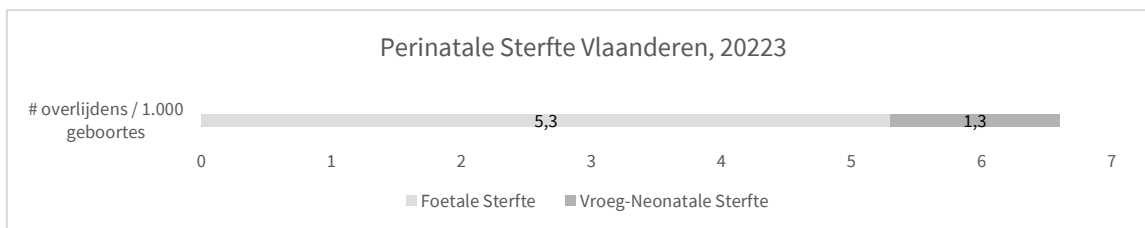


Figuur 1: Indeling van foetale, vroeg-neonatale en perinatale sterfte (Goemaes et al., 2024)

Een aanzienlijk deel van de neonatale overlijdens vindt plaats in de eerste levensweek. Deze overlijdens zijn vaak gerelateerd aan complicaties bij de geboorte, vroeggeboorte of infecties (Blencowe et al., 2024).

### 1.2.3 Epidemiologie en cijfers

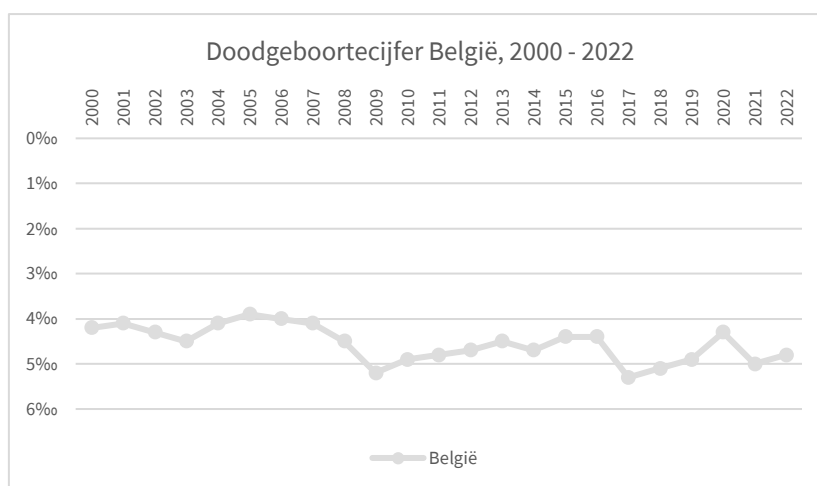
In 2023 werden in Vlaanderen 325 **levenloos geboren kinderen** geregistreerd, wat overeenkomt met 5,3 levenloos geboren kinderen per 1.000 geboorten. Deze categorie omvat zowel spontane foetale overlijdens als zwangerschapsafbrekingen om medische redenen, op voorwaarde dat het geboortegewicht minstens 500 gram bedraagt of de zwangerschapsduur minimaal 22 weken is. Daarnaast werden datzelfde jaar 79 vroeg-neonatale overlijdens gerapporteerd, goed voor 1,3 sterftes per 1.000 levendgeborenen (Goemaes et al., 2024).



Figuur 2: Perinataal sterftecijfer in Vlaanderen in 2023 (Goemaes et al., 2024)

De totale perinatale sterfte in Vlaanderen bedroeg in 2023 6,6 per 1.000 geboorten, waarvan 80,4% foetaal en 19,6% vroeg-neonataal. Afhankelijk van het gehanteerde criterium verschilt dit cijfer licht: wanneer enkel wordt gekeken naar kinderen met een geboortegewicht  $\geq 500$  g bedraagt de perinatale sterfte 5,4‰, terwijl de benadering op basis van zwangerschapsduur  $\geq 28$  weken resulteert in 3,5‰. Deze laatste drempel sluit aan bij de WHO-aanbeveling, die stelt dat internationale vergelijkingen gebeuren op basis van perinatale sterfte vanaf 28 weken zwangerschap (Goemaes et al., 2024).

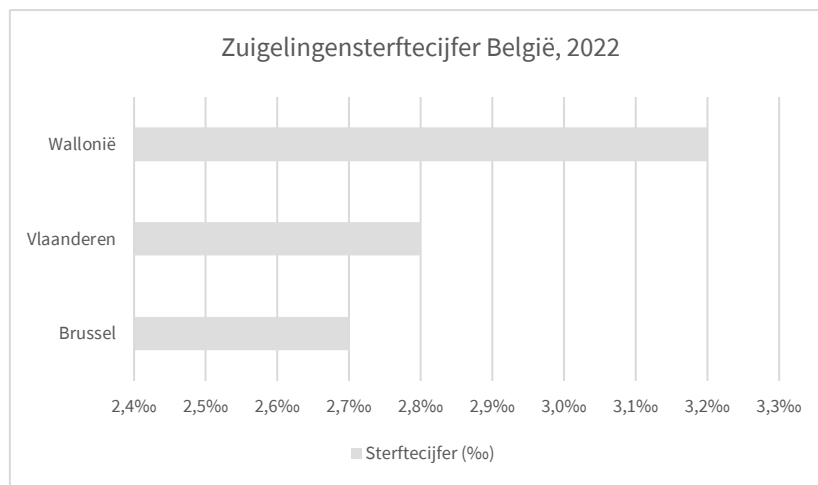
In 2022 vond meer dan 60% van de **dodgeboorten** plaats in het derde trimester van de zwangerschap, vanaf 29 weken. In bijna een kwart van de gevallen ging het om foetussen die niet te vroeg geboren zouden zijn als ze levend waren geboren (Statbel, 2025). Regionaal zijn er verschillen: in Vlaanderen lag het doodgeboortecijfer op 4,1‰, in Wallonië op 5,5‰ en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest op 6,5‰ (Statbel, 2025).



Figuur 3: Evolutie doodgeboortecijfer in België, 2000-2022 (Statbel, 2025)

Dodgeboorten en zuigelingensterfte moeten zorgvuldig van elkaar onderscheiden worden. Waar het bij doodgeboorte gaat om een overlijden vóór of tijdens de geboorte, verwijst zuigelingensterfte naar het overlijden van een baby na de geboorte maar vóór de eerste verjaardag (Statbel, 2025).

In 2022 werd in België een **zuigelingensterftcijfer** van 2,9 per 1.000 levendgeborenen genoteerd. Vlaanderen en Brussel kenden lagere cijfers (2,8‰ en 2,7‰) in vergelijking met Wallonië (3,2‰) (Statbel, 2025).



Figuur 3: Zuigelingensterftcijfer in België, 2022 (Statbel, 2025)

Gemiddeld leefden kinderen die voor hun eerste verjaardag overleden 51 dagen. Meer dan één op de vijf overleed binnen de eerste levensuren en bijna 69% stierf in de eerste vier levensweken (Statbel, 2025). Belangrijke oorzaken van deze overlijdens zijn perinatale aandoeningen, aangeboren afwijkingen, externe factoren zoals ongevallen of complicaties bij medische zorg, wiegendood en in sommige gevallen een onbekende oorzaak (Sciensano, 2025).

Hoewel het cijfer nog steeds aandacht verdient, is er op lange termijn een positieve evolutie: tussen 1998 en 2022 daalde de zuigelingensterfte in België met 46%. Die daling weerspiegelt een betere kwaliteit van zorg tijdens en na de geboorte, en het belang van tijdige toegang tot medische en preventieve diensten (Sciensano, 2025).

## **1.3 Fysieke en psychologische impact op ouders**

### **1.3.1 Fysieke impact**

Bij zwangerschapsverlies kunnen er verschillende lichamelijke gevolgen optreden voor de moeder. Zo kan de vaginale bevalling van een overleden baby bijzonder zwaar zijn en onverwachte lichamelijke gevolgen met zich meebrengen (Ellis et al., 2016). Fysieke klachten, zoals slapeloosheid, vermoeidheid, hoofdpijn of gewichtsverlies worden ook als gevolg van stress en rouw vaak gemeld (Garcia-Catena et al., 2023). Er zijn ook meldingen van lichamelijke pijn of medische complicaties zoals bloedingen, infecties of nood aan ingrepen zoals een curettage of sectio (UNICEF, 2020). De impact op het lichaam wordt in de praktijk vaak minder besproken of behandeld dan de psychologische gevolgen (Bakbakhi et al., 2023). Moeders kunnen ook geconfronteerd worden met onverwachte lichamelijke ervaringen zoals het op gang komen van melkproductie na een doodgeboorte, waarbij er niet altijd voldoende ondersteuning is om hier gepast mee om te gaan (Florescue et al., 2023).

### **1.3.2 Psychologische klachten**

De psychologische impact van een miskraam, doodgeboorte of perinataal verlies is vaak ingrijpend en langdurig (Obst et al., 2020). Veelvoorkomende klachten zijn angst, depressie, posttraumatische stressstoornis (PTSS) en gecompliceerde rouw. Ouders kunnen gevoelens van schuld, schaamte en verdriet ervaren die niet altijd sociaal erkend worden, wat leidt tot disenfranchised grief of een niet-erkend rouwproces (Kendrick & Sterrett-Hong, 2023).

Het gebrek aan erkenning en passende ondersteuning kan het rouwproces bemoeilijken en het risico op latere psychische problemen vergroten (Campbell et al., 2017). Psychosociale factoren zoals stigmatisering, maatschappelijke verwachtingen en een gebrek aan taal of rituelen kunnen ook bijdragen aan verhoogde mentale druk (Wheeler et al., 2022). Psychologische interventies zoals rouwbegeleiding, cognitieve gedragstherapie en lotgenotencontact blijken helpend te zijn (Kendrick & Sterrett-Hong, 2023).

### **1.3.3 Impact op partner en gezin**

Het verlies van een kind heeft niet alleen invloed op de moeder, maar treft ook de partner en het gezin als geheel. Partners ervaren eveneens rouw en psychische klachten, maar hun behoeften worden vaak onvoldoende erkend. Vaders uiten hun verdriet soms op andere manieren dan moeders, bijvoorbeeld door zich te focussen op praktische zaken of de rol van beschermer op te nemen (Kave et al., 2022; Obst & Due, 2019). Dit verschil in coping kan spanningen veroorzaken binnen de relatie, wat leidt tot misverstanden of relatieproblemen (Feroz et al., 2019). Tegelijk kan gedeelde rouw ook leiden tot meer verbondenheid, afhankelijk van hoe partners met het verlies omgaan (Kendrick & Sterret-Hong, 2023).

Daarnaast ondervindt ook het bredere gezin vaak gevolgen van het verlies. Bestaande kinderen kunnen gevoelens van verwarring, schuld of angst ervaren, terwijl het hele gezinsfunctioneren en de communicatie onder druk kan komen te staan (Campbell et al., 2017). Er is weinig onderzoek naar de impact op het gezin als geheel, maar het belang van gezinsondersteuning wordt steeds vaker erkend (Ellis et al., 2016; Florescue et al., 2023).

## **2 Wet- en regelgeving**

Perinataal verlies heeft niet enkel een medische en emotionele, maar ook een juridische dimensie. De Belgische wetgeving bepaalt de wettelijke criteria rond geboorte, overlijden, aangifte en rechten van ouders, die sterk bijdragen aan erkenning en rouwverwerking (Swennen, 2016; Kind & Gezin, 2021). Dit hoofdstuk schetst de belangrijkste kaders en procedures.

### **2.1 Juridische kaders & verantwoordelijkheden van zorgverleners**

#### **2.1.1 Wettelijke criteria voor geboorte en overlijden**

Een zwangerschap kan op twee manieren berekend worden: medisch en juridisch. In de medische praktijk wordt gerekend vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie, hoewel de bevruchting meestal pas twee weken later plaatsvindt. Dit zorgt ervoor dat de juridische zwangerschapsduur doorgaans twee weken langer wordt gerekend dan de feitelijke ontwikkeling van de foetus. Zo komt een medische termijn van twaalf weken overeen met veertien weken volgens de juridische berekening (Fara, z.d.).

In België zijn de wettelijke drempels voor aangifte gekoppeld aan de zwangerschapsduur. Bij een zwangerschapsverlies vóór 140 dagen geldt geen aangifteplicht. Tussen 140 en 179 dagen is aangifte mogelijk maar niet verplicht. Vanaf 180 dagen zwangerschap is aangifte verplicht en kunnen ouders het kind zowel een voornaam als familienaam geven (Vlaamse Overheid, z.d.).

Internationaal hanteert de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) een gestandaardiseerde definitie van doodgeboorte. Volgens deze definitie wordt een kind als doodgeboren beschouwd wanneer het overlijdt vanaf 28 weken zwangerschap, hetzij vóór of tijdens de bevalling. De WHO maakt daarbij een onderscheid tussen zwangerschapsverlies vóór 22 weken, vroege doodgeboorte tussen 22 en 28 weken en late doodgeboorte vanaf 28 weken zwangerschap (World Health Organization: WHO, 2019).

In de praktijk blijken de criteria van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) niet uniform te worden toegepast in nationale registratiesystemen, aangezien veel hoge- en hogere middeninkomenslanden eigen definities hanteren met uiteenlopende zwangerschapsduurgrenzen (20–26 weken) en, bij onbekende zwangerschapsduur, variabele geboortegewichtsdrempels. Zo definieert Oostenrijk doodgeboorte uitsluitend op basis van een geboortegewicht van minstens 500 gram, los van de zwangerschapsduur, waardoor geen

universeel gehanteerde afbakening bestaat tussen miskraam, doodgeboorte en neonatale sterfte en internationale vergelijkingen aanzienlijk worden bemoeilijkt (Blencowe et al., 2024).

### **2.1.2 Aangifte- en registratieverplichting**

De aangifte van een geboorte of overlijden gebeurt bij de ambtenaar van de burgerlijke stand van de geboorteplaats. Voor een levend geboren kind zijn de ouders verplicht om binnen vijftien dagen na de geboorte aangifte te doen op basis van een medisch attest van de arts of de vroedvrouw. Op basis van deze aangifte wordt een akte van geboorte opgesteld, die de juridische identiteit van het kind vastlegt (Kind & Gezin, 2021; Vlaamse Overheid, z.d.).

Wanneer een kind levenloos geboren wordt, zijn de aangifteverplichtingen afhankelijk van de duur van de zwangerschap. Voor zwangerschapsverliezen vóór de 140e dag bestaat er geen wettelijke aangifteplicht. Sommige gemeenten bieden een informele registratie aan, maar hiervoor bestaat er geen nationale regeling (Kind & Gezin, z.d.). Omdat ouders in deze situatie lange tijd geen vorm van erkenning konden krijgen, lanceerden drie belangenorganisaties (Boven De Wolken, Met Lege Handen en Berrefonds) in december 2023 het Sterrenregister. Deze registratie is symbolisch en heeft geen juridisch gevolg (Berrefonds, 2025).

Tussen de 140e en 179e dag kunnen ouders vrijwillig een aangifte doen, op basis van een medisch attest van de zwangerschapsduur. De burgerlijke stand maakt dan een akte van een levenloos kind op. Ouders mogen in dit document een voornaam laten opnemen, maar geen familienaam (Kind & Gezin, z.d.). Sinds 31 maart 2019 is deze vrijwillige aangifte officieel mogelijk gemaakt in de wetgeving (Berrefonds, 2025; Wet zwangerschapsafbreking, 2018).

Vanaf een wettelijke zwangerschapsduur van minstens 180 dagen is aangifte verplicht. De burgerlijke stand maakt een akte van een levenloos aangegeven kind op, die wordt opgenomen in de overlijdensregisters. Sinds 31 maart 2019 kunnen ouders hierbij zowel een voornaam als een familienaam laten registreren, ongeacht hun burgerlijke staat (Kind & Gezin, z.d.; Berrefonds, 2025; Wet zwangerschapsafbreking, 2018).

Wanneer een kind levend geboren wordt maar kort daarna overlijdt, wordt er zowel een geboorteakte als een overlijdensakte opgesteld en geldt er een wettelijke verplichting tot begravenis of crematie van het kind (Kind & Gezin, z.d.). Deze verplichting geldt overigens ook voor levenloos geboren kinderen vanaf 180 dagen zwangerschap.

## **2.2 Juridische en sociale rechten**

Het verlies van een (ongeboren) kind heeft niet alleen een grote emotionele impact, maar brengt ook administratieve en juridische implicaties met zich mee. Ouders ervaren in deze context een sterke nood aan erkenning, zowel op emotioneel als juridisch vlak. Verschillende bronnen wijzen erop dat deze erkenning essentieel is voor een gezond rouwproces (Swennen, 2016; Kind & Gezin, 2021).

### **2.2.1 Sociale Tegemoetkoming & Rouwverlof**

Voor stilgeboorten vóór 180 dagen zwangerschap bestaat er in België geen duidelijk wettelijk kader. Ouders hebben in deze situatie geen recht op sociale tegemoetkomingen, wat betekent dat zij geen toegang hebben tot moederschapsrust, vaderschaps- of geboorteverlof, rouwverlof of het startbedrag. Deze beperkte erkenning wordt vaak als bijzonder pijnlijk ervaren, omdat het verlies wel reëel en ingrijpend is, maar juridisch nauwelijks wordt gezien (Berrefonds, 2025).

Pas vanaf een wettelijke zwangerschapsduur van minimaal 180 dagen verandert dit kader. Vanaf deze termijn worden stilgeboren kinderen juridisch erkend en hebben ouders recht op verschillende sociale voordelen. Zo wordt moederschapsrust toegekend wanneer een werkneemster bevalt van een levenloos kind, op voorwaarde dat de zwangerschap minstens 180 dagen geduurd heeft, zoals vastgelegd in de Arbeidswet (1971, art. 39). Ook het recht op vaderschaps- of geboorteverlof en het recht op het startbedrag treden vanaf deze termijn in werking (Berrefonds, 2025).

Wanneer een kind levend wordt geboren maar kort na de geboorte overlijdt, wordt er zowel een geboorteakte als een overlijdensakte opgesteld. In dat geval blijven alle sociale rechten volledig behouden, waaronder de volledige moederschapsrust en vaderschapsrust (Kind & Gezin, z.d).

Daarnaast hebben werkende ouders recht op tien dagen rouwverlof. De eerste drie dagen moeten verplicht worden opgenomen tussen het overlijden en de begrafenis, terwijl de overige zeven dagen vrij kunnen worden ingepland binnen het eerste jaar na het overlijden (Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid - Arbeid en Sociaal Overleg, 2021). Ook zelfstandigen hebben recht op tien dagen rouwverlof, aaneensluitend of gespreid op te nemen binnen het jaar na het overlijden (Liantis, z.d.).

Uit onderzoek blijkt dat ouders vaak onvoldoende op de hoogte zijn van deze rechten, of dat deze hen niet actief worden meegedeeld, waardoor belangrijke vormen van steun soms onbenut blijven in een periode waarin zij net extra bescherming en erkenning nodig hebben (Ellis et al., 2016).

### **2.2.2 Psychologische Ondersteuning & Nazorg**

Perinataal verlies heeft een diepgaande impact op het mentaal welzijn van ouders. Onderzoek toont aan dat de kans op psychologische klachten zoals depressieve gevoelens, angststoornissen en posttraumatische stress verhoogd is bij ouders die een stilgeboorte meemaken. Vroedvrouwen kunnen eveneens emotioneel getroffen worden door deze ingrijpende gebeurtenissen (Campbell et al., 2017).

Hoewel psychologische ondersteuning na een stilgeboorte in de praktijk als essentieel wordt beschouwd, blijkt uit onderzoek dat adequate begeleiding en rouwondersteuning niet altijd structureel of vanzelfsprekend beschikbaar zijn. De literatuur benadrukt dat professionele ondersteuning voor ouders na een doodgeboorte van groot belang is om negatieve psychologische gevolgen op zowel korte als lange termijn te beperken. Het bieden van passende rouwzorg en ondersteuning aan ouders wordt daarbij gezien als een essentieel onderdeel van kwaliteitsvolle perinatale zorg (Ellis et al., 2016). In de literatuur wordt het belang benadrukt van een gestructureerde opvolging na het verlies, met toegang tot gespecialiseerde zorg, rouwgroepen en empathische begeleiding op maat. Het ontbreken van uniforme richtlijnen zorgt echter voor verschillen in aanpak tussen instellingen en landen (Bakbakhi et al., 2023). Daarnaast blijkt dat professionals vaak onvoldoende opleiding krijgen om adequaat in te spelen op de emotionele noden van ouders (Ellis et al., 2016).

Naast de individuele impact op ouders heeft perinataal verlies ook bredere gevolgen voor het zorgsysteem. De psychische belasting en de bijhorende maatschappelijke kost worden vaak onderschat, hoewel er steeds meer aandacht gaat naar psychosociale zorg op beleidsmatig niveau (Campbell et al., 2017). Meer kwalitatief onderzoek is nodig om effectieve interventies te ontwikkelen en beter te begrijpen hoe psychologische ondersteuning kan worden geïntegreerd in bestaande perinatale zorgtrajecten. Tot die tijd blijft de beschikbaarheid sterk afhankelijk van de inzet van zorgverleners en de infrastructuur van de betrokken zorginstellingen (Bakbakhi et al., 2023; Ellis et al., 2016).

## **2.3 Administratieve procedures**

### **2.3.1 Administratieve Afhandeling & Documenten**

Het recht op een waardig afscheid vormt een essentieel onderdeel van de erkenning van perinataal verlies. De mogelijkheden op vlak van crematie, begrafenis en administratieve afhandeling verschillen naargelang de zwangerschapsduur van het kind. Voor zwangerschapsverliezen vóór 140 dagen voorziet de Belgische regelgeving geen verplichte aangifte. Ouders kunnen, mits voorlegging van een medisch attest, wel toestemming vragen om hun kindje te laten begraven of cremen. Op die manier blijft een symbolisch en persoonlijk afscheid mogelijk, al bestaan hierover geen uniforme nationale richtlijnen (Kind & Gezin, 2021). In de praktijk blijken er aanzienlijke verschillen te bestaan tussen gemeenten, bijvoorbeeld wat betreft de termijn waarbinnen de bezorging moet plaatsvinden of de vereisten voor toestemming, aangezien lokale verordeningen bepalend blijven (Kind & Gezin, 2021; Swennen, 2016).

Naast de wettelijke mogelijkheden bestaan er ook symbolische initiatieven die ouders ondersteunen bij het erkennen van hun overleden kind. Een voorbeeld hiervan is het Berrefonds Sterrenregister, een niet-juridische en kosteloos register waarin ouders hun stilgeboren kindje symbolisch kunnen erkennen door het registreren van een voornaam en geboortedatum. Het Sterrenregister heeft geen juridische waarde en vervangt geen officiële aangifte bij de burgerlijke stand, maar wordt door ouders vaak als betekenisvol en troostend ervaren, vooral wanneer wettelijke erkenning niet mogelijk is (Berrefonds, 2025). Daarnaast blijkt er ook op lokaal niveau steeds meer aandacht te bestaan voor symbolische erkenning en herdenking. Zo beschikt bijna twee derde van de Vlaamse gemeenten over een sterrenweide of een andere speciale herdenkingsplek voor overleden kinderen, waar ouders een fysieke plaats krijgen om hun verlies te herdenken en erkenning te vinden binnen de gemeenschap (Vlaamse Overheid, 2025).

Uit de literatuur blijkt dat symbolische erkenning, zoals naamgeving en het creëren van rituelen of herinneringen, kan bijdragen aan het rouwproces bij perinataal verlies, in het bijzonder wanneer ouders geconfronteerd worden met een gebrek aan maatschappelijke of juridische erkenning. Dergelijke vormen van erkenning kunnen gevoelens van niet-erkende rouw (disenfranchised grief) verminderen en ouders ondersteunen in het betekenis geven aan hun verlies (Ellis et al., 2016; Kendrick & Sterrett-Hong, 2023).

Tussen 140 en 179 dagen zwangerschap kunnen ouders vrijwillig aangifte doen bij de burgerlijke stand. In dat geval wordt een akte van een levenloos kind opgesteld, waarna het kindje officieel kan worden begraven of gecremeerd. In deze periode mag de begraafing enkel plaatsvinden op een erkende begraafplaats, maar geldt er nog geen wettelijke verplichting tot vervoer door een uitvaartondernemer (Kind & Gezin, z.d.).

Vanaf een zwangerschapsduur van minstens 180 dagen zijn zowel de aangifte als de bezorging van het lichaam wettelijk verplicht. Het kindje moet worden begraven of gecremeerd volgens de geldende regelgeving, en moet het vervoer naar de begraafplaats of het crematorium worden uitgevoerd door een erkende uitvaartondernemer; ouders mogen dit niet zelf doen (Berrefonds, 2025; Decreet van 16 januari 2004 op de begraafplaatsen en de lijkbezorging, 2004). Voor een levend geboren kind dat kort na de geboorte overlijdt, wordt er steeds een geboortekte en een overlijdensakte opgesteld, waarna dezelfde verplichtingen inzake lijkbezorging gelden. Binnen deze wettelijke regels hebben ouders wel ruimte om het afscheid vorm te geven volgens hun eigen wensen (Kind & Gezin, z.d.).

Verschillende auteurs pleiten voor verdere verfijning van de Belgische regelgeving rond zwangerschapsverlies. De wettelijke verplichting om een levenloos geboren kind te begraven of te cremieren geldt vanaf een zwangerschapsduur van 180 dagen, terwijl ouders bij eerdere zwangerschapsverliezen lange tijd afhankelijk waren van de goodwill van lokale besturen. Sinds 2014 hebben ook ouders die vóór 12 weken zwangerschap hun kind verliezen het recht om het embryo of de foetus te laten begraven of cremieren, ongeacht de zwangerschapsduur, wat een belangrijke stap betekende in de erkenning van vroeg zwangerschapsverlies (Swennen, 2016; Schryvers et al., 2020).

Tegelijk blijft de regelgeving gefragmenteerd. Zo beschouwt de OVAM-handleiding foetussen van minder dan twaalf weken nog steeds als risicohoudend medisch afval, tenzij een zorginstelling een geboortecertificaat aflevert, en is wettelijke registratie bij de burgerlijke stand voor foetussen tussen 12 en 26 weken niet mogelijk. In een conceptnota van het Vlaams Parlement uit 2020 werd daarom gewezen op de noodzaak om deze regelgeving te harmoniseren en beter af te stemmen op maatschappelijke en zorginhoudelijke evoluties. Deze vaststellingen bevestigen de analyse van Swennen (2016) dat het ontbreken van een uniform en empathisch juridisch kader kan botsen met de wensen van ouders en een zorgvuldige rouwverwerking bemoeilijkt (Swennen, 2016; Schryvers et al., 2020).

### 2.3.2 Begrafenisregeling

De mogelijkheden voor begraving of crematie verschillen tussen de Belgische gewesten. In Vlaanderen bepaalt artikel 15, §2 van het Decreet begraafplaatsen (2004), zoals gewijzigd in 2014, dat ouders ongeacht de zwangerschapsduur kunnen vragen om hun levenloos geboren kindje te laten begraven of cremeren. Zij moeten hiervoor een aanvraag indienen bij de burgerlijke stand, waarna een wettelijke toelating tot bezorging wordt afgeleverd (Decreet begraafplaatsen, 2004; Hospichild, 2024).

In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest verplichten de verordening van 13 december 2007 en de gemeenten om een “stille kinderweide” of sterrenperceel te voorzien voor stilgeboren kindjes tussen de 106e en 180e dag van de zwangerschap. Ouders kunnen kiezen tussen begraving of crematie, en het Brussels crematorium biedt de volledige dienstverlening (ceremonie, crematie en asverstrooiing) kosteloos aan (Brusselse verordening kinderweide, 2007; Hospichild, 2024).

In Wallonië legt het Decreet begraafplaatsen Wallonië (2009) de verplichting op aan kerkhoven en crematoria om een sterrenperk te voorzien voor kinderen die tussen 106 en 180 dagen zwangerschap levenloos werden geboren (Hospichild, 2024).

In alle gewesten geldt dat vanaf 180 dagen het lichaam van het overleden kind moet worden begraven of gecremeerd (Berrefonds, 2025; Hospichild, 2024). Het vervoer van het stoffelijk overschot is wettelijk geregeld en verschilt naargelang de bestemming. Binnen het Vlaamse Gewest worden niet-gecremeerde stoffelijke overschotten doorgaans vervoerd met een lijkwagen of op een andere veilige, hygiënische en respectvolle wijze, wat in de praktijk meestal door een uitvaartondernemer gebeurt. Nabestaanden voeren dit vervoer doorgaans niet zelf uit.

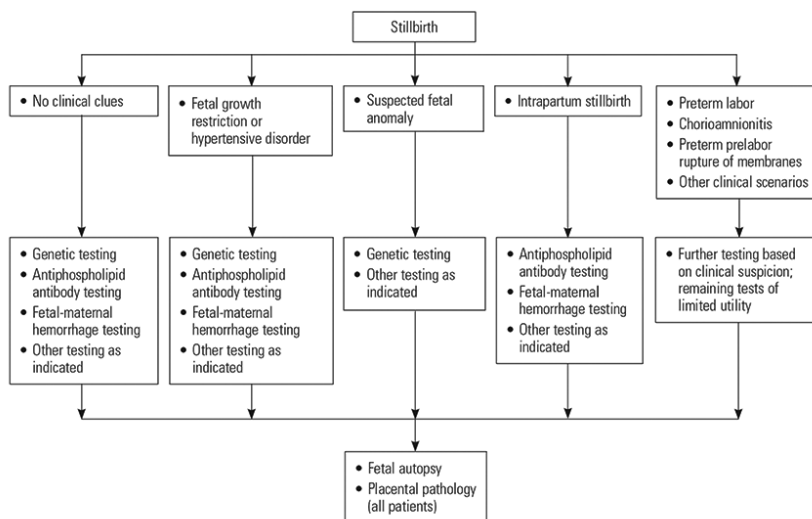
Na crematie is het vervoer van de as wettelijk vrij en is een lijkwagen niet verplicht, waardoor nabestaanden de as zelf mogen vervoeren (Besluit vervoer van lijken, 1947; Berrefonds, 2025; Vlaamse Overheid, z.d.).

Internationaal is er een tendens naar ruimere toegankelijkheid. Zo hanteert Nederland sinds 2014 geen zwangerschapsduur meer als criterium voor crematie of begrafenis: ouders kunnen hun kindje op elk moment laten begraven of cremeren, ook zonder officiële akte van aangifte (Swennen, 2016).

### 2.3.3 Medisch en genetisch onderzoek

Voor veel ouders is het belangrijk om te begrijpen wat er misliep bij de zwangerschap. Daarom wordt na een doodgeboorte vaak een combinatie van medisch en genetisch onderzoek aangeboden. Deze onderzoeken kunnen de doodsoorzaak helpen achterhalen, risico's voor toekomstige zwangerschappen beter inschatten en ouders steun bieden in hun rouwproces (Bakhbaki et al., 2023).

Het onderzoek na een doodgeboorte omvat in de kern een foetale autopsie (of, indien ouders dit weigeren, een minder invasief alternatief), gecombineerd met een macroscopisch en histologisch onderzoek van de placenta, navelstreng en vliezen, alsook een genetisch onderzoek. Dit kan gebeuren via karyotypering of microarray-analyse, doordat deze techniek beter bruikbaar is bij niet-levensvatbaar weefsel. Aanvullend worden er gerichte laboratoriumonderzoeken en een grondige maternale anamnese aanbevolen om zowel de maternale gezondheid als mogelijke oorzaken van het overlijden in kaart te brengen. Dit omvat een infectieonderzoek, biochemische testen en, indien geïndiceerd, onderzoek naar trombofilie of auto-immuunproblematiek. Wanneer een klassieke autopsie niet wenselijk is, kunnen minder invasieve alternatieven worden overwogen, zoals postmortem beeldvorming (bijvoorbeeld MRI), al dan niet gecombineerd met gerichte weefselafname. De keuze hiervoor hangt af van de zwangerschapsduur, de klinische vraagstelling en de lokale expertise (ACOG, 2020; Burden et al., 2024). De toestemming van de ouders is steeds vereist en vraagt om een empathische communicatie door de betrokken zorgverleners (Campbell et al., 2017).



Figuur 4: Diagnostische evaluatie van doodgeboorten volgens testbruikbaarheid per klinisch scenario (ACOG, 2020)

Voor ouders die geen conventionele, invasieve autopsie wensen, kunnen minder invasieve alternatieven aangeboden worden. Deze methoden worden als haalbaar en aanvaardbaar beschouwd en kunnen, afhankelijk van de klinische context, de zwangerschapsduur en de

lokale expertise, relevante diagnostische informatie opleveren. Het aanbieden van dergelijke alternatieven kan de bereidheid tot verder onderzoek vergroten, met respect voor de individuele, culturele of religieuze overtuigingen van ouders (ACOG, 2020; Burden et al., 2024).

De keuze voor aanvullende of alternatieve methoden, zoals postmortem echografie of MRI, is daarbij sterk afhankelijk van lokale expertise, beschikbare middelen en de klinische context (Burden et al., 2024). Toch kunnen de resultaten ouders waardevolle duidelijkheid geven en bijdragen aan gemoedsrust door schuldgevoelens te verminderen. Zorgverleners en in het bijzonder vroedvrouwen en artsen, spelen een belangrijke rol door ouders te begeleiden bij het nemen van een weloverwogen beslissing en door psychologische ondersteuning aan te bieden wanneer nodig (Ellis et al., 2016).

### **2.3.4 Rol van de vroedvrouw in deze procedures**

Vroedvrouwen nemen een centrale plaats in bij de begeleiding van ouders na een zwangerschapsverlies. Zij bieden voornamelijk emotionele ondersteuning, verstrekken duidelijke informatie en begeleiden ouders tijdens het verliesproces. Daarbij is het belangrijk dat ouders informatie ontvangen over alle mogelijke medische stappen, zoals het postmortemonderzoek en het verdere verloop van de zorg na het overlijden, zoals het plannen van een follow-up gesprek en het bespreken van deze resultaten. Er wordt ook gewezen op het belang van het betrekken van ouders bij beslissingen, om hen een gevoel van controle en erkenning te bieden tijdens deze ingrijpende gebeurtenis (Ellis et al., 2016).

Naast deze psychosociale en communicatieve ondersteuning vervult de vroedvrouw ook een belangrijke coördinerende en administratieve rol bij perinataal verlies. Internationale richtlijnen, zoals de CASaND-richtlijn, benadrukken dat een goed gestructureerde en geïnformeerde zorgorganisatie essentieel is om ouders in deze kwetsbare periode te begeleiden. Zo wordt aanbevolen dat ouders toegang krijgen tot één vast aanspreekpunt, bijvoorbeeld een bereavement midwife, die instaat voor het organiseren van de zorgcontinuïteit, het plannen van contactmomenten en het beschikbaar stellen van duidelijke contactgegevens (Centre of Research Excellence in Stillbirth & Perinatal Society of Australia and New Zealand, 2024).

## **3 Rol van de vroedvrouw bij rouwondersteuning**

### **3.1 Begeleiding en communicatie bij perinataal verlies**

Vroedvrouwen spelen een essentiële rol in de begeleiding van ouders bij het verlies van hun baby. Hun ondersteuning beperkt zich niet tot de bevalling zelf, maar strekt zich uit over het volledige traject: van de eerste signalen van een problematische zwangerschap tot de opvolging in de weken na het verlies. Onderzoek toont aan dat vroedvrouwen een fundamentele schakel vormen in het rouwproces van ouders (Ellis et al., 2016; Fuller & Kuberska, 2020).

Voor het verlies bieden zij emotionele ondersteuning, informeren en bereiden ouders voor op mogelijke uitkomsten van medische beslissingen (Ellis et al., 2016). Tijdens het verlies zijn vroedvrouwen vaak het eerste aanspreekpunt. Ze geven eerlijke informatie, staan ouders bij en begeleiden hen bij keuzes zoals het zien, vasthouden en verzorgen van het overleden kind en het creëren van herinneringen zoals voet- en handafdrukken, foto's en/of een afscheidsmoment (Ellis et al., 2016; Fuller & Kuberska, 2020).

Vroedvrouwen bieden eveneens ondersteuning bij de zingeving en diepere levensvragen rond het verlies, bijvoorbeeld door aanwezig te zijn bij het afscheid of door ruimte te creëren voor herinneringsmomenten. Op die manier helpen zij ouders op hun eigen manier betekenis te geven aan het verlies, alsook de verbondenheid met hun overleden baby te behouden (De Andrade Alvarenga et al., 2019).

Na het verlies ondersteunen vroedvrouwen en andere zorgverleners de rouwverwerking, door actief te luisteren, empathie te tonen en hen door te verwijzen naar aanvullende hulp wanneer dit nodig is. Het is van groot belang dat dezelfde zorgverleners continu betrokken blijven, omdat dit het vertrouwen en het gevoel van veiligheid bij de ouders bevordert. Deze betrokkenheid strekt zich vaak uit tot de nazorgfase en eventuele toekomstige zwangerschappen, waardoor ouders zich gesteund voelen in hun rouwproces en in het hervatten van hun hoop op een nieuwe zwangerschap (Persson et al., 2023).

Hoewel de rol van de vroedvrouw soms wordt onderschat, blijkt uit onderzoek dat hun aanwezigheid een groot verschil maakt in het verwerken van perinataal verlies (Fernández-Férez et al., 2021).

Empathische communicatie is daarbij cruciaal. Ouders hechten veel waarde aan een open houding, duidelijke uitleg en emotionele erkenning. Het vermogen van vroedvrouwen om moeilijke boodschappen op een gevoelige manier te brengen, bepaalt in sterke mate hoe ouders het verlies ervaren. Partners voelen zich soms buitengesloten, omdat gesprekken vaak

op de moeder gericht zijn. Door partners actief te betrekken en erkenning te geven aan hun emoties, wordt de zorgervaring inclusiever (Obst & Due, 2019).

Om deze communicatie- en begeleidingsrol goed te kunnen opnemen, is het belangrijk dat vroedvrouwen tijdens hun opleiding en loopbaan voldoende voorbereid worden. In veel gevallen voelen zij zich onvoldoende bekwaam om ouders te ondersteunen in zulke intense situaties. Zowel in de basisopleiding als via bijscholingen moet er aandacht gaan naar het voeren van slechtnieuwsgesprekken, het omgaan met verdriet en trauma, en het begeleiden van uiteenlopende rouwprocessen (Wheeler et al., 2022). Daarnaast is het voor vroedvrouwen essentieel om de zorg af te stemmen op de individuele noden, waarden en verwachtingen van ouders. De literatuur benadrukt het belang van individuele begeleiding en gesprekken op maat, waarbij rekening wordt gehouden met wat ouders nodig hebben in hun rouwproces, om zo een betekenisvolle en ondersteunende zorg te kunnen bieden na perinataal verlies (Ellis et al., 2016). Praktijkgerichte leermethoden, zoals simulatie-onderwijs en andere ervaringsgerichte werkvormen, worden in de literatuur beschreven als een waardevol onderdeel van de opleiding en bijscholing van zorgverleners. Simulatie biedt de mogelijkheid om zorgkundige beoordeling en patiëntmanagement veilig en gestructureerd te oefenen, bij voorkeur voorafgaand aan of parallel met klinische stages. Onderzoek wijst erop dat dergelijke leervormen een positief effect kunnen hebben op kennisverwerving, psychomotorische vaardigheden, zelfredzaamheid, tevredenheid en zelfvertrouwen, en zo bijdragen aan de ontwikkeling van professionele competenties in complexe zorgsituaties (Cant & Cooper, 2016).

Hoewel de vroedvrouw vaak het eerste aanspreekpunt is voor ouders, maakt zij deel uit van een ruimer zorgteam. Een goede afstemming binnen dit netwerk is essentieel om ouders continuïteit en samenhang in de zorg te bieden, wat verder wordt toegelicht (Ellis et al., 2016).

### **3.2 Samenwerking en cultuursensitieve zorg**

Naast de directe begeleiding van ouders vraagt rouwzorg ook om een nauwe samenwerking binnen een multidisciplinair team. Een geïntegreerde aanpak is noodzakelijk om ouders in al hun noden te ondersteunen. Vroedvrouwen, artsen en andere eerstelijns- en tweedelijnszorgverleners werken gezamenlijk aan de zorgen voor een geïntegreerde medische en psychosociale begeleiding van ouders na een stilgeboorte (Ellis et al., 2016). Binnen dit team nemen vroedvrouwen vaak een coördinerende rol op, waarbij zij waken over de continuïteit van de zorg zodat ouders niet telkens hun verhaal opnieuw hoeven te doen. Deze afstemming en samenwerking vergroot het vertrouwen van ouders, vermindert hun kwetsbaarheid en draagt bij aan gepersonaliseerde zorg. Dit impliceert dat niet elk ziekenhuis

automatisch over een volledig multidisciplinair team beschikt dat gespecialiseerd is in de begeleiding na een stilgeboorte (Ellis et al., 2016).

Multidisciplinaire samenwerking vraagt naast organisatorische afstemming ook om zorgvuldige en deskundige communicatie met de ouders. De literatuur benadrukt dat communicatie bij doodgeboorte en perinatale sterfte bijzonder gevoelig is en een centrale plaats inneemt binnen kwaliteitsvolle zorg. Van vroedvrouwen wordt verwacht dat zij hierbij beschikken over sterke communicatieve vaardigheden, emotionele intelligentie en veerkracht, en dat zij op een respectvolle en empathische manier kunnen omgaan met gevoelige onderwerpen. Daarnaast wordt het belang benadrukt van gerichte opleiding en training in het communiceren over doodgeboorte en rouwzorg, binnen een veilige leeromgeving die ruimte laat voor emotionele complexiteit (Warland & Glover, 2018).

In bepaalde situaties is extra sensitiviteit vereist. Het meedelen dat er geen hartslag meer is, vraagt een directe maar zachte formulering, gecombineerd met nabijheid en stilte. Bij het bespreken van het postmortemonderzoek of de keuzes rond herinneringen moeten vroedvrouwen zorgvuldig afwegen welke informatie op welk moment passend is. Partners voelen zich soms buitengesloten in de communicatie, omdat de gesprekken vaak vooral naar de moeder gericht zijn. Door hen actief te betrekken, expliciet naar hun vragen te informeren en hun emoties te erkennen, versterken vroedvrouwen de zorgervaring voor het hele gezin (Obst & Due, 2019).

Daarnaast ondersteunen vroedvrouwen ouders bij gesprekken over gevoelige thema's, zoals postmortemonderzoek of toekomstige zwangerschappen. Training in slechtnieuwsgesprekken, omgaan met stilte en het voeren van emotioneel beladen gesprekken is noodzakelijk, zowel voor studenten als voor ervaren vroedvrouwen (Warland & Glover, 2018). Studies tonen aan dat zowel ouders als zorgverleners een dringende behoefte zien aan een verbeterde, gerichte training voor alle betrokken zorgprofessionals. Deze training is noodzakelijk om hun kennis en comfortniveau te verhogen bij het verlenen van empathische & geïndividualiseerde zorg (Ellis et al., 2016).

De ondersteuning van ouders na perinataal verlies overstijgt vaak de mogelijkheden van één zorgverlener. Daarom is het cruciaal dat vroedvrouwen een brugfunctie vervullen naar externe rouworganisaties en psychosociale hulpverleners. Multidisciplinaire samenwerking wordt door talrijke studies aanbevolen als voorwaarde voor kwalitatieve, integrale rouwzorg. Vroedvrouwen staan vaak het dichtst bij ouders en bevinden zich in een unieke positie om signalen van complexe rouwproblematiek tijdig te herkennen en gepast door te verwijzen (Ellis et al., 2016).

Doorverwijzing kan betrekking hebben op psychologische hulp, lotgenotengroepen of langdurige ondersteuning na ontslag uit het ziekenhuis. Ouders met risico op gecompliceerde

rouw, postnatale depressie of PTSS hebben nood aan gespecialiseerde begeleiding die het ziekenhuis overstijgt (Florescue et al., 2023).

In veel contexten vormt het gebrek aan standaardrichtlijnen of kennis van beschikbare hulpbronnen een belangrijke drempel. Vroedvrouwen geven zelf aan dat ze meer zichtbaarheid wensen over het lokale aanbod (Fernández-Férez et al., 2021).

Naast informatievoorziening is het belangrijk dat vroedvrouwen actief meehelpen bij het leggen van contacten met externe organisaties. In een periode waarin ouders overweldigd zijn, maakt een concrete doorverwijzing een groot verschil. Dit impliceert dat vroedvrouwen niet alleen beschikken over kennis van het bestaande aanbod, maar ook in staat zijn om ouders veilig en gepast te begeleiden in de zoektocht naar passende ondersteuning (Florescue et al., 2023).

In België zijn er verschillende initiatieven waar vroedvrouwen naar kunnen verwijzen. **Fara** biedt ondersteuning rond zwangerschapsverlies, met aandacht voor emotionele en ethische begeleiding (Fara, z.d.). Het **Berrefonds** voorziet lotgenotencontact, herdenkingsobjecten en Koesterhuizen voor ouders in rouw (Berrefonds, 2025). De **vzw Boven de Wolken** maakt gratis herinneringsfoto's van overleden baby's, een belangrijke hulp in het rouwproces (Boven De Wolken, 2025). **VZW Eleonoor** biedt gratis rouwmaaltijden aan aan gezinnen met sterrenkindjes (Eleonoor VZW, 2025). Andere initiatieven zoals **Met Lege Handen**, **Levensadem**, **De Wolk** en **Kind & Gezin** voorzien aanvullende begeleiding, administratie, infosessies en psychologische ondersteuning (Met Lege Handen, z.d.; Levensadem, z.d.; De Wolk, z.d.; Kind & Gezin, z.d.).

Spirituele en levensbeschouwelijke ondersteuning kan voor sommige ouders een belangrijke plaats innemen bij het afscheid na perinataal verlies. Richtlijnen benadrukken dat materniteiten best beschikken over samenwerkingsafspraken met vertegenwoordigers van verschillende religieuze en niet-religieuze spirituele organisaties, zodat ouders indien gewenst begeleiding kunnen krijgen die aansluit bij hun overtuigingen. Ouders kunnen daarbij behoefte hebben aan contact met een spirituele leider, religieuze vertegenwoordiger of consulent levensbeschouwing (Burden et al., 2024).

Zorgverleners dienen rekening te houden met individuele, culturele en religieuze verschillen in de omgang met overlijden en rouw, en deze te respecteren bij het bespreken van afscheid, rituelen en begrafenis- of crematieopties. Het aanbieden van spirituele ondersteuning gebeurt steeds op vraag van de ouders en zonder enige vorm van druk, waarbij hun waarden en overtuigingen centraal blijven staan (Burden et al., 2024).

Een cultuursensitieve benadering vormt het sluitstuk van deze samenwerking. Perinataal verlies is niet enkel een medische of psychologische gebeurtenis, maar ook een ervaring die nauw verbonden is met culturele en spirituele betekenissen. Vroedvrouwen moeten zorg bieden die aansluit bij de waarden en rituelen van ouders. Cultuursensitieve zorg houdt in dat

men openstaat voor diverse manieren van rouwen en afscheid nemen, en ruimte biedt voor rituelen die betekenisvol zijn (Feroz et al., 2018).

Rituelen en het creëren van tastbare herinneringen kunnen ouders ondersteunen bij het geven van betekenis aan hun verlies en het erkennen van hun ouderschap en de relatie met hun overleden kind. De literatuur beschrijft hoe objecten, herdenkingshandelingen en zorgpraktijken rond het overleden kind door ouders worden ervaren als dragers van een sterk geïndividualiseerde symbolische betekenis. Door ouders hierin te begeleiden en ruimte te bieden voor het maken van herinneringen, dragen zorgverleners bij aan het erkennen van het bestaan van het kind en aan het behoud van een blijvende verbondenheid binnen het rouwproces. Dit vraagt flexibiliteit en respect van het zorgteam, zeker wanneer ouders specifieke religieuze gebruiken volgen (Fuller & Kuberska, 2020).

Een cultuursensitieve benadering voorkomt miscommunicatie en onbedoelde kwetsingen, vooral bij gezinnen met een migratieachtergrond. In zulke situaties is samenwerking met culturele bemiddelaars of geestelijke raadgevers aangewezen. Culturele bemiddelaars kunnen een belangrijke rol spelen in het overbruggen van culturele en communicatieve verschillen tussen gezinnen en zorgstructuren binnen de perinatale zorg. De literatuur beschrijft hoe zij, vanuit hun kennis van zowel de gemeenschap als het zorgsysteem, bijdragen aan wederzijds begrip door naast het bijbrengen van de taal, ook de culturele waarden, overtuigingen en sociale context te duiden. Daarbij gaat hun rol verder dan louter vertaling en evolueert deze naar een meer transformerende vorm van bemiddeling, waarin culturele diversiteit wordt erkend en ruimte ontstaat voor dialoog en maatwerk binnen de zorgverlening. Tegelijk wijst onderzoek op de complexiteit van deze rol, onder meer door spanningen tussen culturele normen, professionele verwachtingen en gevoelige thema's binnen de zorgcontext (Peres & Sharaby, 2020).

Vroedvrouwen moeten zich ervan bewust zijn dat rouw gekleurd wordt door culturele verwachtingen. Het is aan hen om ruimte te bieden aan deze diversiteit, zonder te vervallen in stereotypen. Door multidisciplinair en cultuursensitief te werken, kunnen vroedvrouwen niet alleen de medische, maar ook de emotionele en spirituele dimensies van rouwzorg dragen. Naast samenwerking en culturele afstemming speelt ook de praktische begeleiding van ouders een belangrijke rol. Het volgende onderdeel bespreekt hoe vroedvrouwen informatie en ondersteuning bieden in deze fase (Feroz et al., 2018).

### **3.3 Informatie en praktische zorg na verlies**

Het verstrekken van duidelijke, eerlijke en empathische informatie is een van de belangrijkste pijlers van kwalitatieve rouwzorg. Ouders bevinden zich vaak in een chaotische en emotioneel geladen situatie waarin zij behoefte hebben aan overzicht, geruststelling en controle. Vroedvrouwen, als centrale aanspreekfiguren, spelen hierin een sleutelrol. Correcte en tijdige informatie helpt onzekerheid en angst te verminderen (Ellis et al., 2016).

Goede informatievoorziening omvat zowel medische aspecten als praktische zaken. Ouders willen niet alleen begrijpen wat er precies is gebeurd, maar ook weten wat hen concreet te wachten staat. Dit omvat onder meer de oorzaken van het verlies, mogelijkheden tot postmortemonderzoek, risico's bij een volgende zwangerschap en praktische beslissingen rond afscheid en/of administratieve stappen (Fuller & Kuberska, 2020; Campbell et al., 2017). Deze informatie helpt ouders niet alleen beter te begrijpen wat er is gebeurd, maar stelt hen ook in staat om actieve keuzes te maken in een situatie die vaak als controleverlies wordt ervaren (Obst et al., 2020).

Ook in de weken en maanden na het verlies blijft informatievoorziening een belangrijk onderdeel van de zorg. De literatuur benadrukt het belang van gezondheidsvoorlichting en gezinsgerichte informatie om ouders te ondersteunen in het begrijpen en verwerken van hun verlies. Psycho-educatieve interventies, zoals informatiematerialen en familievoorlichting, kunnen bijdragen aan het verminderen van angst en stress en helpen ouders om inzicht te krijgen in emotionele reacties en het rouwproces. Daarnaast wordt het belang benadrukt van continue ondersteuning door gezondheidsprofessionals en multidisciplinaire zorg, aangezien een gebrek aan gespecialiseerde begeleiding en toegankelijke informatie het rouwproces kan bemoeilijken (Fernández-Férez et al., 2021; Florescue et al., 2023).

Toch botst men in de praktijk vaak op een gebrek aan richtlijnen en training. Slechts in enkele landen bestaan nationale richtlijnen voor rouwzorg, terwijl vroedvrouwen zelf aangeven nood te hebben aan meer vorming en ondersteuning om ouders goed te kunnen begeleiden (Florescue et al., 2023; Fernández-Férez et al., 2021; De Graaff et al., 2023). Educatie over rouwprocessen en communicatieve vaardigheden is dan ook essentieel, zowel tijdens de basisopleiding als in de verdere loopbaan (Warland & Glover, 2018).

Naast informatie is ook de praktische begeleiding van groot belang. Ouders moeten vaak in korte tijd beslissingen nemen over afscheid, herinneringen en administratieve of juridische stappen. Vroedvrouwen begeleiden dit proces en zorgen voor een respectvolle en warme omkadering (Ellis et al., 2016). Ze kunnen helpen bij het organiseren van herinneringsmomenten, het aanreiken van informatie over begrafenis- of crematieopties en het creëren van een rustige ruimte waarin ouders op hun eigen tempo afscheid kunnen

nemen. Deze elementen helpen ouders betekenis te geven aan hun verlies en dragen bij aan de verwerking (Bakbakhi et al., 2023).

Vroedvrouwen kunnen bovendien ondersteuning bieden bij de administratieve afhandeling, zoals de registratie van het kind, het aanvragen van rouwverlof of het bespreken van rechten en tegemoetkomingen. Hierin is samenwerking met sociale diensten vaak wenselijk, maar de vroedvrouw blijft de verbindende figuur tussen ouders en andere betrokken instanties (Ellis et al., 2016).

Vroedvrouwen spelen ook een rol in de nazorg, bijvoorbeeld door opvolggesprekken aan te bieden, ouders te informeren over gespecialiseerde rouwzorg of psychologische ondersteuning, en bereikbaar te blijven voor vragen na ontslag uit het ziekenhuis. Dit waarborgt continuïteit en nabijheid, wat essentieel is in het herstelproces (Ellis et al., 2016).

Ten slotte moet deze praktische zorg afgestemd zijn op de individuele noden van elk gezin. Hierbij is aandacht voor culturele en religieuze rituelen belangrijk. Dit geldt ook voor de betrokkenheid van andere gezinsleden zoals broertjes en zusjes. Vroedvrouwen dienen een open en ondersteunende houding aan te nemen, met respect voor diversiteit en persoonlijke betekenisgeving (Fernández-Férez et al., 2021).

Door informatie en praktische ondersteuning te combineren met persoonlijke nabijheid, kunnen vroedvrouwen ouders niet alleen houvast bieden, maar ook erkenning geven aan hun verdriet. Deze intense betrokkenheid vraagt echter ook om emotionele veerkracht en het vastleggen van grenzen bij de zorgverlener zelf, een aspect dat in het volgende onderdeel verder wordt besproken (Fernández-Férez et al., 2021).

### **3.4 De vroedvrouw als steunfiguur en vertrouwenspersoon**

In de context van perinataal verlies wordt de vroedvrouw in de literatuur aanzien als een centrale figuur binnen het zorgteam. Vroedvrouwen nemen een belangrijke rol op in de begeleiding van ouders door het combineren van medische zorg met emotionele en psychosociale ondersteuning. De nadruk op bereavement care en psychosociale ondersteuning benadrukt het belang van een vertrouwensvolle zorgrelatie, waarbij de ervaring en noden van ouders centraal staan. Deze continue en afgestemde begeleiding draagt bij aan het ondersteunen van ouders bij de ingrijpende medische, emotionele en sociale impact van perinataal verlies. Deze vertrouwensband creëert een veilige ruimte waarin ouders gevoelens durven delen, vragen kunnen stellen en zich begrepen voelen in hun verdriet (Bakbakhi et al., 2023).

Partners en andere gezinsleden mogen binnen de zorg na perinataal verlies niet over het hoofd worden gezien. De literatuur benadrukt dat de impact van doodgeboorte verder reikt dan de moeder alleen en ook partners en familieleden diepgaand kan beïnvloeden, zowel op psychologisch als emotioneel vlak. Onderzoek toont aan dat angst en depressieve klachten ook bij partners voorkomen, al wordt hun ervaring minder vaak systematisch in kaart gebracht. Het erkennen van deze bredere impact en het betrekken van partners en familieleden binnen het zorgtraject draagt bij aan een meer inclusieve benadering van perinatale rouwzorg (Campbell et al., 2017).

De literatuur wijst op het belang van continuïteitsmodellen van zorg, waarbij begeleiding wordt aangeboden door dezelfde zorgverlener of een klein vast team (Salenius, 2019).

Tegelijkertijd kan deze vertrouwensrol emotioneel zwaar wegen. De nabijheid van ouders en het intens meebeleven van hun verdriet kunnen gevoelens van machteloosheid, schuld of falen oproepen. Wanneer vroedvrouwen zich sterk identificeren met de ouders of langdurig betrokken zijn bij het verlies, kan dit leiden tot secundaire traumatisering, emotionele uitputting of zelfs symptomen van posttraumatische stress (Kave et al., 2022).

Daarom is het essentieel dat vroedvrouwen aandacht hebben voor hun eigen emotionele reacties en draagkracht bij het begeleiden van perinataal verlies. De literatuur toont aan dat de ervaring van een doodgeboorte een aanzienlijke emotionele impact kan hebben op vroedvrouwen, waarbij gevoelens van schok, verdriet en onzekerheid kunnen optreden. Het erkennen en accepteren van deze emoties wordt beschouwd als een belangrijke voorwaarde om veerkracht te ondersteunen en professioneel functioneren te behouden. Daarnaast benadrukt onderzoek het belang van begrip en ondersteuning van collega's, zodat vroedvrouwen zich niet genoodzaakt voelen hun emotionele belasting te verbergen en ruimte krijgen om hun ervaringen te verwerken (Jones & Smythe, 2015).

Ondersteuning vanuit het team en erkenning van hun rol blijken cruciale factoren om deze ervaringen op een gezonde manier te ervaren. Wanneer deze steun ontbreekt, stijgt het risico op burn-out of langdurige emotionele belasting (Ellis et al., 2016).

De emotionele intensiteit die deze vertrouwensrol met zich meebrengt, benadrukt het belang van professionele ondersteuning en structurele veerkracht (Ellis et al., 2016). In het volgende onderdeel wordt dieper ingegaan op hoe vroedvrouwen deze veerkracht kunnen ontwikkelen en behouden binnen hun werkomgeving.

### **3.5 Professionele zelfzorg en veerkracht**

De begeleiding van ouders bij perinataal verlies heeft niet alleen impact op de ouders, maar ook op de vroedvrouw zelf. Het intense en emotioneel beladen karakter van deze zorg kan gevoelens van stress, machteloosheid of falen oproepen. Door de sterke betrokkenheid bij het gezin ervaren vroedvrouwen vaak verdriet of secundaire traumatisering, wat kan leiden tot emotionele uitputting (Ellis et al., 2016).

Om deze belasting te kunnen dragen, is het belangrijk dat vroedvrouwen voldoende ruimte krijgen voor reflectie, intervisie en supervisie. Regelmatige gesprekken met collega's bieden niet alleen de kans om emoties te verwerken, maar versterken ook het gevoel van verbondenheid en professionele draagkracht. Deze momenten helpen om ervaringen te plaatsen, grenzen te bewaken en veerkracht op te bouwen binnen een veilige en ondersteunende omgeving (Kave et al., 2022).

Structurele ondersteuning vanuit de organisatie is ook essentieel. Vroedvrouwen hebben nood aan een werkomgeving waar openheid heerst over emoties en waar teamgesprekken na ingrijpende gebeurtenissen worden aangemoedigd. Een duidelijke visie en protocollen rond rouwzorg bieden houvast en tonen dat hun welzijn ernstig genomen wordt (Kave et al., 2022).

Leidinggevendens spelen hierin een sleutelrol. Door erkenning te tonen voor de emotionele belasting en ruimte te voorzien voor rust en herstel, dragen zij bij tot duurzame inzetbaarheid van vroedvrouwen. Een cultuur waarin zorg voor ouders en zorg voor zorgverleners hand in hand gaan, is onmisbaar voor kwalitatieve en menswaardige rouwzorg (Kave et al., 2022).

Op die manier krijgt rouwzorg een duurzame plaats binnen de vroedkundige praktijk, waarbij zowel ouders als zorgverleners erkenning en ondersteuning vinden in een gedeeld proces van zorg en herstel (Kave et al., 2022).

## **4 Zorgkwaliteit volgens ouders**

### **4.1 Empathie & begeleiding vanuit het zorgteam**

Onderzoek toont aan dat ouders de kwaliteit van rouwzorg in sterke mate beoordelen op basis van de manier waarop zorgverleners met hen omgaan tijdens en na het verlies. Ouders hechten veel belang aan empathie, authenticiteit en een houding die getuigt van oprechte aandacht voor hun verdriet. Kleine, menselijke gebaren zoals aanwezigheid, stilte, oogcontact of het benoemen van emoties worden vaak als even betekenisvol ervaren als medische competenties (Bakbakhi et al., 2023; Ellis et al., 2016).

De nabijheid van vroedvrouwen, vertaalt zich voor ouders in een gevoel van veiligheid. Wanneer vroedvrouwen actief luisteren, ruimte laten voor emoties en ouders bevestigen in hun ouderschap, ervaren zij dit als essentieel voor hun rouwverwerking (Persson et al., 2023).

### **4.2 Zorgverwachting van ouders bij perinataal verlies**

De verwachtingen van ouders rond zorg bij perinataal verlies zijn niet alleen gericht op medische competenties, maar vooral op menselijke betrokkenheid. Ouders verwachten een zorgverlener die hun emoties erkent, hen serieus neemt en hen ondersteunt in hun keuzes rond afscheid nemen, rituelen en herinneringen. Ouders vragen geen “oplossingen”, maar willen vooral dat hun verdriet erkend wordt in een veilige, respectvolle omgeving (De Andrade Alvarenga et al., 2019; Ellis et al., 2016; Fernández-Sola et al., 2020).

Goede communicatie helpt volgens ouders ook om taboes rond perinataal verlies te doorbreken. Wanneer zorgverleners het kind bij naam noemen, het ouderschap bevestigen en herinneringsmomenten aanmoedigen, ervaren ouders dit als diepgaand ondersteunend (Ellis et al., 2016). Partners en andere gezinsleden verdienen ook expliciete erkenning, omdat hun verdriet vaak onderbelicht blijft (Fernández-Férez et al., 2021).

Het bieden van gepaste informatie en het begeleiden bij beslissingen zijn hierbij cruciaal. Het rouwproces vergemakkelijkt wanneer ouders zich goed geïnformeerd voelen en hierdoor vermindert de kans op blijvende schuldgevoelens of spijt. Zorgverleners moeten hierbij rekening houden met de individuele voorkeuren, culturele achtergrond en het tempo van de ouders (De Andrade Alvarenga et al., 2019; Ellis et al., 2016).

Informatie moet afgestemd worden op de noden en het begripsniveau van elk gezin. Veel ouders, inclusief partners en gezinnen met een migratieachtergrond, voelen zich niet altijd erkend bij standaardcommunicaties. Schriftelijke en/of visuele informatie, eventueel

vertaald, kan bijdragen om de boodschappen beter te begrijpen en verwerken (Pearson et al., 2022).

Ouders voelen zich bovendien beter ondersteund wanneer er erkenning is voor hun culturele tradities, bijvoorbeeld door ruimte te bieden voor familie, aangepaste rituelen of de aanwezigheid van religieuze leiders. Deze erkenning wordt door ouders ervaren als een bevestiging van hun verlies en draagt bij aan een gevoel van respectvolle, passende zorg (Fernández-Sola et al., 2020; De Andrade Alvarenga et al., 2019).

### **4.3 Samenwerking tussen zorgverleners in de praktijk**

Ouders hechten veel belang aan een goede afstemming binnen het zorgteam. Consistente en door zorgverleners aanvullende communicaties bevorderen gevoelens van vertrouwen en rust, terwijl tegenstrijdige informatie of het herhaald moeten vertellen van hun verhaal als bijzonder belastend wordt ervaren. In de praktijk verloopt de samenwerking echter niet altijd optimaal, wat kan leiden tot een gevoel van kwetsbaarheid en een negatieve invloed op het rouwproces (Ellis et al., 2016).

Een goed afgestemd zorgteam, waarin communicatie en samenwerking centraal staan, draagt bij aan een meer samenhangende en ondersteunende zorgervaring. Wanneer de begeleiding wordt opgenomen door dezelfde vroedvrouw of een klein vast team, ervaren ouders meer continuïteit, rust en vertrouwen. Dit benadrukt het belang van een gestructureerde, multidisciplinaire aanpak waarin medische, psychosociale en praktische ondersteuning op elkaar zijn afgestemd (Fernández-Férez et al., 2021; Fernández-Sola et al., 2020).

### **4.4 Ouderervaring met externe ondersteuning**

De literatuur toont aan dat ouders en partners na perinataal verlies niet altijd vanzelf toegang vinden tot passende ondersteuning, onder meer door culturele, sociale en structurele drempels. Dit benadrukt het belang van duidelijke communicatie en actieve begeleiding door zorgverleners bij het informeren over en doorverwijzen naar ondersteuningsmogelijkheden. Daarbij blijkt dat partners, en vooral mannen, vaak meer aansluiting vinden bij informele en peergebaseerde ondersteuning dan bij klassieke rouwbegeleiding. Het zichtbaar maken van dergelijke ondersteuningsvormen kan bijdragen aan een betere afstemming op hun noden (Pearson et al., 2022).

Culturele gevoeligheid blijft hierbij essentieel. Cultureel en taalkundig afgestemde communicatie draagt bij aan meer inclusieve zorg voor diverse oudergroepen (Florescue et al., 2023). Daarnaast verwachten ouders dat doorverwijzing structureel wordt geïntegreerd in het ziekenhuisbeleid, zoals bijvoorbeeld binnen het National Bereavement Care Pathway in het Verenigd Koninkrijk, waar een samenwerking met externe organisaties systematisch is georganiseerd (Ellis et al., 2016).

## 5 Praktijkdeel

### 5.1 Doelstelling

Uit de literatuur blijkt dat perinataal verlies een diepgaande emotionele en psychologische impact heeft op zowel ouders als zorgverleners. Ouders ervaren gevoelens van verdriet, schuld en machteloosheid, terwijl vroedvrouwen geconfronteerd worden met secundaire traumatisering en emotionele belasting (Ellis et al., 2016). Studies tonen aan dat het delen van ervaringen, gevoelens en zorgen met collega's een cruciale copingstrategie vormt voor zorgverleners. De mogelijkheid om emoties te uiten en steun te ontvangen van collega's is daarbij essentieel voor het welzijn op het werk (Garcia-Catena et al., 2023).

Het doel van dit praktijkdeel is daarom het ontwikkelen van een leidraad voor debriefingsgesprekken na perinataal verlies. Deze richtlijnen bieden vroedvrouwen en multidisciplinaire teams houvast om op een professionele, empathische en veilige manier terug te blikken op het gebeurde, zowel met de ouders als intern binnen het zorgteam. Een goed gestructureerd debriefingsmoment bevordert niet enkel de kwaliteit van nazorg en psychologische ondersteuning, maar versterkt ook de veerkracht van zorgverleners en het vertrouwen van ouders in de zorg.

Concreet vertrekt dit praktijkdeel vanuit de vaststelling dat er nood is aan duidelijke, praktisch toepasbare richtlijnen over:

- wie betrokken wordt bij een debriefing,
- hoe het gesprek wordt voorbereid en opgebouwd,
- hoe emoties, informatie en opvolging aan bod komen,
- hoe nazorg en doorverwijzing structureel kunnen worden vastgelegd.

### 5.2 Probleemstelling

Perinataal verlies heeft een diepgaande invloed op ouders en zorgverleners. Het verlies van een kind tijdens de zwangerschap of kort na de geboorte brengt intense emoties met zich mee, zoals verdriet, schuldgevoel, onmacht en onzekerheid (Qian et al., 2023).

De impact op zorgverleners kan leiden tot gevoelens van machteloosheid, morele belasting, en emotionele uitputting. Ongeveer 50% van de zorgverleners meldde gemiddelde of ernstige symptomen van secundaire traumatische stress en emotionele uitputting na het verlenen van perinatale rouwzorg (Qian et al., 2023).

Het omgaan met deze situaties vraagt niet alleen medische deskundigheid, maar ook communicatieve en reflectieve vaardigheden. Veel zorgverleners gaven aan dat zij onvoldoende vertrouwen en bekwaamheid hadden om perinatale rouwzorg te verlenen, met name op het gebied van communicatie en psychologische begeleiding. Dit tekort aan capaciteiten beïnvloedt de mentale gezondheid van de rouwende families en kan de kwaliteit van de geleverde zorg belemmeren (Qian et al., 2023).

In veel zorgcontexten bestaat echter geen duidelijke structuur voor het bespreken en verwerken van dergelijke gebeurtenissen. Hierdoor kunnen zowel ouders als teamleden achterblijven met het gevoel dat de gebeurtenis onvoldoende verwerkt is. Deze situatie, gecombineerd met een gebrek aan training bij zorgverleners, kan leiden tot emotionele uitputting en vermijdingsgedrag, wat de zorg voor families kan belemmeren (Caro-Costa et al., 2025).

Een gestructureerd debriefingsgesprek fungeert als een effectieve en doelgerichte strategie om zorgverleners te ondersteunen bij het verwerken van de emotionele en psychologische impact. Dergelijke debriefings creëren een veilige en gestructureerde omgeving waarin ervaringen en gevoelens gedeeld kunnen worden, wat bijdraagt aan emotionele ondersteuning en het verminderen van werkgerelateerde stress, in het bijzonder wanneer er een nauwe band met de patiënt en diens familie is opgebouwd. Door gezamenlijk te reflecteren op het zorgproces en stil te staan bij het verloop van de casus, bevorderen deze gesprekken gezonde copingmechanismen en professionele reflectie. Tegelijkertijd dragen gestructureerde debriefings bij aan het welzijn van zorgverleners, versterken zij de teamcohesie en ondersteunen zij een cultuur van openheid, leren en kwaliteitsverbetering binnen het zorgteam (Hawes et al., 2020).

### 5.3 TOKIG

De **tijdsinvestering** voor zowel de implementatie van de debriefingsleidraad als de uitvoering van de gesprekken blijft doorgaans beperkt. In de literatuur bestaat geen eenduidige, gestandaardiseerde richtlijn die een exact tijdsinterval vastlegt voor de duur van een debriefingsgesprek. Wel wordt aanbevolen om een debriefing relatief kort na het verlies te organiseren, idealiter binnen de 72 uur na het verlies (Hawes et al., 2020).

**Organisatorisch** wordt de debriefing geleid door een facilitator, meestal een vroedvrouw of adjunct, die instaat voor de voorbereiding en begeleiding van het gesprek en voor het creëren van een veilige en respectvolle omgeving. Richtlijnen rond psychologische eerste hulp benadrukken dat de facilitator zorgt voor duidelijke structuur, het bewaken van groepsafspraken zoals respect en vertrouwelijkheid, en het afstemmen van de begeleiding op de context en noden van de betrokkenen. Afhankelijk van het doel kunnen ook andere

disciplines worden betrokken, zoals gynaecologen, psychologen, maatschappelijk werkers en, indien passend, ook de ouders. De organisatorische noden blijven daarbij beperkt tot een goede planning, afstemming tussen disciplines en het voorzien van een rustige, geschikte ruimte (Mental Health, Brain Health and Substance Use (MSD) [World Health Organization: WHO], 2014).

De **kwaliteit** van de leidraad wordt gewaarborgd door het gebruik van recente wetenschappelijke literatuur en bestaande richtlijnen, met als doel de zorgverlening na perinataal verlies te versterken. De leidraad streeft ernaar dat ouders zich gehoord en erkend voelen, terwijl zorgverleners ruimte krijgen voor reflectie en verwerking binnen een professioneel kader. Tegelijkertijd kan de daadwerkelijke effectiviteit van deze richtlijn pas worden beoordeeld wanneer zij in de praktijk wordt toegepast, waarbij moet worden nagegaan in welke mate zij bijdraagt aan verbeterde zorgervaringen voor ouders en aan het welzijn van zorgverleners. Het onderdeel **informatie** binnen TOKIG benadrukt dat de leidraad steunt op actuele inzichten uit onderzoek naar rouwzorg, communicatie en teamreflectie, en dat deze theoretische kennis werd vertaald naar een praktische en toepasbare methode voor de perinatale zorgcontext.

Tot slot blijven de **financiële** implicaties minimaal: het organiseren van debriefings vereist geen extra middelen buiten de tijdsinvestering van het betrokken personeel en eventueel beperkte kosten voor vorming of supervisie, waardoor de ontwikkeling en implementatie van de leidraad haalbaar is binnen de bestaande perinatale zorgcontext.

## 5.4 Uitwerking

Om zorgverleners te ondersteunen bij het omgaan met perinataal verlies werd een leidraad ontwikkeld voor het organiseren en begeleiden van debriefingsgesprekken. Deze leidraad biedt een praktisch en gestructureerd kader om op een veilige, empathische en professionele manier stil te staan bij het verlies en de impact ervan op zowel ouders als zorgverleners.

De opbouw van de leidraad is gebaseerd op het **TALK©-model** (Target, Analysis, Learning, Key actions) (Diaz-Navarro et al., 2021). Dit model werd gekozen omdat het een helder en overzichtelijk stappenplan biedt dat zowel ruimte laat voor emotionele verwerking als voor professionele reflectie. Het TALK©-model sluit bovendien goed aan bij de doelstellingen van de leidraad, aangezien het zorgverleners ondersteunt om gesprekken doelgericht, respectvol en gestructureerd te voeren, zonder het persoonlijke verhaal of de emotionele context uit het oog te verliezen.

Als praktisch hulpmiddel werd een **flowchart** (bijlage A) ontwikkeld die tijdens de debriefingsgesprekken kan worden gebruikt. Deze flowchart vat de kernprincipes van het TALK©-model en de structuur van een debriefingsgesprek beknopt samen, en ondersteunt zorgverleners bij het bewaken van de structuur, timing en emotionele balans tijdens het gesprek.

De leidraad is gebaseerd op recente wetenschappelijke literatuur en bestaande praktijkrichtlijnen rond rouwzorg, communicatie en teamreflectie, deze leidraad is evidence-based, wat maakt dat deze haalbaar is binnen de perinatale zorgcontext. Het doel van deze uitwerking is om zorgverleners houvast te bieden bij het voeren van gevoelige gesprekken na perinataal verlies en bij te dragen aan een cultuur van openheid, erkenning en kwaliteitsvolle, mensgerichte zorg.

## **5.5 Leidraad**

### **5.5.1 Voorbereiding van het gesprek**

Een debriefing begint met een zorgvuldige voorbereiding. Het gesprek vindt idealiter plaats binnen de 72u na het verlies, wanneer de eerste acute emoties enigszins zijn gezakt, maar de gebeurtenis nog voldoende aanwezig is om erover te kunnen reflecteren (Hawes et al., 2020).

De facilitator speelt een centrale rol in het navigeren en structureren van het gesprek. Hij of zij zorgt voor een rustige, veilige en respectvolle omgeving. Zowel de betrokken ouders als de directe zorgverleners (vroedvrouwen, artsen, psychologen en maatschappelijk werkers) kunnen worden uitgenodigd, afhankelijk van het doel van het gesprek. De nadruk ligt op vrijwillige deelname en op het creëren van psychologische veiligheid, zodat deelnemers zich vrij voelen om emoties en ervaringen te delen zonder oordeel of druk (Meguerdichian et al., 2024).

Een duidelijk gestructureerd kader helpt om het gesprek richting te geven. Het TALK©-model van Diaz-Navarro et al. (2021) biedt hierbij een praktisch en gebruiksvriendelijk houvast. Dit model bestaat uit vier opeenvolgende stappen die de debriefing structureren:

1. Target (Doel): het gesprek start met het bepalen van het onderwerp of de specifieke situatie die besproken wordt, zodat de focus duidelijk is.
2. Analysis (Analyse): het team bespreekt wat er goed ging en wat beter kan, met aandacht voor gedrag, communicatie, teamwork en besluitvorming, steeds op een positieve en niet-veroordelende manier.

3. Learning (Leren): deelnemers delen hun inzichten en reflecteren over wat ze geleerd hebben, waardoor het situationeel bewustzijn en de gezamenlijke kennis worden vergroot.
4. Key actions (Belangrijke acties): tot slot worden concrete verbeteracties geformuleerd, met duidelijke verantwoordelijkheden om uitvoering te verzekeren.

Een TALK©-debriefing is doorgaans kort (maximaal 10 minuten), kan door elk teamlid worden geïnitieerd en is gebaseerd op waarden zoals positiviteit, oplossingsgerichtheid en inclusiviteit. Hierdoor biedt het model een veilige structuur voor open communicatie en reflectie, ook in drukke zorgomgevingen. Hoewel elk teamlid het initiatief kan nemen, stellen de auteurs dat een succesvolle toepassing van TALK© afhangt van een bredere implementatiestrategie en een ondersteunende organisatiecultuur. Wanneer debriefings enkel op individueel initiatief plaatsvinden, bestaat het risico op onregelmatige toepassing. Daarom wordt aanbevolen om vooraf vastgelegde momenten voor debriefing te definiëren en teamleden via leiderschap en training te ondersteunen in deze rol (Diaz-Navarro et al., 2021).

Tijdens de voorbereiding is het belangrijk dat de facilitator vertrouwd is met de context van het verlies en met de emotionele draagkracht van de deelnemers. Een facilitator is de persoon die de debriefing leidt en het reflectieve leerproces begeleidt. Hij of zij organiseert het gesprek, stelt verdiepende vragen en bewaakt de psychologische veiligheid, zodat deelnemers open kunnen communiceren zonder angst voor oordeel of repercussies (Meguerdichian et al., 2024).

De facilitator dient zich ook bewust te zijn van mogelijke cognitieve biases, zijnde onbewuste denkfouten of beslissingsvoorkeuren die gebaseerd zijn op eerdere ervaringen en vaste denkpatronen. Deze biases beïnvloeden onbewust hoe iemand informatie interpreteert en kan leiden tot bevooroordeelde oordelen of communicatie. In de context van debriefing kunnen ze het gedrag of de interpretatie van de facilitator beïnvloeden en zo het leerproces negatief beïnvloeden. Door zelfreflectie en openheid kan de facilitator deze biases herkennen, neutraliseren en het gesprek eerlijk, veilig en leerrijk laten verlopen (Meguerdichian et al., 2024).

### **5.5.2 Verloop van het gesprek**

Het gesprek start met een korte inleiding waarin de facilitator het doel en onderwerp van de debriefing benoemt. Dit sluit aan bij de eerste stap van het TALK©-model (*Target*), waarin de focus van het gesprek expliciet gemaakt wordt (Diaz-Navarro et al., 2021). Door meteen duidelijk te zeggen waarom het team samenkomt en wat er wél/niet besproken wordt, ontstaat transparantie, een element dat ook in de literatuur rond gestructureerde debriefing en welzijn wordt aanbevolen (Evans et al., 2023; Scott et al., 2021). De facilitator bewaakt de

psychologische veiligheid, zoals beschreven door Meguerdichian et al. (2024), zodat deelnemers zich veilig voelen om open te spreken. Daarbij benadrukken de auteurs het belang van het herkennen en verminderen van onbewuste oordelen (biases), aangezien deze een negatieve invloed kunnen hebben op reflectie, teamdynamiek en leerprocessen.

Na het verduidelijken van het doel, begeleidt de facilitator het team doorheen het gesprek volgens een vaste structuur die ruimte biedt voor zowel emotie als reflectie. De nadruk ligt op veiligheid, luisteren en samenwerking (Meguerdichian et al., 2024).

De facilitator start met het uitnodigen van de deelnemers om hun ervaringen en gevoelens te delen over het verloop van de zorg en de impact van het verlies. Hierbij is het essentieel dat iedereen de kans krijgt om te spreken, maar niemand verplicht wordt. Door actief te luisteren, stiltes toe te laten en emoties te erkennen, toont de facilitator empathie en respect, twee sleutelwaarden in zorggerichte communicatie. De facilitator waakt erover dat het gesprek niet verzandt in schuld of kritiek, maar gericht blijft op erkenning en gezamenlijk leren (Scott et al., 2021).

Vervolgens begeleidt de facilitator het team door de reflectie- en analysefase, in lijn met de tweede stap van het TALK©-model (*Analysis*). Hierin bespreekt het team wat goed verliep en welke aspecten voor verbetering vatbaar zijn. De facilitator stimuleert open communicatie door vragen te stellen als: “*Wat hielp in deze situatie?*”, “*Wat zouden we een volgende keer anders doen?*” of “*Wat hebben we uit deze ervaring geleerd?*”. Door de focus te leggen op samenwerking en besluitvorming bevordert ze een gevoel van collectieve verantwoordelijkheid in plaats van individuele beoordeling (Diaz-Navarro et al., 2021).

Tijdens dit proces blijft de facilitator alert voor cognitieve biases die de evaluatie kunnen beïnvloeden. Denk aan de hindsight bias (de neiging om gebeurtenissen achteraf eenvoudiger te verklaren) of de negativiteitsbias (de neiging om vooral fouten te benadrukken). Door bewust te vertragen, objectieve observaties te stimuleren en feiten te onderscheiden van interpretaties, kan de facilitator deze denkfouten corrigeren. Zo wordt het gesprek evenwichtiger en blijft het leergericht (Meguerdichian et al., 2024).

In de leerfase (*Learning*) moedigt de facilitator het team aan om te benoemen welke inzichten zij meenemen uit de ervaring. Dit kan gaan over communicatieve vaardigheden, emotionele veerkracht en/of organisatorische aandachtspunten. Het formuleren van leerpunten vergroot de teamcohesie en draagt bij aan kwaliteitsverbetering van de zorg (Evans et al., 2023).

Ten slotte helpt de facilitator het team om de reflectie om te zetten in concrete acties (*Key actions*). Deze vat de belangrijkste conclusies samen en maakt afspraken over wat er verder wordt opgevolgd. Dit kunnen acties zijn op individueel niveau (zoals zelfzorg of vorming) of op teamniveau (zoals procesverbetering, intervisie of opvolggesprekken). Door dit helder te formuleren, ervaren zorgverleners dat hun inbreng ertoe doet en dat er daadwerkelijk iets verandert (Diaz-Navarro et al., 2021).

Binnen perinatale palliatieve zorgprogramma's wordt het organiseren van debriefings aanbevolen als een middel voor reflectie, het bespreken van eventuele conflicten en het aanpakken van problemen. Hoewel in de literatuur zelden wordt aangegeven hoe en wanneer deze debriefings plaatsvinden, is het belangrijk dat zorgverleners, waaronder vroedvrouwen, een ondersteunende rol vervullen richting ouders en familie. Dit sluit aan bij het familiegerichte karakter, waarbij respect, openheid en het bieden van begrijpelijke informatie centraal staan. Vroedvrouwen kunnen hierbij als brug fungeren tussen ouders en het zorgteam, door ruimte te geven aan de emoties en verhalen van ouders en tegelijkertijd duidelijke uitleg te geven over wat er is gebeurd. Op deze wijze wordt geprobeerd om de zorg af te stemmen op de noden en wensen van ouders, in lijn met de principes van perinatale palliatieve zorg gericht op het holistisch ondersteunen van zowel ouders als zorgverleners (Dombrecht et al., 2023). Een ondersteunende en begripvolle houding vanuit zorgverleners is essentieel om ouders zich veilig en erkend te laten voelen, vooral bij het verwerken van verlies. Door nabijheid en een continue samenwerkingsrelatie te garanderen, kunnen zorgverleners het herstelproces van ouders bevorderen en het vertrouwen versterken. Deze benadering sluit aan bij de Belgische aanbevelingen voor kwalitatieve postnatale zorg, die pleiten voor geïntegreerde zorg met aandacht voor zowel fysieke als emotionele behoeften van de moeder en het gezin (Benhamed et al., 2021).

### **5.5.3 Afronding en nazorg**

De afronding van een debriefingsmoment vormt een essentieel onderdeel van het zorgproces na perinataal verlies. In deze fase wordt teruggeblikt op de gebeurtenis, worden emoties benoemd en wordt gezamenlijk gezocht naar betekenis en richting voor verdere ondersteuning. De facilitator speelt hierbij een centrale rol door ruimte te creëren voor reflectie, erkenning en afronding, zodat zowel ouders als zorgverleners zich gehoord voelen en met duidelijkheid het gesprek kunnen afsluiten (Diaz-Navarro et al., 2021).

Tijdens afrondingsgesprekken is het belangrijk dat zorgverleners de mogelijkheid krijgen om samen te reflecteren op de gebeurtenis en te komen tot een gedeeld begrip van wat er is gebeurd. Debriefing biedt een veilige context waarin het klinische team kan bespreken welke aspecten helpend waren, welke moeilijkheden er ervaren werden en welke elementen in de toekomst anders kunnen. Onderzoek toont aan dat dergelijke sessies door zorgverleners subjectief als ondersteunend worden ervaren, doordat een open, niet-oordelende sfeer en peer support stresssymptomen kunnen verminderen en gevoelens van erkenning kunnen bevorderen. De aanwezigheid van een goed opgeleide facilitator, idealiter iemand met expertise in zowel mentale gezondheidszorg als de klinische praktijk, draagt bij aan het creëren van veiligheid en het versterken van onderlinge verbondenheid. Hierdoor voelen deelnemers zich gehoord en ontstaat een beter inzicht in zowel individuele als gezamenlijke

reacties op de gebeurtenis, wat de basis vormt voor herstel en professionele groei (Scott et al., 2021).

Wanneer ouders deelnemen aan de afronding, richt het gesprek zich eveneens op hun noden, vragen en emoties. Het bespreken van hun ervaring, hun verwachtingen en eventuele onzekerheden helpt om vertrouwen te herstellen en draagt bij aan een gevoel van continuïteit in de zorg. De facilitator verkent samen met de ouders welke ondersteuning nog nodig is, maakt concrete afspraken over opvolging en reikt indien gepast informatie aan over psychologische begeleiding, rouwondersteuning of gespecialiseerde organisaties. Door contactgegevens en praktische richtlijnen te voorzien, blijft de drempel tot verdere ondersteuning laag en wordt duidelijk gemaakt dat de zorg niet eindigt bij het debriefingsmoment (Dombrecht et al., 2023).

In het TALK©-model komt de afronding overeen met de fase *Key actions*, waarin concrete vervolgstappen worden vastgelegd. Het expliciet formuleren van deze acties, bijvoorbeeld afspraken over communicatie, opvolgcontacten of teamverantwoordelijkheden, bevordert gedeelde verantwoordelijkheid en ondersteunt duurzame kwaliteitsverbetering. Door deze stappen te documenteren en systematisch op te volgen, krijgt de debriefing een blijvend karakter dat verder reikt dan de onmiddellijke verwerking (Diaz-Navarro et al., 2021).

Nazorg is daarnaast een essentieel element voor het emotionele welzijn van zorgverleners, gezien de hoge prevalentie van stress, morele belasting en risico op burn-out na belastende gebeurtenissen. Debriefings kunnen zorgverleners een stem geven, erkenning bieden en zo beschermen tegen negatieve emotionele uitkomsten (Evans et al., 2023).

Tegelijkertijd is de literatuur over de effectiviteit van debriefing gefragmenteerd en bestaat er geen consensus over optimale methoden of gestandaardiseerde tools. Daarom pleiten Evans et al. (2023) voor gestructureerde, collaboratieve en transparante benaderingen, evenals voor de ontwikkeling van een omvattend model en duidelijke standaarden voor debriefingpraktijken.

#### **5.5.4 Interne teamdebriefing**

De interne teamdebriefings vormen een afzonderlijk maar belangrijk onderdeel van de zorgverlening na perinataal verlies. Deze sessies richten zich uitsluitend op het zorgteam, waaronder vroedvrouwen, en bieden een veilige ruimte voor gezamenlijke reflectie op het verloop van de zorg, de onderlinge samenwerking en de klinische besluitvorming. Teamleden krijgen de gelegenheid te analyseren wat goed verliep, welke factoren verbetering vragen en welke lessen kunnen worden meegenomen naar toekomstige situaties. Voor vroedvrouwen zijn dit cruciale momenten om de zorgverlening kritisch te evalueren, professionele inzichten te verdiepen en hun rol binnen het multidisciplinaire team te versterken. Dit draagt bij aan

een cultuur van open communicatie, gezamenlijke verantwoordelijkheid en continue kwaliteitsverbetering (Scott et al., 2021).

In teamdebriefings speelt de facilitator een centrale rol. Afhankelijk van zijn of haar competenties en ervaring stuurt de facilitator het reflectieproces, bewaakt de psychologische veiligheid en ondersteunt open dialoog zonder oordeel. Dit omvat het analyseren van gebeurtenissen, het verkennen van contextuele factoren die de zorg beïnvloedden en het stellen van gerichte vragen die het team aanzetten tot systematische reflectie. Een effectieve facilitator beschikt over vaardigheden zoals actief luisteren, empathische communicatie en het herkennen en managen van cognitieve biases welke mogelijks kan leiden tot een vertekend beeld van de evaluatie of het leerproces kan verhinderen. Deze aanpak bevordert professionele groei, versterkt de teamdynamiek en draagt bij aan het verbeteren van patiëntenzorg (Meguerdichian et al., 2024).

Het TALK©-model kan binnen interne teamdebriefings dienen als houvast om reflectie gestructureerd op te bouwen. Door het doel van de sessie te verhelderen (*Target*), de gebeurtenis te analyseren (*Analysis*), leerpunten te identificeren (*Learning*) en concrete verbeteracties vast te leggen (*Key actions*), ontstaat een helder en gedeeld reflectieproces. Vroedvrouwen spelen hierin een actieve rol door knelpunten te benoemen, kwaliteitsindicatoren te koppelen aan praktijkervaringen en verbeteracties mee vorm te geven (Diaz-Navarro et al., 2021).

Daarnaast is aandacht voor cognitieve biases van groot belang binnen teamreflecties. Denkpatronen zoals hindsight bias of negativiteitsbias kunnen leiden tot een vertekend beeld van de gebeurtenissen. Door deze biases te herkennen en te normaliseren, draagt de facilitator bij aan een genuanceerd en veilig leerklimaat waarin constructieve feedback centraal staat en realistische evaluaties worden bevorderd (Meguerdichian et al., 2024).

Tot slot benadrukt recente literatuur het belang van een systematische, collaboratieve en transparante aanpak van teamdebriefings. Door zorgverleners actief te betrekken bij het ontwikkelen van praktijknormen en gedeelde standaarden ontstaat een duurzaam model dat niet alleen de kwaliteit van de zorg, maar ook het welzijn en de veerkracht van zorgverleners bevordert. Een gestructureerde aanpak versterkt bovendien de theoretische en onderzoeksgebaseerde basis van debriefing en ondersteunt zorgprofessionals in het omgaan met emotioneel belastende situaties (Evans et al., 2023).

## 6 Relevantie voor de praktijk van de vroedvrouw

Wanneer ouders in België geconfronteerd worden met perinataal verlies, bevindt de vroedvrouw zich in een sleutelpositie binnen de zorgverlening. Haar rol gaat verder dan het uitvoeren van medische handelingen: ze combineert klinische kennis met empathie, communicatieve vaardigheden en organisatorisch inzicht om ouders te ondersteunen tijdens een bijzonder kwetsbare periode. De vroedvrouw is vaak de eerste vertrouwenspersoon van het gezin en zorgt ervoor dat de zorg op een warme, continue en multidisciplinaire manier verloopt (VBOV, z.d.; Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2016). De inhoud van deze bachelorproef sluit dan ook nauw aan bij verschillende beroepscompetenties uit het beroepsprofiel van de vroedvrouw.

Een eerste relevante competentie is die van **evaluator van risicosituaties**. De vroedvrouw herkent en beoordeelt risicofactoren bij moeder en kind en grijpt in wanneer dat nodig is. In de context van perinataal verlies betekent dit dat zij complicaties tijdig signaleert, afwijkende parameters opvolgt en bij problemen onmiddellijk medische hulp inschakelt. Deze klinische alertheid vormt de basis van veilige en kwalitatieve zorg en kan soms helpen om verlies te voorkomen of sneller te herkennen (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2016).

Daarnaast sluit het thema van deze bachelorproef nauw aan bij de competentie **samenwerker bij pathologie**, die de kern vormt van de vroedvrouwenzorg bij perinataal verlies. De vroedvrouw begeleidt de ouders en het gezin tijdens de opname, de hospitalisatie, de voorbereiding naar het ontslag en bij het overlijden. Ze biedt niet alleen medische en praktische ondersteuning, maar ook ruimte voor emoties, afscheid en betekenisgeving. Door samen te werken met artsen, psychologen en de pastorale diensten zorgt ze ervoor dat de zorg volledig afgestemd is op de noden van het gezin (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2016).

Een ander belangrijk onderdeel is de **bewaking van de psychosociale situatie**. De vroedvrouw volgt de emotionele toestand van de ouders op, merkt signalen van verdriet, schuldgevoel of trauma op en zorgt, indien nodig, voor een gepaste doorverwijzing. Ze luistert zonder oordeel, biedt ruimte voor gevoelens en ondersteunt ouders bij rituelen of herinneringsmomenten die hen kunnen helpen in hun rouwproces. Deze zorg op maat helpt ouders om zich erkend en gehoord te voelen in hun verlieservaring (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2016).

De rol van de vroedvrouw als **teampayer, communicator en coördinator** is onmisbaar bij perinataal verlies. Een open, eerlijke en respectvolle communicatie met de ouders en collega's zorgt voor duidelijkheid en vertrouwen. De vroedvrouw vertaalt medische informatie op een begrijpelijke manier en zorgt dat beslissingen goed worden vastgelegd. Binnen het team

fungeert ze als verbindende schakel tussen de verschillende disciplines, zodat de zorg afgestemd en consistent blijft (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2016).

Daarnaast draagt de vroedvrouw de verantwoordelijkheid als **bewaker van het juridisch kader en de deontologische code**. Ze handelt volgens de geldende wetgeving en informeert ouders correct over de registratiecriteria, aangifteprocedures en hun rechten rond de begrafenis of crematie. Tegelijk waakt ze over discretie en vertrouwelijkheid. Door juridische kennis te combineren met empathische communicatie kan ze ouders helder en correct begeleiden in de administratieve en praktische aspecten die bij een verlies komen kijken (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2016).

De vroedvrouw is bovendien een **kwaliteitspromotor** die de zorg voortdurend evalueert en verbetert. De debriefingsleidraad die in deze bachelorproef werd ontwikkeld, ondersteunt dit door vroedvrouwen en zorgteams te helpen reflecteren op het zorgproces na perinataal verlies. Door het bieden van structuur en houvast bij debriefingsgesprekken draagt de leidraad bij aan een meer eenduidige en kwaliteitsvolle zorgverlening en versterkt zij de samenwerking binnen het team (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2016).

Tot slot is de vroedvrouw een **professionele gezondheidszorgverlener** die de verantwoordelijkheid draagt voor haar eigen handelen. Werken met verlieservaringen vraagt emotionele draagkracht. Daarom is het belangrijk dat de vroedvrouw ook aandacht heeft voor haar eigen welzijn, bijvoorbeeld via teamdebriefing, supervisie of zelfzorg. Permanente vormingen en reflecties zijn essentieel om zich als zorgverlener te blijven ontwikkelen en evidence-based, respectvolle en menswaardige zorg te kunnen bieden aan gezinnen die een verlies meemaken (VBOV, z.d.; Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2016).

Deze bachelorproef draagt op een directe manier bij aan de dagelijkse praktijk van de vroedvrouw door theoretische competenties te vertalen naar een concreet en bruikbaar hulpmiddel. De ontwikkelde flowchart biedt een praktisch kader voor het professioneel handelen bij perinataal verlies en ondersteunt een consistente en kwaliteitsvolle zorgverlening. Hierdoor krijgen zorgverleners meer houvast in emotioneel beladen situaties, wat bijdraagt aan een betere ondersteuning van ouders en de versterking van de rol van de vroedvrouw als betrouwbare begeleider.

## Algemeen besluit

Perinataal verlies heeft een diepgaande emotionele, psychologische en organisatorische impact op zowel ouders als zorgverleners. Deze bachelorproef combineerde een literatuurstudie met een praktijkgericht luik om te onderzoeken hoe vroedvrouwen ouders die in het ziekenhuis geconfronteerd worden met perinataal verlies op een professionele, empathische en juridisch correcte manier kunnen begeleiden, met aandacht voor zowel kwalitatieve ouderzorg als het welzijn van de zorgverlener.

De literatuurstudie benadrukte dat ouders na perinataal verlies vooral nood hebben aan erkenning, empathische communicatie, duidelijke en eerlijke informatie en continuïteit van zorg. Deze bevindingen bevestigen de centrale rol van de vroedvrouw in de begeleiding van ouders bij perinataal verlies. Tegelijk werd in de literatuur herhaaldelijk gewezen op de emotionele belasting die deze zorg met zich meebrengt voor vroedvrouwen, evenals op het gebrek aan structurele ondersteuning en concrete richtlijnen binnen de ziekenhuiscontext. Deze vaststellingen liggen aan de basis van het praktijkgedeelte van deze bachelorproef.

Vertrekkend vanuit deze noden werd een leidraad voor debriefingsgesprekken ontwikkeld op basis van het TALK©-model. Deze leidraad vertaalt theoretische inzichten rond rouwzorg, communicatie en teamreflectie naar een concreet, gestructureerd en laagdrempelig hulpmiddel voor de vroedkundige praktijk. De focus op zowel gesprekken met ouders als interne teamdebriefing sluit aan bij de literatuur, die benadrukt dat duurzame rouwzorg enkel mogelijk is wanneer ook aandacht wordt besteed aan de emotionele draagkracht en veerkracht van zorgverleners.

Binnen deze bachelorproef werd een duidelijke koppeling gemaakt tussen theorie en praktijk door wetenschappelijke inzichten te vertalen naar een evidence-based en overzichtelijke leidraad die aansluit bij de realiteit van de perinatale zorg. De expliciete aandacht voor multidisciplinaire samenwerking en professionele zelfzorg vormt hierbij een duidelijke meerwaarde, aangezien deze elementen ook in de literatuur als essentieel worden beschreven voor duurzame rouwzorg. Tegelijk kent dit werk ook beperkingen. De ontwikkelde leidraad werd echter niet getest of geëvalueerd binnen een klinische setting, waardoor de effectiviteit ervan in de praktijk niet kan worden aangetoond. Daarnaast werden de ervaringen van ouders en vroedvrouwen niet rechtstreeks bevraagd, maar enkel indirect meegenomen via bestaande literatuur.

Perinatale rouwzorg is een complexe en emotioneel beladen zorgvorm die vraagt om empathie, structuur en professionele ondersteuning. Deze bachelorproef toont aan dat een gestructureerde debriefingsleidraad een waardevolle bijdrage kan leveren aan zowel kwalitatieve ouderzorg als aan de professionele veerkracht van vroedvrouwen. Door theorie en praktijk met elkaar te verbinden, draagt dit werk bij aan een meer menswaardige, consistente en duurzame benadering van perinataal verlies binnen de vroedkundige zorg.

## Literatuurlijst

ACOG. (z.d.). *Management of Stillbirth*. Geraadpleegd op 21 december 2025, van <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/obstetric-care-consensus/articles/2020/03/management-of-stillbirth>

Arbeidswet van 16 maart 1971. (1971). <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/wet/1971/03/16/1971031602/justel#LNK0020>

Bakbakhi, D., Siassakos, D., Davies, A., Merriel, A., Barnard, K., Stead, E., Shakespeare, C., Duffy, J. M. N., Hinton, L., McDowell, K., Lyons, A., Fraser, A., & Burden, C. (2023). Interventions, outcomes and outcome measurement instruments in stillbirth care research: A systematic review to inform the development of a core outcome set. *BJOG An International Journal Of Obstetrics & Gynaecology*, 130(6), 560–576. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17390>

Benhamed, N., Devos, C., San Miguel, L., Vankelst, L., Lauwerier, E., Verschueren, M., Obyn, C., Vinck, I., Paulus, D., & Christiaens, W. (2021). Caring for mothers and newborns after uncomplicated delivery: Towards Integrated Postnatal care. In *KCE. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg*. [https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE\\_232Cs\\_Postnatal\\_care\\_Synthesis\\_3.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_232Cs_Postnatal_care_Synthesis_3.pdf)

Berrefonds. (2025, juli 28). *Stilgeboren baby*. <https://berrefonds.be/ik-zoek-steun-troost-en-informatie-voor-mezelf/praktische-info/wetgeving/stilgeboren-baby/>

Berrefonds. (2025, december 12). *Sterrenregister* - Berrefonds. <https://berrefonds.be/lokale-besturen/sterrenregister/>

Berrefonds. (2025, december 19). *Welkom* - Berrefonds. <https://berrefonds.be/>

Besluit van de Regent van 20 juni 1947 betreffende het vervoer van lijken. (1947). <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/besluit/1947/06/20/1947062004/justel>

- Blencowe, H., Hug, L., Moller, A., You, D., & Moran, A. C. (2024). Definitions, terminology and standards for reporting of births and deaths in the perinatal period: International Classification of Diseases (ICD-11). *International Journal Of Gynecology & Obstetrics*, 168(1), 1–9. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15794>
- Boven De Wolken. (2025, 3 september). *Welkom bij Boven De Wolken*. <https://www.bovendewolken.be/>
- Burden, C., Merriel, A., Bakhbaki, D., Heazell, A., & Siassakos, D. (2024). Care of late intrauterine fetal death and stillbirth. *BJOG An International Journal Of Obstetrics & Gynaecology*, 132(1), e1–e41. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17844>
- Campbell, H., Kurinczuk, J., Heazell, A., Leal, J., & Rivero-Arias, O. (2017). Healthcare and wider societal implications of stillbirth: a population-based cost-of-illness study. *BJOG An International Journal Of Obstetrics & Gynaecology*, 125(2), 108–117. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14972>
- Cant, R. P., & Cooper, S. J. (2016). Use of simulation-based learning in undergraduate nurse education: An umbrella systematic review. *Nurse Education Today*, 49, 63–71. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.11.015>
- Caro-Costa, R., Alcaide-Leyva, J. M., García-Luque, L., Alcaraz-Clariana, S., Guzmán-García, J. M., & Del Rocío Jiménez-Mérida, M. (2025). Healing Through Humanized Care: Lessons from a Patient-Centered Perinatal Loss Protocol. *Healthcare*, 13(3), 242. <https://doi.org/10.3390/healthcare13030242>
- Centre of Research Excellence in Stillbirth & Perinatal Society of Australia and New Zealand (2024). Care Around Stillbirth and Neonatal Death Clinical Practice Guideline. <https://learn.stillbirthcre.org.au/>
- De Andrade Alvarenga, W., De Montigny, F., Zeghiche, S., Polita, N. B., Verdon, C., & Nascimento, L. C. (2019). Understanding the spirituality of parents following stillbirth: A qualitative meta-synthesis. *Death Studies*, 45(6), 420–436. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1648336>

De Graaff, E. C., Leisher, S. H., Blencowe, H., Lawford, H., Cassidy, J., Cassidy, P. R., Draper, E. S., Heazell, A. E. P., Kinney, M., Quigley, P., Ravaldi, C., Storey, C., Vannacci, A., Corcoran, P., Cronin, R., Erwich, J. J., Gissler, M., Gordijn, S., De Jesús, G. R., . . . Flenady, V. (2023). Ending preventable stillbirths and improving bereavement care: a scorecard for high- and upper-middle income countries. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 23(1), 480. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05765-5>

De Meyer, F. (2020). Late Termination of Pregnancy in Belgium: Exploring Its Legality and Scope. *European Journal Of Health Law*, 27(1), 9–34. <https://doi.org/10.1163/15718093-12271451>

De Meyer, F., Chambaere, K., Van de Velde, S., Van Assche, K., Beernaert, K., & Sterckx, S. (2025). Factors influencing obstetricians' acceptance of termination of pregnancy beyond the first trimester: a qualitative study. *BMC Medical Ethics*, 26(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s12910-025-01186-5>

Decreet van 16 januari 2004 op de begraafplaatsen en de lijkbezorging. (2004). [https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article.pl?language=nl&sum\\_date=2025-12-24&pd\\_search=2004-02-10&numac\\_search=2004035175&page=1&lg\\_txt=N&caller=list&2004035175=1&view\\_numac=&numac=2004035175&choix1=en&choix2=en&fr=f&nl=n&du=d&trier=afkondiging](https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article.pl?language=nl&sum_date=2025-12-24&pd_search=2004-02-10&numac_search=2004035175&page=1&lg_txt=N&caller=list&2004035175=1&view_numac=&numac=2004035175&choix1=en&choix2=en&fr=f&nl=n&du=d&trier=afkondiging)

Decreet van 6 maart 2009 tot wijziging van Hoofdstuk II van Titel III van Boek II van Deel I van het Wetboek van de plaatselijke democratie en de decentralisatie betreffende de begraafplaatsen en de lijkbezorging. (2009). [https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article.pl?language=nl&sum\\_date=2025-12-24&pd\\_search=2009-03-26&numac\\_search=2009201372&page=1&lg\\_txt=N&caller=list&2009201372=1&view\\_numac=2009201372nx2021022238n&view\\_numac=2009201372nx2021022238n&numac=2009201372&choix1=en&choix2=en&fr=f&nl=n&du=d&trier=afkondiging](https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article.pl?language=nl&sum_date=2025-12-24&pd_search=2009-03-26&numac_search=2009201372&page=1&lg_txt=N&caller=list&2009201372=1&view_numac=2009201372nx2021022238n&view_numac=2009201372nx2021022238n&numac=2009201372&choix1=en&choix2=en&fr=f&nl=n&du=d&trier=afkondiging)

De Wolk. (z.d.). *De Wolk is hier voor jou*. Geraadpleegd op 18 november 2025, van <https://www.de-wolk.be/>

- Diaz-Navarro, C., Leon-Castelao, E., Hadfield, A., Pierce, S., & Szyld, D. (2021). Clinical debriefing: TALK© to learn and improve together in healthcare environments. *Trends in Anaesthesia And Critical Care*, 40, 4–8. <https://doi.org/10.1016/j.tacc.2021.07.004>
- Dombrecht, L., Chambaere, K., Beernaert, K., Roets, E., De Vilder de Keyser, M., De Smet, G., Roelens, K., & Cools, F. (2023). Components of Perinatal Palliative Care: An Integrative Review. *Children*. <https://doi.org/10.3390/children10030482>
- Eleenoor VZW. (z.d.). *Home - Eleenoor VZW*. Geraadpleegd op 18 november 2025, van <https://eleenoor-vzw.be/>
- Ellis, A., Chebsey, C., Storey, C., Bradley, S., Jackson, S., Flenady, V., Heazell, A., & Siassakos, D. (2016). Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 16(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0806-2>
- Evans, T. R., Burns, C., Essex, R., Finnerty, G., Hatton, E., Clements, A. J., Breau, G., Quinn, F., Elliott, H., Smith, L. D., Matthews, B., Jennings, K., Crossman, J., Williams, G., Miller, D., Harold, B., Gurnett, P., Jagodzinski, L., Smith, J., . . . Weldon, S. (2023). A systematic scoping review on the evidence behind debriefing practices for the wellbeing/emotional outcomes of healthcare workers. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1078797. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1078797>
- Fara. (z.d.). *Hoe verloopt een abortus?* Geraadpleegd op 18 november 2025, van <https://www.fara.be/ongepplande-zwangerschap/abortus/hoe-verloopt-een-abortus>
- Fara. (z.d.). *Hoe verwerk ik een zwangerschapsafbreking?* Geraadpleegd op 18 november 2025, van <https://www.fara.be/zwangerschapsverlies/afbreking-om-medische-redenen/hoe-verwerk-ik-een-zwangerschapsafbreking>
- Fara. (z.d.). *Wat zegt de wet over afbreking na diagnose?* Geraadpleegd op 18 november 2025, van <https://www.fara.be/prenatale-diagnose/diagnose-hulp-bij-beslissen/wat-zegt-de-wet-over-afbreking-na-diagnose>
- Fara. (z.d.). *Zwangerschapsverlies*. Geraadpleegd op 18 november 2025, van <https://www.fara.be/zwangerschapsverlies>

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](https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/2016_01_cfsf_frvv_bijlage_beroepsprofiel.pdf)

Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid - Arbeid en Sociaal Overleg. (2021, 15 juli). *Uitbreiding van het rouwverlof - klein verlet wegens overlijden*. <https://werk.belgie.be/nl/nieuws/uitbreiding-van-het-rouwverlof-klein-verlet-wegens-overlijden>

Fernández-Férez, A., Ventura-Miranda, M. I., Camacho-Ávila, M., Fernández-Caballero, A., Granero-Molina, J., Fernández-Medina, I. M., & Del Mar Requena-Mullor, M. (2021). Nursing Interventions to Facilitate the Grieving Process after Perinatal Death: A Systematic Review. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 18(11), 5587. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115587>

Fernández-Sola, C., Camacho-Ávila, M., Hernández-Padilla, J. M., Fernández-Medina, I. M., Jiménez-López, F. R., Hernández-Sánchez, E., Conesa-Ferrer, M. B., & Granero-Molina, J. (2020). Impact of Perinatal Death on the Social and Family Context of the Parents. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 17(10), 3421. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103421>

Feroz, A., Ibrahim, M. N., Tikmani, S. S., Reza, S., Abbasi, Z., Raza, J., Yasmin, H., Bano, K., Zafar, A., McClure, E. M., Goldenberg, R. L., & Saleem, S. (2018). Perceptions of parents and healthcare professionals regarding minimal invasive tissue sampling to identify the cause of death in stillbirths and neonates: a qualitative study protocol. *Reproductive Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0626-0>

Feroz, A., Ibrahim, M. N., McClure, E. M., Ali, A. S., Tikmani, S. S., Reza, S., Abbasi, Z., Raza, J., Yasmin, H., Bano, K., Zafar, A., Siddiqi, S., Goldenberg, R. L., & Saleem, S. (2019). Perceptions of parents and religious leaders regarding minimal invasive tissue sampling to identify the cause of death in stillbirths and neonates: results from a qualitative study. *Reproductive Health*, 16(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0730-9>

- Florescue, H., Tong, S., Parast, M., Zappas, M., Hancock, A., O'Brien, L., Heazell, A., Gan, A., Lo, L., Breen, L., Bradfield, Z., White, S., Criddle, S., Griffin, G., Berry, B., Warland, J., Wimmer, L., Pulford, K., Allen, M., & Nelson, D. (2023). Proceedings of the Stillbirth Summit 2023: Bridging the gap between research and practice. *BMC Proceedings*, 17(S14), 24. <https://doi.org/10.1186/s12919-023-00274-x>
- Fuller, D., & Kuberska, K. (2020). Outside the (memory) box: how unpredictable objects disrupt the discourse of bereavement in narratives of pregnancy loss. *Mortality*, 27(1), 17. <https://doi.org/10.1080/13576275.2020.1783221>
- Garcia-Catena, C., Ruiz-Palomino, P., Saavedra, S., & Gonzalez-Sanz, J. D. (2023). Nurses' and midwives' perceptions and strategies to cope with perinatal death situations: A systematic literature review. *Journal Of Advanced Nursing*, 79(3), 910–921. <https://doi.org/10.1111/jan.15572>
- 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://www.departementzorg.be/nl/publicatie/perinatale-gezondheid-vlaanderen-jaar-2023>
- Hawes, K., Goldstein, J., Vessella, S., Tucker, R., & Lechner, B. E. (2020). Providing Support for Neonatal Intensive Care Unit Health Care Professionals: A Bereavement Debriefing Program. *American Journal Of Perinatology*, 39(04), 401–408. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1716481>
- Hospichild. (2024, 6 augustus). *Wetgeving en formaliteiten over de dood van een kind - Hospichild*. <https://www.hospichild.be/nl/thuis/overlijden-van-een-kind/wetgeving-en-formaliteiten>
- Jones, K., & Smythe, L. (2015). The impact of their first stillbirth, on midwives. *New Zealand College Of Midwives*, 51, 17–22. <https://doi.org/10.12784/nzcomjnl51.2015.3.17-22>
- Kave, Y. V., Sonti, B. S., Morton, D. G., & James, S. (2022). Supporting the needs of midwives caring for women with perinatal loss in South Africa. *British Journal Of Midwifery*, 31(1), 16–22. <https://doi.org/10.12968/bjom.2023.31.1.16>

- Kendrick, J. I. S., & Sterrett-Hong, E. (2023). Navigating Loss Together: A Scoping Review of Couples Therapy Interventions for Perinatal Death. *OMEGA - Journal Of Death And Dying*, 302228231212653. <https://doi.org/10.1177/00302228231212653>
- Kind en Gezin. (z.d.). *Kansrijk opgroeien voor élk kind en gezin in Vlaanderen en Brussel*. Geraadpleegd op 18 november 2025, van <https://www.kindengezin.be/nl>
- Kind en Gezin. (2021, mei 20). *Moederschapsrust voor werknemers*. <https://www.kindengezin.be/nl/thema/zwangerschap-en-geboorte/voorbereiden-op-de-geboorte/moederschapsrust-voor-werknemers>
- Kind en Gezin. (2021, mei 25). *Verlies van een kind*. <https://www.kindengezin.be/nl/thema/zwangerschap-en-geboorte/verlies-van-een-kind>
- Kind en Gezin. (2021, mei 26). *Administratie na de geboorte*. <https://www.kindengezin.be/nl/thema/zwangerschap-en-geboorte/na-de-geboorte/administratie-na-de-geboorte>
- Kind en Gezin. (2021, oktober 4). *Rouwverlof*. <https://www.kindengezin.be/nl/thema/gezinsleven/scheiden-en-rouwen/rouwen/rouwverlof>
- Levensadem. (z.d.). *Levensadem*. Geraadpleegd op 18 november 2025, van <https://www.levensadem.be/nl>
- Liantis. (z.d.). *Rouwverlof voor zelfstandigen*. Geraadpleegd op 18 november 2025, van <https://www.liantis.be/nl/rouwverlof-voor-zelfstandigen>
- Meguerdichian, M. J., Trottier, D. G., Campbell-Taylor, K., Bentley, S., Bryant, K., Kolbe, M., Grant, V., & Cheng, A. (2024). When common cognitive biases impact debriefing conversations. *Advances in Simulation*, 9(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s41077-024-00324-0>
- Mental Health, Brain Health and Substance Use (MSD) [World Health Organization: WHO]. (2014, 7 februari). *Psychological First Aid: Facilitator's manual for orienting field workers*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548618>

Met Lege Handen. (z.d.). *Met lege handen, omringd door lotgenoten*. Geraadpleegd op 18 november 2025, van <https://www.metlegehanden.be/>

Obst, K. L., & Due, C. (2019). Men's grief and support following pregnancy loss: A qualitative investigation of service providers' perspectives. *Death Studies*, 45(10), 772–780. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1688430>

Obst, K. L., Due, C., Oxlad, M., & Middleton, P. (2020). Men's grief following pregnancy loss and neonatal loss: a systematic review and emerging theoretical model. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 20(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2677-9>

Pearson, T., Obst, K., & Due, C. (2022). Culturally and linguistically diverse men's experiences of support following perinatal death: A qualitative study. *Journal Of Clinical Nursing*, 32(15–16), 4586–4598. <https://doi.org/10.1111/jocn.16465>

Peres, H., & Sharaby, R. (2020). To connect between worlds, to bridge over gaps: learning about the complex role of cultural mediators in perinatal health promotion from a case in Israel. *International Journal For Equity in Health*, 19(1), 55. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01161-z>

Persson, M., Hildingsson, I., Hultcrantz, M., Fredriksson, M. K., Peira, N., Silverstein, R. A., Sveen, J., & Berterö, C. (2023). Care and support when a baby is stillborn: A systematic review and an interpretive meta-synthesis of qualitative studies in high-income countries. *PLoS ONE*, 18(8), e0289617. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289617>

Qian, J., Chen, S., Jevitt, C., Sun, S., Wang, M., & Yu, X. (2023). Experiences of obstetric nurses and midwives receiving a perinatal bereavement care training programme: A qualitative study. *Frontiers in Medicine*, 10, 1122472. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1122472>

Quenby, S., MD, Gallos, I. D., MD, Dhillon-Smith, R. K., PhD, Podeseck, M., MSc, Stephenson, M. D., MD, Fisher, J., PhD, Brosens, J. J., PhD, Brewin, J., BSc, Ramhorst, R., PhD, Lucas, E. S., PhD, McCoy, R. C., PhD, Anderson MA, R., Daher, S., PhD, Regan, L., MD, Al-Memar, M., PhD, Bourne, T., PhD, MacIntyre, D. A., PhD, Rai, R., MD, Christiansen, O. B., PhD, . . . Coomarasamy, A., MD. (2021). Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *The Lancet, Volume 397, Issue 10285, 1658 - 1667, 397(10285)*. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00682-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00682-6/fulltext)

Salenius, P. (2019). Sociological and psychological effects of stillbirth: theory, research, and midwifery. *British Journal Of Midwifery, 27(10)*, 616–619. <https://doi.org/10.12968/bjom.2019.27.10.616>

Schryvers, K., De Rudder, M., Jans, V., Brouwers, K., Bothuyne, R., & Vlaams Parlement. (2020). *Conceptnota voor nieuwe regelgeving tot ondersteuning van ouders van een levenloos geboren kind*. <https://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1663885>

Sciensano. Sterfte en Doodsoorzaken: Zuigelingensterfte, Health Status Report, 12 Aug 2025, Brussel, België, <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/sterfte-en-doodsoorzaken/zuigelingensterfte>

Scott, Z., O'Curry, S., & Mastroyannopoulou, K. (2021). The impact and experience of debriefing for clinical staff following traumatic events in clinical settings: A systematic review. *Journal Of Traumatic Stress, 35(1)*, 278–287. <https://doi.org/10.1002/jts.22736>

Statbel. (2025, 4 februari). *Foeto-infantiele sterfte*. <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/sterfte-en-levensverwachting/foeto-infantiele-sterfte>

Swennen, F. (2016). “Dance me to the children who are asking to be born”: over levenloos geboren en ongeborenen. *Tijdschrift Voor Privaatrecht.-Gent, 1964, Currens, (2-3), 407-421*. <https://jura.kluwer.be/secure/ShowFile.aspx?title=Tijdschrift+voor+Privaatrecht>

UNICEF, WHO, World Bank Group, & United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2020). *A Neglected Tragedy - The global burden of stillbirths*.

<https://www.unicef.org/reports/neglected-tragedy-global-burden-of-stillbirths-2020>

UZ Leuven. (z.d.). *Doodgeboorte*. Geraadpleegd op 18 november 2025, van <https://www.uzleuven.be/nl/foetale-geneeskunde/doodgeboorte>

UZ Leuven. (z.d.). *Miskraam*. Geraadpleegd op 18 november 2025, van <https://www.uzleuven.be/nl/foetale-geneeskunde/miskraam>

UZ Leuven. (z.d.). *Zwangerschapsverlies*. Geraadpleegd op 18 november 2025, van <https://www.uzleuven.be/nl/gynaecologie-en-verloskunde/verloskunde/zwangerschap/zwangerschapsverlies>

VBOV. (z.d.). *Wie is de vroedvrouw?* Geraadpleegd op 25 november 2025, van <https://www.vroedvrouwen.be/wie-de-vroedvrouw#:~:text=De%20vroedvrouw%20is%20dus%20niet,bijzondere%20periode%20in%20je%20leven>

Vermassen, F. & UZ Gent. (2025). *Zwangerschapsverlies - Miskraam* [Brochure]. <https://www.uzgent.be/sites/default/files/2025-01/zwangerschapsverlies.pdf>

Verordening van 13 december 2007 betreffende de aanleg van een stille kinderweide op de gemeentelijke begraafplaatsen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. (2007). [https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article.pl?language=nl&sum\\_date=2025-12-24&pd\\_search=2008-01-10&numac\\_search=2007031564&page=1&lg\\_txt=N&caller=list&2007031564=6&view\\_numac=&text1=kinderweide&choix1=en&choix2=en&fr=f&nl=n&du=d&trier=afkondiging](https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article.pl?language=nl&sum_date=2025-12-24&pd_search=2008-01-10&numac_search=2007031564&page=1&lg_txt=N&caller=list&2007031564=6&view_numac=&text1=kinderweide&choix1=en&choix2=en&fr=f&nl=n&du=d&trier=afkondiging)

Vlaamse Overheid. (z.d.). *Bijna twee derde van de Vlaamse gemeenten heeft sterrenweide of speciale herdenkingsplek voor overleden kinderen*. Geraadpleegd op 21 december 2025, van <https://www.vlaanderen.be/lokaal-bestuur/begraving-en-crematie/bijna-twee-derde-van-de-vlaamse-gemeenten-heeft-sterrenweide-of-speciale-herdenkingsplek-voor-overleden-kinderen>

Vlaamse Overheid. (z.d.). *Geboorteaangifte*. Geraadpleegd op 21 december 2025, van <https://www.vlaanderen.be/geboorteaangifte>

Vlaamse Overheid. (z.d.). *Overlijdensaangifte van een doodgeboren kind*. Geraadpleegd op 21 december 2025, van <https://www.vlaanderen.be/overlijdensaangifte-van-een-doodgeboren-kind>

Vlaamse Overheid. (z.d.). *Vervoer stoffelijke overschotten*. Geraadpleegd op 21 december 2025, van <https://www.vlaanderen.be/lokaal-bestuur/begraving-en-crematie/vervoer-stoffelijke-overschotten>

Warland, J., & Glover, P. (2018). Tertiary education regarding stillbirth for student midwives: The tears 4 SMS project. *Women And Birth*, 32(3), e409–e412. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.018>

Wet van 15 oktober 2018 betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking, tot opheffing van de artikelen 350 en 351 van het Strafwetboek, tot wijziging van de artikelen 352 en 383 van hetzelfde Wetboek en tot wijziging van diverse wetsbepalingen. (2018). [https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2018101503&table\\_name=wet](https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2018101503&table_name=wet)

Wheeler, L., Fragkiadaki, E., Clarke, V., & DiCaccavo, A. (2022). ‘Sunshine’, ‘angels’ and ‘rainbows’: language developed by mothers bereaved by perinatal loss. *British Journal Of Midwifery*, 30(7), 368–374. <https://doi.org/10.12968/bjom.2022.30.7.368>

World Health Organization. (2022). *Abortion care guideline*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349316/9789240039483eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

World Health Organization: WHO. (2019, 10 december). *Stillbirth*. <https://www.who.int/health-topics/stillbirth>

---

DISCLAIMER: Bij het schrijven van deze bachelorproef werd gebruikgemaakt van een AI-tool (*ChatGPT*) ter ondersteuning bij het herformuleren van tekstgedeelten in een academische schrijfstijl.

# Bijlagen

A. Praktijkdeel

## Bijlage A: Praktijkdeel

### FLOWCHART DEBRIEFING NA PERINATAAL VERLIES

#### VOORWAARDEN

- vrijwillig
- veilig
- facilitator

#### T - TARGET

- doel & focus

⋮

#### A - ANALYSIS

- GEEN oordeel
- wat goed / beter

⋮

#### L - LEARNING

- reflectie
- leerpunten

⋮

#### K - KEY ACTIONS

- afspraken
- opvolging

#### AFRONDING & NAZORG

- emoties
- doorverwijzing

Gebaseerd op: Diaz-Navarro et al. (2021); Scott et al. (2021); Evans et al. (2023); Meguerdichian et al. (2024).

