



rijksuniversiteit  
groningen

# Professionele hulpbehoefte van nabestaanden met verschillende rouwniveaus

*Amber Steenstra*

Masterthese – Clinical Forensic Psychology and Victimology

S5303311

Februari 2023

Vakgroep Psychologie

Rijksuniversiteit Groningen

Thesebegeleider: dr. M. C. Eisma

Een masterthese is een proeve van bekwaamheid voor studenten. De goedkeuring van de masterthese is het bewijs dat de student over voldoende onderzoeks- en rapportagevaardigheden beschikt om af te studeren, maar biedt geen garantie voor de kwaliteit van het onderzoek en de resultaten van het onderzoek als zodanig, en de masterthese is dan ook niet zonder meer geschikt om als academische bron te worden gebruikt om naar te verwijzen.

Indien u meer wilt weten over het in deze masterthese besproken onderzoek en eventueel daarop gebaseerde publicaties, waarnaar u zou kunnen verwijzen, kunt u contact opnemen met de genoemde begeleider.

## Samenvatting

Om de toewijzing van rouwinterventies te ondersteunen, is er zowel een begrip van het risico op een persisterende rouwstoornis als de professionele hulpbehoefte van nabestaanden nodig. Uit onderzoek blijkt dat interventies het effectiefst zijn wanneer deze worden aangeboden aan nabestaanden met ernstige rouwniveaus en wanneer nabestaanden hier zelf gemotiveerd voor zijn. Een beter begrip van de professionele hulpbehoeftes zal ervoor kunnen zorgen dat professionele hulp zich richt op degenen die hier het meest van zouden profiteren. Het doel van deze studie is te verhelderen in welke mate nabestaanden met verschillende rouwniveaus een professionele hulpbehoefte hebben en welke factoren (leeftijd, verliezen kind, onverwacht verlies) eventuele verschillen kunnen verklaren. Participanten zijn geworven via een website van een mentale gezondheidsorganisatie waar zij een zelftest invulden ( $n = 6490$ ). De gemiddelde leeftijd was 45.27 jaar en 82% was vrouw. Participanten werden onderverdeeld in vier groepen gebaseerd op de ernst en duur van de persisterende rouwstoornis in de DSM-5-TR. De groepen met lage acute rouw ( $n = 2017$ ), hoge acute rouw ( $n = 1529$ ), niet-klinische rouwniveaus ( $n = 1569$ ), en klinische rouwniveaus ( $n = 944$ ) werden vergeleken. Alle groepen verschilden significant van elkaar in professionele hulpbehoefte behalve de groepen met lage acute rouw en niet-klinische rouwniveaus. Daarnaast lijkt het hebben van meer professionele hulpbehoefte deels te komen door het ervaren van een onverwacht verlies. Limitaties zijn de gekozen wervingsmethode, het gebruik van zelfrapportage en het meten van professionele hulpbehoefte met één item. Desondanks, lijken nabestaanden met ernstige niveaus van rouw (hoge acute rouw of klinische rouwniveaus) meer professionele hulpbehoefte te hebben dan nabestaanden met lage rouwniveaus (lage acute rouw of niet-klinische rouwniveaus). Dit biedt enige ondersteuning voor de selectieve toewijzing van (preventieve) interventies aan nabestaanden met ernstige rouwniveaus, ongeacht de tijd sinds het verlies.

*Sleutelwoorden:* acute rouw, persisterende rouw, professionele hulpbehoefte, interventies

## **Professionele hulpbehoefte van nabestaanden met verschillende rouwniveaus**

Bijna iedereen maakt op enig moment in het leven een verlies van een dierbare mee. Rouw is de natuurlijke reactie op een dergelijk verlies. Acute rouw treedt op vlak nadat het overlijden heeft plaatsgevonden en wordt gekenmerkt door onder andere een intens verlangen naar de dierbare, gevoelens van verdriet en ongeloof, en een verstoring in de identiteit en sociale rol (Boelen, 2016). Bij ongeveer de helft van de nabestaanden neemt de intensiteit van de rouwreacties geleidelijk af (Jordan & Litz, 2014). Langzaam verzoent de nabestaande zich ermee dat de dierbare er niet meer is en om het verdriet heen ontstaat er ruimte voor nieuwe activiteiten en relaties.

Bij een minderheid van de nabestaanden neemt de intensiteit van de rouwreacties echter niet af en zij lopen het risico op het ontwikkelen van verstoorde rouw: het langdurig ervaren van ernstige rouwreacties die voor significant lijden en/of disfunctioneren in het dagelijks leven zorgen (Boelen & Lenferink, 2020). Bij ongeveer 10% van de nabestaanden van een natuurlijk verlies raakt de rouw verstoord (Lundorff et al., 2017). Verstoorde rouw is recent toegevoegd aan de DSM-5-TR (American Psychological Association [APA], 2022) in de vorm van de persisterende rouwstoornis. Dit wordt gekenmerkt door een intens verlangen naar de overledene en/of een aanhoudende preoccupatie met de overledene, gecombineerd met ten minste drie andere symptomen zoals een sterk ongeloof van het overlijden, een gevoel van zinloosheid in het leven, of emotionele onthechting van anderen. Voor het classificeren van persisterende rouw moet het verlies minimaal 12 maanden geleden hebben plaatsgevonden en moeten de symptomen significante lijdensdruk veroorzaken en/of het functioneren van de nabestaande ernstig belemmeren. De persisterende rouwstoornis wordt in verband gebracht met een negatief welbevinden, suïcidale neigingen en depressieve symptomen (Prigerson et al., 2021). Enkele factoren die het risico op persisterende rouw verhogen zijn het verliezen van een kind, het ervaren van een onverwacht verlies, en het

ervaren van een gewelddadig verlies (Lobb et al., 2010).

Teneinde om te gaan met het verlies en de gevolgen daarvan, zoeken nabestaanden dikwijls enige vorm van steun (De Keijser, 2004; Hastings et al., 2007). Nabestaanden zoeken de meeste steun in de eigen kring bij vrienden en familie (Aoun et al., 2015), maar steun kan ook buiten de eigen sociale kring worden gezocht. Nabestaanden kunnen bijvoorbeeld aansluiten bij lotgenootgroepen, participeren op online forums, of hulpverleners zoals een huisarts of een psycholoog benaderen. Professionele psychologische hulp wordt het meeste gezocht door nabestaanden met klinische niveaus van rouw (Aoun et al., 2015). Er blijkt echter een grote groep nabestaanden te zijn die wel behoefte heeft aan professionele hulp maar deze niet gebruikt (Lenferink et al., 2021; Lichtenthal et al., 2015). Nabestaanden denken bijvoorbeeld dat professionele hulp niet nodig is, dat de klachten vanzelf zullen overgaan, of zij zijn van mening dat niemand gepaste hulp kan bieden. Het is mogelijk dat deze barrières bestaan doordat het algemene publiek nog onbekend is met de persisterende rouwstoornis. Het verhelderen van de hulpbehoeften van verschillende groepen nabestaanden zal zodoende kunnen bijdragen aan een betere toewijzing van professionele hulp.

Om deze toewijzing te ondersteunen, is er zowel een begrip van het risico op een persisterende rouwstoornis als de professionele hulpbehoefte van nabestaanden zelf nodig. Er is een stapsgewijze benadering van hulpverlening voorgesteld waarbij de aangewezen hulp passend is bij de ernst van de rouwklachten (Aoun et al., 2012; Aoun et al., 2015; National Institute for Clinical Excellence, 2004). De eerste laag bevat toegang tot informatie over rouw beschikbaar voor alle nabestaanden. Hierbij wordt erkend dat de meerderheid van de nabestaanden in staat is om op een adequate manier met rouw om te gaan en dat voor hen steun binnen het eigen sociale netwerk volstaat. De tweede laag bevat laagdrempelige vormen van hulp zoals ondersteuning van bijvoorbeeld een huisarts of palliatieve zorgmedewerkers. Nabestaanden met een verhoogd risico op persisterende rouw (voldoen nog niet aan alle

criteria), zouden profiteren van de mogelijkheden tot zelfreflectie, emotionele expressie en hulp bij het opnieuw opstarten van dagelijkse bezigheden en sociaal contact met anderen (Harrop et al., 2020). De derde laag bestaat uit rouwinterventies en is gericht op nabestaanden met ernstige symptomen die een hoog risico lopen op een persisterende rouwstoornis.

De meta-analyse van Currier en collega's (2008) naar rouwinterventies ondersteunt het gegeven dat psychotherapeutische rouwinterventies het effectiefst zijn wanneer zij worden aangeboden aan nabestaanden die hoge niveaus van rouw ervaren. Universeel aangeboden interventies leken zelfs ineffectief te zijn (Currier et al., 2008). Schut en Stroebe (2005) vonden in hun overzichtsartikel naar de effectiviteit van rouwinterventies ook minimale tot geen effectiviteit voor interventies bij individuen met normale niveaus van rouw. Het aanbieden van de interventie zou rouw kunnen problematiseren doordat dit het natuurlijke rouwproces zou verstoren als zij te snel na het verlies worden aangeboden, en het zou emotionele stress zelfs kunnen verhogen. Daarnaast zou het kunnen interfereren met bestaande, meer laagdrempelige vormen van hulp die ook zouden volstaan (Waller et al., 2016; Wittouck et al., 2011). Bij nabestaanden met hevige acute rouw wordt echter wel een vermindering in rouwklachten gevonden wanneer zij deelnemen aan een computer geassisteerde cognitieve gedragstherapie (Litz et al., 2014).

Nabestaanden met ernstige rouw (in de acute fase van rouw of daarna) lijken vooralsnog dus het meest te profiteren van interventie. Selectieve toewijzing van interventies lijkt daarom doeltreffender te zijn dan het aanbieden van rouwinterventies aan alle nabestaanden. Op deze manier zal de professionele hulpverlening zich meer kunnen richten op degenen met ernstigere rouwklachten. Dit kan dientengevolge ertoe leiden dat professionele hulp niet ongevraagd wordt aangeboden aan degenen waarvan bekend is dat zij hier weinig van zouden profiteren en waardoor rouw mogelijk geïnterferend zou worden.

De huidige studie zal daarom onderzoeken of er een verschil bestaat in professionele

hulpbehoefte tussen nabestaanden met verschillende niveaus van rouw. Er zal onderscheid gemaakt worden tussen vier groepen gebaseerd op de ernst en duur van de klachten, waarbij het tijds criterium van de persisterende rouwstoornis in de DSM-5-TR richtinggevend is. De eerste groep betreft nabestaanden met lage acute rouw, zij hebben lage niveaus van rouw en het verlies vond minder dan 12 maanden geleden plaats. De tweede groep bestaat uit nabestaanden met hoge acute rouw, zij hebben hoge rouwniveaus en het verlies vond eveneens minder dan 12 maanden geleden plaats. De derde groep betreft nabestaanden met niet-klinische rouwniveaus, zij hebben lage rouwniveaus en het verlies vond langer dan 12 maanden geleden plaats. Ten slotte is er een groep nabestaanden met klinische rouwniveaus, waarbij het verlies ook langer dan 12 maanden geleden heeft plaatsgevonden.

Er wordt verwacht dat de groep met lage acute rouw en de groep met niet-klinische rouwniveaus de minste professionele hulp behoeven omdat er wordt verwacht dat zij op eigen krachten met hun rouw kunnen omgaan en informele steun voldoende is (Aoun et al., 2015; Schut & Stroebe, 2005). Er wordt verwacht dat de groep met hoge acute rouw meer professionele hulp heeft omdat voor hen het risico op het ontwikkelen van een persisterende rouwstoornis het grootst is (Litz et al., 2014). Daarnaast wordt er verwacht dat de groep met klinische rouwniveaus de sterkste professionele hulpbehoefte heeft (Aoun et al., 2015). Bovendien blijkt uit de literatuur dat zowel het verliezen van een kind als het ervaren van een onverwacht verlies samenhangen met een hogere professionele hulpbehoefte (Aoun et al., 2015; Lobb et al., 2010). Leeftijd blijkt tevens negatief geassocieerd te zijn met professionele hulpbehoefte (Lenferink et al., 2021). Daarom zal worden onderzocht of deze factoren een mogelijk verschil in professionele hulpbehoefte tussen de groepen kunnen verklaren. Er wordt verwacht dat deze factoren eventuele verschillen (deels) kunnen verklaren.

## **Methoden**

## **Design**

De huidige studie betreft een cross-sectioneel onderzoek waarbij gebruik is gemaakt van data verzameld in voortdurend onderzoek naar langdurige rouw (Eisma & Tamminga, 2020, 2022; Eisma et al., 2021). Het onderzoek is goedgekeurd door de Ethische Commissie van de Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen (PSY-1819-S-0175). Data is verzameld van juli 2019 tot en met juli 2022. In deze periode kwam ook het COVID-19 virus op.

## **Procedure**

Volwassen nabestaanden die een verlies hebben meegemaakt zijn geworven via de website van Psychologen Nederland ([www.psyned.nl](http://www.psyned.nl)) waar zij een online zelftest konden invullen voor de persisterende rouwstoornis volgens de DSM-5 (APA, 2013). Voordat participanten de zelftest invulden, kregen zij informatie te lezen over de inhoud van de studie (bijv. doel en procedure onderzoek, vertrouwelijkheid gegevens, vrijwilligheid van deelname). Wanneer zij deel wilden nemen, gaven zij toestemming voor het gebruik van hun gegevens. De zelftest kan ook ingevuld worden wanneer er geen toestemming wordt gegeven, de gegevens worden dan niet opgeslagen. Om de uitslag van de zelftest te kunnen zien moeten participanten alle vragen invullen. De uitslag bevat een indicatie of zij waarschijnlijk aan de criteria van de persisterende rouwstoornis voldoen en zij ontvangen advies over mogelijk te nemen vervolgstappen. Bij het advies wordt een disclaimer gegeven dat voor het stellen van een diagnose uitgebreider psychologisch onderzoek nodig is van een professionele hulpverlener.

De zelftest bevat 39 vragen. Participanten worden, wanneer zij meerdere verliezen hebben ervaren, gevraagd de vragenlijst in te vullen over het verlies dat het meest in hun gedachten is en/of als het meest ingrijpend wordt ervaren. Participanten kunnen de zelftest invullen op een computer, tablet of smartphone en het invullen duurt ongeveer drie minuten.



## **Participanten**

Er waren gegevens beschikbaar van 7211 participanten. Na het verwijderen van duplicaten ( $n = 375$ ) en minderjarigen ( $n = 346$ ), bleven er 6490 participanten over. Hiervan zijn er 5292 vrouw (82%), 1172 man (18%), en 26 participanten (0%) categoriseren zichzelf als anders. De leeftijd van de participanten varieert van 18 tot 90 jaar ( $M = 45.27$  en  $SD = 15.56$ ). Driekwart van de participanten heeft iemand verloren aan een natuurlijke dood; de tijd sinds het verlies is gemiddeld ruim twee jaar geleden; en de meerderheid van de participanten verloor een partner of ouder. Het verlies werd het vaakst als onverwacht ervaren. Voor alle steekproefgegevens zie Tabel 1.

## **Meetinstrumenten**

De zelftest bevat vragen over sociodemografische kenmerken (leeftijd, gender), verlieskenmerken (doodsoorzaak, aantal maanden sinds het verlies, relatie met overledene, verwachting van het verlies, beloop rouwklachten), tevredenheid met sociale steun, professionele hulpbehoefte, en vragen over persisterende rouwsymptomen. Vragen omtrent omstandigheden van het verlies ten tijde van de COVID-19 pandemie zijn later toegevoegd aan de vragenlijst. Deze vragen worden niet meegenomen in dit onderzoek, net zomin als de vragen over het beloop van de rouwklachten en de tevredenheid met sociale steun.

Persisterende rouwsymptomen worden gemeten aan de hand van de Traumatic Grief Inventory-Self Report Plus (TGI-SR+; Lenferink et al., 2022). Dit is een zelfrapportagevragenlijst met 22 items die rouwreacties meten (Bijvoorbeeld: “Ik voelde een zeer sterk verlangen naar hem/haar”). Deelnemers worden gevraagd om bij elk item aan te geven in hoeverre de betreffende rouwreactie in de afgelopen maand van toepassing was op een 5 punt Likertschaal variërend van 1 (*nooit*) tot 5 (*altijd*). Om met de TGI-SR+ te screenen voor de persisterende rouwstoornis volgens de DSM-5-TR wordt een score van 4 of 5 op een item beschouwd als indicatie voor de aanwezigheid van het rouwsymptoom dat door het item

wordt gerepresenteerd (Lenferink et al., 2022). Items 1 en 3 representeren het B-criterium (intens verlangen of preoccupatie met overledene). Het C-criterium (cognitieve, emotionele en gedragsmatige gevolgen) wordt gerepresenteerd door items 2, 6, 8, 9, 10, 11, 18, 19, en 21. Items 2 en 8 representeren echter hetzelfde symptoom (intense emotionele pijn gerelateerd aan het overlijden). Daarom wordt de hoogste score van de twee items gebruikt als indicatie van de ernst van het symptoom. Het D-criterium (lijdensdruk en/of beperkingen in functioneren) wordt gerepresenteerd door item 13. Volgens de DSM-5-TR persistente rouwcriteria moet de participant tenminste 1 symptoom hebben van het B-criterium, tenminste 3 van de 8 symptomen hebben van het C-criterium, en het symptoom van het D-criterium hebben. Bovendien moet het verlies minimaal 12 maanden geleden hebben plaatsgevonden (tijds criterium, dit wordt gemeten met één vraag uit de zelftest). De groep met lage acute rouw voldoet niet aan alle symptoomcriteria en niet aan het tijds criterium; de groep met hoge acute rouw voldoet aan de symptoomcriteria maar niet aan het tijds criterium; de groep met niet-klinische rouw voldoet niet aan alle symptoomcriteria maar wel aan het tijds criterium; en tot slot voldoet de groep met klinische rouwniveaus aan alle criteria van de persistente rouwstoornis.<sup>1</sup> Lenferink en collega's (2022) hebben een McDonalds  $\omega$  van .92 als maat voor de betrouwbaarheid gerapporteerd voor de TGI-SR+ items die persistente rouwstoornis meten volgens de DSM-5-TR. In de huidige studie is de betrouwbaarheid van deze items met Cronbachs  $\alpha$  gemeten en dit leverde een goede betrouwbaarheid op (Evers et al., 2009),  $\alpha = .87$ .

Professionele hulpbehoefte wordt gemeten met één vraag uit de zelftest. Deelnemers geven aan in hoeverre zij psychologische hulp bij hun rouwproces wensen op een 5 punt

---

<sup>1</sup> Hoewel de ernst en de duur van de symptomen van persistente rouw in de DSM-5-TR zijn gebruikt voor het classificeren van de participanten in groepen, is diagnosticeren niet mogelijk aan de hand van zelfrapportage. Mogelijk hebben sommige participanten een persistente rouwstoornis, maar voor het stellen van een diagnose is een gestructureerd diagnostisch interview nodig van een professioneel zorgverlener.

Likertschaal variërend van 1 (*zeer weinig of niet*) tot 5 (*zeer veel*). Leeftijd wordt gemeten met één open vraag waarin participanten hun leeftijd in jaren invullen. Relatie met overledene wordt gemeten met één vraag waarin participanten aanvinken wat hun relatie is (partner, ouder, kind, broer of zus, ander familielid, of vriend). Verwachting van het verlies wordt gemeten met één vraag waarin participanten aanvinken of het verlies verwacht, onverwacht, zowel verwacht als onverwacht, of geen van beide, was.

### **Data-analyse**

De data worden geanalyseerd in het statistische programma IBM SPSS Statistics (versie 28). Van 431 participanten zijn ofwel geen gegevens beschikbaar over hoelang geleden het verlies heeft plaatsgevonden, ofwel de data was onduidelijk (bijv. twee data ingevoerd, onmogelijke hoeveelheid maanden). Daarom konden zij niet onderverdeeld worden over de groepen en zal van 6059 participanten de professionele hulpbehoefte worden onderzocht. Dit wordt gedaan met een eenweg ANOVA (*Analysis of Variance*) met onafhankelijke groepen. De analyse vergelijkt participanten met lage acute rouw ( $n = 2017$ ), hoge acute rouw ( $n = 1529$ ), niet-klinische rouwniveaus ( $n = 1569$ ), en klinische rouwniveaus ( $n = 944$ ). Post hoc tests met Bonferroni correctie worden uitgevoerd om na te gaan welke groepen van elkaar verschillen. Voor significante groepsverschillen in professionele hulpbehoefte wordt er middels een ANCOVA (*Analysis of Covariance*) onderzocht of leeftijd, het verliezen van een kind, en het ervaren van een onverwacht verlies de verschillen kunnen verklaren. De variabelen relatie met overledene en verwachting van het verlies worden hierom gecodeerd tot dummy variabelen (verliezen kind versus anders; onverwacht verlies versus anders; en verwacht verlies versus anders). Er wordt een alpha waarde van .05 gehanteerd en een betrouwbaarheidsinterval van .95. Hedges'  $g$  wordt berekend als maat voor de effectgrootte. Dit is een variatie van Cohen's  $d$  die corrigeert voor verschillende

groepsgroottes en het effect wordt als klein geïnterpreteerd wanneer  $g = .20$ , medium wanneer  $g = .50$  en groot wanneer  $g = .80$  (Hedges & Olkin, 1985).

## **Resultaten**

### **Assumptiechecks**

Alvorens de analyses uit te voeren worden de assumpties van een ANOVA en ANCOVA gecontroleerd. De Shapiro-Wilk test toonde significante afwijking aan van normale distributie van de scores voor alle vier de groepen ( $ps < .001$ ), maar na visuele inspectie van de histogram en de beschrijvende statistieken lijkt normaliteit slechts mild te zijn geschonden. Vier participanten uit de groep met klinische rouwniveaus werden als uitschieters herkend omdat zij geen professionele hulpbehoefte hebben. Deze scores passen echter binnen het bereik van de scores en leken reëel gegeven het feit dat sommige mensen die lijden aan ernstige rouw geen hulpvraag hebben (Lenferink et al., 2021). Daarom zijn deze scores behouden. De assumptie van homogeniteit van variantie is volgens Levene's test geschonden ( $p < .001$ ). ANOVA is echter redelijk robuust tegen deze schending wanneer de steekproef groot is en de ratio tussen de grootste en kleinste variantie van de groepen kleiner dan 1.5 is, mits de groepen ongeveer even groot zijn. De ratio blijkt maximaal 1.29 te zijn, maar omdat de groepen niet van dezelfde grootte zijn is er na de ANOVA een non-parametrische test (Kruskal-Wallis test) uitgevoerd. Beide testen gaven dezelfde uitkomsten en daarom worden alleen de resultaten van de parametrische tests gerapporteerd. Ten aanzien van de ANCOVA, is er aan de assumptie van afwezigheid van multicollineariteit tussen de covariaten voldaan ( $r's < .4$ ), en ook aan de assumptie van lineariteit tussen de covariaten en de afhankelijke variabelen, is voldaan. De assumptie van homogeniteit van regressiehellingen is gecontroleerd door interactietermen op te vragen. De variabele leeftijd en de dummy variabele verwacht verlies (vs. anders) voldeden niet aan de assumptie (significante

interactietermen). Daarom is leeftijd verwijderd uit de analyse en is de variabele verwachting van het verlies versimpeld tot één dummy variabele, namelijk onverwacht verlies (vs. anders).

### **Beschrijvende analyses**

Tabel 1 toont beschrijvende statistieken over de participanten voor alle groepen. In alle groepen is de verdeling van man, vrouw, en anders ongeveer gelijk, evenals de gemiddelde leeftijd van de participanten. Het aandeel van nabestaanden die een dierbare heeft verloren aan een natuurlijke dood is het hoogst in de groep met lage acute rouw, terwijl het aandeel van nabestaanden die een dierbare heeft verloren aan een onnatuurlijke dood het hoogst is in de groep met klinische rouwniveaus. Vergeleken de groep met lage acute rouw of niet-klinische rouwniveaus, verloren participanten in de groep met hoge acute rouw en klinische rouwniveaus vaker een kind en was het verlies vaker onverwacht.

De verdeling van professionele hulpbehoefte binnen de groepen wordt weergegeven in Tabel 2. In de groep met lage acute rouw heeft 55% van de participanten ten minste enigszins professionele hulpbehoefte; in de groep met hoge acute rouw geldt dit voor 75% van de participanten; in de groep met niet-klinische rouwniveaus voor 59% van de participanten; en in de groep met klinische rouwniveaus voor 77% van de participanten.

### **Hoofdanalyses**

#### ***ANOVA***

De uitkomst van de ANOVA toonde aan dat er een significant verschil bestaat in professionele hulpbehoefte tussen de vier groepen,  $F(3, 6055) = 166.01, p < .001$ . Tabel 3 toont de groepsverschillen. De groep met lage acute rouw heeft de minste professionele hulpbehoefte ( $M = 2.43, SD = 1.03$ ), waarna de groep met niet-klinische rouwniveaus volgt ( $M = 2.51, SD = 1.08$ ). De groep met hoge acute rouw heeft meer professionele hulp ( $M = 3.02, SD = 1.12$ ), en tot slot heeft de groep met klinische rouwniveaus de meeste hulpbehoefte ( $M = 3.19, SD = 1.17$ ). Post-hoc tests met Bonferroni correctie toonden aan dat alle

groepsverschillen in professionele hulpbehoefte significant zijn ( $ps < .05$ ), behalve tussen de groep met lage acute rouw en de groep met niet-klinische rouwniveaus ( $p = .19$ ). De groep met klinische rouwniveaus vergeleken de groep met lage acute rouw ( $p < .001$ ,  $g = .70$ ), en vergeleken de groep met niet-klinisch rouwniveau ( $p < .001$ ,  $g = .61$ ), verschillen significant het meest van elkaar. De groep met klinische rouwniveaus verschilt significant het minst in professionele hulpbehoefte met de groep met hoge acute rouw ( $p = .002$ ,  $g = .14$ ). In lijn met de verwachting lijken de groepen met lage acute rouw en niet-klinische rouwniveaus de minste professionele hulpbehoefte te hebben, waarna de groep met hoge acute rouw meer professionele hulp behoeft, en de groep met klinische rouwniveaus de meeste professionele hulpbehoefte heeft.

### **ANCOVA**

De uitkomst van de ANCOVA toonde aan dat na het controleren voor de relatie met overledene en de verwachting van het verlies, er een significant verschil bleef bestaan in professionele hulpbehoefte tussen de groepen,  $F(3, 6052) = 154.44$ ,  $p < .001$ . Het verliezen van een kind (vs. anders) toonde geen significant effect op het verschil in professionele hulpbehoefte ( $p = .33$ ), maar een onverwacht verlies toonde wel een significant effect ( $p < .001$ ) en verklaart 2% van de variantie in professionele hulpbehoefte.

Paarsgewijze vergelijkingen met Bonferroni correctie toonden aan dat ook na het controleren voor de covariaten alle groepen van elkaar verschillen ( $ps < .005$ ), behalve de groep met lage acute rouw versus de groep met klinische rouwniveaus ( $p = .27$ ). Zie ook Tabel 3. Significante effecten zijn klein tot middelgroot (.14 tot .68).

De effecten van de tot dummy gecodeerde covariaten op professionele hulpbehoefte worden weergegeven in Tabel 4. Het verliezen van een kind (vs. anders) toonde in alle groepsvergelijkingen geen significant effect op het verschil in professionele hulpbehoefte. Het ervaren van een onverwacht verlies (vs. anders) heeft een significant effect op het verschil in

professionele hulpbehoefte in alle groepsvergelijkingen behalve tussen de groepen met niet-klinische en klinische rouwniveaus ( $p = .23$ ). Een onverwacht verlies (vs. anders) verklaart 6% van het verschil in professionele hulpbehoefte tussen de groepen met lage acute rouw en hoge acute rouw ( $F(1, 3542) = 15.16, p < .001, \eta_p^2 = .004$ ). Tussen de groepen met lage acute rouw en klinische rouwniveaus verklaart deze variabele 3% van het verschil in professionele hulpbehoefte ( $F(1, 2957) = 8.81, p = .003, \eta_p^2 = .003$ ). Tussen de groepen met hoge acute rouw en niet-klinische rouwniveaus verklaart deze variabele 4% van het verschil in professionele hulpbehoefte ( $F(1, 3094) = 5.29, p = .02, \eta_p^2 = .002$ ). Ten slotte verklaart deze variabele 60% van het verschil in professionele hulpbehoefte tussen de groepen met hoge acute rouw en klinische rouwniveaus ( $F(1, 2469) = 8.43, p = .004, \eta_p^2 = .003$ ).

### **Discussie**

Het doel van deze studie was te verhelderen in welke mate nabestaanden met verschillende rouwniveaus een professionele hulpbehoefte hebben en welke factoren eventuele groepsverschillen konden verklaren. Nabestaanden werden onderverdeeld over vier groepen naargelang de ernst en duur van hun klachten. De resultaten wezen uit dat nabestaanden met weinig tot geen rouwklachten (lage acute rouw of niet-klinische rouwniveaus) significant minder professionele hulpbehoefte lijken te ervaren dan nabestaanden met veel rouwklachten (hoge acute rouw of klinische rouwniveaus). Deze effecten waren middelgroot. De groepen met lage acute rouw en niet-klinische rouwniveaus verschilden niet significant van elkaar. Daarentegen verschilden de groep met hoge acute rouw en klinische rouwniveaus wel significant van elkaar in hulpbehoefte, hoewel dit effect klein was. Dit was in lijn met de verwachting, daar nabestaanden met klinische niveaus van rouw al voor een langere periode klachten ervaren.

### **Bevindingen en klinische implicaties**

De bevinding dat nabestaanden met hoge acute rouw en klinische rouwniveaus veel professionele hulpbehoefte hebben komt overeen met eerder onderzoek (Aoun et al., 2015; Lichtenthal et al., 2011) en is belangrijk voor de toewijzing van interventies. Behalve dat interventies namelijk het effectiefst lijken te zijn wanneer deze worden aangeboden aan nabestaanden met ernstige rouwklachten (Currier et al., 2008, Wittouck et al., 2011), zijn interventies ook het effectiefst zijn wanneer deze niet ongevraagd worden aangeboden maar nabestaanden hier zelf gemotiveerd voor zijn (Waller et al., 2016; Wittouck et al., 2011). Hoewel in deze studie geen diagnoses gesteld konden worden, lijkt het belang te worden onderstreept om in de toewijzing van interventies niet alleen te letten op het behandelen van een persisterende rouwstoornis, maar ook op de preventie ervan bij nabestaanden met ernstige rouwklachten in de acute fase van rouw. Een voorbeeld van een preventieve interventie die effectief is gebleken in het verminderen van rouwklachten bij deze doelgroep, is een computer geassisteerde cognitieve gedragstherapie (Litz et al., 2014). In de studie van Eklund en collega's (2020, 2022) bleek een zelfmanagement app gebaseerd op cognitieve gedragstherapie effectief in het verminderen van rouwklachten bij nabestaanden met matige tot ernstige rouwklachten die voorbij de acute fase van rouw waren (verlies  $\geq$  12 maanden). Deelnemers gaven aan de app vooral aan het begin van het rouwproces behulpzaam te hebben gevonden. Terwijl eerder onderzoek uitwees dat het te vroeg aanbieden van interventies zou kunnen interfereren met het natuurlijke rouwproces of met meer laagdrempelige vormen van hulp, is het mogelijk dat het laagdrempelige karakter van deze interventies ze effectief maakt (zoals psycho-educatie, huiswerk oefeningen, aanleren van copingvaardigheden).

Hoewel de nadruk nu vooral ligt op nabestaanden die de meeste professionele hulpbehoefte hebben, bleek in deze studie dat een merendeel van de participanten met weinig tot geen rouwklachten ook enigszins behoefte lijkt te hebben aan professionele hulp terwijl dit niet zou worden verwacht. Dit kan het gevolg zijn van het indelen van de participanten op



basis van de DSM-5-TR-criteria, in plaats van het gebruiken van een totaalscore waarmee de ernst van rouw op een continuüm wordt gepresenteerd. Hierdoor worden participanten in dezelfde groep ingedeeld, terwijl zij allemaal verschillende combinaties (en ernst) van symptomen hebben. Het kan echter ook betekenen dat de (informele) steun die ze nu ontvangen niet volstaat of dat er in de praktijk weinig universele informatie (psycho-educatie) over het rouwproces beschikbaar is waarvan zij zouden kunnen profiteren (Aoun et al., 2015). Daarentegen bleek er een groep nabestaanden te zijn met ernstige rouwniveaus waarvan werd verwacht dat zij behoefte zouden hebben professionele hulp, maar die hier weinig tot geen behoefte aan hebben. Het is mogelijk dat zij zich niet bewust zijn van de maladaptieve symptomen en de ernst ervan, misschien bang zijn voor het stigma dat rondom het vragen van mentale steun hangt, of om verschillende redenen geloven ze dat ze geen hulp nodig hebben (Johnson et al., 2009; Lenferink et al., 2021). Persisterende rouw kan echter gepaard gaan met verminderd welbevinden, suïcidale neigingen, en langdurig belemmerd dagelijks functioneren (Prigerson et al., 2021), en de kans dat de klachten verdwijnen met het verstrijken van de tijd is klein (Ott, 2003). Dit heeft niet alleen gevolgen voor het welzijn van het individu maar ook voor de maatschappij. Uit onderzoek van het Landelijk Steunpunt Verlies (LSV, 2019) bleek bijvoorbeeld dat nabestaanden van een ingrijpend verlies na een sterfgeval van een kind, partner, of ouder gemiddeld 143 dagen niet werkten en dit ziekteverzuim gaat gepaard met hoge kosten (Faun et al., 2022; Stephen et al., 2015). Bovenstaande onderstreept het belang van het vergroten van de kennis over het normale en pathologische beloop van rouw waardoor er meer bewustzijn wordt gecreëerd dat persisterende rouw een serieuze aandoening is waarvoor effectieve (preventieve) interventies beschikbaar zijn (Johannsen et al., 2019).

In deze studie werd tevens onderzocht of enkele factoren (leeftijd, het verliezen van een kind en het ervaren van een onverwacht verlies) het verschil in professionele hulpbehoefte mogelijk konden verklaren. Leeftijd kon echter niet in de analyse meegenomen worden door

een schending van de assumpties van de gekozen statistische toets. Het verliezen van een kind bleek geen significante rol te spelen op het verschil in professionele hulpbehoefte tussen de groepen. Het ervaren van een onverwacht verlies had wel een (klein) significant effect op het verschil in professionele hulpbehoefte tussen groepen, behalve tussen de groepen met niet-klinische en klinische rouwniveaus. Het is mogelijk dat een onverwacht verlies een ingrijpender verlies is waarbij de rouwverwerking gemiddeld langer duurt (October et al., 2018). Het hebben van meer professionele hulpbehoefte lijkt dus deels te kunnen komen door het ervaren van een onverwacht verlies. Dit lijkt overeen te komen met de studie van Lenferink en collega's (2021) waarin 80% van de nabestaanden die een onverwacht verlies hadden meegemaakt psychologische hulp had ontvangen of zou willen. Hoewel het ervaren van een onverwacht verlies ongeveer dezelfde hoeveelheid variantie verklaarde in de significante verschillen in professionele hulpbehoefte, verklaarde het verhoudingsgewijs meer van de verschillen tussen de groepen met hoge acute rouw en klinische rouwniveaus (60%). Het is mogelijk dat dit komt doordat deze twee groepen bijna niet (doch wel significant) van elkaar verschillen in professionele hulpbehoefte, en een onverwacht verlies het risico op persisterende rouw verhoogt (Lobb et al., 2010).

### **Sterke punten en limitaties**

Een sterk punt van deze studie is het vergroten van het inzicht in de omvang van de professionele hulpbehoeftes van nabestaanden. Daarnaast was er sprake van een erg grote steekproef en dit vergroot de power van de analyses. Tevens was er een redelijk gelijke verdeling van participanten over de groepen waardoor de resultaten robuuster zijn. Er zijn echter ook enkele limitaties te benoemen. Ten eerste is de steekproef als gevolg van de gekozen weringsmethode weinig representatief voor de algehele rouwpopulatie. Doordat participanten zijn benaderd via de website van een mentale gezondheidsorganisatie, kan dit ertoe hebben geleid dat de steekproef voornamelijk uit mensen bestaat die al meer

openstonden voor professionele hulp. Hierdoor is het mogelijk dat de resultaten een overschatting geven van de gemiddelde professionele hulpbehoefte in verschillende deelpopulaties. Daarnaast waren vrouwen oververtegenwoordigd in de steekproef. Dit komt echter veel voor in rouwonderzoek (Stroebe et al., 2003), en is mogelijk het gevolg dat vrouwen meer behoefte ervaren om hun emoties te uiten en hierdoor eerder hulp zoeken dan mannen (Stroebe et al., 2001). Ten tweede is een zelfrapportage vragenlijst gebruikt om de participanten in te delen in de groepen en te bepalen of ze mogelijk persisterende rouw hebben. Voor het stellen van diagnoses zijn echter gestructureerde interviews nodig. Ten derde is professionele hulpbehoefte gemeten met één item. Onder ‘psychologische hulp’ kunnen veel verschillende soorten hulp worden verstaan en participanten kunnen dit verschillend hebben geïnterpreteerd. Hierdoor is het ook niet duidelijk aan welke soort psychologische hulp nabestaanden (de meeste) behoefte hebben. Ten vierde betreft het een cross-sectioneel onderzoek waardoor causaliteit van de verklarende factor (onverwacht verlies) niet vastgesteld kan worden. Tot slot is de variabele verwachting van het verlies versimpeld door het maken van een classificatie (onverwacht verlies vs. anders). Onder de referentiegroep valt nu zowel het ervaren van een verwacht verlies als het ervaren van een verlies dat ‘zowel verwacht als onverwacht of beide niet’ was. Hierdoor wordt het ervaren van een onverwacht verlies niet met een duidelijke referentiegroep vergeleken waardoor de resultaten omtrent de rol van de verwachting van het verlies met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden.

### **Suggesties voor vervolgonderzoek**

Vanuit deze limitaties volgen enkele suggesties voor vervolgonderzoek. Ten eerste wordt het gebruik van een representatievere steekproef aangeraden. Door bijvoorbeeld sociale media te gebruiken om participanten te benaderen, bereik je ook een doelgroep die niet reeds op zoek was naar informatie over rouw en hierdoor mogelijk al meer openstond voor hulp.

Daarnaast zou het interessant zijn om te zorgen voor een meer evenredige verhouding mannen/vrouwen in de steekproef om na te gaan of dezelfde resultaten verkregen worden. Bovendien kunnen dan eventuele verschillen in professionele hulpbehoefte tussen mannen en vrouwen met eenzelfde rouwniveau onderzocht worden. Het vragen van hulp is voor mannen namelijk mogelijk een grotere barrière (Stroebe et al., 2001). Ten tweede zouden diagnostische interviews gebruikt moeten worden voor het classificeren van de participanten in de groepen. Ten derde zou er een onderscheid gemaakt moeten worden in verschillende soorten professionele hulp (zoals in Aoun et al., 2015), waaronder ook digitale hulp (zoals een app in Eklund et al., 2020, 2021). Aangezien een groot aandeel van de nabestaanden ten minste enigszins professionele hulpbehoefte lijkt te hebben, zou het interessant zijn om te onderzoeken aan welke aspecten van professionele hulp de meeste behoefte is en om welke redenen. Bijvoorbeeld de behoefte aan meer kennis over rouw, het leren van vaardigheden om emoties te uiten, of hulp bij het herstellen van contact met anderen. Hierdoor wordt het duidelijker waarom deze behoefte bestaat en welke middelen daarvoor ingezet kunnen worden (zoals meer universele psycho-educatie, laagdrempelige interventies) om zoveel mogelijk nabestaanden te bereiken. Ten vierde zou longitudinaal onderzoek causaliteit kunnen vaststellen van eventuele verklarende factoren en zou het beloop van professionele hulpbehoefte aangetoond kunnen worden. Zodoende zal er meer inzicht verkregen worden voor welke groep nabestaanden de hulpbehoefte er al vlak na het verlies was en voor wie deze behoefte pas later komt. Doordat in deze studie de groepen met hoge acute rouw en klinische rouwniveaus significant van elkaar verschilden, zou het ertoe kunnen doen hoelang nabestaanden de klachten ervaren, voordat zij behoefte hebben aan professionele hulp. Longitudinaal onderzoek zou kunnen aantonen of dit werkelijk zo is en of dit verschilt tussen nabestaanden afhankelijk van verlieskenmerken zoals het soort verlies. Ten vijfde zijn er meer studies nodig die het effect van de verwachting van het verlies op het verschil in professionele

hulpbehoefte onderzoeken. Tot slot zou het interessant zijn te onderzoeken welke groep nabestaanden met een hulpbehoefte, ook daadwerkelijk psychologische hulp ontvangt. Dit blijkt namelijk niet altijd een één-op-één relatie te zijn, daar er voor sommige nabestaanden nog barrières bestaan om daadwerkelijk hulp te vragen (Lenferink et al., 2021).

Kortom, deze studie heeft aangetoond dat nabestaanden met ernstige rouwklachten meer professionele hulpbehoefte hebben dan nabestaanden met weinig rouwklachten. Dit biedt enige ondersteuning voor de stapsgewijze benadering van hulpverlening waarbij (preventieve) interventies worden aangeboden aan nabestaanden met hoge niveaus van rouw, ongeacht de tijd sinds het verlies. In deze studie had 64% van de participanten ten minste enigszins een professionele hulpbehoefte, daarom lijkt het essentieel om in kaart te brengen hoe de informatieverstrekking over het normale en afwijkende beloop van rouw hedendaags gebeurt, hoe nabestaanden dit ervaren en welke verschillende soorten professionele hulpbehoeftes zij hebben. Verder onderzoek naar de hulpbehoeftes van nabestaanden zal zodoende bijdragen aan een betere toewijzing van professionele hulp.

## Referenties

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edition). American Psychiatric Association Publishing.  
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edition, text revision). American Psychiatric Association Publishing.  
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Aoun, S. M., Breen, L. J., O'Connor, M., Rumbold, B., & Nordstrom, C. (2012). A public health approach to bereavement support services in palliative care. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 36(1), 14-16.  
<https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.2012.00825.x>
- Aoun, S. M., Breen, L. J., Howting, D. A., Rumbold, B., McNamara B., & Hegney, D. (2015). Who needs bereavement support? A population based survey of bereavement risk and support need. *PloS ONE*, 10(3), Artikel e0121101.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0121101>
- Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. M. (2020). Symptoms of prolonged grief, posttraumatic stress, and depression in recently bereaved people: Symptom profiles, predictive value, and cognitive behavioural correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(6), 765-777. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01776-w>
- Currier, J. M., Neimeyer, R. A., & Berman, J. S. (2008). The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: A comprehensive quantitative review. *Psychological Bulletin*, 134(5), 648-661.  
<https://doi.org/10.1037/00332909.134.5.648>
- De Keijser, J. (2004). Gecomplieerde rouw. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 30(2), 60-69.  
<https://doi.org/10.1007/BF03062068>

- Eisma, M. C., & Tamminga, A. (2020). Grief before and after the COVID-19 pandemic: Multiple group comparisons. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(6), e1-e4. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.10.004>
- Eisma, M. C., Tamminga, A., Smid, G. E., & Boelen, P. A. (2021). Acute grief after deaths due to COVID-19, natural causes and unnatural causes: An empirical comparison. *Journal of Affective Disorders*, 278, 54-56. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.049>
- Eisma, M. C., & Tamminga, A. (2022). COVID-19, natural, and unnatural bereavement: Comprehensive comparisons of loss circumstances and grief severity. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), Artikel 2062998. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2062998>
- Eklund, R., Eisma, M. C., Boelen, P. A., Arnberg, F. K., & Sveen, J. (2021). Mobile app for prolonged grief among bereaved parents: Study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 11(12), Artikel e052763. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052763>
- Eklund, R., Eisma, M. C., Boelen, P. A., Arnberg, F. K., & Sveen, J. (2022). My Grief App for Prolonged Grief in Bereaved Parents: A Pilot Study. *Frontiers in Psychiatry*, 13, Artikel 872314. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.872314>
- Evers, A., Lucassen, W., Meijer, R., & Sijtsma, K. (2009). *COTAN beoordelingssysteem voor de kwaliteit van tests*. Nederlands Instituut van Psychologen. <https://psynip.nl/wp-content/uploads/2021/11/COTAN-Beoordelingssysteem-2010.pdf>
- Faun, H. Van der Kemp, S., Van Oeveren, L., & Steenwijk, J. (2022). *Rouw en werk: Inzichten in behoeften, mogelijkheden en best practices bij het ondersteunen van rouwende medewerkers*. Panteia. <https://open.overheid.nl/repository/ronl-f241b5951a55501656e0ffbb4888675d060eeb9f/1/pdf/bijlage-1-panteia-rouw-en-werk.pdf>

- Harrop, E., Morgan, F., Longo, M., Semedo, L., Fitzgibbon, J., Pickett, S., Scott, H., Seddon, K., Sivell, S., Nelson, A., & Byrne, A. (2020). The impacts and effectiveness of support for people bereaved through advanced illness: A systematic review and thematic synthesis. *Palliative Medicine*, *34*(7), 871-888.  
<https://doi.org/10.1177/0269216320920533>
- Hastings, S. O., Musambira, G. W., & Hoover, J. D. (2007). Community as a key to healing after the death of a child. *Communication and Medicine*, *4*(2), 153-163.  
<https://doi.org/10.1515/CAM.2007.019>
- Hedges, L. V., & Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Academic Press.  
<https://doi.org/10.1016/C2009-0-03396-0>
- Johannsen, M., Damholdt, M. F., Zachariae, R., Lundorff, M., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2019). Psychological interventions for grief in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, *253*, 69-86. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.065>
- Johnson, J. G., First, M. B., Block, S., Vanderwerker, L. C., Zivin, K., Zhang, B., & Prigerson, H. G. (2009). Stigmatization and receptivity to mental health services among recently bereaved adults. *Death Studies*, *33*(8), 691-711.  
<https://doi.org/10.1080/07481180903070392>
- Jordan, A. H., & Litz, B. T. (2014). Prolonged grief disorder: Diagnostic, assessment, and treatment considerations. *Professional Psychology: Research and Practice*, *45*(3), 180-187. <https://doi.org/10.1037/a0036836>
- Landelijk Steunpunt Verlies. (2019). Rouwverzuim. Geraadpleegd op 15 januari 2023, van <https://www.steunbijverlies.nl/index.php/blog/21-blog-steunverhalen/573-rouwverzuim>
- Lenferink, L. I. M., de Keijser, J., Eisma, M. C., Smid, G. E., & Boelen, P. A. (2021).



Treatment gap in bereavement care: (Online) bereavement support needs and use after traumatic loss. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 28(4), 907-916.

<https://doi.org/10.1002/cpp.2544>

Lenferink, L. I. M., Eisma, M. C., Smid, G. E., De Keijser, J., & Boelen, P. A. (2022). Valid measurement of DSM-5 persistent complex bereavement disorder and DSM-5-TR and ICD-11 prolonged grief disorder: The Traumatic Grief Inventory-Self Report Plus (TGI-SR+). *Comprehensive Psychiatry*, 112, Artikel 152281.

<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152281>

Lichtenthal, W. G., Nilsson, M., Kissane, D. W., Breitbart, W., Kacel, E., Jones, E. C., & Prigerson, H. G. (2011). Underutilization of mental health services among bereaved caregivers with prolonged grief disorder. *Psychiatric Services*, 62(10), 1225-1229.

[https://doi.org/10.1176/ps.62.10.pss6210\\_1225](https://doi.org/10.1176/ps.62.10.pss6210_1225)

Litz, B. T., Schorr, Y., Delaney, E., Au, T., Papa, A., Fox, A. B., Morris, S., Nickerson, A., Block, S., & Prigerson, H. G. (2014). A randomized controlled trial of an internet-based therapist-assisted indicated preventive intervention for prolonged grief disorder. *Behavioral Research and Therapy Journal*, 61, 23-24.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.005>

Lobb, E. A., Kristjanson, L. K., Aoun, S. M., Monterosso, L., Halkett, G. K. B., & Davies, A. (2010). Predictors of complicated grief: A systematic review of empirical studies.

*Death Studies*, 34(8), 673-698. <https://doi.org/10.1080/07481187.2010.496686>

Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017).

Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 212, 138-149.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>

National Institute for Clinical Excellence. (2004). *Guidance on cancer services: Improving*

*supportive and palliative care for adults with cancer.*

<https://www.nice.org.uk/guidance/csg4/resources/improving-supportive-and-palliative-care-for-adults-with-cancer-pdf-773375005>

October, T., Dryden-Palmer, K., Copnell, B., & Meert, K. L. (2018). Caring for parents after the death of a child. *Pediatric Critical Care Medicine, 19*(8), 61-68.

<https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000001466>

Ott, C. H. (2003). The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process. *Death Studies, 27*(3), 249-272.

<https://doi.org/10.1080/07481180302887>

Prigerson, H.G., Boelen, P.A., Xu, J., Smith, K.V., & Maciejewski, P.K. (2021). Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-revised (PG-13-R) scale. *World Psychiatry, 20*(1), 96-106. <https://doi.org/10.1002/wps.20823>

Schut, H., & Stroebe, M. (2005). Interventions to enhance adaptation to bereavement. *Journal of Palliative Medicine, 8*(1), 140-147. <https://doi.org/10.1089/jpm.2005.8.s-140>

Stephen, A. I., Macduff, C., Petrie, D. J., Tseng, F. M., Schut, H., Skår, S., Corden, A., Birrell, J., Wang, S., Newsom, C., & Wilson, S. (2015). The economic cost of bereavement in Scotland. *Death Studies, 39*(3), 151-157.

<https://doi.org/10.1080/07481187.2014.920435>

Stroebe, M., Stroebe, W., & Schut, H. (2001). Gender differences in adjustment to bereavement: An empirical and theoretical review. *Review of General Psychology, 5*(1), 62-83. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.5.1.62>

Stroebe, M., Stroebe, W., & Schut, H. (2003). Bereavement research: Methodological issues and ethical concerns. *Palliative Medicine, 17*(3), 235-240.

<https://doi.org/10.1191/0269216303pm768rr>

Waller, A., Turon, H., Mansfield, E., Clark, K., Hobden, B., & Sanson-Fisher, R. (2016).

Assisting the bereaved: A systematic review of the evidence for grief counselling. *Palliative Medicine*, 30(2), 132-148.

<https://doi.org/10.1177/0269216315588728>

Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G., & Van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 69-78. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.005>

**Tabel 1***Sociodemografische- en verlieskenmerken en professionele hulpbehoefte van de vier groepen*

Variabele	Totaal ( <i>n</i> = 6490)	Lage acute rouw ( <i>n</i> = 2017)	Hoge acute rouw ( <i>n</i> = 1529)	Niet-klinische rouwniveaus ( <i>n</i> = 1569)	Klinische rouwniveaus ( <i>n</i> = 944)
Leeftijd (gemiddelde, ( <i>SD</i> )) <sup>a</sup>	45.27 (15.56)	46.81 (15.52)	45.75 (15.01)	43.59 (16.10)	45.70 (15.80)
Gender ( <i>n</i> , %)					
Man	1172, 18%	380, 19%	233, 15%	305, 19%	171, 18%
Vrouw	5292, 82%	1632, 81%	1288, 84%	1259, 80%	766, 81%
Anders	26, 0%	5, 0%	8, 1%	5, 0%	7, 1%
Oorzaak overlijden ( <i>n</i> , %)					
Natuurlijk	4830, 74%	1614, 80%	1127, 74%	1179, 75%	589, 62%
Onnatuurlijk	796, 12%	173, 9%	181, 12%	227, 14%	170, 18%
Anders	864, 13%	230, 11%	221, 14%	163, 10%	185, 20%
Tijd sinds verlies in maanden (gemiddelde, ( <i>SD</i> )) <sup>b</sup>	27.86 (60.50)	4.22 (2.96)	4.18 (2.95)	63.87 (84.90)	56.89 (79.94)
Relatie met overledene ( <i>n</i> , %)					
Partner	1822, 28%	593, 29%	471, 31%	409, 26%	296, 31%
Ouder	2833, 44%	909, 45%	610, 40%	718, 46%	382, 41%
Kind	470, 7%	100, 5%	138, 9%	96, 6%	108, 11%

Variabele	Totaal ( <i>n</i> = 6490)	Lage acute rouw ( <i>n</i> = 2017)	Hoge acute rouw ( <i>n</i> = 1529)	Niet-klinische rouwniveaus ( <i>n</i> = 1569)	Klinische rouwniveaus ( <i>n</i> = 944)
Broer of zus	394, 6%	127, 6%	82, 5%	100, 6%	60, 6%
Ander familielid	633, 10%	183, 9%	135, 9%	169, 11%	64, 7%
Vriend	338, 5%	105, 5%	93, 6%	77, 5%	34, 4%
Verwachting van het verlies ( <i>n</i> , %)					
Verwacht	1070, 16%	408, 20%	179, 12%	297, 19%	123, 13%
Onverwacht	2729, 42%	754, 37%	698, 46%	659, 42%	448, 47%
Beide of geen van beide	2691, 41%	855, 42%	652, 43%	613, 39%	373, 40%
Professionele hulpbehoefte (gemiddelde, ( <i>SD</i> )) <sup>b</sup>	2.71 (1.13)	2.43 (1.03)	3.02 (1.12)	2.51 (1.08)	3.19 (1.17)

<sup>a</sup> Voor de totale groep is er missende data voor de variabele leeftijd voor 103 participanten.

<sup>b</sup> Voor de totale groep is er missende data voor de variabele tijd sinds verlies voor 431 participanten. Omdat zij daarom ook niet onderverdeeld konden worden over de groepen, is *n* = 6059 voor het totaal van de vier groepen samen.

**Tabel 2***Verdeling van professionele hulpbehoefte binnen de groepen*

Professionele hulpbehoefte (n, %)	Totaal (n = 6490)	Lage acute rouw (n = 2017)	Hoge acute rouw (n = 1529)	Niet-klinische rouwniveaus (n = 1569)	Klinische rouwniveaus (n = 944)
Zeer weinig (of niet)	1347, 21%	516, 26%	204, 13%	405, 26%	117, 12%
Weinig	982, 15%	396, 20%	182, 12%	235, 15%	92, 10%
Enigszins	2754, 42%	870, 43%	654, 43%	695, 44%	370, 39%
Veel	1037, 16%	196, 10%	350, 23%	197, 13%	229, 24%
Zeer veel	370, 6%	39, 2%	139, 9%	37, 2%	136, 14%

**Tabel 3**

*Groepsvergelijkingen in professionele hulpbehoefte waarbij niet (ANOVA) en wel (ANCOVA) is gecontroleerd voor relatie met overledene en verwachting van het verlies*

Groep	Gemiddelde (SD)	ANOVA		Aangepast gemiddelde (SD)	ANCOVA	
		<i>p</i> -waarde	Hedge's <i>g</i>		<i>p</i> -waarde	Hedge's <i>g</i>
Lage acute rouw	2.43 (1.03)			2.43 (1.09)		
Vs. Hoge acute rouw		<.001	.56		<.001	.54
Vs. Niet-klinische rouwniveaus		.19	.07		.27	.07
Vs. Klinische rouwniveaus		<.001	.70		<.001	.68
Hoge acute rouw	3.02 (1.12)			3.02 (1.09)		
Vs. Niet-klinische rouwniveaus		<.001	.47		<.001	.47
Vs. Klinische rouwniveaus		.002	.14		.003	.14
Niet-klinische rouwniveaus	2.51 (1.08)			2.51 (1.09)		
Vs. Klinische rouwniveaus		<.001	.61		<.001	.62
Klinische rouwniveaus	3.19 (1.17)			3.18 (1.09)		

**Tabel 4**

*Effecten van relatie met overledene en verwachting van het verlies op het verschil in professionele hulpbehoefte tussen de groepen*

Variabele	<i>F</i>	<i>p</i> -waarde	$\eta_p^2$
Lage acute rouw vs. hoge acute rouw			
Verliezen kind vs. anders	2.29	.13	.001
Onverwacht verlies vs. anders	15.16	<.001	.004
Groep	254.46	<.001	.067
Lage acute rouw vs. klinische rouwniveaus			
Verliezen kind vs. anders	.064	.80	.000
Onverwacht verlies vs. anders	8.81	.003	.003
Groep	299.46	<.001	.092
Hoge acute rouw vs. niet-klinische rouwniveaus			
Verliezen kind vs. anders	1.20	.27	.000
Onverwacht verlies vs. anders	5.29	.02	.002
Groep	168.77	<.001	.052
Hoge acute rouw vs. klinische rouwniveaus			
Verliezen kind vs. anders	.00	.98	.000
Onverwacht verlies vs. anders	8.43	.004	.003
Groep	11.27	<.001	.005
Niet-klinische rouwniveaus vs. klinische rouwniveaus			
Verliezen kind vs. anders	.03	.87	.000
Onverwacht verlies vs. anders	1.45	.23	.001
Groep	214.77	<.001	.079

*Noot.* Covariaten zijn gecodeerd tot dummy variabelen: '0' is gebruikt voor de referentiegroep 'anders' en '1' voor de benoemde categorie.