



Vlaamse
Beroepsorganisatie
van Vroedvrouwen

JAARRAPPORT VROEDVROUWGELEIDE ZORG TIJDENS DE ARBEID EN BEVALLING IN CIJFERS: 2020

Redactie:

Lieselotte Vandeputte

Ines Rothmann

dr.Katharina Pink

Elke Van Den Bergh

dr.Inge Tency

dr.Dorien Lanssens

Marlene Reyns

Florence D'haenens

Joke Muyldermans



Inhoudsopgave	2
Overzicht auteurs	3
Overzicht Tabellen	4
Voorwoord	5
Hoogtepunten	6
Highlights	8
Points Forts	10
Inleiding	12
Methodologische kader	14
Begrippen	14
Vroedvrouwgeleide zorg	16
Populatie	16
Data verzameling	17
Het jaar 2020 in cijfers: overzicht van alle arbeiden gestart in eerste lijn	19
Algemene gegevens	19
Autonoom door Vroedvrouw geleide bevallingen	22
Gegevens neonat autonoom door vroedvrouwgeleide bevalling	24
Intrapartaal doorverwezen bevallingen	26
Gegevens neonat intrapartaal doorverwezen bevallingen	27
Discussie	28
Conclusie	34
Bronnen	35
Bijlage 1: registratieformulier	39



Overzicht auteurs

- Lieselotte Vandeputte, wetenschappelijk medewerker Vlaamse beroepsorganisatie voor vroedvrouw en lid van de Werkgroep wetenschappelijk Onderzoek van de VBOV.
- Ines Rothmann, wetenschappelijk medewerker Vlaamse beroepsorganisatie voor vroedvrouwen en lid van de werkgroep wetenschappelijk Onderzoek van de VBOV.
- dr.Katharina Pink, Department of Evolutionary Antropology at the University of Vienna, lid van de werkgroep wetenschappelijk Onderzoek van de VBOV.
- Elke Van Den Bergh, Oprichter van de vroedvrouwenpraktijk 'Zwanger in Brussel', Lid van de werkgroep Vroedvrouwgeleide zorg van de VBOV vzw
- dr.Inge Tency, docent en onderzoeker Odisee Hogeschool, Opleiding Vroedkunde, Campus Sint-Niklaas en lid Werkgroep Wetenschappelijk Onderzoek van de VBOV.
- dr.-Dorien Lanssens, postdoctoraal onderzoeker Uhasselt, Faculteit Geneeskunde en levenswetenschappen & Ziekenhuis Oost-Limburg, Department Obstetrie en Verloskunde en Future Health/Mobile Health Unit, Limburg Clinical Research Center, voorzitter Werkgroep Wetenschappelijk onderzoek VBOV vzw
- Florence D'haenens, lid van de werkgroep wetenschappelijk onderzoek van de VBOV; lector en onderzoeker binnen de opleiding vroedkunde en Researchgroup Brussels Expertise Centre for Healthcare Innovation (Erasmushogeschool Brussel).
- Joke Muyldermans, Hoofdredacteur en eindredacteur 'tijdschrift voor Vroedvrouwen' van de VBOV, verbonden met de VUB en Erasmushogeschool, vroedvrouw bij InTeam, care4education, lid van de werkgroepen babyvoeding, redactieraad, profilering en wetenschappelijk onderzoek van de VBOV.



Overzicht Tabellen:

- Tabel 1** Belangrijkste maternale karakteristieken uit het jaarrapport vroedvrouwgeleide zorg tijdens arbeid en bevalling 2020 (n=1259)
- Tabel 2** De belangrijkste karakteristieken autonoom door vroedvrouwgeleide bevallingen uit het jaarrapport vroedvrouwgeleide zorg tijdens arbeid en bevalling 2020 (N=960)
- Tabel 3** Neonatale karakteristieken autonoom door vroedvrouwgeleide bevallingen uit het jaarrapport vroedvrouwgeleide zorg tijdens arbeid en bevalling (N=960)
- Tabel 4** Geografische overzicht vroedvrouwenpraktijken
- Tabel 5** Geregistreerde variabelen
- Tabel 6** Algemene gegevens: socio- demografische factoren
- Tabel 7** Algemene gegevens: pariteit- plaats bevalling
- Tabel 8** Vergelijking pariteit- plaats bevalling/verantwoordelijke bevalling
- Tabel 9** Algemene gegevens: verloskundige variabelen
- Tabel 10** Karakteristieken autonoom door vroedvrouwgeleide bevallingen
- Tabel 11** Karakteristieken autonoom door vroedvrouwgeleide bevallingen: bevallingshouding-perineum
- Tabel 12** Perineum/ bevallingshouding
- Tabel 13** Karakteristieken vroedvrouwgeleide bevallingen: postnataal
- Tabel 14** Karakteristieken neonaat autonoom door vroedvrouwgeleide bevalling
- Tabel 15** Karakteristieken intrapartaal doorverwezen bevallingen
- Tabel 16** Wijze bevalling na doorverwijzing
- Tabel 17** Vergelijking doorverwijzing/primi-multipara
- Tabel 18** Karakteristieken neonaat intrapartaal doorverwezen bevallingen
- Tabel 19** Zorgstromen bij nulliparae in Nederland 2020
- Tabel 20** Zorgstromen bij multiparae in Nederland
- Tabel 21** Niet-urgente redenen voor intrapartale doorverwijzing Nederland in vergelijking met de eigen registratie



Voorwoord

Het eerste officiële rapport over de bevallingen die door vroedvrouwen autonoom zijn begeleid in België is een feit. We zijn er fier op! We zijn fier om ons werk in cijfers te kunnen tonen.

Het was een intensieve opdracht om deze registratie op poten te zetten en onze collega's te motiveren om naast de reeds bestaande registratie ook tijd te nemen voor de registratie van deze aanvullende gegevens. Ze gaven zich helemaal bloot, uit overtuiging dat vroedvrouwgeleide zorg ertoe doet. Wij zijn hen daar enorm dankbaar voor.

Dit rapport maakt vroedvrouwgeleide zorg in België eindelijk zichtbaar én inzichtelijk. Ons werk gaat over meer dan de begeleiding van thuisbevallingen. Ook in een geboortehuis en in het ziekenhuis begeleiden vroedvrouwen autonoom bevallingen en ook deze bevallingen werden geregistreerd om de vroedvrouwgeleide zorg in de volle breedte in kaart te brengen. Dit jaarrapport bevestigt onze ervaring en voorziet die van duidelijke cijfers: de vroedvrouw is de specialist van de fysiologische bevalling!

Dit rapport kan, naast vele gerenommeerde internationale studies naar vroedvrouwgeleide zorg, mee aantonen hoe veilig dit zorgmodel is.

Wij willen pleiten voor een toekomstig zorgmodel waarbinnen vrouwen volwaardig en onbelemmerd de keuze kunnen maken voor hun zorgverlener en de plaats van

hun bevalling. Zorg op maat van de zwangere vrouw en haar gezin zou een evidentie moeten zijn. Daarnaast moedigen we hartstochtelijk de evolutie naar meer open verloskamers aan, waar een constructieve samenwerking bestaat tussen alle zorgverleners. Een sterk uitgebouwde samenwerking tussen de eerste en tweede lijn komt sowieso ten goede aan de kwaliteit van zorg voor moeder en kind.

We durven ook te dromen van minder gemedicaliseerde zorg als het nieuwe normaal, waarbij vrouwen en vroedvrouwen niet meer het gevoel hebben tegen de stroom in te moeten zwemmen.

Graag willen we onze beroepsorganisatie VBOV en Lieselotte Vandeputte danken. Hun ondersteuning in het professioneel verwerken van alle gegevens was voor ons van groot belang.

Eva Bruneel en Elke Van Den Bergh namens de werkgroep Vroed*vrouw*geleide geboortezorg.



Hoogtepunten

Het jaarrapport vroedvrouwgeleide zorg tijdens arbeid en bevalling is het eerste jaarrapport dat vroedvrouwgeleide zorg in België centraal stelt, 30 vroedvrouwenpraktijken met 110 zelfstandige vroedvrouwen voornamelijk tewerkgesteld in Vlaanderen en Brussel namen in 2020 deel aan deze registratie. Er werden 1.259 arbeiden geregistreerd, die gestart zijn in de eerste lijn en ook initieel gepland waren om in de eerste lijn te bevallen onder supervisie van de vroedvrouw. Berekend op het totale aantal geboorten in België in 2020, namelijk 118.037 bedraagt dit 1,06% van het totale aantal geboorten in België. Het aantal vroedvrouwgeleide geboorten in Vlaanderen en Brussel (n=1.018), berekend op het totale aantal geboorten in Brussel en Vlaanderen in 2020 (n= 61.700), bedraagt 1,65%.¹

¹ Op dit moment is er geen goede grond om deze vergelijking te kunnen maken, zo wordt er door CapiP en SPE een ziekenhuis twee maal meegenomen in de totalen. Deze vergelijking is een grof genomen raming dat uitsluitend dient om een idee te verkrijgen van de grootorde van het aantal vroedvrouwgeleide bevallingen ten opzichte van het totale aantal bevallingen.

Van deze 1.259 registraties werden 960 bevallingen autonoom door de vroedvrouw verricht; 631 bevallingen vonden thuis plaats, 254 bevallingen werden begeleid in een ziekenhuis en 71 bevallingen in een geboortehuis. Vier bevallingen vonden op weg naar het ziekenhuis plaats. Tot slot werden 299 vrouwen intrapartaal doorverwezen naar het ziekenhuis omwille van medische redenen waarna de bevalling onder supervisie van de gynaecoloog plaatsvond.

Tabel 1 geeft een overzicht van de belangrijkste maternale karakteristieken uit het jaarrapport waarbij wordt gekeken naar het totaal aantal registraties (n=1.259). Tabel 2 geeft een overzicht van de belangrijkste karakteristieken specifiek gekeken naar de autonoom door vroedvrouwgeleide bevallingen uit het jaarrapport (n=960). En tenslotte geeft tabel 3 een overzicht van de neonatale karakteristieken van de autonoom door vroedvrouwgeleide bevallingen (n=960).



Tabel 1 Belangrijkste maternale karakteristieken uit het jaarrapport vroedvrouwgeleide zorg tijdens arbeid en bevalling 2020 (n=1.259) - Totaal arbeiden gestart in eerste lijn

Maternale karakteristieken	Aantal	Percentages
Primipara bevallingen	470	37%
Multipara bevallingen	789	63%
Doorverwijzing naar het ziekenhuis intrapartum	299	24%
Geassisteerde bevalling op totale aantal doorverwijzingen ziekenhuis ¹	63	21%
Sectio op totale aantal doorverwijzingen ziekenhuis	55	18%
Maternale mortaliteit	0	0,0%

¹ Ventouse of forceps

Tabel 2 De belangrijkste karakteristieken autonoom door vroedvrouwgeleide bevallingen uit het jaarrapport vroedvrouwgeleide zorg tijdens arbeid en bevalling 2020 (N=960)

Maternale karakteristieken	Aantal	Percentages
Thuisbevallingen	631	66%
Poliklinische bevallingen (in ziekenhuis)	254	26%
Bevallingen in geboortehuis	71	7%
Meest gekozen bevallingshouding: op handen en knieën	369	38%
Badbevalling	360	38%
Geen perineumtrauma (geen episiotomie of ruptuur)	429	45%
Episiotomie	18	2%
3e of 4e graad perineumruptuur	13	1,3%
Geen complicaties postpartum	903	94%
Doorverwijzing naar het ziekenhuis postpartum	57	6%

Tabel 3 Neonatale karakteristieken autonoom door vroedvrouwgeleide bevallingen uit het jaarrapport vroedvrouwgeleide zorg tijdens arbeid en bevalling (N=960)

Neonatale karakteristieken	Aantal	Percentages
APGAR na 1 min ≥ 7	919	96%
APGAR na 5 min ≥ 7	953	99%
Nood aan reanimatie	22	2,3%





Highlights

The annual report on midwifery-led care in labour and childbirth is the first annual report to focus on midwifery-led care in Belgium. 30 midwifery practices with 110 self-employed midwives primarily employed in Flanders and Brussels participated in this registration. In total 1,259 labours that started in first line and were also initially planned to give birth in first line under the supervision of the midwife were registered. Calculated on the total number of births in Belgium in 2020, namely 118,037, this represents 1.06% of the total number of births in Belgium. The number of midwife-led births in Flanders and Brussels (n=1,018), calculated on the total number of births in Brussels and Flanders in 2020 (n=61,700), is 1.65%.¹

¹ At this moment, there is no good reason to make this comparison, as CapiP and SPE include one hospital twice in the totals. This comparison is a rough estimate that only serves to give an idea of the magnitude of the number of midwife-led deliveries in relation to the total number of deliveries.

Of these 1,259 registrations, 960 deliveries were performed autonomously by the midwife; 631 deliveries took place at home, 254 deliveries were assisted in a hospital and 71 deliveries in a birthing house. Four deliveries took place on the way to the hospital. Finally, 299 women were referred intrapartum to the hospital for medical reasons after which delivery took place under the supervision of the gynecologist.

Table 1 gives an overview of the most important maternal characteristics from the annual report, looking at the total number of registrations (n=1,259). Table 2 provides an overview of the most important characteristics, specifically looking at the autonomous midwife-led births from the annual report (n=960). Finally, table 3 gives an overview of the neonatal characteristics of the autonomously midwife-led births (n=960).



Table 1 Main maternal characteristics from the annual report midwife-led care during labour and delivery 2020 (n=1,259)- Total labor started in first line

Maternal Characteristics	Number	Percentage
Primipara births	470	37%
Multipara births	789	63%
Transfer to hospital intrapartum	299	24%
Assisted births on total number of hospital transfers	63	21%
Caesarean section after transfer to hospital	55	18%
Maternal mortality	0	0,0%

Table 2 Main characteristics autonomous by midwife led births from the annual report midwife-led care during labour and delivery 2020 (N=960)

Maternal Characteristics	Number	Percentage
Home births	631	66%
Polyclinical birth (in hospital)	254	26%
Birth house	71	7%
Most chosen birth position: all fours position	369	38%
Bath birth	360	38%
No birth injuries (no tears or episiotomy)	429	45%
Episiotomy	18	2%
3rd or 4th degree tear at vaginal birth	13	1,3%
No complications post-partum	903	94%
Transfer to hospital postpartum	57	6%

Table 3 Neonatal characteristics autonomous by midwife led births from the annual report midwife-led care during labour and delivery 2020 (N=960)

Neonatal characteristics	Number	Percentage
APGAR after 1 min ≥ 7	919	96%
APGAR after 5 min ≥ 7	953	99%
Need for reanimation	22	2,3%





Points forts

Ce premier rapport annuel portant sur les soins continus par sage-femme pendant le travail et l'accouchement vise à rendre plus visible la pratique autonome des sages-femmes. Trente cabinets rassemblant 110 sages-femmes indépendantes actives principalement en Flandre et à Bruxelles ont participé à cette initiative. Les sages-femmes ont enregistré 1.259 débuts de travail en première ligne et dont l'accouchement était initialement prévu sous leur supervision. Cette activité représente 1,06% des 118.037 naissances qu'a compté la Belgique en 2020. Le nombre de naissances dirigées par sage-femme en Flandre et à Bruxelles (n=1.018), représente 1,65%¹ des naissances à Bruxelles en Flandre en 2020(n= 61.700).

¹ Actuellement, cette comparaison n'est pas fondée dans la mesure où le CEPIP et le SPE incluent un même hôpital dans leurs totaux respectifs. Il s'agit est donc une approximation destinée à donner une estimation du nombre d'accouchements dirigés par sage-femme par rapport au nombre total d'accouchements.

Sur les 1.259 enregistrements, 960 accouchements ont été réalisés de manière autonome par une sage-femme : 631 accouchements ont eu lieu à la maison, 254 accouchements se sont déroulés dans un hôpital et 71 accouchements, dans une maison de naissance. Quatre accouchements ont eu lieu sur le chemin de l'hôpital. Enfin, 299 femmes ont été transférées vers un hôpital pour des raisons médicales, après quoi l'accouchement a eu lieu sous la supervision du gynécologue

Table 1 donne un aperçu des caractéristiques maternelles les plus importantes du rapport annuel, en considérant le nombre total d'enregistrements (n=1.259). Table 2 donne un aperçu des caractéristiques les plus importantes, en examinant spécifiquement des accouchements autonomes par sage-femme dans le rapport annuel (n=960). Enfin, table 3 donne un aperçu des caractéristiques néonatales des accouchements autonomes par sage-femme dans le rapport annuel (n=960).



Table 1 Principales caractéristiques maternelles du rapport soins continus par sage-femme pendant le travail et l'accouchement 2020 (n=1.259) – Total du naissances commencées en première ligne

Caractéristiques maternelles	Nombre	%
Accouchement primipare	470	37%
Accouchement multipare	789	63%
Transfert intrapartum vers l'hôpital	299	24%
Accouchement assisté sur le nombre total de transferts vers l'hôpital	63	21%
Césariennes sur le nombre total de transferts à l'hôpital	55	18%
Mortalité maternelle	0	0,0%

Table 2 Principales caractéristiques des accouchements autonomes par sage-femme dans le rapport annuel des soins par sage-femme pendant le travail et l'accouchement 2020 (n=960)

Caractéristique maternelles	Nombre	%
Accouchement à domicile	631	66%
Accouchement en plateau technique (à l'hôpital)	254	26%
Accouchement en maison de naissance	71	7%
La position d'accouchement la plus fréquente : quatre pattes	369	38%
Accouchement dans le bain	360	38%
Périnée intact (pas d'épisiotomie ni déchirure)	429	45%
Épisiotomie	18	2%
Rupture Périnée D3-D4	13	1,3%
Pas de complications post-partum	903	94%
Transfert postnatal (vers l'hôpital)	57	6%

Table 3 Principales néonatales des accouchements autonomes par sage-femme dans le rapport annuel des soins par sage-femme pendant le travail et l'accouchement 2020 (n=960)

Caractéristiques néonatales	Nombre	%
APGAR après 1 minute ≥ 7	919	96%
APGAR après 5 minutes ≥ 7	953	99%
Nécessité de réanimation	22	2,3%





Inleiding

In 2017 waren er in België 7.221(74%) vroedvrouwen beroepsactief in de gezondheidszorg in loondienst, 1.873 (6%) vroedvrouwen werden tewerkgesteld in andere sectoren zoals onderwijs, overheid, welzijn, OCMW+. Een klein deel van alle vroedvrouwen werkte als zelfstandige vroedvrouw in de eerste lijn, hetzij in een combinatie van loontrekken-de en zelfstandige (12%, n=1.156), hetzij volledig als zelfstandige (9%, n=841) (PlanKad Vroedvrouwen 2017, 2020).

In 2020 werden er door het SPE (Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie) in Vlaanderen en het UZ Brussel 61.700 geboorten geregistreerd (Devlieger et al., 2021). Het CEpiP (Le Centre d'épidémiologie périnatale) registreerde in 2019 33.780 geboorten in Wallonië en 22.557 geboorten in het Brussels hoofdstedelijk gewest (Leroy & van Leeuw, 2021; van Leeuw & Leroy, 2021). In 2020 werden er in Vlaanderen en UZ Brussel 407 bevallingen buiten het ziekenhuis geregistreerd, waarvan 406 thuisbevallingen, in Wallonië werden er 212 bevallingen geregistreerd buiten het ziekenhuis waarvan 13 bevallingen in een geboortehuis, 128 thuisbevallingen, 68 ongeplande bevallingen en 3 bevallingen waarvan geen verdere details bekend zijn. Het Brussels hoofdstedelijk gewest rapporteerde 105 bevallingen buiten het ziekenhuis in 2020, waarvan 61 thuisbevallingen, 41 niet-geplande bevallingen en 3 bevallingen waarvan geen verdere details bekend zijn. Van de 118.037 geboorten in België geregistreerd door CEpiP en SPE in 2020 waren er 0,6% (N=724) bevallingen begeleid door een vroedvrouw buiten het ziekenhuis. De eigen registraties in 2020 in Vlaanderen, Brussel en een klein deel Wallonië gaf 960 vroedvrouwgeleide bevallingen weer, waarvan 631 thuisbevallingen en 71 bevallingen in een geboortehuis. Gezien de discrepantie tussen de cijfers van het SPE en deze van de eigen registraties kan er gesteld worden dat er nood is aan een correcte registratie van de vroedvrouwgeleide zorg, om aan het probleem van onderrapportering tegemoet te komen.

De doelstelling van dit jaarrapport is om de vroedvrouwgeleide zorg sterker te profileren en epidemiologische gegevens transparant en structureel te rapporteren. Dit is onder andere van belang om de kwaliteit voor moeder en kind te verbeteren. The British Columbia college of Midwives (2020) geeft de aanbeveling dat alle vrouwen met een lage risicozwangerschap de keuze moeten hebben om thuis of in het ziekenhuis te kunnen bevallen. De voordelen van vroedvrouwgeleide zorg worden door verschillende bronnen gerapporteerd. Bij gezonde vrouwen met een laag risico zwangerschap worden positieve uitkomsten waargenomen zoals een grotere kans op een vaginale bevalling, een lagere kans op epidurale anesthesie en instrumentele vaginale bevalling, alsook een kortere duur van de bevalling (Merz et al., 2020).

Janssen et al. (2009) stelden vast dat vrouwen die thuis bevallen minder kans hadden op obstetrische interventies zoals een geassisteerde vaginale bevalling, een derde of vierde graad perineumruptuur of een postpartumbloeding. Eveneens werd vastgesteld dat er bij de groep van thuisbevallingen minder nood was aan reanimatie of zuurstoftherapie 24 uur na geboorte. De Cochrane systematische review van Sandall et al. (2016) concludeerde dat vrouwen die gerandomiseerd werden tot de groep vroedvrouwgeleide bevalling in het algemeen minder kans hadden op regionale verdoving (spinaal/ epiduraal), op een instrumentele bevalling (ventouse/forceps) of op een preterme geboorte (<37 weken). Vrouwen uit de groep vroedvrouwgeleide zorg hadden over het algemeen meer kans op een spontane vaginale bevalling.

Het aandeel vroedvrouwgeleide zorg is klein, in relatie tot het totale aantal bevallingen, toch kent deze een stijgende trend. Zelfstandige vroedvrouwen in Vlaanderen en Brussel geven aan een steeds hogere werkdruk te ervaren. Na de eerste coronagolf gaven ook vroedvrouwen uit Nederland en de USA aan een stijging te ervaren in de vraag naar thuis bevallen (van Manen et al.,





2021). De ‘The Association of Maternal & Child Health Programs’ geeft diverse redenen aan voor deze stijging, zo werd in volle coronacrisis een ziekenhuissetting gemeden uit schrik om zelf een besmetting op te lopen of uit schrik dat ziekenhuizen met covid-19 zouden worden overspoeld. Voor zwangere vrouwen bleken de nieuwe protocollen verwarrend en beperkend te zijn, bijvoorbeeld het niet mogen aanwezig zijn van de partner tijdens prenatale consultaties (Tarver & Richardson, 2021).

Ook breed maatschappelijk is de erkenning van het beroep van vroedvrouwen belangrijk. Een vroedvrouw is wettelijk bevoegd om autonoom bevalling uit te voeren, echter is er weinig zicht op de praktijk hiervan. Eveneens als de erkenning door andere beroepsgroepen zoals gynaecologen, maar ook erkenning door de eigen beroepsgroep. Hiernaast is het transparant en structureel rapporteren belangrijk voor het ontkrachten van de vooroordelen die leven rond thuis bevallen. Dit heeft te maken met de onbekendheid van deze vorm van geboortezorg en de grote aandacht voor de schaarse incidenten die plaatsvinden.

In een eerste stap richting het meer zichtbaar maken van hun werk, ontstond in 2018 de VBOV-werkgroep ‘vroedvrouwgeleide geboortezorg’ waarin eerstelijns vroedvrouwen die autonoom bevallingen verrichtten zich verenigden. Deze werkgroep stelde zich o.a. tot doel om autonoom door de vroedvrouwgeleide bevallingen te registreren, initieel kleinschalig onder leiding van de vroedvrouwen Elke Van Den Bergh en Alexandra Denys. Omdat elke praktijk een eigen manier van registreren had, werd een nieuw tool ontwikkeld voor de registratie van autonoom door vroedvrouwgeleide bevallingen (zie bijlage 1). Tot dan werden door het Studiecentrum voor perinatale epidemiologie (SPE) enkel de incidentie van de thuisbevallingen die zelfstandige vroedvrouwen begeleiden geregistreerd, maar niet de bevallingen die zelfstandige vroedvrouwen in een ziekenhuis verrichtten. Dit jaarrapport tracht deze leemte op te vullen door ook de autonoom door vroedvrouwgeleide bevallingen die vroedvrouwen poliklinisch in een ziekenhuis uitvoeren op te nemen in de registratie.

Dit eerste jaarrapport vroedvrouwgeleide zorg tijdens arbeid en bevalling, vormt een eerste bijdrage tot een meer gedetailleerd rapporteren van autonoom door vroedvrouwgeleide bevallingen en geeft op deze manier een eerste aanzet naar het doel om een volledige representatie van arbeiden en bevallingen die vroedvrouwen autonoom begeleiden in België te verkrijgen.

De cijfers die worden gerapporteerd binnen dit rapport kennen de volgende indeling. Het rapport start met het oplijsten van alle arbeiden die werden gestart in eerste lijn onder leiding van de vroedvrouw en waarbij het ook de bedoeling was om in eerste lijn onder leiding van de vroedvrouw te bevallen. Het gaat hier dus exclusief over laag-risicozwangerschappen. Hierna wordt een overzicht gegeven van alle bevallingen die effectief onder de verantwoordelijkheid van de vroedvrouw werden verricht thuis, in een geboortehuis en in het ziekenhuis. Ten laatste wordt ook een oplijsting gegeven alle bevallingen die intrapartaal werden doorverwezen naar de tweedelijns waarbij de gynaecoloog de verantwoordelijkheid overnam van de vroedvrouw.





Methodologische kader

Begrippen

De Vroedvrouw:

Het beroeps- en competentieprofiel van de Belgische vroedvrouw definieert de Belgische vroedvrouw als de gezondheidszorgbeoefenaar die medische verloskundige zorg verleent tijdens preconceptie, zwangerschap, arbeid, bevalling, kraambed en eerste levensfase van het kind. Bij een normaal verlopende reproductief en perinataal proces werkt de vroedvrouw autonoom. De vroedvrouw voert, op basis van klinisch onderzoek, verloskundige handelingen uit, ze verricht de bevalling en schrijft de noodzakelijke onderzoeken en geneesmiddelen voor. Zij promoot, ondersteunt en begeleidt de borstvoeding. De vroedvrouw detecteert fysische en psychosociale risico's bij moeder en kind en verwijst indien nodig door naar een arts of een andere gezondheidsbeoefenaar. In dringende gevallen stelt zij de noodzakelijke medische handelingen in afwachting van medische hulp. Bij pathologie handelt de vroedvrouw in samenwerking met de arts en onder diens verantwoordelijkheid. De vroedvrouw kan haar beroep uitoefenen in elke setting, waaronder thuis, de gemeenschap, ziekenhuizen, instellingen of gezondheidsdiensten (Federale raad voor de vroedvrouwen, 2016).

Eerstelijnsgezondheidszorg:

Eerstelijnszorg wordt gedefinieerd als de zorg en ondersteuning die zicht richt op personen die behoefte hebben aan laagdrempelige, breed toegankelijke, ambulante en generalistische zorg en ondersteuning voor gezondheids- of welzijnsgerelateerde problemen, zowel van fysieke, psychologische als sociale aard, die worden aangeboden door eerstelijnszorgaanbieders, al dan niet na verwijzing door een andere zorgaanbieder (van Orshoven, 2019).

Zorgverstrekkers in eerste lijn:

De zorgverstrekkers die actief zijn in de gezondheidssector op de eerste lijn zijn onder andere: apothekers, diëtisten, huisartsen,

kinesitherapeuten, psychologen, tandartsen, logopedisten, (thuis)verpleegkundigen, vroedkundigen, zorgkundigen, ergotherapeuten, podologen, verzorgenden, sociaal werkers (CELZ, 2017).

Tweedelijnsgezondheidszorg:

De tweede lijn wordt gekenmerkt door ziekenhuizen. Dit betreft het gespecialiseerde zorgaanbod. Zorg dat zicht toespitst op een welbepaalde pathologie (van Orshoven, 2019). Er bestaan een 30-tal verschillende specialisaties (kinderartsen, gynaecologen, hart-, long-, nier-, huid-, neus-keel-oor specialisten, enz. (Sermeus et al., 2009)).

Vroedvrouw in eerste lijn:

Vroedvrouw die een gedeeltelijk of volledige zelfstandig statuut heeft. Zij begeleidt de normale, laag risico zwangere vrouw voor, tijdens en na de bevalling. Zij werkt meestal extramuraal of buiten een ziekenhuissetting. Sommige zelfstandige vroedvrouwen begeleiden autonoom thuisbevallingen of bevallingen in een geboortehuis. In samenwerking met sommige ziekenhuizen is het mogelijk dat zelfstandige vroedvrouwen, poliklinisch bevallingen begeleiden, waarbij na de bevalling binnen de 24 uur het ziekenhuis wordt verlaten. Er zijn ook zelfstandige vroedvrouwen die enkel vrouwen pre en/of postnataal begeleiden (de Koster, 2016).

Vroedvrouw in tweede lijn:

Dit zijn de vroedvrouwen die in loondienst werken in een ziekenhuis. Andere benamingen: interne ziekenhuis vroedvrouwen of tweedelijnsvroedvrouwen. Zij werken intramuraal of in een ziekenhuissetting (Federale raad voor de vroedvrouwen, 2016).

Vroedvrouwgeleide zorg:

Vroedvrouwgeleide zorg of "midwife-led continuity-models" wordt omschreven als de zorg waarbij de vroedvrouw een samenwerkingsrelatie aangaat met de zwangere vrouw en hierbij als leidende beroepsbeoefenaar naar voor treedt; zij is verantwoordelijk voor de beoordeling van de zorgnoden, het plannen van de zorg samen met de zwangere



vrouw, de doorverwijzing naar andere zorgverleners indien zij dit nodig acht en het verzekeren van de zorg zowel tijdens de zwangerschap, arbeid en bevalling en na de bevalling (Devane et al., 2007; International Confederation of Midwives, 2017).

Bij deze vroedvrouwgeleide continuïteitszorg staat continuïteit van zorg centraal, en wordt de zorg voorzien door dezelfde vroedvrouw of eenzelfde team van zelfstandige vroedvrouwen zowel tijdens zwangerschap, geboorte en postpartum, wat vele vrouwen op prijs stellen (Sandall et al., 2016).

Vroedvrouwen die autonoom bevallingen begeleiden

De vroedvrouw kan haar beroep uitvoeren in verschillende settings. De vroedvrouw kan autonoom bevallingen uitvoeren, in een thuissetting, in een ziekenhuis en in een geboortehuis. Hieruit kunnen drie vormen van autonoom door vroedvrouwgeleide bevallingen worden onderscheiden. Vroedvrouwgeleide bevallingen thuis of in een geboortehuis, vroedvrouwgeleide bevallingen door vroedvrouwen in eerste lijn en vroedvrouwgeleide bevallingen door vroedvrouwen in tweede lijn (Federale raad voor de vroedvrouwen, 2016).

Normale geboorte:

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) definieert een normale geboorte als een geboorte dat spontaan begint, als laagrisico wordt beschouwd aan de start van de bevalling en zo blijft tijdens de hele bevalling en geboorte. Het kind (eenling) wordt spontaan geboren in een achterhoofdsligging tussen 37 en 42 zwangerschapsweken. Na de bevalling bevinden zowel moeder als kind zich in een goede conditie (World Health Organisation, 1997).

The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (2008) geeft in hun gezamenlijke beleidsverklaring een aanvulling aan de definitie van de WHO: een normale geboorte heeft een spontaan begin, wordt als laagrisico beschouwd tijdens de arbeid en blijft zo gedurende de hele bevalling en geboorte. Het kind wordt spontaan geboren in een achterhoofdsligging tussen 37 en 42+ weken zwangerschap. Normale geboorte betekent ook het hebben van de mogelijkheid tot skin to skin contact en borstvoeding het eerste uur na de geboorte (Halpern, 2009).

The International Confederation of Midwives (2014) leggen de nadruk op de fysiologische aspect van het geboorteprocés en definieert een normale geboorte als een bevalling waarbij de vrouw de bevalling begint, voortzet en voltooit, en waarbij het kind spontaan geboren wordt in een vertex positie, zonder enige chirurgische, medische of farmaceutische interventie.

Laagrisico zwangerschap:

Het risicoprofiel van de zwangere vrouw wordt bepaald door de aan- en of afwezigheid van risicofactoren. Een normale zwangerschap heeft een laagrisicoprofiel en wordt gedefinieerd als de afwezigheid van elk identificeerbaar risico dat bijkomende zorg of maatregelen noodzaakt (Dekker et al., 2015). Laag risico in deze context wordt op verschillende manieren gedefinieerd, maar omvat in het algemeen vrouwen waarbij geen abnormale of onbepaalde foetale testresultaten werden vastgesteld voor de bevalling, waarbij er geen verhoogd risico bestaat op foetale acidose tijdens de bevalling (bv. Aangeboren afwijkingen, intra-uteriene groeiretardatie), waarbij geen maternale aandoening aanwezig is die het foetale welzijn kan beïnvloeden (bv. Sectio litteken, diabetes, hypotensieve aandoening -- ACOG, 2019). Onderstaande lijst geeft een overzicht van risicofactoren tijdens de zwangerschap (NICE, 2017).

Algemene medische risicofactoren:

- **Cardiovasculair:** Bevestigde hartaandoening, hypertensie
- **Respiratoir:** astma waarvoor nood aan behandeling of ziekenhuisopname, mucoviscidose
- **Hematologisch:** hemoglobinopathieën: sikkelcelziekte, bèta thalassaemia major, voorgeschiedenis van trombo-embolische aandoeningen, immuun trombocytopenische purpura (ITP) of andere trombocytopenische aandoeningen of een trombocytopenie van minder dan 100×10^9 /liter, ziekte van Von Willebrand, stollingsstoornissen bij moeder of kind
- **Endocrinologie:** hyperthyroidie, diabetes
- **Infectieus:** risicofactoren gerelateerd aan GBS waarbij AB tijdens de beval-





ling wordt aanbevolen, hepatitis B/C met abnormale leverfunctietesten, HIV, toxoplasmose (waarvoor behandeling), aanwezigheid van actieve infectie met pokken/rubella of herpes genitales bij moeder of kind, TBC waarvoor behandeling

- Immuniteit: systematische lupus erythematosus (SLE) sclerodermie
- Nefrologie: abnormaal lage nierfunctie, nierziekte waarvoor supervisie van nefroloog
- Neurologie: epilepsie, Myasthenia gravis, voorgeschiedenis van CVA
- Gastro-enterologie: leveraandoeningen geassocieerd met actueel abnormale levertesten
- Psychiatrisch: psychiatrische aandoening waarvoor opname vereist is

Obstetrische en gynaecologische risicofactoren in anamnese:

- MIU of neonatale sterfte al dan niet gerelateerd aan intrapartum complicaties, voorgeschiedenis van neonatale encefalopathie, pre-eclampsie met vroeggeboorte, eclampsie, abruptio placentae, uterusruptuur, hemorrhagia post partum, placenta retentie (met manuele afhaling), sectio, schouderdystocie, myomectomie, hysterotomie

Obstetrische en gynaecologische risicofactor gelinkt aan huidige zwangerschap:

- Meerlingszwangerschap, placenta previa, pre-eclampsie of zwangerschap geïnduceerde hypertensie, preterm arbeid, vroegtijdig gebroken vliezen (PPROM), placenta abruptio, anemie, mors in utero (MIU), inductie van arbeid, middelenmisbruik, alcoholgebruik, zwangerschapsdiabetes, liggingsafwijkingen, BMI>35, antepartum bloedverlies, groei-afwijkingen, abnormale foetale harttonen, oligo-/polyhydramnios

Vroedvrouwgeleide zorg

Een normale of laagrisico zwangerschap kan worden gedefinieerd als de afwezigheid van elk identificeerbaar risico dat bijkomende zorg of maatregelen noodzaakt (Dekker

et al., 2015). Vroedvrouwen zijn experten in de zorg voor normale zwangerschap en geboorte (Welffens et al., 2020). Wanneer een laag risico zwangerschap eindigt in een vaginale bevalling wordt aanbevolen dat de begeleiding gebeurt door een vroedvrouw (Liu et al., 2021; College of Midwives of British Columbia, 2020). The International Confederation of Midwives (2014) omschrijft vroedvrouwen als de verdedigers van het normale geboorteproces.

Dit jaarrapport bevat een overzicht van alle bevallingen die zelfstandige vroedvrouwen autonoom hebben verricht hetzij als thuisbevalling, hetzij in een geboortehuis, hetzij poliklinisch in een ziekenhuis. Hiernaast zijn er arbeiden die gestart werden onder de verantwoordelijkheid van de vroedvrouw maar die intrapartaal dienden te verwezen worden naar het ziekenhuis op indicatie. Omdat deze bevallingen initieel gepland werden om onder de verantwoordelijkheid van de vroedvrouw te bevallen worden deze alsook geïnccludeerd in deze statistieken. Het betreft laagrisico zwangerschappen die voldoen aan de criteria om in eerste lijn begeleid te worden. De risicoanalyse gebeurt door de vroedvrouw en de gynaecoloog doorheen de zwangerschap (Mambourg et al., 2011)

Populatie

In 2017 waren er in België 9.757 vroedvrouwen beroepsactief, 68% (n=6.613) van hen in de Vlaamse gemeenschap en 32% (n=3.144) in de Waalse gemeenschap. Twaalf procent (n=1.156) van het totale aantal beroepsactieve vroedvrouwen in België combineerde een activiteit als loontrekkende met een activiteit als zelfstandige. Negen procent (n=841) van alle vroedvrouwen werkte uitsluitend als zelfstandige (Plankad vroedvrouwen 2018, 2020).

In 2020 hebben 30 vroedvrouwenpraktijken deelgenomen aan deze registratie, wat equivalent staat voor 110 zelfstandige vroedvrouwen. De vroedvrouwen die werden geïnccludeerd in deze studie waren allemaal zelfstandige vroedvrouwen of eerstelijns-vroedvrouwen die autonoom bevallingen begeleiding thuis, in een geboortehuis of poliklinisch in een ziekenhuis. De meeste praktijken uit deze studie situeer-





den zich in het Vlaams Gewest (83%, n=25), drie (10%) praktijken situeerden zich in het Brussels Hoofdstedelijk gewest, één praktijk (3%) situeerde zich het Waals gewest en één praktijk (3%) situeerde zich in Nederland. De praktijk die zich situeert op het grensgebied in Nederland voert op regelmatige basis bevallingen uit in België waardoor deze werd geïncludeerd. De provincie Antwerpen heeft het hoogste aantal praktijken dat heeft deelgenomen aan deze registratie. De provincie Oost-Vlaanderen vertegenwoordigt het hoogste aantal vroedvrouwen per provincie uit deze studie.

Tabel 4 geeft een geografisch overzicht van de situering van de deelgenomen vroedvrouwenpraktijken en het aantal vroedvrouwen per praktijk.

Er zijn geen statistieken beschikbaar over het aantal vroedvrouwen dat al dan niet autonoom bevallingen begeleidt. Eveneens is onbekend hoe de verdeling van zelfstandige vroedvrouwen zich verhoudt tussen Vlaanderen en Wallonië. Dit maakt het onmogelijk om de representativiteit van de steekproef te berekenen voor gans België. Enkel gekeken naar Vlaanderen hebben alle gecontacteerde praktijken (waarvan de contactgegevens gekend zijn door de werkgroep ‘vroedvrouwgeleide zorg’) deelgenomen aan deze registratie met uitzondering van één praktijk. Er kan niet met volledige zekerheid worden gesteld dat deze registratie alle praktijken, waarbij vroedvrouwen autonoom bevallingen uitvoeren, dekt. Er kan met grote waarschijnlijkheid worden gesteld dat deze studie de meerderheid van de vroedvrouwen in Vlaanderen die autonoom bevallingen begeleiden bevat.

Slechts één praktijk uit Wallonië nam deel aan deze studie. In 2021/2022 zal de verspreiding van het registratieformulier in Wallonië gebeuren via *l'union Professionnelle des sages-femmes Belges* waarbij verwacht wordt dat ook hier meer praktijken zullen deelnemen.

In 2020 werden door het Studiecentrum Perinatale Epidemiologie (SPE) 60.704 moeders en 61.700 geboorten geregistreerd in Vlaanderen en UZ Brussel, waarvan 59.714 enkelvoudige geboorten en 1.986 meervoudige geboorten. Door het ‘Le Centre d’Épidémiologie Périnatale’ (CEpiP) werden

Tabel 4 Geografische overzicht vroedvrouwenpraktijken

Provincie	Aantal Praktijken	Aantal Vroedvrouwen
West-Vlaanderen	2	8
Oost-Vlaanderen	5	32
Antwerpen	12	31
Vlaams-Brabant	2	8
Limburg	4	12
Brussel	3	17
Henegouwen	1	1
Nederland	1	1

in datzelfde jaar 22.140 moeders en 22.557 geboorten geregistreerd in Brussel, waarvan 21.726 enkelvoudige en 831 meervoudige geboorten. In 2020 registreerde CEpiP in Wallonië 33.263 moeders en 33.780 geboorten, waarvan 32.749 enkelvoudige en 1.031 meervoudige geboorten. In 2020 werden er door SPE en CEpiP in totaal 118.037 geboorten en 116.107 moeders geregistreerd. De steekproefgrootte uit dit jaarrapport bedraagt 1.259 moeders en geboortes. De steekproef strekt zich voornamelijk over Vlaanderen en Brussel en voor een klein gedeelte Wallonië.

Data verzameling

Onderstaande tabel 5 geeft een overzicht van de geregistreerde variabelen weer. De gegevens die worden verzameld beslaat drie luiken. Een eerste luik bevat de algemene gegevens, het tweede luik bevat de bevallingsgegevens en de neonatale gegevens van alle bevallingen die autonoom door de vroedvrouw werden uitgevoerd. Het derde luik bevat de bevallingsgegevens en de neonatale gegevens wanneer er tijdens de arbeid werd doorverwezen naar tweede lijn en de arbeid en bevalling verder werd opgevolgd door de gynaecoloog.

De gegevens die worden verzameld zijn gebaseerd op de registraties van de perineale activiteiten die worden gedaan door SPE in Vlaanderen en CEpiP in Wallonië. Deze werden aangevuld met variabelen die door





Tabel 5: Geregistreerde variabelen

<p>Algemene gegevens:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Moedertaal ● Leeftijd moeder ● Ontstaan zwangerschap ● Graviditeit/pariteit ● Geplande plaats bevalling 	<ul style="list-style-type: none"> ● Geplande plaats bevalling ● Bevallingsplaats ● Provincie ● Verantwoordelijke bevalling ● VBAC
<p>Vroedvrouwgeleide bevallingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Graviditeit ● Plaats bevalling ● Duur zwangerschap ● Ligging baby ● Bevallingshouding ● Badbevalling ● Perineum ● Placentaire fase ● Bloedverlies ● Doorverwijzing postnataal: maternaal ● GBS-diagnostiek/profylaxie 	<p>Neonatale gegevens:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Geslacht ● Gewicht ● APGAR ● Reanimatie ● Transfer neonatologie ● Extra observatie nodig
<p>Doorverwezen bevallingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Graviditeit ● Reden doorverwijzing intrapartaal: ● Stagnatie ● Dringende doorverwijzing ● Overige ● Epidurale ● Episiotomie ● Percentage instrumentele verlossing/sectio op totaal 	<p>Neonatale gegevens:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Geslacht ● Gewicht ● APGAR ● Reanimatie ● Extra observatie nodig

de vroedvrouwen binnen hun praktijk als belangrijk werden ervaren. Jaarlijks wordt het registratieformulier geoptimaliseerd aan de hand van de feedback door vroedvrouwen. Bij dit alles wordt rekening gehouden met de regelgeving rond de algemene verordening gegevensbescherming beter bekend als GDPR. Alle gegevens worden anoniem verzameld en verwerkt, elke bevalling krijgt een nummer toegedeeld en elke vroedvrouwenpraktijk een lettercode.

De implementatie naar de praktijk gebeurt door de verspreiding van de link van het online registratieformulier naar alle zelfstandige vroedvrouwen en praktijken in Vlaanderen en Brussel waarvan de contactgegevens door de VBOV-werkgroep ‘vroedvrouwgeleide geboortezorg’ gekend zijn. Via deze link konden vroedvrouwen elke arbeid en/of bevalling die zij hebben begeleid in het jaar 2020 registreren. De re-

gistratie door de vroedvrouwen gebeurt op vrijwillige basis. Elke vroedvrouw registreert conform de manier van werken binnen de eigen praktijk en vult het registratieformulier naar eer en geweten in. De verwerking van deze registraties gebeurt door de onderzoeker aangesteld door de VBOV.

Alle resultaten die worden weergegeven in dit jaarrapport vallen onder de noemer van beschrijvende statistiek.





Het jaar 2020 in cijfers: overzicht van alle arbeiden gestart in eerste lijn

Algemene gegevens

Tabel 6 geeft een overzicht weer van de socio-demografische karakteristieken van de moeder.

Het hoofdaandeel van de moeders uit deze studie sprak Nederlands (78%, n=988). In deze registratie waren de meeste vrouwen, waarvan de arbeid en/of bevalling door een vroedvrouw werd begeleid afkomstig uit de provincie Antwerpen (32%, n=405). Hierna volgden de moeders woonachtig in Oost-Vlaanderen (19%, n=243) en het Brussels-Hoofdstedelijk Gewest (17%, n=215).

De gemiddelde leeftijd voor een primipara bedroeg 31 jaar, met een range tussen 19 en 46 jaar. De gemiddelde leeftijd van een multipara bedroeg 32,8 jaar, met een range tussen 21 en 45 jaar. Zowel bij de primipara vrouwen als bij de multipara vrouwen was er niemand jonger dan 18 jaar. In beide groepen lag het hoogste aantal in de leeftijdsgroep 30 tot 39 jaar, dit bedroeg 61% (n=289) in de groep primipara en 74% (n=583) in de groep multipara vrouwen. Het aandeel vrouwen met een leeftijd boven de 39 jaar lag hoger in de groep multipara vrouwen (6%, n=46) dan in de groep primipara vrouwen (3%, n=15)

Tabel 7 gaat dieper in op de verloskundige gegevens, pariteit en plaats bevalling.

Voorafgaand aan de bevalling werd de geplande plaats van de bevalling bevestigd. De overgrote meerderheid (98%, n=1.230) gaf aan onder de verantwoordelijkheid van de vroedvrouw te willen bevallen. Een kleine minderheid 2% (n=29) plande een bevalling in het ziekenhuis, begeleid door de gynaecoloog, hoewel deze bevallingen finaal toch plaatsvonden onder de verantwoordelijkheid van de vroedvrouw thuis of in het ziekenhuis.

Tabel 6 Algemene gegevens: socio- demografische factoren

	Percentage	Totaal (n=1259)
Moedertaal		
Nederlands	78%	988
Frans	13%	160
Engels	2%	25
Anders	7%	86
Provincie		
West-Vlaanderen	10%	132
Oost-Vlaanderen	19%	243
Antwerpen	32%	405
Vlaams - Brabant	12%	150
Limburg	7%	88
Brussels-Hoofdstedelijk Gewest	17%	215
Hengouwen	1%	16
Namen	0,1%	1
Luik	0,1%	1
Waals-Brabant	0,6%	7
Onbekend	0,1%	1
Leeftijd		
<i>Primipara</i>		
<18 jaar	0%	0
18-29 jaar	35%	166
30-39 jaar	61%	289
>39 jaar	3%	15
<i>Multipara</i>		
<18 jaar	0%	0
18-29 jaar	20%	159
30-39 jaar	74%	583
>39 jaar	6%	46
Onbekend	0,1%	1



**Tabel 7 Algemene gegevens: pariteit- plaats bevalling**

	Percentage	Totaal (n=1259)
Geplande plaats bevalling		
Geboortehuis	9%	113
Thuis	57%	715
Ziekenhuis vroedvrouw	32%	402
Ziekenhuis gynaecoloog	2%	29
Bevallingsplaats		
Geboortehuis	6%	71
Thuis	50%	631
Ziekenhuis VV & Gyn	43%	553
Onderweg	0,3%	4
Verantwoordelijke bevalling		
Vroedvrouw	76%	960
Gynaecoloog	24%	299
Pariteit		
Primipara	37%	470
Multipara	63%	789

Tabel 8 Vergelijking pariteit- plaats bevalling/verantwoordelijke bevalling

	primipara	multipara
Verantwoordelijke bevalling		
Vroedvrouw	56% (n=262)	88%(n=698)
Gynaecoloog	44% (n=208)	12% (n=91)
plaats bevalling		
Geboortehuis	8% (n=36)	4% (n=35)
Thuis	28% (n=132)	63% (n=499)
Ziekenhuis vroedvrouw	20% (n=94)	20% (n=160)
Ziekenhuis gynaecoloog	44% (n=208)	12% (n=91)
Onderweg	0% (n=0)	0,5% (n=4)

De helft van alle geregistreerde bevallingen waren effectief thuisbevallingen onder begeleiding van de vroedvrouw. Zes procent van de bevallingen (n=71) werd begeleid in een geboortehuis door een vroedvrouw, 0,3 % van de bevallingen (n=4) werd geregistreerd met bevallingsplaats 'onderweg' en tenslotte vonden 43% van de bevallingen (n=553) plaats in het ziekenhuis. Het gaat hier om bevallingen die zelfstandige vroedvrouwen hebben begeleid in het ziekenhuis of bevallingen die omwille van medische redenen intrapartaal werden doorverwe-

zen naar het ziekenhuis, waarna de gynaecoloog de verantwoordelijkheid overnam. De meerderheid van de bevallingen (76%, n=960) werd door de vroedvrouw autonoom begeleid. De bevallingen die onder de autonomie van de gynaecoloog vielen, en waarbij dus intrapartaal werd doorverwezen, bedroeg 24% (n=299). Het hoofdaandeel van de moeders (63%, n= 789) was multipara. Dit tegenover 37% (n= 470) primipara vrouwen.

Gekeken naar de pariteit in vergelijking met de verantwoordelijke voor de bevalling (zie tabel 8), zien we dat 56% (n=262) van de primipara vrouwen werd begeleid door de vroedvrouw in vergelijking met 88% (n=698) van de multipara vrouwen. De gynaecoloog begeleidde 44% (n=208) van de primipara zwangerschappen in vergelijking met 12% (n=91) van de multipara zwangerschappen. De meeste primipara zwangerschappen werden begeleid in het ziekenhuis door de gynaecoloog (44%, n=208). Van de primipara zwangerschappen werd 28% (n=132) thuis begeleid door de vroedvrouw, 20% (n=94) begeleid in het ziekenhuis door de vroedvrouw en 8% (n=36) begeleid in een geboortehuis door de vroedvrouw. De meeste multipara vrouwen uit deze registratie bevielen thuis onder begeleiding van de vroedvrouw (63%, n=499). Hiernaast werd 20% (n=160) van de multipara zwangerschappen in een ziekenhuis begeleid door de vroedvrouw, 12% (n=91) in een ziekenhuis begeleid door de gynaecoloog, 4% (n=35) begeleid door de vroedvrouw in een geboortehuis en vond ten slotte 0,5% (n=4) plaats onderweg.

Onderstaande Tabel 9 gaat dieper in de verloskundige gegevens van de vrouw. Van de 1.259 bevallingen die werden geregistreerd had 5% (n=57) van de vrouwen een abortus in de voorgeschiedenis. Negentien procent (n=244) vrouwen had een miskraam in de voorgeschiedenis. 1% of 14 vrouwen had zowel een miskraam als een abortus in de voorgeschiedenis. De meerderheid van de zwangerschappen (94%, n=1.181) ontstond spontaan. Er waren 15 vrouwen (1%) met een sectio in anamnese. Het aantal vaginale bevallingen na een sectio bedroeg 12 bevallingen of 80% van het aantal sectio's in anamnese.





Tabel 9 Algemene gegevens: verloskundige variabelen

	Percentage	Totaal (n= 1259)
Abortus/ miskraam in anamnese		
Miskraam	19%	244
Abortus	5%	57
Abortus en miskraam	1%	14
Geen	75%	944
Ontstaan zwangerschap		
Spontaan	94%	1181
Hormonaal	1%	16
KI	2%	22
ICSI	2%	22
IVF	1%	18
sectio in anamnese		
	1%	15
VBAC1		
	1%	15

1 vaginal birth after cesarean





Autonoom door Vroedvrouwgeleide bevallingen

Tabel 10: Karakteristieken autonoom door vroedvrouwgeleide bevallingen

	Percentage	Totaal (n=960)
Graviditeit		
Primipara	27%	262
Multipara	73%	698
Duur zwangerschap		
< 37 weken	1%	14
37-42 weken	98%	940
> 42 weken	1%	6
Plaats bevalling		
Thuis	66%	631
Ziekenhuis	26%	254
Geboortehuis	7%	71
Onderweg	0,4%	4
Ligging baby		
Achterhoofd voor	94%	900
Achterhoofd Achter	6%	60
Foetale bewaking		
Intermittent doptone	79%	757
Intermittent CTG	14%	136
Intermittent CTG, doptone	1%	12
Continu CTG	3%	29
Geen	3%	26

In 2020 werden 1.259 arbeiden gestart onder begeleiding van de vroedvrouw thuis, in een geboortehuis of poliklinisch in het ziekenhuis. Bij de meerderheid van deze arbeiden (76%, n=960) werd ook de bevalling autonoom begeleid door de vroedvrouw en is er sprake van een vroedvrouwgeleide bevalling. Hoewel alle arbeiden uit dit jaarrapport initieel waren gepland om onder autonomie van de vroedvrouw te bevallen, werd er bij 24% (n= 299) intrapartaal doorverwezen. Dit deel geeft een overzicht van de karakteristieken van de autonoom door vroedvrouwgeleide bevallingen (76%, n=960).

De meerderheid van de autonoom door vroedvrouwen begeleide bevallingen waren multipara zwangerschappen (73%, n=698). Van de multipara zwangerschap had 99 vrouwen (10%) een pariteit van drie of meer. Het aantal primipara zwangerschappen waarvan de bevalling werd begeleid door de vroedvrouw bedroeg 27% (n=262).

De meeste registraties hadden een zwangerschapsduur tussen 37 en 42 weken (98%, n=940). Veertien registraties (1%) had een zwangerschapsduur minder dan 37 weken en zes registraties (1%) had een zwangerschapsduur meer dan 42 weken.

Meer dan de helft van de vroedvrouwgeleide bevallingen vond thuis plaats (66%, n=631) en één vierde vond plaats in een ziekenhuis (26%, n=254). Zeven procent (n=71) vroedvrouwgeleide bevallingen vond plaats in een geboortehuis. Alle registraties werden gekenmerkt met een achterhoofdsligging, waarvan 94% (n=900) met een achterhoofdsligging voor en 6% (n=60) achterhoofdsligging achter.

Het monitoren van de foetale harttonen gebeurde voornamelijk via intermittente doptone (79%, n=757). Bij 14% (n=136) van de vroedvrouwgeleide bevallingen gebeurde de foetale monitoring met het CTG-toestel.

Zoals te zien is op tabel 11, vond 38% (n=369) van de vroedvrouwgeleide bevallingen plaats in de bevallingshouding op handen-en knieën, 21% (n=202) in een lithotomiehouding zonder beensteunen, 14% (n=139) in zijlig, 14% (n=134) met hulp van een baarkruk, 7% (n=69) in een hurkende positie, 3% (n=31) stond en 2% (n=16) in een lithotomiehouding in de beensteunen. Los van de bevallingshoudingen beviel 38% (n=360) van de vrouwen in bad, wanneer de bevalling werd begeleid door de vroedvrouw.

Bijna de helft van alle vroedvrouwgeleide bevallingen had geen perineumrupturen (45%, n=428). Wanneer er zich toch perineumrupturen voordeden, waren dit hoofd-





zakelijk 1^e graadrupturen (27%, n=256) of tweedegraads rupturen (19%, n=183). Bij 324 (34%) bevallingen heeft de vroedvrouw de perineumrupturen of de episiotomie gehecht. Bij 15 bevallingen (2%) werd hiervoor doorverwezen naar de gynaecoloog.

Onderstaande tabel 12 heeft een overzicht van de graad van perineumruptuur per bevallingshouding. De houding die het meest werd toegepast was de houding op handen en knieën. Van de vrouwen die beviel op handen en knieën had 46% (n=171) een gaaf perineum, 28% (n=104) had een 1e graad ruptuur, 20% (n=74) had een 2e graad ruptuur en 5% (n=18) had een labia ruptuur. Van de vrouwen die verkozen om in hurk te bevallen had 43% (n=30) een gaaf perineum, 26% (n=18) een 1e graad ruptuur, 26% (n=18) een 2e graad ruptuur, 3% (n=2) een derde graad ruptuur en 1% (n=1) een labiaruptuur. Van de vrouwen die kozen om kruk-zit houding te bevallen had 34% (n=46) een gaaf perineum, 26% (n=35) een 1e graad ruptuur, 27% (n=36) een 2e graad ruptuur, 2% (n=3) een 3e graad ruptuur, 1% (n=2) een 4e graad ruptuur, 1% (n=2) een episiotomie en 7% (n=10) een labia ruptuur. Van de vrouwen die bevielen in een rugliggende houding in de beensteunen had 50% (n=8) een gaaf perineum, 25% (n=4) een 1e graad ruptuur, 6% (n=1) een 2e graad ruptuur en 19% (n=3) een episiotomie. Van de vrouwen die bevielen in een rugliggende houding zonder beensteunen had 42% (n=85) een gaaf perineum, 26% (n=53) een 1e graad ruptuur, 16% (n=33) een 2e graad ruptuur, 1% (n=3) een 3e graad ruptuur, 4% (n=8) een episiotomie en 10% (n=20) een labiaruptuur. Van de vrouwen die staand bevielen had 48% (n=15) een gaaf perineum, 26% (n=8) een 1e graad ruptuur, 16% (n=5) een 2e graad ruptuur en 10% (n=3) een labia ruptuur. Tenslotte van de vrouwen die bevielen in zijlig had 53% (n=74) een gaaf perineum, 24% (n=34) een 1e graad ruptuur, 12% (n=16) een 2e graad ruptuur, 1% (n=1) een 3e graad ruptuur, 1% (n=1) een 4e graad ruptuur, 4% (n=5) een episiotomie en 6% (n=9) een labiaruptuur.

Gekeken naar de placentaire fase (zie tabel 13), werd bij 88% (n=846) van de vroedvrouwgeleide bevallingen geopteerd voor een spontaan beleid in de placentaire fase. Bij 4% (n=43) werd gekozen voor een actief

Tabel 11 Karakteristieken autonoom door vroedvrouwgeleide bevallingen: bevallingshouding-perineum

	Percentage	Totaal (n=960)
Bevallingshouding		
Handen & knieën	38%	369
Hurk	7%	69
Kruk	14%	134
Zijlig	14%	139
Staand	3%	31
Lithotomie zonder beensteunen	21%	202
Lithotomie in beensteunen	2%	16
Badbevalling		
Bevalling in bad	38%	360
Perineum		
Gaaf	45%	429
1 ^e graad ruptuur ¹	27%	256
2 ^e graad ruptuur ²	19%	183
3 ^e graad ruptuur ³	1%	10
4 ^e graad ruptuur ⁴	0,3%	3
Labia	6%	61
Episiotomie	2%	18

- 1 Een 1^e graads ruptuur is een ondiepe scheur in de huid van het perineum (Queensland Health, 2021).
- 2 Een 2^e graads ruptuur is een scheur in de huid en in de spierlagen van het perineum. 2^e graads rupturen genezen beter wanneer deze worden gehecht. (Queensland Health, 2021)
- 3 Een 3^e graads ruptuur is een scheur doorheen de perineale spieren tot in de ringvormige spier die anus vormt (de anale sfincter) (Queensland Health, 2021)
- 4 Een 4^e graads ruptuur gaat doorheen de anale sfincter en tot in de anus. (Queensland Health, 2021)

beleid, dit houdt in het onmiddellijk toedienen van oxytocine.

Bij meer dan 80% (n=804) van de vroedvrouwgeleide bevallingen werd het bloedverlies geraamd op minder dan 500ml. Er waren 133 bevallingen (14%) waarbij het bloedverlies lag tussen de 500 en 1.000 ml en 23 bevallingen (2%) waarbij het bloedverlies geschat werd op meer dan 1.000 ml.

Van de 960 bevallingen die vroedvrouwen autonoom hebben geleid werden 57 (6%) moeders postnataal doorverwezen omwille van maternale redenen. Dit was 17 keer het geval omwille van placenta retentie, 13 keer omwille van een postpartum bloeding, 15





Tabel 12 Perineum/ Bevallingshouding

		Gaaf	1 ^e graad	2 ^e graad	3 ^e graad	4 ^e graad	Episiotomie	Labia	Totaal
Bevallings houding	Handen-knieën	46% (n=171)	28% (n=104)	20% (n=74)	0% (n=1)	0% (n=1)	0% (n=0)	5% (n=18)	38% (n=369)
	Hurk	43% (n=30)	26% (n=18)	26% (n=18)	3% (n=2)	0% (n=0)	0% (n=0)	1% (n=1)	7% (n=69)
	Kruk-zit	34% (n=46)	26% (n=35)	27% (n=36)	2% (n=3)	1% (n=2)	1% (n=2)	7% (n=10)	14% (n=134)
	Lithotomie in beensteunen	50% (n=8)	25% (n=4)	6% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	19% (n=3)	0% (n=0%)	2% (n=16)
	Lithotomie zonder beensteunen	42% (n=85)	26% (n=53)	16% (n=33)	1% (n=3)	0% (n=0)	4% (n=8)	10% (n=20)	21% (n=202)
	Staand	48% (n=15)	26% (n=8)	16% (n=5)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	10% (n=3)	3% (n=31)
	Zijlig	53% (n=74)	24% (n=34)	12% (n=16)	1% (n=1)	1% (n=1)	4% (n=5)	6% (n=9)	14% (n=139)
Totaal		45% (n=429)	27% (n=256)	20% (n=183)	1% (n=10)	0,3% (n=3)	2% (n=18)	6% (n=61)	960

Tabel 13 Karakteristieken vroedvrouwgeleide bevallingen: postnataal

	Percentage	Totaal (n=960)
Placentaire fase		
Spontaan	88%	846
Actief	4%	43
Spontaan, gevolgd actief	6%	54
Manueel	2%	16
Onbekend	0%	1
Bloedverlies		
<500 ml	83,8%	804
500ml-1000ml	14%	133
>1000ml	2%	23
Doorverwijzing postnataal: matернаal		
Placenta retentie	2%	17
Postpartum bloeding	1%	13
Hechten gynaecoloog	2%	15
Andere	1%	12
GBS diagnostiek/profylaxie		
Negatief	75%	723
Positief	12%	117
Onbekend	12%	120

keer omwille van het hechten van het perineum en 12 keer om 'andere' redenen.

Drie vierde van alle zwangere vrouwen (75%, n=723) waarvan de vroedvrouw autonoom de bevalling heeft begeleid had een negatieve test voor Groep B streptokokken (GBS). 117 vrouwen (12%) waren GBS-positief. Van hen kreeg 36% (n=42) antibiotica toegediend tijdens de partus en 64% (n=75) niet. Drie neonaten van de 75 bevallingen waarbij geen antibiotica werd toegediend had een early onset infectie ten gevolge van GBS. De 72 overige neonaten had geen infectie. 120 zwangere vrouwen (12%) hadden een GBS onbekende status, van hen kreeg slechts twee vrouwen antibiotica tijdens de partus. Van de 117 overige bevallingen die geen antibiotica tijdens de partus kregen had geen enkele neonat een infectie ten gevolge van GBS.

Gegevens neonat autonoom door vroedvrouwgeleide bevalling

Er werden exact evenveel jongens als meisjes geboren. Het gemiddelde geboortegewicht bedroeg 3.529 gram, met een mi-





nimum geboortegewicht van 1.740 en een maximum van 5.270 gram. Acht neonaten (1%) hadden een geboortegewicht minder dan 2.500 gram. Er waren 434 neonaten (45%) met een geboortegewicht tussen 2500 en 3500 gram en 500 neonaten (52%) met een geboortegewicht tussen 3.500 en 4.500 gram. Zeventien neonaten (2%) hadden een geboortegewicht hoger dan 4.500 gram.

Bijna alle neonaten had een APGAR-score hoger of gelijk aan 7 één minuut na geboorte (96%, n=919), 40 neonaten (4%) had een APGAR-score lager dan 7 één minuut na geboorte. Vijf minuten na geboorte had 99% (n=953) neonaten een APGAR-score hoger of gelijk aan 7 en 1% (n=6) neonaten een APGAR-score lager dan 7.

In totaal hadden 22 (2,3%) neonaten reanimatie nodig. Vijftien neonaten kregen 5 inflaties, twee neonaten beademing en vier neonaten zowel 5 inflaties als beademing. Er werd éénmaal positive end-expiratory pressure (PEEP) en continuous positive airway pressure (CPAP) toegediend. Twintig neonaten (2%) werden getransfereerd naar neonatologie.

Tabel 14 Karakteristieken neonaat vroedvrouwgeleide bevalling

	Percentage	Totaal (n=960)
Geslacht		
Meisje	50%	480
Jongen	50%	480
Gewicht		
<2500 gram	1%	8
2500-3500 gram	45%	434
3500-4500 gram	52%	500
>4500 gram	2%	17
Onbekend	0%	1
APgar		
<i>Na 1 minuten</i>		
<7 na 1'	4%	40
≥ 7 na 1'	96%	919
Onbekend	0,1%	1
<i>Na 5 minuten</i>		
<7 na 5'	1%	6
≥7 na 5'	99%	953
Onbekend	0,1%	1
Reanimatie		
Geen	98%	938
Reanimatie	2,3%	22





Intrapartaal doorverwezen bevallingen

Tabel 15 Karakteristieken intrapartaal doorverwezen bevallingen

	Percentage	Totaal (n=299)
Graviditeit		
Primi	70%	208
Multi	30%	91
Reden doorverwijzing		
Stagnatie		
Niet vorderende ontsluiting ¹	70%	83
Niet vorderende uitdrijving ²	30%	35
Urgentie		
Omwille van bloedverlies	8%	2
Omwille van Foetale nood	84%	21
Andere	1%	2
Overige redenen		
Abnormale foetale harttonen	3%	5
Langdurig gebroken vliezen	13%	21
Liggingsafwijking baby	5%	8
Maternale koorts	1%	1
Meconiaal vruchtwater	17%	26
Nood aan pijnstilling	37%	58
Andere	24%	37

¹ Er is sprake van een niet vorderende ontsluiting wanneer er bij een ontsluiting van 6 cm gedurende 4 uur geen verandering optreedt (KCE,2011).

² Er is sprake van een niet vorderende uitdrijving wanneer de actieve uitdrijvingsfase langer dan 2 uur duurt bij een primipara en langer dan één uur bij een multipara (KCE, 2011).

Tabel 16 Wijze bevalling na doorverwijzing

	Percentage	Totaal (n=299)
Epidurale		
	65%	195
Episiotomie		
	24%	73
Bevalling na doorverwijzing		
Spontaan	61%	181
Instrumenteel	21%	63
Sectio	18%	55

Van de in totaal 1259 arbeiden die werden gestart in de eerste lijn werden 299 bevallingen (24%) intrapartaal doorverwezen, waarna de gynaecoloog de verantwoordelijkheid overnam.

De meerderheid van de vrouwen die werden doorverwezen tijdens de partus waren primipara (70%, n=208), ten opzichte van 30% (n=91) multipara.

Doorverwijzing intrapartaal werden opgedeeld in drie grote luiken, namelijk stagnatie, dringende en overige redenen. Er werd 118 keer (39%) intrapartaal doorverwezen omwille van stagnatie, 70% (n=83) van deze doorverwijzingen was omwille van een niet vorderende ontsluiting en 30% (n=35) was omwille van een niet vorderende uitdrijving. Van alle intrapartale doorverwijzingen werd 8% (n=25) doorverwezen omwille van urgentie, hiervan werd 8% (n=2) doorverwezen omwille van bloedverlies, 84% (n=21) omwille van foetale nood en 1% (n=2) omwille van andere urgente redenen. Tweeënvijftig procent (n=156) intrapartale doorverwijzingen was omwille van overige redenen. Dit ging bij 3% (n=5) omwille van abnormale foetale harttonen, 13% (n=21) omwille van langdurige gebroken vliezen, 5% (n=8) omwille van liggingsafwijkingen van de baby, 1% (n=1) omwille van maternale koorts, 17% (n=26) omwille van meconiaal vruchtwater, 37% (n=58) omwille van nood aan pijnstilling en 24% (n=37) omwille van andere redenen.

Na doorverwijzing intrapartaal koos 65% van de vrouwen (n= 195) voor epidurale verdoving, waarvan 60 vrouwen die werden doorverwezen omwille van nood aan pijnstilling. Bij 24% (n=73) van de doorverwezen bevallingen werd een episiotomie geplaatst. Na doorverwijzing waren er 21% (n=63) instrumentele bevallingen, waarvan 61 bevallingen met hulp van ventouse en twee bevallingen via forceps. Er waren 18% (n=55) sectio's na doorverwijzing





Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal intrapartale doorverwijzing in functie van de pariteit van de vrouw.

Hoewel er veel meer multipara arbeiden 63% (n= 789) gestart zijn in eerste lijn in vergelijking met primipara arbeiden 37% (n= 470) zien we dat er veel minder doorverwijzingen (70% ten op zichte van 30%) plaatsvonden bij de multipara arbeiden in vergelijking met de primipara arbeiden. Hoewel het aantal doorverwijzingen sterk verschilt tussen primi en multipara vrouwen, zijn de redenen waarom er wordt doorverwezen gelijkaardig in beide groepen. Zo zijn er 41% primipara en 35% multipara vrouwen die intrapartaal werden doorverwezen omwille van stagnatie. In het geval van dringende redenen werd 8% van de primipara en 9% van de multipara vrouwen doorverwezen. Tenslotte werd in beide groepen het vaakst doorverwezen omwille van overige redenen, dit was het geval bij 50% van de primipara's en voor 56% van de multipara's.

Gegevens neonaat intrapartaal doorverwezen bevallingen

Er werden in deze groep iets meer jongens (58%, n=172) dan meisjes (42%, n=127) geboren. Het gemiddelde geboortegewicht bedroeg 3.501 gram. Met een range tussen de 2000 en 5400 gram. Zes neonaten (2%) hadden een geboortegewicht lager dan 2.500 gram, 131 neonaten (44%) een geboortegewicht tussen 2.500 en 3.500 gram, 151 neonaten (51%) een geboortegewicht tussen 3.500 en 4.500 gram en zeven neonaten (2%) hadden een geboortegewicht hoger dan 4.500 gram.

De meeste neonaten (89%, n=267) hadden een APGAR-score van hoger of gelijk aan 7 na één minuut, 8% (n=23) had een APGAR-score lager van 7 na één minuut. Na vijf minuten had 95% (n=285) van de neonaten een APGAR-score hoger of gelijk aan 7 en vijf neonaten (2%) een APGAR-score lager dan 7. Dertien neonaten (4%) had nood aan reanimatie, zeven neonaten (2%) kregen 5 inflaties, twee neonaten (1%) kregen beademing toegediend en vier neonaten (1%) kregen beiden.

Tabel 17 Vergelijking doorverwijzing/ primi-multipara

	primipara	multipara
Totaal doorverwijzing	208 (70%)	91 (30%)
Stagnatie	86 (41%)	32 (35%)
Niet vorderende ontsluiting	59 (28,4%)	24 (26,4%)
Niet vorderende uitdrijving	27 (13%)	8 (8,8%)
Dringend	17 (8%)	8 (9%)
Omwille van bloedverlies	2 (1%)	0
Omwille van foetale nood	14 (6,7%)	7 (7,7%)
Andere	1 (0,5%)	1 (1%)
Overige	105 (50%)	51 (56%)
Abnormale-foetale harttonen	3 (1,4%)	2 (2,2%)
Langdurig gebroken vliezen	14 (6,7%)	7 (7,7%)
Liggingsafwijking baby	5 (2,4%)	3 (3,3%)
Maternale koorts	1 (0,5%)	0
Meconiaal vruchtwater	17 (8%)	9 (10%)
Nood aan pijnstilling	43 (20,7%)	15 (16,5%)
Andere	22 (10,6%)	15 (16,5%)

Tabel 18 Karakteristieken neonaat intrapartaal doorverwezen bevallingen

	Percentage	Totaal (n=299)
Geslacht		
Meisje	42%	127
Jongen	58%	172
Gewicht		
<2.500 gram	2%	6
2.500-3.500 gram	44%	131
3.500-4.500 gram	51%	151
>4500 gram	2%	7
Onbekend	1%	4
APgar		
<i>Na 1 minuten</i>		
<7 na 1'	8%	23
≥ 7 na 1'	89%	267
Onbekend	3%	9
<i>Na 5 minuten</i>		
<7 na 5'	2%	5
≥7 na 5'	95%	285
Onbekend	3%	9
Reanimatie		
Geen	96%	286
Reanimatie	4%	13





Discussie

Vandaag worden de meeste vroedvrouwen tewerkgesteld in de tweedelijns zorg waar hun autonomie gelimiteerd is (Vermeulen et al., 2021). Dit is ook het beeld van de vroedvrouw dat het meest bekend is binnen de maatschappij. Dit jaarrapport wil daarom aandacht vestigen en inzicht geven in het werk, de begeleiding en ondersteuning die vroedvrouwen in de eerste lijn verrichten vóór en tijdens de zwangerschap en tijdens arbeid en bevalling. Het jaarrapport vroedvrouwgeleide zorg tijdens arbeid en bevalling is het eerste jaarrapport dat tegemoetkomt aan de onderrapportering en transparantie van het werk dat vroedvrouwen autonoom verrichten. Dit rapport geeft eveneens een eerste overzicht in het aantal thuisbevallingen in Vlaanderen, Brussel en voor een beperkt deel van Wallonië. Deze vorm van transparantie kan zowel voor de eigen en andere betrokken beroepsgroepen als voor de maatschappij een meerwaarde bieden. Op deze manier wil het jaarrapport met cijfers uit de praktijk tonen dat ook vroedvrouwen in België, expert zijn in het begeleiden van laagrisico zwangerschappen en geboortes.

In dit eerste jaarrapport omtrent autonoom door vroedvrouwgeleide zorg tijdens arbeid en bevalling kwamen een aantal kritische bedenkingen of vaststellingen naar voor.

Wanneer een sectio in anamnese wordt vastgesteld, wordt een zwangerschap niet langer als laag risico beschouwd en is doorverwijzing naar de tweede lijn aangewezen. Uit de cijfers blijkt dat 33% van vrouwen met een sectio in de anamnese toch thuis zijn bevallen (College of midwives of British Columbia, 2008; Souter et al., 2019). Er is echter geen informatie of dit al dan niet ging om niet onstuitbare arbeiden, die danig snel evolueerden waardoor niet tijdig naar het ziekenhuis kon worden verwezen.

Een zwangerschapsduur van minder dan 37 weken wordt niet langer als laag risico zwangerschap aanzien (Mambourg et al., 2011). Ook hier stelden we vast dat een klein percentage vrouwen (1%, n=14) terug die thuis of tijdens een vroedvrouwgeleide be-

valling in het ziekenhuis zijn bevallen bij een zwangerschapsduur < 37 weken. Mogelijks gaat het hier over een zwangerschapsduur van 36 weken of meer, maar hier kan geen uitsluitel over gegeven worden.

Het is aangewezen om alle vrouwen in zwangerschapsweek 35-37 te screenen op Groep B-streptokokken (Duodecim Medical Publications, 2019; Hoge Gezondheidsraad, 2003). In het jaarrapport vroedvrouwgeleide zorg werd niet altijd intrapartaal antibiotica toegediend bij een positieve of onbekende GBS-status. Vroedvrouwen bespreken doorgaans in overleg met de zwangere vrouw de voor- en nadelen van antibiotica profylaxe bij GBS positieve of onbekende status. Indien vroedvrouwen bij een GBS positieve of onbekende status geen antibiotica intrapartaal toedienen, en dus de vrouw/het koppel hiervan afziet, kan in overleg met de zwangere vrouw/het koppel een informed consent worden opgesteld. De Cochrane review van Ohlsson & Shah (2014) stelde vast dat intrapartum antibioticaprofylaxe voor GBS in vergelijking met geen behandeling, geen significante reductie inhoudt op het vlak van de neonatale moraaliteit veroorzaakt door GBS (RR: 0,19; 95% BI [0,01-3,82]; 1 studie; n=164 neonaten). Zij vonden echter wel een significante reductie in de incidentie van een early GBS-infectie in de groep die intrapartaal antibiotica toegediend kreeg in vergelijking met de groep die geen behandeling kreeg (RR: 0,17; 95%; BI [0,04-0,74]; 3 studies; n=488). De incidentie van late-onset GBS-infectie verschilde niet significant tussen beide groepen (Ohlsson & Shah, 2009). In een Brits artikel argumenteert Seedat et al (2019) dat een routine screening voor GBS in de late zwangerschap afgeraden wordt, omdat de potentiële nadelen van een onnodige behandeling met antibiotica interpartaal mogelijk de voordelen kan overtreffen². Hoewel een klein percentage van de pasgeborenen van GBS positieve vrouwen worden besmet, is de kans op

² Dit artikel moet gelezen worden in de context waarbij er in het Verenigd Koninkrijk geen routine screening naar of profylaxe van GBS gebeurt.





een besmetting bij de baby klein. Er worden aan een groot aantal positieve vrouwen AB profylaxie gegeven zonder dat zonder de baby een infectie ontwikkeld. Op basis van gegevens uit het Verenigd Koninkrijk zou een prenatale GBS-kweek bij ongeveer twee op 1.000 zwangere vrouwen met een positief resultaat een beginnende infectie correct voorspellen, dit is een positief predictieve waarde van 0,2%. In de periode 2000-2001 werd een positieve GBS-status aangetoond bij 126.159 zwangere vrouwen, waarbij 205 neonaten een early-onset infectie ontwikkelden. Dit wil zeggen dat in geval van een screening met antibioticaprofylaxe tijdens de partus zou geleid hebben tot een behandeling van 125.954 (99,8%) vrouwen (Seedat et al., 2019). Eenzelfde cijfer werd vastgesteld in 2014-2015, hier werden 138.933 zwangere vrouwen vastgesteld met een positieve GBS-status, waarvan 305 neonaten effectief een early-onset infectie ontwikkelden. In dit geval zou een screening met antibioticaprofylaxe geleid hebben tot een behandeling van 138.583 (99,75%) vrouwen (Seedat et al., 2019). Deze lage positieve predicatieve waarden betekent dat het er een hoog percentage aan vals-positieven is, nl. neonaten die geen early-onset infectie ontwikkelen, wat een overbehandeling met en maternale blootstelling aan antibiotica tijdens de arbeid met zich meebrengt. Uit een model van het nationale screeningscomité uit het Verenigd Koninkrijk wordt geconcludeerd dat een routine GBS-screening ertoe zou leiden dat 1.675-1.854 extra vrouwen intrapartum antibioticaprofylaxe zouden krijgen om één geval van een early-onset infectie te voorkomen en 24.065-32.087 om één sterfgeval als gevolg van een early-onset GBS-infectie te voorkomen. Hierbij worden ook mogelijke nadelen van een toedienen van antibiotica tijdens de bevalling vermeld. Zo werd aangetoond dat intrapartum GBS-profylaxe mogelijk de darmmicrobiota verandert, veranderingen die mogelijk in verband worden gebracht om stofwisselingsproblemen (zoals obesitas en diabetes), atopische, ontstekings- en auto-immuunproblemen (zoals astma en necrotiserende enterocolitis), en autisme (Seedat et al., 2019). Verder onderzoek omtrent de gevolgen van GBS-profylaxe is daarom aangeraden.

Tot slot werd data verzameld via zelfregistratie. Zo is enerzijds geen sprake van een vol-

ledig 100% dekkende registratie. Anderzijds kunnen we ook niet uitsluiten dat alle aspecten volledig werden geregistreerd. We willen in de toekomst de registratie van autonoom door vroedvrouwgeleide zorg tijdens arbeid en bevalling verder optimaliseren, rekening houdend met hierboven aangehaalde zaken. Concreet zal een volgende rapportering een andere indeling toepassen, zo zal een eerste onderscheid worden gemaakt tussen extra- en intramurale zorg. Waarna verdere opdeling zal worden gemaakt op basis van plaats en verantwoordelijke van de bevalling. Ook zal er meer aandacht worden besteed aan de socio-demografische factoren van de zwangere vrouwen. Als laatste zal er in de toekomst ook meer aandacht worden gevestigd op het welbevinden en de tevredenheid van de zwangere vrouwen met autonoom door de vroedvrouwgeleide zorg, door bevraging van de ouders.

Vooreerst worden onze cijfers vergeleken met gelijkaardige rapporten uit het buitenland. In tegenstelling met België, start in Nederland de overgrote meerderheid van de zwangere vrouwen hun zorg in eerste lijn. Afhankelijk van de aanwezigheid van risicofactoren, worden vrouwen doorverwezen naar de tweede lijn. In 2020 startte 90,6% van de Nederlandse zwangere vrouwen haar zorg in eerste lijn, 9,4% diende meteen doorverwezen te worden naar tweede lijn omwille van een medische indicatie. Tabel 19 geeft een overzicht weer van de zorgstromen bij nullipare vrouwen in Nederland 2020 (Perined, 2021).

Tijdens de zwangerschap werd 44,3% van de nullipara die aanvankelijk werd begeleid in de eerste lijn doorverwezen naar de tweede lijn, omwille van serotiniteit (11,5%), hypertensieve aandoeningen (11,0%), liggingafwijkingen inclusief stuitligging (6,2%), groeivertraging (5,4%), het voelen van minder leven (5,3%), diabetes (verschillende types) (4,8%), (dreigende) vroeggeboorte

Tabel 19 Zorgstromen bij nullipara in Nederland 2020

	Eerste lijn	Tweede lijn
Zwangerschap	90,6%	9,4%
Begin baring	50,5%	49,5%
Bevalling	16,7%	83,3%



**Tabel 20 Zorgstromen bij multipara in Nederland 2020**

	Eerste lijn	Tweede lijn
Zwangerschap	89,1%	10,9%
Begin baring	47,8%	52,2%
Bevalling	34,3%	65,7%

(3,2%) en positieve discongruentie (3,0%). Van de nullipara die aan het begin van de baring begeleid werden in de eerste lijn, bleef 33,1% ook tijdens de bevalling onder verantwoordelijkheid van de eerste lijn. Dit betekent dat 66,9% van de zwangere vrouwen die de baring startte in de eerste lijn, intrapartaal werd doorverwezen naar de tweede lijn.

Bij multipare vrouwen zagen de zorgstromen er gedeeltelijk anders uit in vergelijking met deze van primipara vrouwen. Een vergelijkbaar percentage van de zwangere multipara vrouwen startte haar zorg in de eerste lijn (89,1%). Tabel 20 geeft een overzicht van de zorgstromen bij multipara in Nederland 2020.

De meest voorkomende redenen voor doorverwijzing bij primipare vrouwen waren wens tot pijnbestrijding (28,3%) en meconiumhoudend vruchtwater (15,7%) (zie tabel 19). Bij 2,7% van de bevallingen was doorverwijzing noodzakelijk omwille van urgente redenen zoals bloedverlies tijdens de bevalling, foetale nood, vasa praevia of abruptio placentae (Perined, 2021).

Tijdens de zwangerschap werd 46,3% van de multipare vrouwen doorverwezen naar de tweede lijn. Dit betekent dat 47,8% van de vrouwen die hun zorg in eerste lijn startte verder werden begeleid in de eerste lijn. Het percentage doorverwijzingen

gen bij Nederlandse multipara vrouwen in Nederland tijdens de zwangerschap lag hoger dan bij de nullipare vrouwen. Een van de redenen hiervoor is het aantal doorverwijzingen omwille van een sectio in anamnese (20,6%). Andere redenen waarom multipara vrouwen werden doorverwezen waren serotiniteit (6,2%), diabetes (5,6%), hypertensieve aandoeningen (4,1%), groeivertragingen (9,5%), het voelen van minder leven (3,2%), positieve discongruentie (3%), meerlingzwangerschap (2,4%) en liggingsafwijkingen (2,9%) (zie tabel 21).

Tijdens de bevalling werden multipara vrouwen minder doorverwezen naar de tweede lijn in vergelijking met nullipara vrouwen (28,2% ten opzichte van 66,9%). Bij multiparae werd het meest intrapartaal doorverwezen omwille van meconium houdend vruchtwater (22,7%) en de wens tot pijnbestrijding (19,7%). Het percentage doorverwijzingen van multipara vrouwen intrapartaal omwille van dringende redenen bedroeg 3,5% (Perined, 2021).

Onderstaande tabel 21 geeft een overzicht van de redenen voor intrapartale doorverwijzing voor Nederland en onze eigen cijfers van zowel nulli- en multipara in 2020.

In 2019 werden in Duitsland 14.319 geboorten buiten het ziekenhuis geregistreerd (Loytved, 2019). Het gaat hier om thuisbevallingen of bevallingen die vroedvrouwen hebben begeleid in een geboortehuis. Het merendeel) van de vrouwen (84,4% of n=12.087) beviel zoals gepland bij de vroedvrouw en 15,6% (n=2.232) van de vrouwen werd tijdens de arbeid doorverwezen naar het ziekenhuis. Het aantal doorverwijzingen in Duitsland ligt 10% lager dan het aantal intrapartale doorverwijzingen uit dit jaarrapport

Tabel 21 Niet-urgente redenen voor intrapartale doorverwijzing Nederland in vergelijking met de eigen cijfers

	Nullipara		Multipara	
	Nederland	Eigen registratie	Nederland	Eigen registratie
Wens tot pijnbestrijding	28,3%	20,7%	19,7%	16,5%
Meconiumhoudend vruchtwater	15,7%	8%	22,7%	10%
Niet-vorderende ontsluiting	12,8%	28,4%	9,8%	26,4%
Niet-vorderende uitdrijving	9,8%	13%	4,9%	8%
Gebroken vliezen zonder weeën	8,9%	6,7%	9,8%	7,7%





(15,6% ten opzichte van 24%). Van de bevallingen die werden doorverwezen beviel 5,1% (n=735) door middel van een sectio en 2,8% (n=395) via een geassisteerde bevalling. Deze percentages zijn vergelijkbaar met de eigen cijfers waarbij 4,36% van de doorverwezen vrouwen een sectio kregen en 5,0% een geassisteerde bevalling. Gekeken naar de bevallingshouding koos 30,9% (n=3.876) van de vrouwen die vaginaal bevielen in 2019 uit het Duitse rapport een bevallingshouding op handen en knieën. Ook in dit jaarrapport was de bevallingshouding op handen en knieën de houding die door de meeste vrouwen werd verkozen, namelijk 38% (n=369). Er werd bij 41,9% (n=5.992) van de bevallen vrouwen een gaaf perineum vastgesteld (geen perineumruptuur of episiotomie), 2,9% (n=419) kreeg een episiotomie en 1% (n=136) had een derde of vierde graad ruptuur. Ook deze cijfers van Loytved (2019) zijn in dezelfde lijn met deze uit dit rapport, waarbij 45% van de vrouwen die bevielen onder de verantwoordelijkheid van de vroedvrouw een gaaf perineum had, 2% kreeg een episiotomie en 1,3% had een 3^e of 4^e graad perineum ruptuur.

In totaal hadden 94,1% (n=13.461) van de Duitse neonaten geen problemen na de bevalling (zowel thuisbevalling, geboortehuis als doorverwijzing naar het ziekenhuis) en een APGAR van 8 tot 10. Bijna alle neonaten (99,26% of n=14.231) had een APGAR-score van 7 of meer vijf minuten na de bevalling. Ook deze cijfers sluiten aan bij deze uit het huidige jaarrapport, waarbij 99% van de neonaten die bevielen onder de verantwoordelijkheid van de vroedvrouw na 5 minuten een APGAR-score van 7 of meer hadden (Loytved, 2019).

De medicalisering van het geboorteprocés heeft een impact op de vroedkundige praktijk. Een toenemend aantal zwangerschappen en geboortes worden niet gezien als een normaal proces, geleid door vroedvrouwen, maar eerder beschouwd als een risicovolle gebeurtenis met de nodige medische interventies, geleid door een specialist (International Confederation of Midwives, 2017). Met dit jaarrapport willen we de vroedvrouwgeleide zorg in het daglicht zetten.

Wetenschappelijke evidentie toont aan dat vroedvrouwgeleide zorg voor laagrisico zwangerschappen een volwaardig optie

kan zijn. Verschillende studies tonen aan dat vroedvrouwgeleide zorg in vergelijking met artsgeleide zorg geassocieerd wordt met een daling in het gebruik van regionale verdoving, instrumentele bevallingen, een derde- of vierde graad perineumruptuur (Sandall et al., 2016); Janssen et al., 2009), maar ook met een verminderde kans op postpartumbloedingen (Janssen et al. 2019) en een daling in het gebruik van oxytocine (Bodner-Adler et al. 2017). Omtrent neonatale uitkomsten wordt vroedvrouwgeleide zorg geassocieerd met een verminderde kans op reanimatie na de geboorte en nood aan zuurstoftherapie binnen de 24 uur (Janssen et al., 2019). Bodner-Adler et al (2017) kon geen verschillen vaststellen op het vlak van neonatale uitkomsten tussen vroedvrouwgeleide zorg en artsgeleide zorg.

Uit dit rapport blijkt dat bij de overgrote meerderheid van de zwangere vrouwen die door de vroedvrouw werden begeleid, werd gebruik gemaakt van een intermitterende auscultatie methode voor de foetale bewaking, nl. 79% (n=757) via intermitterende doptone, 14% (n=136) via intermitterende CTG en 1% (n=12) via een combinatie van intermitterende doptone en intermitterende CTG. Internationale klinische richtlijnen en wetenschappelijk studies benadrukken dat er geen evidentie is voor het routinematig gebruik van continue CTG voor de beoordeling van het foetale welzijn bij laagrisico zwangerschappen. Ze raden dan ook aan dat intermitterende auscultatie met Doppler of Pinard de aanbevolen methode is om het foetale welzijn te monitoren bij laagrisico zwangerschappen. Intermittente auscultatie zorgt er bovendien voor dat de bewegingsvrijheid van de vrouw tijdens arbeid en bevalling ten volle kan gevrijwaard blijven (RANZOG, 2019; Queensland Health, 2019; Chadraharan et al., 2018; DSOG, 2017; ACOG, 2021; AWHONN, 2018; WHO, 2018; KCE, 2011; ICM, 2017). De richtlijnen van RANZOG (2019), Queensland Health (2019) en NICE (2017) geven concrete aanbevelingen weer tot de frequentie en duur van intermitterende auscultatie bij laagrisico zwangerschappen. Er wordt aanbevolen dat de auscultatie begint tegen het eind van een contractie en moet worden voortgezet gedurende ten minste 30-60 seconden nadat de contractie is beëindigd. Auscultatie moet worden uitgevoerd en gedocumenteerd om





de 15-30 minuten in de actieve fase van de arbeid en bij elke contractie of ten minste om de 5 minuten in de actieve persfase (Mambourg et al., 2011). Hoewel gegevens over de frequentie van duur van de intermitterende auscultatie niet bekend zijn, worden vroedvrouwen verwacht te handelen volgens de laatste evidence based richtlijnen en dus intermitterende auscultatie correct toe te passen.

Uit het rapport blijkt dat drie vierden van de vrouwen een opwaartse bevallingshouding verkozen. Van de 960 vroedvrouwgeleide bevallingen uit deze registratie beviel de minderheid in een klassieke rugliggende bevallingspositie, nl. 2% (n=16) van vrouwen beviel in een lithotomie houding in de beensteunen en 21% in een lithotomie houding zonder beensteunen. De meeste vrouwen (76%) kozen voor een opwaartse bevallingshouding zoals op handen en knieën (38%), hurkhouding (7%), kruk (14%) of staand (3%) of zijligging (14%). Wetenschappelijke literatuur legt een duidelijke relatie tussen opwaartse en flexibele sacrum-posities bevallingshoudingen zoals handen-knieën, hurkhouding, kruk of staand en een verkorting van de actieve fase van de arbeid, een daling van het aantal instrumentele bevallingen, een daling in het aantal episiotomieën en het aantal derde en vierde graad perineumrupturen. Bij 94% van de vroedvrouwgeleide bevallingen werden milde perineumrupturen vastgesteld, 48% had een gaaf perineum (48%), 27% een eerste graadsruptuur en 19% een tweede graadsruptuur. Deze resultaten liggen in lijn met hetgeen in verschillende wetenschappelijke studies zoals Zang et al (2020) en Gupta et al (2017) werd vastgesteld. Voor meer details verwijzen we naar het tijdschrift voor vroedvrouwen (TVV 27/6) waar een volledige uitwerking van een wetenschappelijke casus rond bewegingsvrijheid tijdens arbeid en bevalling werd opgenomen (Rothmann et al., 2021).

Uit dit jaarrapport bleek dat 38% van de vrouwen prefereerde om in bad te bevallen. Verschillende bronnen stellen dat gebruik van watertherapie tijdens de bevalling in verband kan worden gebracht met een kortere duur van de bevalling en een verminderd gebruik van epidurale analgesie. Een badbevalling leidt ook tot meer ontspanning, bewegingsvrijheid en pijnverlichting

en niet geassocieerd met lagere APGAR-scores, neonatale of maternale infecties en/of opnames op de Neonatal Intensive Care Unit (NICU) (ACOG, 2016; ADHS, 2016). Verder besluiten wetenschappelijke studies dat er geen aanwijzingen zijn voor nadelige effecten van watertherapie op de baby of de moeder tijdens de eerste of tweede fase van de bevalling. Zo werd er geen verschil vastgesteld in spontane vaginale geboorte, aantal sectio's of instrumentele bevallingen. Ook werd er geen verschil vastgesteld op het vlak van opnames op NICU tussen watertherapie en geen watertherapie (Cluett et al., 2018). Er kon geen bewijs worden gevonden voor een verhoogde kans op ongunstige neonatale uitkomsten bij een badbevalling in vergelijking met een bevalling buiten een bad (Vanderlaan et al., 2018). Verder waren ze geassocieerd met een daling in het aantal episiotomieën, minder perineale scheuren en een verkorte eerste en tweede fase van de arbeid (Maude & Kim, 2020). Tevens wijzen een toenemend aantal kwalitatieve studies op de positieve bevallingservaring van watertherapie tijdens arbeid en bevalling (Clews et al., 2020). Voor meer details verwijzen we naar het tijdschrift voor vroedvrouwen (TVV 27/3) waar een volledige uitwerking van een wetenschappelijk casus omtrent watertherapie tijdens arbeid en bevalling werd opgenomen (Rothmann & Tency, 2021).

Autonomie, zelfbeschikkingsrecht en keuzevrijheid van de vrouw, spelen een belangrijke rol tijdens arbeid en bevalling. Dit rapport geeft enkele voorbeelden weer over hoe zwangere vrouwen meer kunnen betrokken worden bij het geboorteproces. Zo kwam terug dat vrouwen verkiezen om in een opwaartse bevallingshouding te bevallen in tegenstelling tot de standaard gekende lithotomie houding of een badbevalling preferen. Deze beslissingen dienen vrouwen idealiter samen met hun vroedvrouw of andere zorgverlener te bespreken en te nemen. Ook over het al dan niet toedienen van antibiotica profylaxe bij een onbekende of positieve GBS-status kan de vrouw in samenspraak met haar vroedvrouw een beslissing nemen. Dergelijke beslissingen kunnen een belangrijke invloed hebben op de beleving en ervaring van het ganse geboorteproces van de zwangere vrouw, wat op zijn beurt belangrijke implicaties heeft op de postpartum





periode en evt. volgende zwangerschappen. Wetenschappelijke literatuur is eenduidig over het feit dat vrouwen graag willen betrokken worden bij het maken van beslissingen rond het geboorteproces dat immers één van de belangrijkste momenten vormt in hun leven. Zij willen verantwoordelijkheid kunnen nemen voor hun eigen gezondheid en die van hun baby. Deze betrokkenheid resulteert in een positief effect op de ervaring van en tevredenheid over het geboorteproces. Vrouwen dienen bij het maken van deze keuzes ondersteund worden door hun zorgverstrekkers. Zorgverleners spelen dan ook belangrijke rol bij het helpen van de vrouwen bij het verkrijgen en interpreteren van informatie. Shared decision-making (DSM) of een gedeelde besluitvorming is een manier om zwangere vrouwen te ondersteunen bij de keuzes die zij maken tijdens de zwangerschap en bevalling (Nieuwenhuijze et al., 2014). Een shared decision-making kan aangevuld worden met beslissingshulpmiddelen zoals informatiefolders, video's en online tools. Deze verhogen de kennis van de zwangere vrouwen ten opzichte van hun opties, stimuleren hen tot het aannemen van een meer actieve rol in het beslissingsproces en verhogen de accuraatheid bij het inschatten van risico's (Stacey et al., 2017). Beslissingshulpmiddelen met betrekking tot de bevalling kunnen vrouwen helpen door informatie op een heldere en neutrale manier te presenteren, en zo beslissingen te nemen in overeenstemming met hun persoonlijke waarden (Say et al., 2011).

De keuze om bij de vroedvrouw te bevallen wordt voornamelijk beïnvloed door de omgeving waarin de zwangere vrouw zich bevindt. Het horen van geboorteverhalen en ervaringen van andere vrouwen heeft een grote invloed op de keuze voor een bepaalde type geboorte. Ook het bijwonen van een bevalling voor of tijdens de zwangerschap heeft een grote invloed. Ook de zorgverlener, prenatale lessen en andere informatiebronnen hebben een invloed op het geboorteproces. Vrouwen zoeken vrouwen veel informatie online die hen kan beïnvloeden. Bijkomend blijkt dat de meerderheid van de vrouwen hun keuze voor het soort bevalling reeds hebben gemaakt voor de zwangerschap. De keuze voor een bepaald type van bevalling wordt eveneens beïnvloed door overtuigingen, ervaringen en op-

voeding vóór de zwangerschap (Regan et al., 2013 ;Coxon et al., 2017).

De ervaring die een vrouw heeft van een eerdere bevalling heeft een potentieel effect op evt. volgende zwangerschappen. Vrouwen met een negatieve bevallingservaring hebben bij hun eerste kind hebben minder volgende kinderen of laten een groter tijdsinterval tot hun volgende kind (McLachlan et al., 2016). Vrouwen die in het verleden een traumatische bevalling hebben doorgemaakt ervaren veel angst voor een nog komende bevalling. Deze angst kan zorgen dat vrouwen sneller vragen om een keizersnede, veel stress ervaren, moeilijk slapen en nachtmerries hebben of zich schuldig voelen ten opzichte van hun kind. Het krijgen van bevestigingen, luisterbereid en respect voor hun angsten door de vroedvrouw of andere zorgverlener, partner en omgeving kan deze angst verlichten en het zelfvertrouwen van de vrouw verhogen (Wigert et al., 2020). Vrouwen hebben over het algemeen een hoge tevredenheid van vroedvrouwgeleide zorg tijdens zwangerschap, arbeid en bevalling, in het bijzonder wanneer dezelfde vroedvrouw die instond voor de prenatale begeleiding ook aanwezig is tijdens de bevalling, iets wat vanuit vroedvrouwgeleide zorg wordt nagestreefd. (McLachlan et al., 2016; Liu et al., 2021).





Conclusie

In jaar 2020 werden 1.259 arbeiden gestart in de eerste lijn waarvan 960 evolueerden in autonoom door de vroedvrouwgeleide bevalling. In 299 gevallen werd intrapartaal doorverwezen naar de tweede lijn waarna de gynaecoloog de verantwoordelijkheid van de vroedvrouw overnam. Dit jaarrapport is het eerste rapport over vroedvrouwgeleide zorg in Vlaanderen en een beperkt deel van Brussel en Wallonië. In de toekomst willen we de registratie verder optimaliseren en uitbreiden naar Wallonië, om zo te komen tot een realistische weergave van de realiteit van de vroedvrouwgeleide zorg in België. Met dit rapport wordt een eerste aanzet gegeven in het meer transparant maken van het werk dat vroedvrouwen, voornamelijk zelfstandige vroedvrouwen die extramuraal werkzaam zijn. Eveneens is dit het eerste officiële document dat tegemoet wil komen aan de onderrapportering van cijfers omtrent vroedvrouwgeleide zorg door andere instanties. Hoewel het aandeel van de vroedvrouwgeleide zorg eerder beperkt is, in relatie tot het totale aantal bevallingen, is er een stijgende trend merkbaar. Het is dan ook de bedoeling om deze trend cijfermatig te kunnen weergeven in komende jaarrapporten over vroedvrouwgeleide zorg. Dergelijke rapportering is eveneens essentieel voor de erkenning van het beroep van vroedvrouwen. Een vroedvrouw is wettelijk bevoegd om autonoom bevallingen uit te voeren, echter is dit weinig zichtbaar in de praktijk. Bovendien is dit rapport ook belangrijk om deze vorm van geboortezorg meer bekendheid te verschaffen.

Dit jaarrapport is het eerste rapport dat wordt gepubliceerd rond vroedvrouwgeleide zorg in Vlaanderen en deel van Brussel en Wallonië en is hierdoor ook aan zijn proefstuk toe. Volgende rapporten zullen tegemoetkomen aan enkele beperkingen van deze eerste registratie om zo meer inzicht te bieden in de werking van de vroedvrouwgeleide zorg in België.



Bronnen

- Agentschap Zorg & Gezondheid. (2017). *CELZ beleidstekst hervorming eerstelijnszorg*.
- Arizona Departement of Health Services (ADHS). (2016). *Guidelines for water immersion and water birth*. Retrieved from <https://www.azdhs.gov/documents/licensing/special/midwives/training/guidelines-for-water-immersion-water-birth.pdf>
- Association of Womens Health Obstetric, & and Neonatal Nurses (AWHONN). (2018). *Fetal Heart Monitoring Position*. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2018.09.007>
- Bodner-Adler, B., Kimberger, O., Griebaum, J., Husslein, P., & Bodner, K. (2017). A ten-year study of midwife-led care at an Austrian tertiary care center: A retrospective analysis with special consideration of perineal trauma. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/S12884-017-1544-9/TABLES/5>
- Chadraharan, E., Evans, S.-A., Krueger, D., Pereira, S., Skivens, S., & Zaima, A. (2018). *Intrapartum Fetal Monitoring Guideline*. Retrieved from Intrapartum Fetal Monitoring Guideline (physiological-ctg.com)
- Clews, C., Church, S., & Ekberg, M. (2020). Women and waterbirth: A systematic meta-synthesis of qualitative studies. *Women and Birth*, 33(6), 566–573. <https://doi.org/10.1016/J.WOMBI.2019.11.007>
- Cluett, E. R., Burns, E., & Cuthbert, A. (2018). Immersion in water during labour and birth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000111.PUB4>
- College of midwives of British Columbia. (2008). *Home Birth Handbook for Midwifery Clients*. Retrieved from <http://www.midwiferygroup.ca/downloads/labour/Home-Birth-Handbook-for-Clients.pdf>
- College of Midwives of British Columbia (CMBC). (2020). Retrieved from *Place of Birth Handbook*. https://www.bccnm.ca/Documents/standards_practice/rm/RM_Place_of_Birth_Handbook.pdf
- Coxon, K., Chisholm, A., Malouf, R., Rowe, R., & Hollowell, J. (2017). What influences birth place preferences, choices and decision-making amongst healthy women with straightforward pregnancies in the UK? A qualitative evidence synthesis using a “best fit” framework approach. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/S12884-017-1279-7/FIGURES/3>
- Danish Society of Obstetrics and Gynaecology (DSOG). (2017). *Intrapartum Fetal surveillance- indications*. Retrieved from <https://nfog.org/wp-content/uploads/2017/05/170305-NFOG-version-of-DSOG-intrapartum-fetal-surveillance.pdf>
- de Koster, K. (2016). *Eerstelijns verloskunde voor vroedvrouwen*. Retrieved from <https://docplayer.nl/206111647-Eerstelijns-verloskunde-voor-vroedvrouwen.html>
- Dekker, N., Goemaes, R., Neirinckx, J., Seuntjens, L., & Smets, K. (2015). *Zwangerschapsbegeleiding: Richtlijn voor Goede Medische Praktijkvoering, Domus Medica*. Retrieved from https://www.domusmedica.be/sites/default/files/Richtlijn%20Zwangerschapsbegeleiding_0.pdf
- Devane, D., Murphy-Lawless, J., & Begley, C. M. (2007). Childbirth policies and practices in Ireland and the journey towards midwifery-led care. *Midwifery*, 23(1), 92–101. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/J.MIDW.2005.08.006>
- Devlieger, R., Goemaes, R., & Laubach, M. (2021). *Perinatale gezondheid in Vlaanderen - Jaar 2020*. Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie
- Duodecim Medical Publications. (2019). *Prenatale raadplegingen: zorg en onderzoek*. Ebppracticenet. Retrieved from <https://ebpnet.be/nl/eb-sources/694?searchTerm=prenatale%20raadplegingen>
- PlanKad vroedvrouwen 2018. (2020). *Vroedvrouwen op de arbeidsmarkt. Resultaten van de PlanKad Gegevenskoppeling*. Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidsberoepen





- en Beroepsuitoefeningen, Directoraat-generaal Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, www.health.belgium.be/hwf
- Federale raad voor de vroedvrouwen, D. gezondheidszorgberoepen en B. (2016). *Het Beroeps- en competentieprofiel van de Belgische Vroedvrouw*.
 - Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J., & Vogel, J. P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002006.PUB4>
 - Halpern, S. (2009). SOGC Joint Policy Statement on Normal Childbirth. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 31(7), 602. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)34236-0](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)34236-0)
 - Hoge Gezondheidsraad. Preventie van perinatale Groep B streptokokkeninfecties, Aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad. Brussel, 2003, nr.7721. www.health.fgov.be/CSH_HGR.
 - International Confederation of Midwives. (2014). *Position Statement: Keeping Birth Normal*. Retrieved from www.internationalmidwives.org
 - International Confederation of Midwives. (2017). *Position Statement: Midwifery Led Care, the first Choice for all Women*. Retrieved from www.internationalmidwives.org
 - International Confederation of Midwives. (2017). *Position Statement: Use of Intermittent Auscultation for Assessment of Foetal Wellbeing during Labour*. <https://www.rcog.org.uk/en/about-us/nga/consultation-on-the-nice-exceptional-review-of-intrapartum->
 - Janssen, P. A., Saxell, L., Page, L. A., Klein, M. C., Liston, R. M., & Lee, S. K. (2009). Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 181(6–7), 377. <https://doi.org/10.1503/CMAJ.081869>
 - Leroy, Ch., & van Leeuw, V. (2021). *Santé périnatale en Wallonie -Année 2020*. Centre d'Épidémiologie Périnatale
 - Liu, Y., Li, T., Guo, N., Jiang, H., Li, Y., Xu, C., & Yao, X. (2021). Women's experience and satisfaction with midwife-led maternity care: a cross-sectional survey in China. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/S12884-021-03638-3/TABLES/3>
 - Loytved, C. (2019). *Qualitätsbericht 2019 Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland*. Verslag Wissenschaftliche Skripte
 - Mambourg, F., Gailly, J., & Zhang, W.-H. (2011). *Richtlijn voor goede klinische praktijk bij laag risico bevallingen KCE reports 139A*. Retrieved from <http://www.kce.fgov.be>
 - Maude, R. M., & Kim, M. (2020). Getting into the water: A prospective observational study of water immersion for labour and birth at a New Zealand District Health Board. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/S12884-020-03007-6>
 - McLachlan, H. L., Forster, D. A., Davey, M. A., Farrell, T., Flood, M., Shafiei, T., & Waldenström, U. (2016). The effect of primary midwife-led care on women's experience of childbirth: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(3), 465–474. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13713>
 - Merz, W. M., Tascon-Padron, L., Puth, M. T., Heep, A., Tietjen, S. L., Schmid, M., & Gembruch, U. (2020). Maternal and neonatal outcome of births planned in alongside midwifery units: A cohort study from a tertiary center in Germany. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/S12884-020-02962-4/TABLES/6>
 - National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Overview | Intrapartum care for healthy women and babies | Guidance | NICE*. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>
 - Nieuwenhuijze, M. J., Korstjens, I., de Jonge, A., de Vries, R., & Lagro-Janssen, A. (2014). On speaking terms: A Delphi study on shared decision-making in maternity care. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-223/TABLES/3>
 - Ohlsson, A., & Shah, V. S. (2014). Intrapartum antibiotics for known maternal Group B streptococcal colonization. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(6). https://doi.org/10.1002/14651858.CD007467.PUB4/MEDIA/CDSR/CD007467/IMAGE_N/





- NCD007467-CMP-002-06.PNG
- Perined. (2021). *Perinatale zorg in Nederland anno 2020: Duiding door landelijke perinatale audit en registratie*.
 - Queensland Health. (2019). *Guideline: Intrapartum fetal surveillance (IFS)*. Retrieved from www.health.qld.gov.au/qcg
 - Queensland Health. (2021). *Parent information: Perineal tears - Clinical Guidelines*. Retrieved from www.health.qld.gov.au/qcg
 - Regan, M., McElroy, K. G., & Moore, K. (2013). Choice? Factors That Influence Women's Decision Making for Childbirth. *The Journal of Perinatal Education*, 22(3), 171. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.22.3.171>
 - Rothmann, I., & Tency, I. (2021). Engelstalig wetenschappelijk onderzoek raadplegen - Watertherapie tijdens arbeid en bevalling. *Tijdschrift Voor Vroedvrouwen, TVV 27/3*, 145–154.
 - Rothmann, I., Tency, I., Gijssens, C., Lansens, D., & Vandeputte, L. (2021). Bewegingsvrijheid tijdens arbeid en bevalling: Wat is het effect van bevallingsvrijheid tijdens de eerste en tweede fase van de bevalling op maternale en neonatale uitkomsten? *Tijdschrift Voor Vroedvrouwen, TVV 27/6*.
 - Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife led continuity models versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.PUB5>
 - Say, R., Robson, S., & Thomson, R. (2011). Helping pregnant women make better decisions: a systematic review of the benefits of patient decision aids in obstetrics. *BMJ Open*, 1(2), e000261. <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2011-000261>
 - Seedat, F., Geppert, J., Stinton, C., Patterson, J., Freeman, K., Johnson, S. A., Fraser, H., Brown, C. S., Uthman, O. A., Tan, B., Robinson, E. R., McCarthy, N. D., Clarke, A., Marshall, J., Visintin, C., Mackie, A., & Taylor-Phillips, S. (2019). Universal antenatal screening for group B streptococcus may cause more harm than good. *BMJ*, 364. <https://doi.org/10.1136/BMJ.L463>
 - Sermeus, W., Vleugels, A., Vanhaect, K., Alewaters, H., Glorieux, A., van Gerven, E., Heyrman, J., Aertgeerts, B., de Lepeleire, J., & Peers, J. (2009). Onderzoek naar de toekomst van transmurale zorgpaden binnen Vlaanderen. *Katholieke Universiteit Leuven*.
 - Souter, V., Nethery, E., Kopas, M. Iou, Wurz, H., Sitcov, K., & Caughey, A. B. (2019). Comparison of Midwifery and Obstetric Care in Low-Risk Hospital Births. *Obstetrics and Gynecology*, 134(5), 1056–1065. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003521>
 - Stacey, D., Légaré, F., Lewis, K., Barry, M. J., Bennett, C. L., Eden, K. B., Holmes-Rovner, M., Llewellyn-Thomas, H., Lyddiatt, A., Thomson, R., & Trevena, L. (2017). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.PUB5>
 - Tarver, M., & Richardson, L. (2021). Increased Awareness of Midwifery and Home Birth Options. In *Association of Maternal & Child Health Programs*. Retrieved from Increased Awareness of Midwifery and Home Birth Options in Response to the COVID-19 Pandemic - AMCHP.
 - The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021). *Antepartum Fetal Surveillance*. Retrieved from <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2021/06/antepartum-fetal-surveillance>
 - The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2016). *Immersion in Water During Labor and Delivery- Committee Opinion*. Retrieved from <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2016/11/immersion-in-water-during-labor-and-delivery>
 - The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2019). *Committee on Obstetric Practice Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth*. Retrieved from <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/02/approaches-to-limit-intervention-during-labor-and-birth>
 - The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG). (2019). *Intrapartum Fetal Surveillance*. Retrieved from www.ranzcog.edu.au





- van Leeuw, V., & Leroy, Ch. (2021). *Perinatale gezondheid in het Brussels Gewest - Jaar 2020*. Centre d'Épidémiologie Périnatale
- van Manen, E. L. M., Hollander, M., Jong, E. F. de, de Jonge, A., Verhoeven, C., & Gitsels, J. (2021). Experiences of Dutch maternity care professionals during the first wave of COVID-19 in a community based maternity care system. *PLOS ONE*, *16*(6), e0252735. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0252735>
- van Orshoven, P. (2019). *Decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders*, De Vlaamse Codex, 50234
- Vanderlaan, J., Hall, P. J., & Lewitt, M. (2018). Neonatal outcomes with water birth: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, *59*, 27–38. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.12.023>
- Vermeulen, J., Luyben, A., Buyl, R., Debonnet, S., Castiaux, G., Niset, A., Muyltermans, J., Fleming, V., & Fobelets, M. (2021). The state of professionalisation of midwifery in Belgium: A discussion paper. *Women and Birth*, *34*(1), 7–13. <https://doi.org/10.1016/J.WOMBI.2020.09.012>
- Wellfens, K., Derisbourg, S., Costa, E., Englert, Y., Pintiaux, A., Warnimont, M., Kirkpatrick, C., Buekens, P., & Daelemans, C. (2020). The “Cocoon,” first alongside midwifery led unit within a Belgian hospital: Comparison of the maternal and neonatal outcomes with the standard obstetric unit over 2 years. *Birth (Berkeley, Calif.)*, *47*(1), 115. <https://doi.org/10.1111/BIRT.12466>
- Wigert, H., Nilsson, C., Dencker, A., Begley, C., Jangsten, E., Sparud-Lundin, C., Mollberg, M., & Patel, H. (2020). Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, *15*(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1704484>
- World Health Organisation. (1997). Care in Normal Birth: A practical Guide. *Birth Issues in Perinatal Care*, 121–123.
- World Health Organization. *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organisation; 2018, Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Zang, Y., Lu, H., Zhao, Y., Huang, J., Ren, L., & Li, X. (2020). Effects of flexible sacrum positions during the second stage of labour on maternal and neonatal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, *29*(17–18), 3154–3169. <https://doi.org/10.1111/JOCN.15376>





Bijlage 1: registratieformulier

Vroedvrouwen sterker maken 2020

Gelieve de registratie zo volledig mogelijk in te vullen. Er is telkens maar 1 antwoord mogelijk. Dankjewel om mee te werken!

1. GDPR: Hieronder vragen we jullie akkoord voor de verwerking van de gegevens op anonieme wijze

- Akkoord Niet akkoord

Algemene informatie

2. Moedertaal

- Nederlands Engels
 Frans Anders...

3. Leeftijd zwangere vrouw

4. Postcode

Zwangerschap

GPA tijdens zwangerschap en onderscheid maken tussen miskraam en abortus

5. GPA:

G/P/A /...../.....

Aantal miskramen:

Aantal abortussen:.....

6. Ontstaan zwangerschap

- Spontaan IUI of intra-uteriene inseminatie ICSI
 Hormonaal IVF Anders

7. Sectio in anamnese

- Ja Nee

8. Geplande plaats bevalling

- Thuis Ziekenhuis met vroedvrouw
 Geboortehuis Ziekenhuis met gynaecoloog

Verantwoordelijke bevalling

Vroedvrouw → Gynaecoloog → **ga naar vraag 28**

Bevalling

9. Plaats bevalling

- Thuis Ziekenhuis met vroedvrouw
 Geboortehuis Ziekenhuis met gynaecoloog

10. Duur zwangerschap

- < 37 weken 37- 42 weken > 42 weken

11. Ligging baby

- Achterhoofd voor Stuit
 Achterhoofd achter Anders.....

12. Badbevalling

- Ja Nee

13. Bevallingshouding

- Staand Handen-knieën Lithotomie in beensteunen
 Kruk-zit Zijlig Anders
 Hurk Lithotomie zonder beensteunen

14. Foetale bewaking (meerdere antwoorden mogelijk)

- Intermitterend doppler Continu CTG Anders.....
 Intermitterend CTG STAN

15. Resultaat GBS-wisser

- Negatief → **Ga naar vraag 16** Onbekend → **Ga naar vraag 17**





Positief → Ga naar vraag 17

16. Infectie neonat GBS negatieve wisser

Ja. → Ga naar vraag 19 Onbekend → Ga naar vraag 19

17. AB intrapartaal

Ja. → Ga naar vraag 19 nee → Ga naar vraag 18

18. GBS en geen AB

Geen infectie Early onset GBS disease (0-6d) Late onset GBS disease (1w -3m)

Pijnstilling:

19. Werd er medicamenteuze pijnstilling toegevend?

Ja. → Ga naar vraag 20 Neen → Ga naar vraag 22

20. Welke medicamenteuze pijnstilling werd er gebruikt?

Epidurale Kalinox Anders.....

21. Was dit in een ziekenhuissetting?

Ja. Neen

3^e fase

22. Placentaire fase

Spontaan Spontaan gevolgd door actief beleid Anders.....
 Actief beleid (onmiddellijk Synto) manuele revisie

23. Bloedverlies

<500 ml 500 - 1000 ml > 1000 ml

24. Perineum (meerder antwoorden mogelijk)

Gaaf 1^e graad 4^e graad
 Labia 2^e graad Anders.....
 Episiotomie 3^e graad

25. Hechting perineum

Vroedvrouw Niet nodig om te hechten
 Gynaecoloog Huisarts

26. Doorverwijzing postnataal owv moeder

Geen → Ga naar vraag 28 Owv moeder → Ga naar vraag 27

27. Reden doorverwijzing owv moeder

PPH Hechten gynaecoloog
 Placenta retentie Anders.....

Gegevens neonat

28. Geboortedatum/...../.....

29. Geboortegewicht

30. Geslacht

Jongen Meisjes

31. Apgar

Na 1 minuut:..... Na 5 minuten:.....

32. Reanimatie

Geen Beademing Peep CPAP
 5 inflaties Hartmassage Anders.....

33. Afwijkingen baby

Nee Anders.....

34. Doorverwijzing postnataal owv baby

Geen → Ga naar vraag 44 Owv baby → Ga naar vraag 35

35. Reden doorverwijzing postnataal owv baby

Reanimatie Prematuriteit Abnormaliteiten



