



Vlaamse
Beroepsorganisatie
van Vroedvrouwen

Tijdschrift voor VROEDVROUWEN



NIEUW!

Lansinoh®

Lansinoh biedt vanaf nu een dubbele elektrische borstkolf aan die te huur is in België. Klein en discreet, de Lansinoh-borstkolf is een bondgenoot voor alle moeders die borstvoeding geven!



Efficiënt : Het zuigvermogen gaat tot 250 mmHG en het ritme en zuigvermogen kunnen onafhankelijk van elkaar worden ingesteld.



2 aparte fases: stimulatiefase en expressiefase.



Draagbaar : Zijn omvang en gewicht maken dat dit een ideale kolf is om zowel thuis als op het werk te gebruiken.



Hygiënisch : Het gesloten systeem vermijdt terugvloeien van melk in de slangen.



Gemakkelijk in gebruik : Eenvoudige bediening met een LCD scherm en weinig onderdelen om te reinigen.

Beschikbaar bij de apotheek via groothandelaar
Febelco- voor bijkomende vragen: sylvia@lansinoh.be



2 verschillende
maten
beschikbaar



30.5MM



25MM

Lansinoh.

parentia



Bio-Oil®

WaterWipes®
THE WORLD'S PUREST BABY WIPES

Pampers®

Mustela®

my
family

WELEDA
Since 1921

INHOUD

Editoriaal	4
Welke factoren beïnvloeden de seksuele beleving van de vrouw na de partus tot één jaar postpartum?	5
Engelstalig wetenschappelijk onderzoek raadplegen – Hoe zoek je een wetenschappelijk onderbouwd antwoord op een vraag uit de praktijk?	13
Informed Consent bij weigering van GBS-screening en antibioticatoediening	21
Kennis, attitude en praktijk van Vlaamse vroedvrouwen ten aanzien van Evidence-Based Practice (EBP) en klinische richtlijnen	23
Het gebruik van kunstmelk op basis van een partieel eiwithydrolysaat om allergieën te voorkomen	29
Risico op diabetes type 1 opsporen en behandelen	31
VLIR-UOS project: Barrières doorbreken in de preventie van tienerzwangerschappen bij schoolgaande adolescenten in Kirehe (Rwanda)	33
Heb je onze Poll al gezien?	41
Nieuwsflash	45
Maia	47
Nieuwsbrief	49

Foto: Badbevalling in een ziekenhuissetting, begeleid door vroedvrouw Maaike
Fotograaf: Anneleen Franssen



JAAR VAN DE VROEDVROUW IS HET VBOV-JAARTHEMA VOOR 2020

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft 2020 uitgeroepen tot het “Jaar van de verpleegkundige en Jaar van de Vroedvrouw”, ter ere van de 200^{ste} geboortedag van Florence Nightingale. Een thema dat we maar al te graag overnemen als jaarthema.

De vroedvrouw speelt een belangrijke rol in het leven van (toekomstige) ouders. Zij benadert zwangerschap, geboorte en kraamperiode vanuit een holistische visie. Ook binnen andere domeinen zoals fertiliteit en neonatologie wordt deze visie doorgetrokken. Naast de medische controles is er ook ruim aandacht voor de psychologische, emotionele en sociale aspecten van zwanger zijn, bevallen en van de kraamtijd. De vroedvrouw is niet enkel een medisch deskundige, maar begeleidt (toekomstige) ouders door het geven van informatie en ondersteuning.

De vroedvrouw is een vertrouwenspersoon en een warm rustpunt, een zeer belangrijk gegeven tijdens deze heel bijzondere periode en de opstart van nieuw leven.

2020 biedt opportuniteiten om de essentiële rol van de vroedvrouw op de voorgrond te brengen. Doorheen dit jaar willen we dit sterk profileren samen met alle vroedvrouwen en student vroedvrouwen op het terrein.

VBOV vzw

Tijdschrift
voor Vroedvrouwen

Verantwoordelijke
uitgever

Redactieadres

Haantjeslei 185-01, 2018 Antwerpen

Verschijnt 6 maal per jaar, in februari, april,
juni, augustus, oktober en december 2020
Uitgiftekantoor: Turnhout
ISSN 1370-6624

Marlene Reyns
Hulststraat 27, 9170 De Klinge

Joke Muyldermans
Haantjeslei 185-01, 2018 Antwerpen

www.vroedvrouwen.be



Op inleefreis



Marlene Reyns, voorzitter VBOV vzw



De feestdagen liggen al even achter ons en de frisheid van het voorjaar tintelt. Langzaam maar zeker worden de dagen langer en maakt de natuur zich op om te ontwaken in een nieuw seizoen.

Toch neem ik jullie even mee naar kerstavond. Onze alleenstaande dochter kwam begin december uit Zuid-Amerika om met 'mama' te bevallen van haar eerste kindje. Op 24 december 2019, bij het klaren van de dag, gaf ze aan iets te voelen dat ze nog nooit eerder ervaren had, elke 15 minuten... Na een fikse wandeling met een vriendin in de namiddag werden deze golven sterker en frequenter. Het kerstdiner stond klaar, maar dit zou zonder ons door gaan. Haar zoontje kondigde zich aan op 39 weken en deze avond was blijkbaar de meest geschikte voor dit groot event in het leven van moeder en kind.

welkomen. Het werd een "pure" vroedvrouwen-bevalling. Jullie weten wel wat hiermee bedoeld wordt.

Kort nadien kwam ook onze zoon de verloskamer binnen om dit prille leven hartelijk verwelkomen. Niettegenstaande ik soms opkijk en mijn wenkbrauwen frons wanneer koppels een hele familie naar de verloskamer meebrengen, ervaarde ik deze bevalling en geboorte als een echt familiegebeuren.

Wat volgt is intens en slaapprovend. De borstvoeding is een andere droom dan de bevalling en vraagt alle inzet van de mama en de competenties van de vroedvrouw. Dit betekent er zijn en steun bieden... ook tijdens de nachturen.

"Je bent op inleefreis, mama" zei mijn dochter. Mijn kijk op de jonge gezinnen is intenser en vollediger geworden. Zo'n klein hummeltje in huis zorgt ervoor dat je wereld wel eens op zijn kop staat. Als die kleine ogen je dan aankijken, dan ben je zo verliefd dat de vermoeidheid op de achtergrond verdwijnt.

Ondertussen blijven gezinnen vaak met grote sociale en psychische noden zich aanbieden: ik heb het gevoel steeds meer en meer. Het vraagt niet alleen medische competenties, maar een ruimere benadering; samen met andere disciplines maakt de vroedvrouw het verschil. Als er goede voornemens zijn voor 2020, door de WHO uitgeroepen als "Het jaar van de vroedvrouw", dan willen we vanuit de VBOV vzw onze voornemens toevoegen en verzekeren dat onze inzet groter zal zijn dan ooit om de vroedvrouw hier in Vlaanderen, België en ver daarbuiten te versterken op alle niveaus en in alle mogelijke overlegmomenten.

"Het jaar van de vroedvrouw" zit al even op de rails en de VBOV vzw is mee op de trein. We kijken er naar uit jullie tijdens onze weg te ontmoeten want we hebben een sterke achterban nodig om een steen te verleggen.



Het werd een familiegebeuren in ons vertrouwd ziekenhuis. Ook onze andere dochter verliet haar gezin en kerstdiner om haar zus bij te staan. Het was pittig en

krachtig, maar om 20u37 mochten we Elias ver-

De WHO roept 2020 uit als "Het jaar van de vroedvrouw". Vanuit de VBOV vzw zal onze inzet groter zijn dan ooit om de vroedvrouw hier in Vlaanderen, België en ver daarbuiten te versterken op alle niveaus en in alle mogelijke overlegmomenten.



Welke factoren beïnvloeden de seksuele beleving van de vrouw na de partus tot één jaar postpartum?

DIT EINDWERK BEHAALDE DE DERDE PLAATS BIJ DE UITREIKING VAN DE VBOV-PRIJS BACHELORPROEF 2019!

Mégane Baeten, Rani Calle, Eva Straus, Babette Vandenbroeck, vroedvrouwen, afgestudeerd aan UCLL campus Leuven



Inleiding

Anno 2018 wordt er steeds makkelijker over seksualiteit gesproken, toch blijkt praten over seksualiteit in het postpartum nog een heikel punt. Hoewel Maslow al in 1943 in zijn behoeftepiramide verwees naar het feit dat seks een primaire biologische behoefte van de mens is, vinden velen het nog steeds moeilijk om hier open over te praten. Onder die 'velen' bevinden zich ook pas bevallen moeders. Hoewel seksualiteit niet meteen het eerste is waar men aan denkt na de bevalling, komt er een moment waarop hier wel terug behoefte aan is. Gedurende het postpartum raden vroedvrouwen en gynaecologen een periode van ongeveer zes weken aan voor fysiek herstel, nadien kan de seksuele activiteit hernomen worden. Maar is dit wel een realistische tijdspanne? Is een vrouw na zes weken, zowel lichamelijk als psychologisch, klaar om terug te vrijen? Welke factoren beïnvloeden dit? En ervaart de vrouw dit nog steeds zoals voorheen?

Zowel vrouwen als vroedvrouwen vinden het moeilijk om het gesprek omtrent seksualiteit na de bevalling op te starten. Bovendien is de kennis bij vroedvrouwen rond dit onderwerp eerder beperkt waardoor ze zich onzeker voelen om hun belangrijke counselingsfunctie op zich te nemen.

In deze literatuurstudie wordt een antwoord geformuleerd op volgende onderzoeksvraag: 'Welke factoren beïnvloeden de seksuele beleving van de vrouw na de partus tot één jaar postpartum?'. Seksualiteit en zijn beïnvloedende factoren worden in deze studie vanuit obstetrisch, hormonaal, lichamelijk en psychologisch vlak bekeken. Met de MeSH-termen 'sexuality', 'childbirth', 'postpartum', 'dyspareunia', 'coun-

seling', 'oxytocin', 'psychological' en 'midwife' werden twaalf wetenschappelijke artikels gevonden in de databank PubMed en zoekmachines Limo en Google Scholar. Zowel systematische reviews, cohortonderzoeken en kwalitatief beschrijvend onderzoek werd gebruikt om tot een onderbouwde literatuurstudie te komen.

Obstetrische aspecten

Wijze van bevallen

Volgens Leeman & Rogers (2012) geeft een instrumentele vaginale bevalling tweeënhalf keer meer kans op dyspareunie op zes maanden postpartum vergeleken met een spontane vaginale bevalling. Ook in de review van Abdool et al. (2009) werd aangetoond dat een bevalling met een ventouse of een forceps meer perineale pijn geeft op acht, zestien en 24 weken postpartum. Dit perineaal trauma zorgt ervoor dat de bekkenbodem meer tijd nodig heeft om zich terug te herstellen en daardoor automatisch ook de timing van het hervatten van seksuele activiteit later doet plaatsvinden. De dyspareunie bij een vaginale instrumentele bevalling houdt langer aan vergeleken met een spontane vaginale bevalling, maar de intensiteit van de pijn is niet hoger volgens het onderzoek van McDonald et al. (2016).

Uit het onderzoek van De Souza et al. (2015) blijkt dat er in het algemeen bij vrouwen pas zes maanden post-



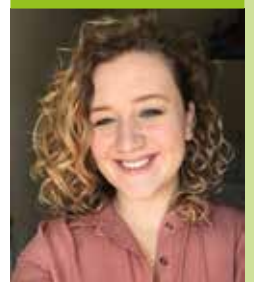
Rani Calle



Mégane Baeten



Eva Straus



Babette Vandenbroeck





partum gesproken kan worden over een verbetering van het seksueel functioneren. Bij de overgrote meerderheid van de vrouwen zal op twaalf maanden postpartum het seksueel functioneren volledig terug hersteld zijn, het is alleen de weg daar naartoe die verschilt.

Aan de hand van de acht-delige Short-Form-36 health survey (SF-36) werd in de studie van Elaut et al. (2017) de impact van een sectio op de seksualiteit onderzocht. Deze schaal werd afgenomen na de bevalling en onderzoekt de kwaliteit van het leven. Er werd een significant lagere score gevonden op vlak van energie en vermoeidheid bij de sectiopatiënten. Ook hadden zij negatievere scores op vlak van mentale gezondheid, fysisch functioneren en algemene gezondheid. Deze lagere scores worden gewijd aan het langetermijneffect van de niet te onderschatten operatie. Volgens dit onderzoek heeft een sectio dus geen rechtstreekse invloed op de seksualiteit, maar wel op de algemene levenskwaliteit.

Toestand van het perineum

Perineale schade, die ontstaat door een spontane ruptuur of bij het plaatsen van een episiotomie, komt voor in vier graden waarbij respectievelijk de huid (D1), bekkenbodemspieren en vaginawand (D2) tot aan (D3) of door (D4) de anale sfincter beschadigd zijn. Volgens de review van Abdool et al. (2009) is de pijn die ervaren wordt door aanwezige perineale schade afhankelijk van de graad waarin deze voorkomt. Hoe groter de ruptuur/episiotomie, hoe meer pijn.

Vrouwen met een episiotomie hebben volgens Leeman & Rogers (2012) meer kans op dyspareunie dan vrouwen met een intact perineum of spontane ruptuur. De graad van ruptuur heeft ook een invloed op de nood aan affectiviteit die vrouwen ervaren. Vrouwen met een majeur trauma (vanaf eerstegraads ruptuur die gehecht moet worden) hebben minder verlangen om vastgehouden, aangeraakt en gestreeld te worden door hun partner. Vrouwen met een mineur trauma (eerstegraads ruptuur die niet gehecht moet worden) hebben dit niet.

Pariteit

Volgens het prospectief onderzoek van Elaut

et al. (2017) ervaren vrouwen na de bevalling van hun eerste kindje meer dyspareunie zowel op zes weken als op zes maanden. Dit kan te wijten zijn aan het feit dat primipara een verhoogd risico hebben op een episiotomie, een spontane ruptuur of een instrumentele bevalling. Daarnaast kunnen ze ook onrealistische verwachtingen hebben over het postpartum en de seksualiteit hierbinnen. Multipara daarentegen zijn meer ervaren en daardoor vaak meer zelfzeker in hun moederrol waardoor ze ook in hun seksueel leven minder problemen ervaren. Toch hebben multipara volgens dit onderzoek op zes weken een slechtere score op algemene gezondheidstoestand vergeleken met primipara.

Hormonale veranderingen

Na de bevalling heerst er in het vrouwelijk lichaam een chaos in de hormonale huishouding door het stijgen en dalen van hormoonconcentraties in het bloed. Er zijn veel externe stimuli in de omgeving van de moeder die deze beïnvloeden. Dit zorgt ervoor dat de seksuele beleving na de bevalling ook beïnvloed wordt. We bespreken de belangrijkste hormonen en hun invloed.

Oxytocine

Het onderzoek van Leeman & Rogers (2012) haalt aan dat oxytocine verantwoordelijk is voor de toeschietreflex en dat de afgifte hiervan wordt beïnvloed door het zien, ruiken, horen of voelen van de baby. Dit hormoon zorgt ook voor het samentrekken van de baarmoeder tijdens de arbeid of tijdens een orgasme. Daardoor kunnen er naweeën ontstaan tot ongeveer twintig minuten na een borstvoedingsmoment. Oxytocine zorgt voor een gelukkig en voldaan gevoel en minder stress. Volgens La Leche League (z.d.) kunnen deze natuurlijke effecten van oxytocine voor borstvoedende vrouwen als erotisch ervaren worden en kunnen ze een sensatie geven die lijkt op een orgasme, door de intense uteruscontracties die veroorzaakt worden door dit hormoon.

Prolactine en oestrogenen

Leeman & Rogers (2012) hebben het ook over prolactine, dit is een hormoon dat aangemaakt wordt in de adenohipofyse, de voorkwab van



de hypofyse. Na de bevalling schiet dit hormoon de lucht in, terwijl andere hormonen dalen. Dit fenomeen, dalen en stijgen van verschillende hormonen, zorgt ervoor dat de pas bevallen moeder in staat is om haar kind de meest natuurlijke voeding te geven: borstvoeding.

De aanwezigheid van prolactine zal daarentegen de ovaria minder stimuleren. Zonder deze ovariële stimulering wordt de androgene secretie volgens Leeman & Rogers (2012) onderdrukt. Hierdoor blijven bepaalde hormonen, zoals oestrogeen en testosteron die beiden deel uitmaken van de vrouwelijke seksuele respons, laag. Bijgevolg zorgt een laag gehalte aan oestrogeen ervoor dat de vaginale lubricatie vermindert en dat er een atrofie van het vaginaal epitheel plaatsvindt.

Oestrogeen en testosteron

Volgens Abdool et al. (2009) zijn testosteron en oestrogeen twee hormonen die van groot belang zijn voor het libido, zowel bij de man als bij de vrouw. Deze hormonen worden gestuurd door de hypofyse en kunnen dus ook door middel van externe factoren beïnvloed worden. Denk maar aan erotische gedachten of beelden die de aanmaak positief beïnvloeden, of pijn en stress die de aanmaak negatief beïnvloeden. Een lager testosterongehalte geeft een lager libido. Deze studie geeft ook aan dat borstvoedende vrouwen minder seksuele interesse hebben dan niet-borstvoedende vrouwen. Dit zou hormonaal geregeld zijn. Zo hebben vrouwen die borstvoeding geven duidelijk een lager gehalte aan testosteron en androsteendion (het voorhormoon van testosteron) in hun bloed zitten. Daarnaast zou deze verminderde seksuele interesse te wijten kunnen zijn aan pijn, stress, vermoeidheid of lichamelijke ongemakken. Het volgende hoofdstuk gaat hier verder op in.

Lichamelijke ongemakken

Pijn

Pijn bij het vrijen of dyspareunie is één van de meest voorkomende klachten bij vrouwen tijdens de eerste drie tot zes maanden postpartum. Volgens McDonald et al. (2016) zou de meerderheid van de vrouwen pijn hebben bij het voor het eerst hervatten van seks in het

postpartum. In het verdere postpartum vertoont het aantal vrouwen met dyspareunie een dalende trend van 44,7% op drie maanden tot 22,6% op 18 maanden. Na anderhalf jaar heeft meer dan één op vijf vrouwen dus nog steeds pijn. Volgens de prospectieve cohortstudie van Elaut et al. (2017) is de hevigheid van de pijn op zes weken postpartum een indicator voor de pijnscores op zes maanden. Standjes met een eerder oppervlakkige penetratie en waarbij de vrouw de controle heeft, blijken aangenamer volgens Convery & Spatz (2009). Verder kan ook het gebruik van een glijmiddel op waterbasis een oplossing bieden tegen irritatie van pijnlijke plaatsen in de vagina, geven Leeman & Rogers (2012) aan.

Borstvoeding en seksualiteit

De hormonale veranderingen die gepaard gaan met borstvoeding hebben verschillende effecten op de seksualiteit. Wanneer borstvoedende en niet-borstvoedende vrouwen worden vergeleken, rapporteren borstvoedende vrouwen volgens Abdool et al. (2009) vaker een gebrek aan seksueel verlangen. Ook slapen borstvoedende vrouwen vaker met hun baby op de kamer. Dit beïnvloedt de partnerintimiteit, zeggen Acele & Karaçam (2012).

Niet alleen tijdens de borstvoeding, maar ook tijdens partnerintimiteit komt er oxytocine vrij. Hierdoor kan er tijdens seksueel contact een toeschietreflex opkomen wat kan leiden tot het lekken van de borsten. Dit kan als vervelend of beschamend worden beschouwd. Een beha of T-shirt over de borsten dragen kan de schaamte verminderen en melk opvangen. Ook met de handen op de borsten duwen bij een orgasme kan dit verminderen. Verder kan voeden net voor de seksuele activiteit ook een oplossing bieden. In het onderzoek van Leeman & Rogers (2012) wordt wel aangegeven dat dit dan weer voor de externe factor tijdsdruk zou kunnen zorgen, wat op zijn beurt weer een negatieve invloed op de seksualiteit zou kunnen hebben. Volgens Convery & Spatz (2009) kan borstvoeding een invloed hebben op de gevoeligheid van de borsten en de tepels. Bij een te gevoelige borstzone is het beter om van de borsten een 'hands-off' zone te maken. Daartegenover staan ook vrouwen die deze verandering in gevoeligheid positief vinden en juist meer opwindend voelen bij borststimulatie. Ze geven aan





dat de vergrote borsten ook een boost kunnen geven aan het zelfbeeld van de kraamvrouw, wat de seksualiteit positief kan beïnvloeden.

Andere beïnvloedende factoren

Incontinentie heeft volgens Leeman & Rogers (2012) ook een invloed op de seksualiteit. Zowel een prolaps van de bekkenorganen als urine- en/of stoelgangincontinentie beïnvloeden het seksuele functioneren negatief. Bekkenbodetraining tijdens de zwangerschap en het postpartum zouden deze incontinentie kunnen verminderen. Verder geven Acele & Karaçam (2012) aan dat ook het bloedverlies tijdens de eerste zes weken postpartum de seksualiteit zou kunnen beïnvloeden. In andere studies wordt dit niet aangehaald.

Jawed-Wessel & Sevick (2017) concluderen in hun studie dat heel wat vrouwen minder orgasmes ervaren bij seksuele activiteit na de bevalling. Na twaalf maanden postpartum geven vrouwen aan terug het niveau van voor de zwangerschap bereikt te hebben. De frequentie van masturbatie bereikt sneller terug het niveau van voor de zwangerschap dan seksuele gemeenschap. Dit is volgens Jawed-Wessel & Sevick (2017) het resultaat van verschillende factoren: zo vinden vrouwen dit gemakkelijker dan geslachtsgemeenschap, de partner kan ondertussen toezicht houden op het kind en angst voor pijn bij penetratie is niet nodig.

Psychologische aspecten

De psyche van de pasbevallen vrouw wordt sterk beïnvloed door alle bovengenoemde factoren. De borstvoeding zorgt bijvoorbeeld enerzijds voor vermoeidheid door de nachtvoeedingen, anderzijds zorgen de borstvoedings-

hormonen voor een verminderde lubricatie en daarmee samenhangende dyspareunie, omschrijft Abdool et al. (2009). Al deze lichamelijke ongemakken hebben een directe invloed op hoe de vrouw zich voelt.

Vermoeidheid en lichaamsbeeld

De nieuwe gezinsstructuur en het veranderd slaappatroon verminderen de kans dat de vrouw en haar partner de tijd en privacy vinden om intimiteit te hervatten na de bevalling volgens Leeman & Rogers (2012). Vermoeidheid kan zorgen voor een sterke daling in de seksuele beleving en het libido op twaalf weken postpartum, aldus Convery & Spatz (2009). Het onderzoek van Hipp et al. (2012) toonde aan dat het veranderde lichaam, en daardoor veranderd lichaamsbeeld van de vrouw, zorgde voor onzekerheid bij deze vrouwen en daardoor de seksuele beleving beïnvloedde.

Pijn en angst

Pijn en angst bij geslachtsgemeenschap na de bevalling zijn andere factoren die eveneens een grote invloed hebben op de seksuele beleving. Als een vrouw pijn verwacht bij seksuele betrekking is het mogelijk dat er angst voor die pijn ontstaat. Deze angst kan verminderde opwindning veroorzaken en zo de seksuele beleving beïnvloeden, aldus Convery & Spatz (2009). Deze vicieuze cirkel van pijn en angst kan moeilijk doorbroken worden en vereist soms professionele hulp.

Psychologische aspecten bij borstvoeding en seksualiteit

De studie van Hipp et al. (2012) toont aan dat lichamelijk contact met het kind tijdens het verzorgen of het geven van borstvoeding mogelijk de behoefte aan fysieke intimiteit vervult. Deze behoefte werd voorheen opgevuld door fysiek contact met de partner. Deze verzadiging aan intimiteit kan ervoor zorgen dat de vrouw verminderde nood heeft aan affectie van haar partner, wat kan zorgen voor gevoelens van frustratie en teleurstelling binnen de relatie.

Volgens de studie van Convery & Spatz (2009) hebben sommige vrouwen ook opwindende gevoelens bij het geven van borstvoeding, veroorzaakt door het hormoon oxytocine. In het



onderzoek gaf 35-50% van de vrouwen aan dat ze borstvoeding als erotisch ervoeren, 25% van hen voelde zich hier schuldig over. Dit gevoel is louter gebaseerd op een normale hormonale reactie, niet op een seksuele stimulus. Dit moet duidelijk gecommuniceerd worden naar de kraamvrouw toe.

De angst dat de baby wakker wordt tijdens de seksuele activiteit, die vaak in dezelfde kamer als de baby plaatsvindt, kan de seksbeleving met de partner in het postpartum negatief beïnvloeden, aldus Hipp et al. (2012).

Anticonceptie en communicatie

Leeman & Rogers (2012) geven ten slotte aan dat sommige vrouwen de hervatting van seksuele activiteit uitstellen omwille van angst om opnieuw zwanger te worden. De verschillende mogelijke anticonceptiva dienen besproken te worden met alle vrouwen, zowel tijdens hun prenatale consultaties als in het postpartum.

Communicatie tussen de vrouw en haar partner over seksuele verwachtingen is heel belangrijk in de periode na de bevalling, zegt Hipp et al. (2012). Veel vrouwen maken zich bijvoorbeeld in deze periode zorgen over de seksuele tevredenheid van hun partner. Wanneer hier open over gecommuniceerd kan worden, is de eerste stap naar verbetering gezet. De meerderheid van de vrouwen geeft aan dat de mate van intimiteit en de seksuele interesse van hun partner, de factoren zijn die het sterkst bijdragen aan een aangename seksuele beleving na de bevalling.

Taak van de vroedvrouw

Seksuologische counseling is één van de vele taken van de vroedvrouw, maar toch wordt dit soms over het hoofd gezien. Misschien is dit omdat sommige vroedvrouwen geen kennis hebben omtrent dit onderwerp, of durven ze het misschien niet ter sprake brengen? Toch heeft een pasbevallen vrouw nood aan iemand waarmee ze kan praten over zowel haar seksueel leven als de mogelijke problemen die zich hierin voordoen. In de kwalitatieve studie van Olsson et al. (2009) wordt de vroedvrouw als eerste aanspreekpunt vooropgesteld en moet ze dus zowel in staat zijn om seksualiteit zelf ter sprake te brengen als er voor open staan wan-

neer de pas bevallen vrouw dit zelf aanhaalt. Zelf vinden vroedvrouwen dit soms een moeilijke taak omwille van tijdsdruk en kennistekort.

Het moment in het postpartum waarop dit gesprek gevoerd kan worden, is afhankelijk van vrouw tot vrouw, geeft Lenaers (2017) aan. Vaak kan dit gesprek plaatsvinden rond zes weken postpartum, maar er bestaat hier geen norm in. De vrouw kan eerder mogelijke problemen ter sprake brengen of het onderwerp kan spontaan aan bod komen tijdens een gesprek. Voor de vroedvrouw kan het een richtlijn zijn om tijdens het opvolgingsgesprek op zes weken postpartum dit onderwerp standaard aan te halen. De vroedvrouw kan gebruik maken van enkele aanknopingspunten om het onderwerp 'seksualiteit' ter sprake te brengen. Deze zorgen ervoor dat dit op een informele en spontane manier besproken kan worden, zodat zowel de vrouw als de vroedvrouw zich hier niet ongemakkelijk bij voelen. Lenaers (2017) haalt enkele mogelijke aanknopingspunten aan. Een voorbeeld hiervan is het bespreken van de heling van het perineum. Wanneer de vrouw aangeeft dat ze hier nog last van heeft, kan er zo gevraagd worden naar de seksuele activiteit. In dit gesprek kan de vroedvrouw enerzijds zelf enkele mogelijke ongemakken ter sprake brengen en polsen bij de vrouw of ze hier last van heeft. Anderzijds kan de vroedvrouw in het gesprek ook ruimte creëren zodat de vrouw zelf deze ongemakken kan aangeven en de vroedvrouw hierop kan inspelen door mogelijke oplossingen aan te reiken. De vroedvrouw kan gebruik maken van de getting-in-tune-strategie of onderwerpsgerichte strategie van Olsson et al. (2009) waarbij ze vooral gaat geruststellen, luisteren, ondersteunen, sterke punten benadrukken, empoweren en aanmoedigen.

Seksuologische counseling is één van de vele taken van de vroedvrouw. De vroedvrouw is hier een eerste aanspreekpunt en moet dus zowel in staat zijn om seksualiteit zelf ter sprake te brengen als er voor open staan wanneer de pas bevallen vrouw dit zelf aanhaalt.





Toch is een gesprek voeren omtrent seksualiteit niet altijd gemakkelijk voor iedere vroedvrouw en zijn hier enkele aandachtspunten aan verbonden. Het gebruik van vakjargon moet vermeden worden en de vrouw mag niet overstelpt worden met informatie. Het PLISSIT-model van Anon (1976) uit de studie van Convery & Spatz (2009) kan een ondersteunende richtlijn zijn om dit gesprek op te starten en vlot uit te voeren. De P staat voor het geven van 'permission', hierbij begint de vroedvrouw met een open houding, waarbij luisteren centraal staat. Ze gaat context creëren zodat de vrouw haar verhaal kan doen en het verhaal van de vrouw normaliseren zodat deze het gevoel krijgt dat ze normaal is ondanks haar seksuele ongemakken. Hierdoor zal ze zich opgelucht voelen. LI staat voor 'limited information', zoals hierboven vermeld moet de vroedvrouw informatie geven zonder dat de vrouw zich overladen voelt. SS staat voor 'specific suggestions' waarbij de vroedvrouw een actieve rol gaat innemen wanneer de vrouw seksuele ongemakken aankaart. Ze gaat een oplossing aanbieden en op die manier een advies geven om zo het seksueel gedrag van de vrouw positief te beïnvloeden. IT of 'intensive therapy' hoort niet meer bij de taak van de vroedvrouw. Wanneer ze het gevoel krijgt dat het probleem de eigen kennis en oplossingen overstijgt, kan de vroedvrouw doorverwijzen naar een specialist, bijvoorbeeld een seksuoloog.

Discussie

Een eerste groot aandachtspunt bij alle onderzoeken is de definitie van 'seksueel contact', wat heel breed geïnterpreteerd kan worden als affectie met kussen, knuffelen, voorspel, masturbatie, seksspeeltjes.... Daartegenover kan seksueel contact in de enge definitie betekenen dat er enkel penetratie heeft plaatsgevonden. Elke onderzoeker lijkt dit op een andere manier te definiëren, waardoor onderzoeksgegevens steeds anders geordend, geïnterpreteerd en geëvalueerd worden.

Vervolgens werden de juiste onderzoeksresultaten beïnvloed door gemixte pariteiten, niet gevalideerde vragenlijsten en afwezigheid van een prepartum-databank. In de meeste studies wordt enkel informatie over het seksueel leven in het derde zwangerschapstrimester verzameld wat natuurlijk niet kan dienen als referentie voor de onderzoeksresultaten uit het postpartum. Er

is dus een gebrek aan vergelijkingsmateriaal uit eerdere trimesters of uit de periode voor de zwangerschap.

Ook de subjectieve beleving van seksualiteit speelt een rol in de interpretatie van de onderzoeksresultaten. Sommige vrouwen zijn tevreden met één keer seks per maand en andere vrouwen hebben nood aan twee à drie keer seks per week. Dat betekent dat ze na de bevalling opnieuw willen streven naar hun patroon van voor de zwangerschap en niet naar een of andere standaard omtrent seksuele activiteit.

In de onderzoeken die gebruikt werden, werd gezien dat veranderingen in het seksueel leven van de vrouw vaak leiden tot ontevredenheid. Maar verandering is niet altijd negatief, al wordt dat in deze onderzoeken wel zo afgeschilderd. Hebben de vrouw en haar partner wel last van dit zogenaamd 'probleem'? Wat voor de ene een probleem is, hoeft dat voor de ander niet te zijn. Of brengt dit 'probleem' juist verbetering in hun seksualiteit?

De subjectiviteit omtrent het begrip 'pijn', wat in vele studies een grote rol speelt in de interpretatie van de onderzoeksresultaten, zorgt voor het moeilijk vergelijken van de verschillende resultaten. Pijn kan ook onderverdeeld worden in pijn bij de eerste keer terug seks na de partus of aanhoudende pijn bij seksuele activiteit in het postpartum.

In het algemeen was er zeer weinig kwaliteitsvol onderzoek te vinden over hormonen en hun invloed op de seksuele beleving van de vrouw na de partus. Toch kan dit wel een belangrijke rol spelen. Hier moet dus verder onderzoek naar gedaan worden om zo tot meer complete resultaten te komen.

In de onderzoeken die men gebruikt heeft voor deze literatuurstudie, werden de partners zeer weinig aangehaald. Nochtans spelen ze een onmisbare en belangrijke rol in de seksualiteit en beleving hiervan in het postpartum. Misschien hebben de partners het er ook moeilijk mee om opnieuw seks te hebben met hun vrouw na een soms ook voor hen ingrijpende bevalling. Vinden ze hun vrouw minder aantrekkelijk? Ervaren ze angst om opnieuw seks te hebben omdat ze hun vrouw misschien pijn zullen doen? Ondersteunen ze hun vrouw genoeg in



deze turbulente periode van slaaptekort en vermoeidheid? Welke impact heeft het vaderschap op het seksuele leven van de man?

Het verband tussen de seksuele beleving en de impact van een sectio hierop is een onderwerp dat nog verder uitgediept moet worden. Duidelijk is dat een sectio ook een zekere impact heeft op de seksualiteit ondanks dat sommigen denken dat door een sectio de bekkenbodem en vagina als het ware juist 'gespaard' blijven van trauma en zo ook de seksualiteit niet doen verslechteren. Belangrijk is dat er in verder onderzoek een onderscheid gemaakt wordt tussen de verschillende soorten sectio's (primaire sectio, secundaire sectio, spoedsectio...). Zo kan er duidelijke counseling gegeven worden aan vrouwen die om deze reden een sectio prefereren, om hen zo duidelijk te maken dat dit niet de manier is om hun seksueel leven te beschermen.

Volgende obstetrische factoren verdienen nog extra onderzoek: de manier waarop een episiotomie verricht wordt (mediaan, mediolateraal, lateraal), de duur van de arbeid en uitdrijvingsfase en het geboortegewicht van de baby. Op lichamelijk vlak zou meer onderzoek over de preconceptionele staat van de bekkenbodem en de invloed van de bevalling hierop interessant zijn. Training van de bekkenbodemspieren en eventuele incontinentie kunnen hierbij betrokken worden. Psychologisch zou er meer onderzoek kunnen gedaan worden over de invloed van het sociaal vangnet van de moeder op haar algemeen, seksueel welzijn.

De prenatale en postnatale periode zijn zeer gevoelige periodes wat betreft seksualiteit (de "zenuwen bloot"). Het is de periode van uitnodiging om te zoeken naar elkaar, een speciale vorm van tederheid die op geen ander moment in het leven terugkomt. Dit heeft niets te maken met de effectieve penetratie, maar dit omvat een veel ruimer beeld van seksualiteit. In kader van de relatie is het bijzonder belangrijk om op deze uitnodiging in te gaan.

Conclusie

Seksualiteit is een multifactorieel begrip dat een belangrijke rol speelt in ieders leven, dus ook in dat van de pas bevallen vrouw. Toch kan zij moeilijkheden ervaren om haar seksueel leven

terug op te starten na de zwangerschap en bevalling die haar lichaam op vele vlakken veranderd hebben. Veel verschillende factoren die de seksualiteit na de bevalling beïnvloeden, kunnen onderverdeeld worden in vier grote deeldomeinen: obstetrisch, hormonaal, lichamelijke ongemakken en psychologische factoren.

De vroedvrouw moet in staat zijn om in het postpartum een gesprek omtrent seksualiteit aan te gaan. Dit kan ze doen aan de hand van het PLISSIT-model. De brede waaier aan factoren die de seksuele beleving van de vrouw beïnvloeden, moet de vroedvrouw in het achterhoofd houden tijdens dit gesprek, om zo mogelijke problemen op te sporen en bespreekbaar te maken. Samen met de vrouw kan zij op zoek gaan naar nieuwe inzichten, mogelijke oplossingen en kan ze ondersteuning bieden.

Seksualiteit is een ongelooflijk breed begrip waardoor meer onderzoek altijd verrijkend zal zijn en steeds nieuwe inzichten kan geven die in de praktijk bij counseling gebruikt kunnen worden om het open gesprek te ondersteunen. Dit zal zowel voor vroedvrouwen als cliënten een meerwaarde zijn.

Referenties

- Abdool, Z., Thakar, R. & Sultan A. (2009). Postpartum female sexual function. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 145 (2), 133-137.
- Acele, E. & Karaçam, Z. (2012). Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions. *Journal of Clinical Nursing*, 21 (7), 929-937.
- Anon, J.S. (1976). The PLISSIT Model: A proposed conceptual scheme for the behavioral

De vroedvrouw kan een gesprek omtrent seksualiteit aangaan aan de hand van het PLISSIT-model. De brede waaier aan factoren die de seksuele beleving van de vrouw beïnvloeden, moet de vroedvrouw in het achterhoofd houden tijdens dit gesprek, om zo mogelijke problemen op te sporen en bespreekbaar te maken.



treatment of sexual problems. Journal of Sex Education and Therapy, 2, 1-15.

- Convery, K. & Spatz, D. (2009). Sexuality and breastfeeding: what do you know?. The American Journal of Maternal Child Nursing, 34 (4), 218-223.
- De Souza, A., Dwyer, P., Charity, M., Thomas, E., Ferreira, C. & Schierlitz, L. (2015). The effect of mode delivery on postpartum sexual function: a prospective study. Royal College

of Obstetricians and Gynaecologists, 122, 1410-1418.

- Elaut, E., Lagaert, L., Van Kerrebroeck, H. & Weyers, S. (2017). Postpartum dyspareunia and sexual functioning: a prospective cohort study. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 22 (3), 200-206.
- Hipp, L., Kane Low, L. & van Anders, S. (2012). Exploring women's postpartum sexuality: social, psychological, relational, and birth-related contextual factors. The Journal of Sexual Medicine, 9 (9), 2330-2341.
- Jawed-Wessel, S. & Sevic, E. (2017). The Impact of Pregnancy and Childbirth on Sexual Behaviors: A Systematic Review. The Journal of Sex Research, 54 (4-5), 411-423.
- La Leche League (z.d.). Seksualiteit en borstvoeding, hormonen. Afgehaald op: <https://www.lalecheleague.nl/borstvoeding-abc/artikel/181-seksualiteit-en-borstvoeding-hormonen>
- Leeman, L. & Rogers, R. (2012). Sex after childbirth: postpartum sexual function. Obstetrics and Gynecology, 119 (3), 647-655.
- Lenaers, K. (2017). Familyplanning [cursustekst]. UC Leuven-Limburg, Campus Gasthuisberg.
- Maslow, A. (1943). A theory of human motivation. Psychological Review, 50, 370-396.
- McDonald, E., Gartland, D. & Brown, S. (2016). Frequency, severity and persistence of postnatal dyspareunia to 18 months postpartum: a cohort study. Midwifery, 34, 15-20.
- Olsson, A., Robertson, E., Falk, K. & Nissen, E. (2009). Assessing women's sexual life after childbirth: the role of the postnatal check. Midwifery, 27 (2), 195-202.
- SF-36. (2018). Geraadpleegd op 26/02/2018 via <https://en.wikipedia.org/wiki/SF-36>.
- Seks na de bevalling. Geraadpleegd op 16/03/2018 via <https://www.seksualiteit.be/zwangerschap/zwanger-en-seks/seks-na-de-bevalling>.
- UZ Leuven. (2009). Seksualiteit en intimiteit tijdens zwangerschap en kraamtijd: informatie voor patiënten (brochure). UZ Leuven: auteur.

OPROEP AAN DE VROEDVROUWEN

Ben jij geïnteresseerd om je in te zetten voor ons bijzonder beroep? Dan willen we je uitnodigen tijdens een overleg binnen één van onze werkgroepen (info over de werkgroepen vind je onder "Werkgroepen" op de site www.vroedvrouwen.be).

Interesse in de werkgroep?

- Werkgroep Bijscholing
- Werkgroep Wetenschappelijk Onderzoek
- Werkgroep Opleiding (ook vanuit het werkveld hartelijk welkom!)
- Werkgroep Fysiologie
- Werkgroep Profilering
- Redactieraad
- Werkgroep Zelfstandige Vroedvrouwen
- Vroedvrouwen Verleggen Grenzen
- Werkgroep Hoofdvroedvrouwen
- Werkgroep Middenkader
- Werkgroep Digitale Gezondheidszorg
- Juridisch en Ethisch Comité
- Werkgroep Babyvoeding
- Werkgroep Ziekenhuisvroedvrouwen

Laat je interesse weten via info@vroedvrouwen.be. Onze secretaresse zal je uitnodigen voor de werkgroep die jou interesseert. We verwelkomen je graag en willen samen met jou verder werken aan een sterke vroedvrouw in Vlaanderen/België.

Onze Raad van Bestuur staat open voor de geïnteresseerden om mee te volgen. Interesse? We nodigen je uit op de volgende overlegmomenten; Laat je interesse weten via info@vroedvrouwen.be.



Engelstalig wetenschappelijk onderzoek raadplegen – Hoe zoek je een wetenschappelijk onderbouwd antwoord op een vraag uit de praktijk?

Casus

Een zwangere vrouw krijgt op 36 weken de GBS-test voorgesteld. Vorige zwangerschap is ze bevallen in Nederland, waar dit niet gebeurde. Ze stelt zich vragen bij de standaard uitvoering. Na uitleg van de vroedvrouw stemt ze in, met de hoop dat de test negatief zal zijn. De GBS-test is positief. De zwangere vrouw wenst graag onderbouwde informatie over het belang, nut of gevaar van antibiotica-gebruik tijdens de arbeid.

Ellen Pipers, vroedvrouw, MSc, werkgroep wetenschappelijk onderzoek VBOV vzw



STAP 1: Identificeer de onderzoeksvraag relevant voor de vroedvrouwenpraktijkvoering

- Wat is de definitie van GBS en welke verschillende vormen bestaan er?
- Wat is het belang van screening voor GBS en welke problematiek kan dit met zich meebrengen?
- Wat zijn de voordelen van antibiotica-gebruik tijdens de arbeid in functie van een GBS-infectie?
- Wat zijn de neveneffecten van antibiotica-gebruik tijdens de arbeid?

STAP 2: Bedenk Engelse zoektermen voor de belangrijkste elementen van de onderzoeksvraag

Intrapartum antibiotic prophylaxis, infant, newborn, pregnancy, group B streptococcus, screening.

STAP 3: Bedenk naar welk type wetenschappelijk onderzoek je gericht wil zoeken

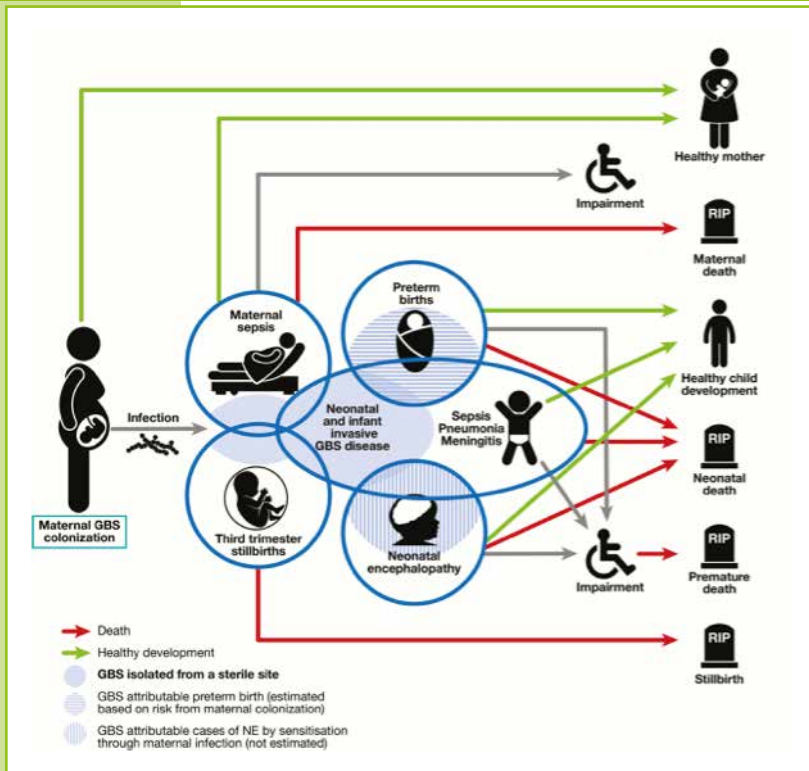
Om wetenschappelijk onderbouwde antwoorde te vinden op de voorgaande vragen, kan eerst

gezocht worden in bestaande richtlijnen zoals die van de Hoge Gezondheidsraad, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, NICE Guidelines (Verenigd Koninkrijk) en ACOG (Verenigde Staten). Over GBS is er geen eensgezindheid binnen deze richtlijnen. De Hoge Gezondheidsraad (2003), het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (2015) en ACOG en AAP (Puopolo et al., 2019) raden aan om alle zwangere vrouwen tussen 35 en 37 weken zwangerschap te screenen voor GBS en zo nodig antibiotica tijdens de arbeid toe te dienen bij een positief screeningsresultaat. NICE Guidelines (2008) raadt af om alle zwangere vrouwen hierop te screenen. Cochrane (Ohlsson & Shah, 2014) zegt dat er te weinig evidentie is om te staven dat antibiotica het aantal infecties effectief doet dalen en raadt aan om een Randomized Controlled Trial (geblindeerd) uit te voeren, maar meldt hier ook bij dat het op dit moment moeilijk is omdat de meeste richtlijnen aanraden om antibiotica toe te dienen bij een GBS-positieve zwangere vrouw. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) (2015) raadt aan om antibiotica toe te dienen tijdens de arbeid bij een positieve GBS-screening. Ze geven echter geen voorkeur voor screeningsmethode en laten dit over aan de plaatselijke organen. Aangezien een deel van deze richtlijnen ouder zijn dan 5 jaar is er gezocht naar artikels gepubliceerd in de afgelopen 5 jaar om





Figuur 1: maternale kolonisatie verspreiding met Group B Streptococci (Russell et al., 2017a)



na te gaan welke conclusies hieruit gehaald kunnen worden.

STAP 4: Ga naar Cochrane Library of PubMed, online zoekmachines voor wetenschappelijke publicaties en combineer de zoektermen

In een eerste zoektocht werd in PubMed via de zoekterm 'Intrapartum Antibiotic Prophylaxis' gezocht op artikelen van de afgelopen 5 jaar. De artikelen werden gescreend op basis van de titel en het abstract. Daarnaast werden er via de sneeuwbal methode nog enkele bijkomende artikelen gevonden.

STAP 5: Kijk in het abstract of de gevonden publicaties relevant zijn voor jouw vraag

De gevonden publicaties worden naast de gevonden richtlijnen gelegd. Deze publicaties bevestigen de verschillen tussen de richtlijnen. Artikelen uit landen waar een universele screening wordt toegepast, bevestigen dat dit de beste methode is. Artikelen uit landen waar een op risico gebaseerde screening wordt toegepast, bevestigen dat hun methode de beste is.

STAP 6: Interpreteer de voor jou relevante resultaten

Groep B Streptokok (GBS) is een bacterie die bij veel mensen in de darmen of vagina voorkomt. Ongeveer 18% is drager van GBS, met een brede spreiding wereldwijd. In de Caraïben is ongeveer 35% drager, tegenover slechts 11 à 13% in Azië (Seale et al., 2017; Li et al., 2017; Porta & Rizzolo, 2015).

Een opstijgende infectie kan zowel maternale, foetale en vroeg neonatale ziektes veroorzaken. Bij zwangere vrouwen kan GBS asymptomatische bacteriurie, een urineweginfectie en chorioamnionitis veroorzaken en in het post-partum endometritis en bacteriëmie (Cho et al., 2019). Dit kan leiden tot premature geboorte, doodgeboorte, sepsis bij de moeder en maternale sterfte (Seale et al., 2017). Een GBS-infectie tijdens de zwangerschap leidt in een kwart van de gevallen tot een miskraam of doodgeboorte (Patras & Nizet, 2018). Verticale transmissie komt het vaakst voor tijdens de arbeid of na het breken van de vliezen, vooral bij een hoge GBS-kolonisatie van de vagina. Jonge baby's kunnen ook in contact komen met GBS door gekoloniseerde personen en een late-onset GBS ontwikkelen (LOGBS) (Cho et al., 2019). Bij baby's die een vroege GBS-infectie doormaken (EOGBS) kunnen er neurologische beperkingen en neonatale sterfte optreden (Seale et al., 2017; Li et al., 2017; Porta & Rizzolo, 2015).

Meestal komt transmissie van GBS voor tussen moeder en kind kort voor of tijdens de geboorte. In afwezigheid van Intrapartum Antibiotic Prophylaxis (IAP) zal ongeveer 50% van de pasgeborenen gekoloniseerd worden met GBS, hiervan zal 1 à 2% Early Onset GBS (EOGBS) ontwikkelen (Puopolo et al., 2019; Hoge Gezondheidsraad, 2003). Van deze ernstig zieke baby's zal er 5% overlijden en 30% houdt op lange termijn neurologische restverschijnselen over (Hoge Gezondheidsraad, 2003). Meningitis komt voor bij 9,5% van de kinderen met EOGBS. Van alle pasgeborenen met EOGBS is 28% geboren onder de 37 weken zwangerschapsduur en ongeveer 15% is prematuur geboren met een zeer laag geboortegewicht (<1500g). Sterfte door EOGBS komt vooral voor bij prematuren: 19,2% van baby's geboren na minder dan 37 zwangerschapsweken komt



te overlijden in vergelijking met 2,1% bij à term geboren baby's (Puopolo et al., 2019).

In de Verenigde Staten heeft men gezien dat door het invoeren van IAP het aantal EOGBS infecties daalde. IAP voorkomt echter geen late onset GBS (LOGBS) infectie en heeft ook geen impact op het aantal doodgeboortes en preterm geboortes. Een vaccin voor GBS wordt ontwikkeld en kan effectief zijn ter preventie van GBS infecties bij moeder en baby (Seale et al., 2017).

Risicofactoren voor een GBS-infectie

- Maternale leeftijd <20 jaar;
- voorgeschiedenis van broertje of zusje met GBS-infectie;
- maternale kolonisatie met GBS;
- GBS in de urine tijdens de zwangerschap;
- prematuriteit (<37 weken);
- maternale temperatuur >38°C;
- langdurig gebroken vliezen (>18u);
- chorioamnionitis;
- intrapartum factoren zoals frequent vaginaal onderzoeken, invasieve foetale monitoring, strippen van de vliezen en medicatie om de ontsluiting te versnellen (Porta & Rizzolo, 2015; Puopolo et al., 2019).

Indien een baby prematuur geboren wordt, is dit geassocieerd met een minder effectieve weerstand en minder verkregen antistoffen van de moeder. Langdurig gebroken vliezen geven meer risico op een opstijgende infectie naar de uterus en baby. Koorts bij de moeder tijdens de arbeid kan een teken zijn van infectie en is een belangrijke voorspeller van EOGBS. Afro-Amerikanen en jonge moeders (<20 jaar) worden geassocieerd met een groter risico op EOGBS. Indien een vorige baby EOGBS heeft doorgemaakt, geeft dit een groter risico bij een volgende geboorte. GBS bacteriurie wordt geassocieerd met een hoge kolonisatie bij de moeder en een verhoogd risico op kolonisatie en infectie bij de baby. Volgens enkele observationele studies kunnen obstetrische praktijken het risico op infectie vergroten zoals het aantal vaginale onderzoeken tijdens de arbeid, invasieve foetale monitoring en het strippen van de vliezen (Puopolo et al., 2019).

Screening

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (2015) raadt sterk aan om aan alle zwangere vrouwen tussen 35 en 37 weken zwangerschap een screening aan te bieden. Ongeacht het resultaat van de GBS-screening kan er in volgende gevallen IAP toegediend worden: een vorig kind met een invasieve GBS-infectie, GBS bacteriurie in de huidige zwangerschap of een geboorte voor 37 weken. Ondanks een lage bewijskracht raadt het KCE een screening sterk aan, omdat ze van oordeel zijn dat de voordelen voor het mogelijk voorkomen van zeer ernstige complicaties groter zijn dan de nadelen.

Volgens Tziialla et al. (2017) is er geen consensus over welke screening voor GBS de voorkeur krijgt om te besluiten welke vrouwen IAP krijgen. Er zijn twee hoofdstrekkingen: de cultuur-gebaseerde aanpak en de risico-gebaseerde aanpak. Binnen de cultuur-gebaseerde aanpak worden alle zwangere vrouwen gescreend voor GBS tussen 35 en 37 weken zwangerschap, indien ze positief screenen wordt IAP toegediend. Daarnaast wordt IAP toegediend bij een voorgeschiedenis van een eerder kind met een invasieve GBS-infectie, bij GBS-bacteriurie tijdens de huidige zwangerschap en indien de GBS-status niet gekend is en één van de volgende risicofactoren aanwezig is: geboorte voor 37 weken zwangerschap, langdurig gebroken vliezen (>18u) of koorts tijdens de arbeid (>38°C) (Hoge Gezondheidsraad, 2003; Puopolo et al., 2019; Tziialla et al., 2017). Bij een risico-gebaseerde aanpak wordt IAP toegediend bij een voorgeschiedenis van een eerder kind met en invasieve GBS-infectie, GBS in de urine tijdens de huidige zwangerschap, premature geboorte (<37 weken), gebroken vliezen (>18u) en koorts tijdens de arbeid (>38°C). De cultuur-gebaseerde strategie wordt aanbevolen in de Verenigde Staten en in sommige Europese landen zoals Spanje, Duitsland, Italië, Frankrijk en België. De risico-gebaseerde strategie wordt toegepast in het Verenigd Koninkrijk, Nederland, Noorwegen en Denemarken en komt voort uit de visie dat het aantal EOGBS niet verder zal dalen door een universele screening naar GBS tijdens de zwangerschap (Tziialla et al., 2017).

Universele screening blijkt meer dan 50% effectiever te zijn om EOGBS te voorkomen ver-



geleken met de risico-gebaseerde screening. In de Verenigde Staten is de incidentie van Early Onset Group B Streptococcus (EOGBS) gedaald van 1,8 per 1000 geboortes in 1990 naar 0,23 per 1000 geboortes in 2015 (Puopolo et al., 2019). Uit de systematische review en meta-analyse van Russell et al. (2017b) blijkt dat het risico op EOGBS zonder IAP 1,1% is bij moeders met GBS, indien er wel IAP werd toegediend bij moeders met GBS daalde dit naar 0,3% indien 75% van de vrouwen in arbeid met een positieve GBS-wisser antibiotica kregen toegediend. Hoe hoger het aantal vrouwen met een positieve GBS-wisser die antibiotica kregen toegediend, hoe lager het aantal EOGBS-infecties. Bij een universele screening heeft men 0,3% kans op EOGBS bij GBS-positieve moeders, bij risico-gebaseerde screening heeft men 0,8% kans op EOGBS bij GBS-positieve moeders indien de wisser in de zwangerschap wordt genomen en 0,6% indien de wisser op het moment van de arbeid wordt afgenomen (Russell et al., 2017b). Uit de meta-analyse van Li et al. (2017) komt dezelfde conclusie: IAP vermindert significant het risico op EOGBS. Er werd echter geen vermindering in mortaliteit gevonden in deze studie, dit kan te wijten zijn aan een te kleine steekproefgrootte aangezien mortaliteit een lage incidentie heeft. Andere studies in het Verenigd Koninkrijk (Gopal Rao et al., 2017), Duitsland (Wicker et al., 2019), Saudi Arabië (Al Luhidan, 2019) en China (Ma et al., 2018; Hung et al., 2018) bevestigen dat universele screening de voorkeur geniet. Uit een studie van Braye et al. (2019) in Australië blijkt dat er door de jaren heen geen verschil

is in aantal EOGBS-infecties na het invoeren van universele screening voor GBS tijdens de zwangerschap.

Intrapartum Antibiotic Prophylaxis (IAP)

Door IAP kan voorkomen worden dat er verticale transmissie optreedt van GBS en het vermindert de incidentie van invasieve EOGBS. Er wordt verondersteld dat IAP op 3 manieren preventief werkt: (1) door de kolonisatie van GBS in de vagina tijdelijk te verlagen, (2) door een kolonisatie van de baby te voorkomen en (3) doordat er antibiotica in de bloedbaan van de baby terecht komt waardoor GBS geëlimineerd wordt (Puopolo et al., 2019, Li et al., 2017).

Antibiotica, toegediend aan de moeder, gaat door de placenta en bereikt een piekwaarde in navelstrengbloed één uur na toediening en daalt snel na 4u. De klinische effectiviteit op verschillende tijdstippen voor de geboorte werden vergeleken (>4u, 2-4u en <2u voor de geboorte) met geen antibiotica. Hoewel alle tijdstippen effectiever waren dan geen toediening van antibiotica, was het starten van antibiotica >4u voor de geboorte het meest effectieve om EOGBS te voorkomen (Porta & Rizzolo, 2015; Puopolo et al., 2019; Scasso et al., 2015).

Van de zwangere vrouwen, met een negatieve wisser tijdens de zwangerschap, is ongeveer 7 à 8% toch GBS-positief op het moment van de geboorte (Puopolo et al., 2019).

Tabel 1: verschillende screeningsmodellen voor GBS

	Universele GBS-screening	Risico gebaseerde screening (tijdens de zwangerschap)	Risico gebaseerde screening (op het moment van de arbeid)	Geen antibiotica
Risico op GBS	0,3%	0,8%	0,6%	1,1%
Aantal geschatte ernstig zieke baby's in Vlaanderen per jaar (uitgaand van 63.836 geboortes/jaar (SPE, 2019))	192	511	413	702
Aantal overlijdens (geschat op 5% van het aantal ernstig zieke baby's) per jaar	10	26	21	35
Aantal neurologische beperkingen (geschat op 30% van het aantal ernstig zieke baby's) per jaar	58	153	124	210



Neveneffecten

Het intestinaal microbioom is essentieel voor metabole, nutritionele, fysiologische en immunologische processen en heeft een invloed op verschillende gezondheidsuitkomsten. In de eerste uren en dagen na de geboorte is er een snelle evolutie van het microbioom, op de leeftijd van 3 jaar lijkt het erg op dat van een volwassene. Als de initiële blootstelling aan het maternale microbioom veranderd is, bijvoorbeeld door een keizersnede, heeft dit een invloed op de kolonisatie van de darmflora van de baby. Dit heeft zowel een effect op het type en de distributie van organismes. Het is mogelijk dat een atypisch microbioom in het begin van het leven de initiatie van metabole en immunologische processen verstoort en bijdraagt tot levenslange veranderingen. Het microbioom wordt geassocieerd met chronische aandoeningen bij volwassenen zoals obesitas, allergie en atopie, inflammatoire darmziekte en darmkanker, hoewel er geen causaal verband kon aangetoond worden (Stearns et al., 2017).

In Noord-Amerika wordt 50% van alle laagrisico, à terme geboren baby's blootgesteld aan IAP, door profylaxe bij een keizersnede en een positieve GBS-screening. Hoewel antibioticagebruik tijdens de arbeid als veilig wordt beschouwd, is er nog onzekerheid over het effect op de ontwikkeling van het microbioom. IAP kan een invloed hebben op bacteriën die niet het doel waren van de profylaxie en het kan de transmissie van bacteriën tussen moeder en baby verminderen. Daarnaast kan het gebruik van antibiotica de totstandkoming van het microbioom wijzigen omdat het door de placenta naar de baby gaat tijdens de arbeid (Stearns et al., 2017).

In de studie van Stearns et al. (2017) werden 74 moeder-baby paren onderzocht. Hieruit bleek dat het microbioom van baby's geboren na een vaginale partus zonder IAP significant verschilde van het microbioom van baby's geboren na een vaginale partus met IAP of een keizersnede. Deze verschillen zag men op de leeftijd van 10 dagen en 6 weken, maar waren verdwenen tegen de leeftijd van 12 weken. De baby's die het langste blootgesteld waren aan antibiotica tijdens de arbeid lieten, net zoals baby's geboren door middel van een keizersnede, wel een verschil zien in hun microbioom op de leeftijd van 12 weken (Stearns et al., 2017).

Uit studies rond postnataal antibioticagebruik bij baby's blijkt dat dit geassocieerd wordt met astma in de kindertijd, allergie en obesitas. In de studie van Azad et al. (2016) werden vier groepen (n=198) met elkaar vergeleken: een groep zonder IAP met een vaginale bevalling (n=113), een groep met IAP met een vaginale bevalling (n=42), een groep met een geplande keizersnede (n=18) en een groep met een ongeplande keizersnede (n=25). Op de leeftijd van 3 maanden kreeg 52% exclusief moedermelk, 30% gedeeltelijk moedermelk in combinatie met kunstvoeding en 18% kreeg geen moedermelk. Op de leeftijd van 1 jaar kreeg 49% van de baby's nog moedermelk. Uit deze studie bleek dat het microbioom beïnvloed werd door de blootstelling aan IAP, wijze van geboorte en borstvoeding. IAP bij een vaginale geboorte was geassocieerd met een verminderde rijkheid van het microbioom op de leeftijd van 3 maanden, terwijl een spoedkeizersnede werd geassocieerd met een grotere diversiteit van het microbioom op de leeftijd van één jaar. Daarnaast gaf deze studie aan dat borstvoeding de effecten van IAP op het microbioom kan beperken. Deze resultaten werden bevestigd door de studie van Aloisio et al. (2016) en de studie van Pärnänen et al. (2018). Zimmerman & Curtis (2019) voerden een systematische review uit, waarbij de effecten van antibiotica tijdens de arbeid tot 3 maanden na de geboorte werden bekeken. Hieruit bleek dat er een verschil was in microbioom tussen de groep die wel antibiotica had gekregen en de groep zonder antibiotica. Aangezien dit een belangrijke invloed kan hebben op de immuniteit, is het noodzakelijk om de langetermijneffecten hiervan verder te onderzoeken.

Uit de review van Patras & Nizet (2018) komt naar voor dat er zowel maternale als neonatale gevolgen kunnen zijn bij antibioticagebruik tijdens de arbeid. Maternale effecten kunnen een toegenomen risico op een schimmelinfectie en een gewijzigde vaginale flora zijn. Bij de baby is er ook een toegenomen risico op schimmelinfecties, een mogelijk toegenomen risico op gram-negatieve infecties door antibiotica-resistentie, een gewijzigde transmissie van moederlijke flora, een gewijzigde darmflora, een toegenomen risico op cerebrale parese bij prematuur geboren kinderen en een toegenomen dikte van intima-media in de aorta, wat een vroege marker is voor het risico op hart- en vaatziekten.



Zwangere vrouwen dienen geïnformeerd te worden over de richtlijnen, de voor- en tegenargumenten om te screenen en de voor- en nadelen van antibioticagebruik tijdens de arbeid.

In een studie waarbij het orale microbiom van 11 pasgeborenen werd onderzocht, kwam naar voor dat pasgeborenen die antibiotica tijdens de arbeid hadden gekregen een verschillend oraal microbiom vertoonden ten opzichte van pasgeborenen die niet aan antibiotica tijdens de arbeid waren blootgesteld (Li, et al. 2019).

Wohl et al. (2015) onderzochten het effect van IAP op acute dermatitis bij kinderen onder 2 jaar. Hieruit bleek dat IAP gedurende minder dan 24u het risico op acute dermatitis niet verhoogde, indien langer dan 24u antibioticaprofylaxe werd gegeven, zag men wel een stijging. Dit dient nog verder onderzocht te worden binnen een grotere onderzoeksgroep.

Vaccinatie

Sinds de invoering van screening voor GBS en antibiotica tijdens de arbeid is er een daling in EOGBS waargenomen. Er is echter geen daling in het aantal LOGBS, wat nog steeds leidt tot neonatale morbiditeit en mortaliteit. De afgelopen 35 jaar loopt er onderzoek naar een effectief vaccin tegen GBS. Uit het onderzoek van Kim et al. (2017) blijkt dat enkel vaccinatie nog onvoldoende effectief is om IAP volledig te vervangen. De combinatie van screening en vaccinatie zou de morbiditeit en mortaliteit beter voorkomen dan enkel screening of vaccinatie. Het toevoegen van vaccinatie aan de huidige scree-

De vroedvrouw dient op de hoogte te zijn van de laatste wetenschappelijke evidentie, maar ook van de mogelijke juridische consequenties indien een koppel een keuze maakt die ingaat tegen het advies van de zorgverlener. Als we naar een meer klantgerichte zorg willen gaan, dient de zorgverlener de keuzes van de zorgvrager te respecteren indien deze een weloverwogen beslissing heeft kunnen nemen.

ning zou een matige bijdrage leveren om de mortaliteit en morbiditeit te doen dalen, tegen een aanzienlijke kostprijs. In dit onderzoek werd echter niet de kostprijs van premature geboortes en doodgeboortes mee in rekening genomen. Een premature geboorte kost aanzienlijk meer dan een à terme geboorte. Zelfs een klein effect op het aantal doodgeboortes, zou een grote impact hebben op de kostprijs. Er is verder onderzoek nodig om deze effecten mee in rekening te brengen.

STAP 7: Implicaties van het wetenschappelijk onderbouwd antwoord voor de vroedvrouwenpraktijk

Zwangere vrouwen dienen geïnformeerd te worden over de richtlijnen, de voor- en tegenargumenten om te screenen en de voor- en nadelen van antibioticagebruik tijdens de arbeid. Zorgverleners voelen zich erg verantwoordelijk voor de gevolgen van hun acties op korte en lange termijn. Dit kan soms in conflict komen met de wens van de zwangere vrouw en haar partner. Het is niet enkel nodig om op de hoogte te zijn van de laatste wetenschappelijke evidentie, maar ook om op de hoogte te zijn van de mogelijke juridische consequenties indien een koppel een keuze maakt die ingaat tegen het advies van de zorgverlener. Als we naar een meer klantgerichte zorg willen gaan, dient de zorgverlener de keuzes van de zorgvrager te respecteren indien deze een weloverwogen beslissing heeft kunnen nemen. Daarnaast is er in Vlaanderen een groot verschil in visie tussen eerste en tweedelij, waardoor de kloof soms erg groot is.

STAP 8: Implicaties van het wetenschappelijk onderbouwd antwoord voor vroedvrouwenonderzoek

Er is nog geen consensus over welke manier van screenen het meest effectief is, daarnaast is er nog onvoldoende evidentie om te staven dat antibioticagebruik tijdens de arbeid voldoende voordelen heeft en infecties kan voorkomen.

Het zou interessant zijn indien er meer onderzoek gebeurd naar de neveneffecten van antibioticagebruik tijdens de arbeid. Momenteel zijn er nog niet voldoende studies over de effecten hiervan op onder andere het microbiom bij de pasgeborene op korte en lange termijn.



Als laatste is het belangrijk om een uitgebreide studie te voeren rond het effect van vaccinatie, omdat dit niet enkel een effect zou kunnen hebben op de EOGBS-infecties, maar ook op het aantal LOGBS-infecties, infecties bij de moeder, premature geboortes, doodgeboortes en miskramen.

Referenties

- Al Luhidan, L., Madani, A., Albanyan, E.A., Al Saif, S., Nasef, M., AlJohani, S., et al. (2019). Neonatal Group B Streptococcal Infection in a Tertiary Care Hospital in Saudi Arabia: A 13-year Experience. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 38(7), 731-734. Doi: 10.1097/INF.0000000000002269.
- Aloisio, I., Quagliariello, A., De Fanti, S., Luiselli, D., De Filippo, C., Albanese, D., et al. (2016). Evaluation of the effects of intrapartum antibiotic prophylaxis on newborn intestinal microbiota using a sequencing approach targeted to multi hypervariable 16S rDNA regions. *Appl Microbiol Biotechnol*, 100, 5537-5546. DOI 10.1007/s00253-016-7410-2.
- Azad, M.B., Konya, T., Persaud, R.R., Guttman, D.S., Chari, R.S., Field, C.J., et al., the CHILDS Study Investigators (2016). Impact of maternal intrapartum antibiotics, method of birth and breastfeeding on gut microbiota during the first year of life: a prospective cohort study. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 123, 983-993.
- Braye, K., Foureur, M., de Waal, K., Jones, M., Putt, E. & Ferguson, J. (2015). Group B streptococcal screening, intrapartum antibiotic prophylaxis, and neonatal early-onset infection rates in an Australian local health district: 2006-2016. *PLoS ONE*, 14(4): e0214295.
- Cho, C.-Y., Tang, Y.-H., Chen, Y.-H., Wang, S.-Y., Yang, Y.-H., Wang, T.-H., et al. (2019). Group B Streptococcal infection in neonates and colonization in pregnant women: An epidemiological retrospective analysis. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, 52, 265-272.
- Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (2015). KCE rapport 248AS: Synthese welke onderzoeken zijn aanbevolen bij een zwangerschap? Geraadpleegd van https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_248As_aanbevolen_onderzoeken_zwangerschap_Synthese.pdf
- Gopal Rao, G., Nartey, G., McAree, T., O'Reilly, A., Hiles, S., Lee, T., et al. (2017). Outcome of a screening programme for the prevention of neonatal invasive early-onset group B Streptococcus infection in a UK maternity unit: an observational study. *BMJ Open*, 7. Doi:10.1136/bmjopen-2016-014634.
- Hoge Gezondheidsraad (2003). Preventie van perinatale Groep B Streptokokkeninfecties: Aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad, 2003(HGR.7721). Geraadpleegd van https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fps-health_theme_file/4448391/Preventie%20van%20perinatale%20groep%20B%20streptokokkeninfecties%20%28april%202003%29%20%28HGR%207721%29.pdf
- Hung, L.-C., Kung, P.-T., Chiu, T.-H., Su, H.-P., Ho, M., Kao, H.-F., et al. (2018). Risk factors for neonatal early-onset group B streptococcus-related diseases after the implementation of a universal screening program in Taiwan. *BMC Public Health*, 18(438). Doi:10.1186/s12889-018-5358-0.
- Kim, S.Y., Nguyen, C., Russell, L.B., Tomczyk, S., Abdul-Hakeem, F., Schrag, S.J., et al. (2017). Cost-effectiveness of a potential group B streptococcal vaccine for pregnant women in the United States. *Vaccine*, 35, 6238-6247.
- Li, H., Xiao, B., Zhang, Y., Xiao, S., Luo, J. & Huang, W. (2019). Impact of maternal intrapartum antibiotics on the initial oral microbiome of neonates. *Pediatrics and Neonatology*, 60, 654-661.
- Li, S., Huang, J., Chen, Z., Guo, D., Yao, Z. & Ye, X. (2017). Antibiotic Prevention for Maternal Group B Streptococcal Colonization on Neonatal GBS-Related Adverse Outcomes: A Meta-Analysis. *Frontiers in Microbiology*, 8(374). Doi: 10.3389/fmicb.2017.00374.
- Ma, T.W.L., Chan, V., So, C.H., Hui, A.S.Y., Lee, C.N., Hui, A.P.W., et al. (2018). Prevention of early onset group B streptococcal disease by universal antenatal culture-based screening in all public hospitals in Hong Kong. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. DOI:10.1080/14767058.2017.1300649.
- NICE (2008). Antenatal care for uncomplicated pregnancies. Geraadpleegd van <https://www.nice.org.uk/guidance/cg62/resources/antenatal-care-for-uncomplicated-pregnancies-pdf-975564597445>





- Ohlsson, A. & Shah, V.S. (2014). Cochrane Library: Intrapartum antibiotics for known maternal Group B streptococcal colonization (Review). Geraadpleegd van https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007467.pub4/pdf/CDSR/CD007467/CD007467_abstract.pdf
- Pärnänen, K., Karkman, A., Hultman, J., Lyra, C., Bengtsson-Palme, J., Larsson, D.G.J., et al. (2018). Maternal gut and breast milk microbiota affect infant gut antibiotic resistance and mobile genetic elements. *Nature Communications*, 9 (3891). DOI: 10.1038/s41467-018-06393.
- Patras, K.A. & Nizet, V. (2018). Group B Streptococcal Maternal Colonization and Neonatal Disease: Molecular Mechanisms and Preventative Approaches. *Frontiers in Pediatrics*, 6(27). Doi: 10.3389/fped.2018.00027.
- Porta, K. & Rizzolo, D. (2015). Preventing group B Streptococcal infections in newborns. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 28(3), 24-29.
- Puopolo, K.M., Lynfield, R. & Cummings, J.J. (2019). Management of infants at risk for Group B Streptococcal disease. *Pediatrics*, 144(2), e20191881.
- Russell, N.J., Seale, A.C., O'Driscoll, M., O'Sullivan, C., Bianchi-Jassir, F., Gonzalez-Guarin, J., et al. (2017a). Maternal Colonization With Group B Streptococcus and Serotype Distribution Worldwide: Systematic Review and Meta-analyses. *Clinical Infectious Diseases*, 65(2), S100-S111.
- Russell, N.J., Seale, A.C., O'Sullivan, C., Le Doare, K., Heath, P.T., Lawn, J.E., et al. (2017b). Risk of Early-Onset Neonatal Group B Streptococcal Disease With Maternal Colonization Worldwide: Systematic Review and Meta-analyses. *Clinical Infectious Diseases*, 65(2), S152-159. DOI: 10.1093/cid/cix655.
- Scasso, S., Laufer, J., Rodriguez, G., Alonso, J.G. & Sosa, C.G. (2015). Vaginal group B streptococcus status during intrapartum antibiotic prophylaxis. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 129, 9-12.
- Seale, A.C., Bianchi-Jassir, F., Russell, N.J., Kohli-Lynch, M., Tann, C.J., Hall, J., et al. (2017). Estimates of the burden of Group B Streptococcal disease worldwide for pregnant women, stillbirths, and children. *Clinical Infectious Diseases*, 65(2), S200-S219.
- Stearns, J.C., Simioni, J., Gunn, E., McDonald, H., Holloway, A.C., Thabane, L., et al. (2017). Intrapartum antibiotics for GBS prophylaxis alter colonization patterns in the early infant gut microbiome of low risk infants. *Scientific Reports*, 7 (16527). DOI: 10.1038/s41598-017-16606-9.
- Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (2019). Perinatale activiteiten in vlaanderen 2018. Geraadpleegd van https://www.zorgen-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/EMBARGO_SPE_Perinatale%20activiteiten%20in%20Vlaanderen%202018.pdf
- Tzialla, C., Berardi, A., Farina, C., Clerici, P., Borghesi, A., Viora, E., et al., Task Force for group B streptococcal infections for the Italian Society of Neonatology, Italian Society of Obstetricians and Gynecologists and Italian Association of Clinical Microbiologists (2017). Strategies for preventing group B streptococcal infections in newborns: a nation-wide survey of Italian policies. *Italian Journal of Pediatrics*, 43(98). DOI 10.1186/s13052-017-0409-1.
- WHO (2015). WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. Geraadpleegd van https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186171/9789241549363_eng.pdf?sequence=1
- Wicker, E., Lander, F., Weidemann, F., Hufnagel, M., Berner, R. & Krause, G. (2019). Group B Streptococci: Declining Incidence in Infants in Germany. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 38(5), 516-519. Doi: 10.1097/INF.0000000000002115.
- Wohl, D.L., Curry, W.J., Mauger, D., Miller, J. & Tyrie, K. (2015). Intrapartum Antibiotics and Childhood Atopic Dermatitis. *J Am Board Fam Med.*, 28(1), 82-89. Doi: 10.3122/jabfm.2015.01.140017.
- Zimmermann, P. & Curtis, N. (2019). Effect of intrapartum antibiotics on the intestinal microbiota of infants: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*. Published Online First: 11 July 2019. Doi: 10.1136/archdischild-2018-316659.



Informed Consent bij weigering van GBS-screening en antibioticatoediening

Wet patiëntenrechten 2002

Art. 8. § 1. De patiënt heeft het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar. Deze toestemming wordt uitdrukkelijk gegeven behalve wanneer de beroepsbeoefenaar, na de patiënt voldoende te hebben geïnformeerd, uit de gedragingen van de patiënt redelijkerwijze diens toestemming kan afleiden. Op verzoek van de patiënt of van de beroepsbeoefenaar en met de instemming van de beroepsbeoefenaar of van de patiënt, wordt de toestemming schriftelijk vastgelegd en toegevoegd aan het patiëntendossier.

§ 2. De inlichtingen die aan de patiënt verstrekt worden, met het oog op het verlenen van diens toestemming bedoeld in § 1, hebben betrekking op het doel, de aard, de graad van urgentie, de duur, de frequentie, de voor de patiënt relevante tegen aanwijzingen, nevenwerkingen en risico's verbonden aan de tussenkomst, de nazorg, de mogelijke alternatieven en de financiële gevolgen. Ze betreffen bovendien de mogelijke gevolgen ingeval van weigering of intrekking van de toestemming, en andere door de patiënt of de beroepsbeoefenaar relevant geachte verduidelijkingen, desgevallend met inbegrip van de wettelijke bepalingen die met betrekking tot een tussenkomst dienen te worden nageleefd.

§ 3. De in § 1 bedoelde informatie wordt voorafgaandelijk en tijdig verstrekt en onder de voorwaarden en volgens de modaliteiten voorzien in § 2 en § 3 van artikel 7.

§ 4. De patiënt heeft het recht om de in § 1 bedoelde toestemming voor een tussenkomst te weigeren of in te trekken. Op verzoek van de patiënt of de beroepsbeoefenaar wordt de weigering of intrekking van de toestemming schriftelijk vastgelegd en toegevoegd aan het patiëntendossier. De weigering of intrekking van de toestemming heeft niet tot gevolg dat het in artikel 5 bedoelde recht op kwaliteitsvolle

dr. Marlies Eggermont, vroedvrouw, jurist



De patiënt heeft het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar.

dienstverstrekking jegens de beroepsbeoefenaar ophoudt te bestaan. Indien de patiënt toen hij nog in staat was de rechten zoals vastgelegd in deze wet uit te oefenen, schriftelijk te kennen heeft gegeven zijn toestemming tot een welomschreven tussenkomst van de beroepsbeoefenaar te weigeren, dient deze weigering te worden geëerbiedigd zolang de patiënt ze niet herroept op een moment dat hij in staat is om zijn rechten zelf uit te oefenen.

§ 5. Wanneer in een spoedgeval geen duidelijkheid aanwezig is omtrent de al dan niet voorafgaande wilsuitdrukking van de patiënt of zijn vertegenwoordiger zoals bedoeld in hoofdstuk IV, gebeurt iedere noodzakelijke tussenkomst van de beroepsbeoefenaar onmiddellijk in het belang van de gezondheid van de patiënt. De beroepsbeoefenaar maakt hiervan melding in het in artikel 9 bedoelde patiëntendossier en handelt van zodra dit mogelijk is overeenkomstig de bepalingen van de voorgaande paragrafen.

De patiënt heeft het recht om de toestemming voor een tussenkomst te weigeren of in te trekken. Op verzoek van de patiënt of de beroepsbeoefenaar wordt de weigering of intrekking van de toestemming schriftelijk vastgelegd en toegevoegd aan het patiëntendossier.





Voorstel: Informed Consent voor GBS - screening

Betreft: Informed consent betreffende **Group B streptokokken screening**

Ondergetekende,..... (naam en voornaam van de zwangere vrouw), is op de hoogte van de medische indicatie tot opsporing van Groep B Streptokokken (GBS) die uitgevoerd wordt tussen 35 en 37 zwangerschapsweken, door een wissel van de vagina en het rectum te nemen.

Voor de moeder is er bij een positieve GBS-status, risico op infectie. Wanneer een baby door het vaginale geboortekanaal passeert kan deze infectie van de moeder overgedragen worden op het kind en kan er onder andere een algemene infectie, longontsteking of hersenvliesontsteking bij de baby optreden. Dit kan direct na de bevalling optreden tot 3 maanden postpartum.

Wanneer GBS tijdig wordt opgespoord, kunnen de schadelijke effecten voor moeder en kind sterk gereduceerd worden door het toedienen van antibiotica tijdens de arbeid. .

Bovengenoemde verklaart volledig te zijn geïnformeerd over de negatieve gevolgen dat een weigering tot GBS screening met zich meebrengen.

Naam zorgvrager:
Naam:
Datum:
Handtekening (vergezeld van een handgeschreven gelezen en goedgekeurd):

Naam zorgverlener:

Voorstel: Informed Consent voor GBS profylaxe

Betreft: Informed consent betreffende **Group B streptokokken profylaxe**

Ondergetekende,..... (naam en voornaam van de zwangere vrouw), is op de hoogte van haar positieve GBS status en de profylaxe (antibiotica) die tijdens de arbeid ter reductie van de kans van een GBS infectie gegeven wordt.

Voor de moeder is er bij een positieve GBS status, risico op infectie. Wanneer een baby door het vaginale geboortekanaal passeert kan deze van de moeder over gedragen worden op het kind en kan er een algemene infectie, longontsteking of hersenvliesontsteking bij de baby optreden. Dit kan direct na de bevalling optreden tot 3 maanden postpartum.

Wanneer de GBS infectie tijdens de bevalling behandeld kan worden, kan het risico op de gevolgen voor moeder en kind verminderd worden.

Bovengenoemde verklaart volledig te zijn geïnformeerd over de negatieve gevolgen dat een weigering van GBS profylaxe (met name antibiotica-toediening), met zich meebrengen.

Naam zorgvrager:
Naam:
Datum:
Handtekening (vergezeld van een handgeschreven gelezen en goedgekeurd):

Naam zorgverlener:

Conclusie

Toelichting vanuit onze juridische dienst: In het opstellen van een informed consent is het van belang zo volledig mogelijk te zijn met informatie. Eventuele verwijzingen naar een website (wetenschappelijke website of overheidswebsite) waar meer informatie te vinden is, is een meerwaarde. Bij ondertekening van een informed consent, ben je beschermd tegen enige vorm van aansprakelijkheid wegens het schenden van de patiëntenrechtenwet. Het gaat over een wilsbekame moeder, haar mening moet gerespecteerd worden. Het is tevens een plicht dat de weigering in het patiëntendossier bewaard blijft, dit geeft een veiligheid en heeft een belang als andere zorgverleners de zorg overnemen.

OPROEP AAN DE VROEDVROUWEN

Onderzoek je als vroedvrouw een aspect binnen ons werk of maak je deel uit van een onderzoeksteam? Laat je werk niet in een schuif liggen! Deel je resultaten en stuur ze naar redactie@vroedvrouwen.be.





Kennis, attitude en praktijk van Vlaamse vroedvrouwen ten aanzien van Evidence-Based Practice (EBP) en klinische richtlijnen

Inleiding

Sinds de introductie van 'Evidence Based Medicine' eind jaren '90, is het belang van het concept 'Evidence Based Practice' (EBP) toegenomen binnen de hedendaagse gezondheidszorg. Sacket et al. (1996) definieert EBP als volgt "op een gewetensvolle en oordeelkundige manier gebruik maken van de best beschikbare evidentie bij het maken van beslissingen over de zorg van individuele patiënten". EBP dient een integratie te zijn van de op dat moment best beschikbare wetenschappelijk evidentie, klinische expertise en oordeel alsook de voorkeuren van de patiënt zelf (Veeramah, 2016). De verschuiving naar een eerder multidisciplinaire aanpak van de zorg benadrukte de nood om het 'Evidence Based Medicine' kader uit te breiden naar andere zorgprofessionals, waaronder vroedvrouwen (Benahmed et al, 2018; Bick & Graham, 2010).

De wetenschappelijke gerichtheid van het beroep van vroedvrouw reflecteert zich in (inter)nationale verschillende competentieprofielen. Het Belgisch competentieprofiel verwacht dat vroedvrouwen "een op evidentie gebaseerde zorg verlenen door het integreren van nieuwe wetenschappelijke inzichten en door participatie aan praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek" (Federale Overheidsdienst, 2018). Evidence-Based Practice heeft een verplicht karakter gekregen binnen gezondheidszorgsystemen en regelgeving, mede door de vraag naar hoogstaande kwalitatieve en kosteneffectieve zorg. Cliënten en hun families hebben baat bij een op evidentie gerichte vroedvrouwenpraktijk, aangezien dit leidt tot gunstige gezondheidsuitkomsten en een reductie in de variabiliteit van zorg en de kwaliteit ervan. Het gestructureerd proces van EBP vergemakkelijkt ook een transparante besluitvorming (Bayes

Door de werkgroep Wetenschappelijk onderzoek van de VBOV

dr. Dorien Lanssens, vroedvrouw, MSc, UHasselt, Faculteit geneeskunde en levenswetenschappen, Mobile Health Unit, Limburg Clinical Research Center, Ziekenhuis Oost-Limburg, Departement obstetrie en verloskunde en Future Health;
drs. Régine Goemaes, vroedvrouw, MSc, UGent, Faculteit Geneeskunde en gezondheidswetenschappen, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, Universitair Centrum voor Verpleegkundigen en Vroedvrouwen;
Ellen Pipers, vroedvrouw, MSc, UHasselt, Faculteit Bedrijfseconomische Wetenschappen, Vakgroep Marketing & Strategie;
Christine Vrielinck, vroedvrouw, MSc, AZ Damiaan Oostende;
dr. Inge Tency, vroedvrouw, MSc, Odisee Hogeschool, Opleiding Vroedvrouwen, Campus Sint-Niklaas, UGent, Faculteit Geneeskunde en gezondheidswetenschappen, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg



et al, 2016; Heydari et al., 2017; Iravani et al., 2016; Koehn & Lehman, 2008; Malik et al., 2016). Beleidsmakers zijn gevoelig voor deze realiteit, waardoor het belang van EBP in diverse overheidsinitiatieven wordt benadrukt (Bick & Graham, 2010; Benahmed et al, 2018). Zo werd in 2017 een federaal beleidsplan op vlak van disseminatie en implementatie van EBP geïntroduceerd in België.

Vroedvrouwen worstelen echter om EBP te integreren in de perinatale zorg (Iravani et al., 2016, Fairbrother et al., 2016, Kennedy et al., 2012). De kennis en attitude van vroedvrouwen ten aanzien van EPB werd beperkt onderzocht.





Vroedvrouwen zien EBP als een belangrijke mindset in hun klinische praktijk, maar slechts een klein percentage oefenden hun job uit binnen een EBP-kader. Er bleek een gebrek aan kennis, vaardigheden en vertrouwen om EBP effectief te implementeren. Vroedvrouwen vertrouwden eerder op hun intuïtie en eigen klinische ervaring (Heydari et al., 2017; Koehn & Lehman, 2008; Veeramah, 2016). Verschillende barrières om EBP toe te passen bij verpleegkundigen werden onderzocht (Koehn & Lehman, 2008) en situeerden zich zowel op individueel als op organisatieniveau. Gebrek aan tijd, middelen en vaardigheden, tekort aan personeel, gebrek aan autonomie en gebrek aan interesse van supervisors vormden belangrijke barrières (Iravani et al., 2016; Malik et al., 2016). Een bottom-up strategie is noodzakelijk om deze barrières te overwinnen, waarbij het empoweren van de wetenschappelijke vaardigheden en het handhaven van een positieve attitude ten aanzien van EBP sleutelfactoren vormen voor een succesvolle aanpak (Iravani et al., 2016; Koehn & Lehman, 2008; Malik et al., 2016; Mohammadi et al., 2018; Upton & Upton, 2006).

De uitgevoerde studies zijn eerder kwalitatief en exploratief van aard of analyseerden data van verpleegkundigen en vroedvrouwen onder één noemer (Iravani et al., 2016; Kennedy et al., 2012; Veeramah, 2016). Een Iranese studie vond echter een significant verschil in EBP-kennis en attitude tussen verpleegkundigen en vroedvrouwen (Heydari et al., 2017). Dit illustreert het belang van een aparte data-analyse per beroepsgroep, aangezien EBP-gerelateerde opvattingen en vaardigheden beïnvloed kunnen worden door de professionele cultuur en contextuele factoren (Bick & Graham, 2010; Fairbrother et al., 2016). Daarom werd een studie opgezet om de kennis, attitude en praktijk omtrent EBP en EB klinische praktijkrichtlijnen na te gaan bij Vlaamse vroedvrouwen.

Methodologie

Studiedesign en populatie

Een kwantitatieve, descriptieve, cross-sectionele studie werd uitgevoerd door middel van een online semigestructureerde, anonieme vragenlijst bij vroedvrouwen in Vlaanderen (mei-oktober 2017). In totaal werden 251 vroedvrouwen, werkzaam in ziekenhuizen, eerste lijn en/of de opleiding voor vroedvrouwen, gerekruteerd

via elektronische nieuwsbrief, sociale media en het Tijdschrift Voor Vroedvrouwen. Posters met informatie over de studie werden tevens verspreid via de materniteiten en verloskwartieren in Vlaanderen.

Datacollectie

De vragenlijst werd ontwikkeld na een literatuurreview en was gedeeltelijk gebaseerd op eerdere bevragingen in gelijkaardige studies bij kinesitherapeuten (Bernhardsson & Larsson, 2013). Een online Delphi studie (twee rondes) werd opgezet om de inhoudsvaliditeit van de vragenlijst na te gaan. Een panel van 10 experts beoordeelde de relevantie, leesbaarheid, helderheid en begrijpelijkheid van de vragen en items aan de hand van een 6-punts Likertschaal (1=helemaal niet akkoord; 6=helemaal akkoord). Er was sprake van consensus wanneer meer dan 30% van de scores in het 1^{ste} of 3^{de} tertiel vielen en niet meer dan 30% simultaan geobserveerd werden in het 3^{de} en het 1^{ste} tertiel. Vragen en items werden als valide beschouwd, wanneer consensus was bereikt en een minimum mediane score van vier werd bekomen. Na de eerste Delphironde werden geen vragen of items verwijderd. Echter bij de socio-demografische variabele 'tewerkstelling' werden percentages toegevoegd en vijf items werden geherformuleerd op basis van de commentaren van de experts. Een aangepaste versie van de vragenlijst werd in een tweede ronde voorgelegd aan de experts, waarna consensus werd bereikt voor alle vragen en items. De finale versie van de vragenlijst bestond uit vier delen, nl. (1) socio-demografische kenmerken (twaalf meerkeuzevragen), (2) kennis en praktijk met betrekking tot EBP (vier meerkeuzevragen), (3) attitude en voor- en nadelen ten aanzien van EBP (negen stellingen op een 5-punts Likertschaal van helemaal niet akkoord tot helemaal akkoord) en (4) attitudes ten aanzien van het gebruik van EB klinische praktijkrichtlijnen. Dit laatste deel van de vragenlijst bestond uit vijf meerkeuzevragen, één open vraag en negen stellingen te beoordelen op een 5-punts Likertschaal.

Statistische analyse

Data werd geanalyseerd met behulp van het statistisch softwareprogramma SPSS 24.0[®]. De nadruk lag vooral op de beschrijvende statistiek. Om verschillen te analyseren tussen categorische variabelen werden respectievelijk



chikwadraattoetsen toegepast. Een p-waarde kleiner dan 0,05 werd als statistisch significant beschouwd.

Resultaten

Kenmerken van de respondenten

In totaal kwamen 251 vragenlijsten in aanmerking voor analyse. Er was een geografische spreiding van de respondenten over Vlaanderen, variërend van 11% respondenten uit West-Vlaanderen tot 29% uit Oost-Vlaanderen. De meerderheid had meer dan tien jaar werkervaring (64,2%) en was jonger dan 40 jaar (58,6%). De mediaan van het aantal jaren afgestudeerd als vroedvrouw bedroeg 15 [Interkwartielafstand (IQR) 8-27]. De helft van de respondenten had een bachelordiploma als hoogste diploma (53,8%). De meeste vroedvrouwen werkten in de klinische praktijk, namelijk in het ziekenhuis (37,8%), in de eerstelijnszorg (25,5%) of beiden (26,3%). Ongeveer een kwart van de vroedvrouwen was werkzaam in een universitair ziekenhuis (26,7%). De meerderheid van de deelnemers beschikte thuis over een computer of tablet (99,6%). Alle vroedvrouwen hadden minimaal toegang tot het Internet (thuis en/of op het werk).

Kennis van EBP

Meer dan de helft van de respondenten (55,4%) rapporteerde dat EBP een onderdeel vormde van het curriculum tijdens hun bacheloropleiding vroedvrouwen en 27,1% gaf aan een opleiding of training rond EBP te hebben gevolgd. Vier op tien deelnemers kenden de betekenis van EBP en identificeerden een correcte definitie van EBP (43,4%). Vroedvrouwen met een masterdiploma hebben meer kennis over de correcte definitie van EBP dan vroedvrouwen met een bachelordiploma (57,7% vs. 37,8%; $X = 8,264$; $p = 0,004$). Bijkomend scoorden vroedvrouwen jonger dan 40 jaar en ≤ 15 jaar afgestudeerd beter in het correct definiëren van EBP (49,7% vs. 34,6%; $X = 5,611$; $p = 0,02$, respectievelijk 50,8% vs. 35,5%; $X = 5,918$; $p = 0,02$).

Houding ten opzichte van EBP en op evidentie gebaseerde klinische richtlijnen

De meeste vroedvrouwen waren overtuigd dat het toepassen van EBP in hun dagelijkse praktijk noodzakelijk (85,2%) en realistisch (59,3%) is en gaf aan bereid te zijn om kennis en vaar-

digheden nodig om EBP toe te passen te leren (73,3%) en te verbeteren (82,5%). De meerderheid vond dat EBP de besluitvorming in de zorg kan ondersteunen (80,9%) en dat er voldoende wetenschappelijke evidentie is voor de meeste zorgactiviteiten (66,1%). De helft van de vroedvrouwen verklaarde te werken in een omgeving waar het gebruik van wetenschappelijke literatuur aangemoedigd wordt (50,6%) en rapporteerde voldoende vaardigheden om relevante literatuur op te zoeken (51,4%). Zes op tien respondenten waren overtuigd van hun vaardigheden om zorg te verlenen volgens de meest recente evidentie (59,4%).

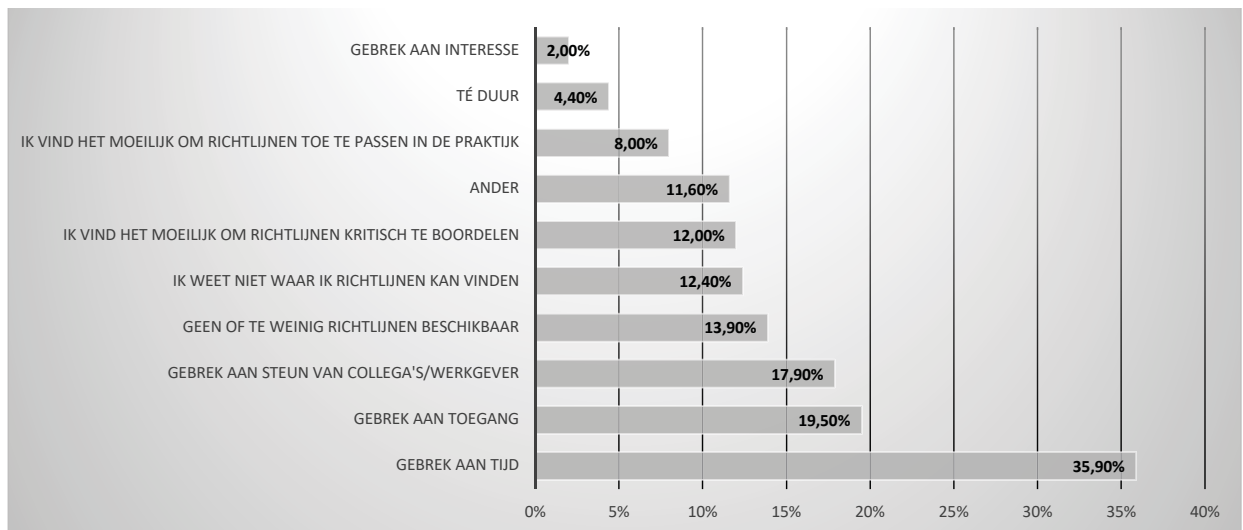
Vroedvrouwen vonden het belangrijk om gemakkelijk toegang te krijgen tot EB klinische praktijkrichtlijnen (91,6%). Toch had een minderheid van de respondenten een vlotte toegang tot richtlijnen op het werk (43,0%) en thuis (39,1%). Slechts 44,2% was akkoord dat de voorkeur van de cliënt voldoende in rekening kan gebracht worden bij gebruik van richtlijnen, 40,6% had hier geen mening over. Hetzelfde was van toepassing bij de vraag naar de faciliterende rol van richtlijnen in de zorgverlening (52,2% akkoord, 33,9% neutraal). De meeste vroedvrouwen waren van mening dat richtlijnen bijdragen om het verlenen van hoogkwalitatieve (86,1%) en evenwaardige (76,1%) zorg aan cliënten. Vroedvrouwen vonden het gebruik van richtlijnen tijdens hun werk belangrijk (86,5%), maar in realiteit maakten ze er minder gebruik van (64,1% akkoord, 27,5% geen mening).

Toepassing van EBP en EB klinische richtlijnen

De meeste vroedvrouwen gaven aan wetenschappelijke literatuur op te zoeken (80,1%), vooral EB klinische praktijkrichtlijnen (50,6%), gerandomiseerde klinische studies (RCT's) (45,0%) en systematische reviews (43,0%). Het zoeken naar literatuur gebeurde voornamelijk via PubMed (58,6%) en online zoekmachines (bijv. Google[®]) (43,0%). Op maandelijkse basis leest 40,6% gemiddeld één wetenschappelijke publicatie, 31,9% gemiddeld twee tot vijf artikels. Vroedvrouwen zijn op de hoogte van relevante, bestaande EB klinische richtlijnen (73,7%) en weten waar richtlijnen zijn te vinden (71,3%). Respondenten met een masterdiploma zochten vaker wetenschappelijke literatuur op dan vroedvrouwen met een bachelordiploma (95,8% vs. 73,9%; $X^2 = 12,288$; $p < 0,001$). Vroedvrouwen



Figuur 1: barrières t.a.v. het gebruik van EB Klinische praktijkrichtlijnen



met >10 jaar werkervaring raadpleegden vaker wetenschappelijke literatuur dan collega's met ≤10 jaar werkervaring (86,4% vs. 75,2%; $X^2 = 4,847$; $p = 0,03$).

Barrières ten opzichte van EB Klinische praktijkrichtlijnen

Het merendeel van de respondenten haalde tijdsgebrek (35,9%) aan als één van de belangrijkste belemmeringen voor het gebruik van EB klinische praktijkrichtlijnen, gevolgd door gebrek aan toegang (19,5%) en gebrek aan steun van collega's of werkgever (17,9%) (figuur 1). Vroedvrouwen uit universitaire ziekenhuizen bleken minder belemmeringen te ervaren dan collega's uit perifere ziekenhuizen (44,2% vs. 61,9%; $= 4,022$; $p=0,05$). Dit was eveneens zo voor respondenten met >10 jaar werkervaring versus ≤10 jaar ervaring (50,4% vs. 62,7%; $X^2 = 3,835$; $p=0,05$).

Discussie

De resultaten van deze studie toonden een positieve attitude van vroedvrouwen ten aanzien van EBP, maar dit staat in contrast met hun

bekwaamheid om EBP te implementeren. Dit blijkt uit het feit dat 82,5% aangaf hun kennis en vaardigheden omtrent EBP te willen verbeteren en dat slechts de helft van de vroedvrouwen (51,4%) overtuigd waren dat ze over voldoende vaardigheden beschikken om relevante literatuur op te zoeken. Deze resultaten zijn consistent met voorgaande studies bij ander zorgverleners (Ammouri et al., 2014).

De resultaten gaven ook aan dat de beste kennis over de EBP-definitie aanwezig was bij vroedvrouwen met een masterdiploma, ≤15 jaar werkervaring en een leeftijd van <40 jaar. In analogie met voorgaande studies bij verpleegkundigen (Ammouri et al., 2014; Heydari et al., 2017) maakte de academische graad een verschil in de zoektocht naar literatuur, aangezien vroedvrouwen met een masterdiploma vaker rapporteerden op zoek te gaan naar EB-informatie dan collega's met een bachelordiploma. Een mogelijke verklaring kan zijn dat masterprogramma's studenten opleiden om onderzoeksresultaten te lezen en interpreteren, terwijl dit minder het geval is in een bacheloropleiding.

De facilitator voor het gebruik van EBP door vroedvrouwen was het hebben van een positieve attitude tegenover EBP, maar ze worden beperkt aangemoedigd in de werkomgeving om wetenschappelijke literatuur te gebruiken. Uit de literatuur komt naar voor dat ook bij verpleegkundigen een adequate ondersteuning en management op vlak van EBP één van de facilitators te zijn. Zij rapporteerden ook nog aangepaste educatie, ondersteuning op vlak van

De resultaten van deze studie toonden een positieve attitude van vroedvrouwen ten aanzien van Evidence-Based Practice (EBP), maar dit staat in contrast met hun bekwaamheid om EBP te implementeren.



wetenschappelijke bronnen en de initiatie van verpleegkundige onderzoeksprojecten als bevorderende factoren (Malik et al., 2016; Srijana et al., 2016). Deze facilitators werden niet vermeld door de vroedvrouwen in deze studie.

De top drie van barrières ervaren door Vlaamse vroedvrouwen bij het gebruik van richtlijnen bestaat voornamelijk uit (1) het gebrek aan tijd (35,9%), (2) het gebrek aan toegang tot wetenschappelijke bronnen (19,5%) en (3) het gebrek aan steun van collega's/werkgever (17,9%). Deze barrières werden ook ervaren door verpleegkundigen, naast het gebrek aan kennis en vaardigheden en het niet onmiddellijk beschikbaar zijn van onderzoeksresultaten of publicaties (Ammouri et al., 2014; Linssen et al., 2015; Malik et al., 2016). Het is dus aangewezen dat het ziekenhuis management de nodige aanpassingen doorvoert in de werkroosters van vroedvrouwen, zodat zij tijd hebben om zich bij te scholen op vlak van EBP (Cummings et al., 2007).

De huidige studie toonde een kloof aan tussen EBP-gerelateerde attitudes en de actuele praktijk, aangezien 54,4% aangaf maandelijks slechts één of geen artikel te lezen, maar het wel belangrijk vond om EBP te implementeren (85,2%). Het feit dat 64,1% intramuraal werkzaam was, waar vaak richtlijnen ter beschikking worden gesteld en bijgevolg vroedvrouwen het misschien niet nodig achten om artikels te lezen, kan hier een mogelijke verklaring vormen. Een andere verklaring zou kunnen te maken hebben met het feit dat de klinische beslissingen op vlak van perinatale zorg in Vlaanderen voornamelijk wordt genomen door gynaecologen en vroedvrouwen hierbij een gelimiteerde betrokkenheid en autonomie hebben. Dit zou een reden kunnen zijn waarom vroedvrouwen minder geïnteresseerd zijn om wetenschappelijke literatuur te raadplegen.

Dit is de eerste studie die peilt naar de kennis, attitudes en praktijk van de Vlaamse vroedvrouwen ten aanzien van EBP. In deze studie waren vroedvrouwen gelijk verdeeld over de verschillende geografische regio's en de verschillende werkvelden. Er werden verschillende maatregelen genomen om de validiteit van de vragenlijst te garanderen. Response bias werd gecounterd door eenzelfde aantal positieve en negatieve vragen te voorzien. De vragenlijst werd opgesteld op basis van een grondige literatuurstudie en aangevuld met een Delphi studie bij exper-

ten om de inhoud te valideren.

Hoewel de vragenlijst via diverse kanalen werd verspreid, is de respons eerder aan de lage kant (n=251). Bijkomend werd gebruik gemaakt van een niet-toevalsgestuurde steekproef, nl. gebaseerd op vrijwillige reactie, wat mogelijks een risico op selectiebias met zich meebrengt. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat vroedvrouwen met een sterke mening of een hoge interesse voor het onderwerp meer gemotiveerd waren om te participeren en dus meer inspanning deden om de vragenlijst in te vullen (Upton & Upton, 2006). Dit kan ook verklaren waarom in deze studie een relatief hoog aantal vroedvrouwen hebben deelgenomen met een masterdiploma, wat een mogelijke vertekening kan geven van de resultaten ten voordele van EBP. Hierdoor zijn resultaten mogelijks niet representatief voor de totale populatie van Vlaamse vroedvrouwen.

Conclusie

Ondanks de positieve attitude van vroedvrouwen ten opzichte van EBP, blijken educatieprogramma's noodzakelijk om EBP te promoten en kennis en vaardigheden te verbeteren. Een belangrijke rol is dan ook weggelegd voor het hoger onderwijs om (toekomstige) vroedvrouwen het belang en de betekenis van EBP bij te brengen en levenslange educatie aan te bieden, zodat hun kennis, attitude en vaardigheden omtrent EBP in stand worden gehouden. Verder dienen strategieën ontwikkeld te worden om barrières te overwinnen en een succesvolle en duurzame implementatie van EBP te realiseren. Accreditatieprogramma's om de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid te verbeteren, kunnen hierbij als hefboom gebruikt worden. Er dient echter ook een vlotte toegang te zijn tot databanken en EB klinische praktijkrichtlijnen voor vroedvrouwen, onafhankelijk van hun plaats

Educatieprogramma's blijken noodzakelijk om EBP te promoten en kennis en vaardigheden te verbeteren bij de vroedvrouw. Een belangrijke rol is dan ook weggelegd voor het hoger onderwijs om (toekomstige) vroedvrouwen het belang en de betekenis van EBP bij te brengen en levenslange educatie aan te bieden, zodat hun kennis, attitude en vaardigheden omtrent EBP in stand wordt gehouden.





van tewerkstelling. Tot slot is verder onderzoek noodzakelijk om onze resultaten te bevestigen bij grotere steekproeven en tevens om de psychometrische eigenschappen van de vragenlijst na te gaan.

Referenties

- Ammouri, A., Raddaha, A., Dsouza, P., Geethakrishnan, R., Noronha, J., Obeidat, A., et al. (2014). Knowledge, attitudes, practice and perceived barriers among nurses in Oman. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 14(4): e537-545.
- Bayes, S., Fenwick, J. & Jennings, D. (2016). Readiness for practice change: Evaluation of a tool for the Australian midwifery context. *Women and Birth*, 29(3): 240–4.
- Benahmed, N., Adriaenssens, J., Christiaens, W. & Paulus, D. (2018). Towards tailoring of KCE Guidelines to users' needs. [cited 2018, Feb 16]. Available form: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_284_Tailoring_KCE_Guidelines_Report_2.pdf
- Bernhardsson, S. & Larsson, M.E.H. (2013). Measuring Evidence-Based Practice in Physical Therapy: Translation, Adaptation, Further Development, Validation, and Reliability Test of a Questionnaire. *Physical Therapy*, 93,819-832.
- Bick, D. & Graham, I.D. (2010). Evaluating the impact of implementing evidence-based practice. *STTI/Wiley-Blackwell*, Oxford.
- Cummings, G.G., Estabrooks, C.A., Midodzi, W.K., Wallin, L. & Hayduk, L. (2007). Influence of organizational characteristics and context on research utilization. *Nursing Research*, 56 (4 suppl): S24-39.
- Fairbrother, G., Cashin, A., Conway, M.R., Symes, M.A. & Graham, I. (2016). Evidence based nursing and midwifery practice in a regional Australian healthcare setting: Behaviours, skills and barriers. *Collegian*, 23(1): 29–37.
- Federale Overheids Dienst (2018). Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening, Directoraat-generaal Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. PlanKad Vroedvrouwen 2004-2014, Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen.
- Heydari, A., Mazlom, S.R., Ranjbar, H. & Scurlock-Evans, L. (2014). A study of Iranian nurses' and midwives' knowledge, attitudes, and implementation of evidence-based practice: the time for change has arrived. *Worldviews evidence-based Nursing*, 11(5): 325–31.
- Iravani, M., Janghorbani, M., Zarean, E. & Bahrami, M. (2016). Barriers to Implementing Evidence-Based Intrapartum Care: A Descriptive Exploratory Qualitative Study. *Iran Red Crescent Medical Journal*, 18(2): e21471.
- Kennedy, H.P., Doig, E., Hackley, B., Leslie, M.S. & Tillman, S. (2012). 'The Midwifery Two-Step': A Study on Evidence-Based Midwifery Practice. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 57(5): 454–60.
- Koehn, M.L. & Lehman, K. (2008). Nurses' perceptions of evidence-based nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 62(2): 209–15.
- Linsen, R., Verstraeten, L. & Meesen, R. (2015). Evidence based practice among physiotherapists in Flanders: a cross-sectional survey [Evidence based practice bij kinesitherapeuten in Vlaanderen: Een cross-sectioneel surveyonderzoek. [Master thesis]. Hasselt University: Hasselt.
- Malik, G., McKenna, L. & Plummer, V. (2016). Facilitators and barriers to evidence-based practice: perceptions of nurse educators, clinical coaches and nurse specialists from a descriptive study. *Contemporary Nurse*, 52(5): 544 – 554.
- Mohammadi, M.M., Poursaberi, R. & Salahshoor, M.R. (2018). Evaluating the adoption of evidence-based practice using Rogers's diffusion of innovation theory: a model testing study. *Health Promotion Perspectives*, 8(1), 25 – 32.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes, R.B. & Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British medical Journal*, 312: 71–2.
- Srijana, K.C., Subramaniam, P.R. & Paudel, S. (2016). Barriers and Facilitators of Utilizing Research Among Nurses in Nepal. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 47(4), 171-9.
- Upton, D. & Upton, P. (2006). Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. *Journal of advanced nursing*, 53(4), 454-8.
- Veeramah, V. (2016). The use of evidenced-based information by nurses and midwives to inform practice. *Journal of Clinical Nursing*, 25 (3-4): 340–50.



Het gebruik van kunstmelk op basis van een partieel eiwit-hydrolysaat om allergieën te voorkomen

Wanneer ouders beslissen om kunstmelk te geven, krijgen ze nog vaak de vraag “Heeft iemand in het gezin last van allergie?”. En dan hebben we het over allergie in de brede zin van het woord: huisstofmijtallergie, allergie voor pinda's, berkenpollen en nog vele andere. Het moment dat één van de ouders een allergie heeft, wordt vervolgens geadviseerd om voor een kunstmelk op basis van een partieel eiwithydrolysaat te kiezen. Maar is dat advies eigenlijk wel onderbouwd?

Wat is een kunstmelk op basis van een partieel eiwithydrolysaat?

Het hydrolyseren van een eiwit betekent dat de primaire structuur van het eiwit (= de volgorde van de bouwstoffen, de aminozuren) op bepaalde plekken gesplitst wordt. Het eiwit wordt als het ware ‘verknijpt’ in kleine stukjes. Er worden vier verschillende gradaties van verknijping ge-commercialiseerd (tabel 1).

Waarom worden eiwitten gehydrolyseerd?

Het hydrolyseren van een eiwit heeft meerdere doelen: (1) het versnellen van de maaglediging, (2) het verbeteren van de vertering van de eiwitten, (3) het voorkomen van allergieën en (4)

*Prof. dr. Eline Tommelein, apotheker, Medicourse, VUB, Brussel;
dr. Rolinde Demeyer, diëtiste, Op de groei*



het behandelen van allergieën. We gaan in dit artikel verder in op deze laatste twee: de plaats van partiële hydrolysaten bij het voorkomen of het behandelen van een allergie.

Het achterliggende idee om het eiwit te hydrolyseren in het kader van allergie, is dat je bij een allergie onterecht reageert op een eiwit. Als de eiwitten gehydrolyseerd zijn, zou je lichaam het niet of minder goed herkennen en is de kans op het ontwikkelen van een allergie bijgevolg lager.

De plaats van kunstmelk op basis van een partieel eiwithydrolysaat bij de preventie van allergie

Kunstmelk op basis van een partieel eiwithydrolysaat wordt ge-commercialiseerd en aanbevolen door de producenten om te verhinderen dat een pasgeborene met een hoog risico in de toekomst een allergie zou ontwikkelen. Onder “hoog risico” verstaan we dat een eerstegraadsverwant een allergie, astma of eczeem heeft.

Tabel 1: gradaties van verknijping

Verwerking	Eiwitfractie	Voorbeelden (niet limitatief)
Geen verknijping	Intacte eiwitten	Nutrilon standaard®, Nutrilon verzadiging®, Nan Evolia®, Nan verzadiging®
Lichte verknijping	Partiële hydrolysaten	Nutrilon prosyneo®, Nutrilon Omneo®, Nan Evolia HA®, Nan Complete Comfort®
Zware verknijping	Extensieve hydrolysaten	Nutrilon Pepti Syneo®, Nan Althera®, Nutramigen LGG®
Volledige verknijping	Aminozuren	Neocate®, Alfamino®, Nutramigen Puramino®





Zoals eerder aangegeven komen alle vormen van allergieën in aanmerking.

In 2016 gebeurde een groot, onafhankelijk onderzoek, gepubliceerd door Boyle et al.. Dit onderzoek vatte alle studies samen die tot dan toe omtrent dit thema gepubliceerd waren. Dergelijk onderzoek heet een 'systematische review' en de analyse die gebeurd is, wordt een 'meta-analyse' genoemd. Dit type van onderzoek bezit de hoogste graad van evidentie.

Uit dit onderzoek bleek dat er geen verschil in uitkomsten bestond tussen zuigelingen die kunstmelk kregen op basis van intacte eiwitten en zuigelingen die kunstmelk kregen op basis van partiële eiwithydrolysaten. Specifiek is gekeken naar allergieën, voedingsallergieën, astma of atopische dermatitis (eczeem), tot de leeftijd van 14 jaar.

Eind 2018 verscheen bovendien een Cochrane Review van Osborn et al. met hetzelfde besluit. In 2017 verscheen een derde systematisch onderzoek, gepubliceerd door Szajewka & Horvath. Deze studie kwam tot een ander besluit en vermeldde dat er een licht voordeel bestaat wat betreft atopie. Wanneer we echter de resultaten in detail bekijken, blijkt dat slechts de resultaten van één onderzoek zijn meegenomen om tot dit besluit te komen. De graad van evidentie van dit besluit is vervolgens lager dan dat van de Cochrane Review en Boyle et al. (2016).

De plaats van kunstmelk op basis van een partieel eiwithydrolysaat bij de behandeling van allergie

Voor een baby met koemelkallergie is kunstmelk op basis van partiële eiwithydrolysaten niet geschikt. Tot vijftig procent van de zuigelingen met koemelkallergie reageert nog steeds allergisch op deze vorm.

Het geven van kunstmelk op basis van partiële hydrolysaten aan zuigelingen kan geen allergieën voorkomen. Deze kunstmelk is ook niet geschikt voor zuigelingen die een bevestigde allergie aan koemelkeiwitten hebben omdat de verknipping onvoldoende is.

De plaats van kunstmelk op basis van een extensief eiwithydrolysaat bij de behandeling van allergie

Voor het behandelen van koemelkallergie is een kunstmelk op basis van een extensief hydrolysaat vereist. Elke voeding voor medisch gebruik die kan gebruikt worden bij koemelkeiwitalergie (KME) draagt het label "Kan gebruikt worden bij de behandeling van koemelkeiwitalergie". Deze claim betekent dat uit gerandomiseerd, placebo gecontroleerd onderzoek bleek dat meer dan 90% van de kinderen met koemelkallergie niet reageren op deze kunstmelk. Voor de overige 10% is een kunstmelk op basis van aminozuren noodzakelijk. Beide kunstmelken zijn voedingen voor medisch gebruik en bijgevolg enkel verkrijgbaar via de apotheek.

Besluit

Er bestaat tot nu toe geen wetenschappelijk bewijs dat het geven van kunstmelk op basis van partiële hydrolysaten aan zuigelingen allergieën kan voorkomen. Deze kunstmelk is ook niet geschikt voor zuigelingen die een bevestigde allergie aan koemelkeiwitten hebben omdat de verknipping onvoldoende is. Bovendien ligt de kostprijs van deze kunstmelk ongeveer 25% hoger dan een kunstmelk op basis van een intact eiwit.

Referenties

- Boyle, R.J., Ierodiakonou, D., Khan, T., Chivinge, J., Robinson, Z., Geoghegan, N., et al. (2016). Hydrolysed formula and risk of allergic or autoimmune disease: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 8;352:i974.
- Compendium Nutricia, <https://www.nutricia-medical.be/nl-BE>.
- Compendium Nestlé (2018). <https://www.nestlehealthscience.com/asset-library/documents/newsroom/nhs%20scientific%20compendium%202018.pdf>
- Osborn, D.A., Sinn, J.H.K. & Jones L.J. (2018). Formulas containing hydrolysed protein for prevention of allergy and food intolerance in infants. *Cochrane Database Syst Rev*.
- Szajewska, H. & Horvath, A. (2017). A partially hydrolyzed 100% whey formula and the risk of eczema and any allergy: an updated meta-analysis. *World Allergy Organ J.* DOI:10.1186/s40413-017-0158-z



Risico op diabetes type 1 opsporen en behandelen

Inleiding

Diabetes type 1 is de meest voorkomende stofwisselingsziekte bij kinderen en jongeren. De precieze oorzaak van de ziekte is nog niet bekend, maar vast staat dat het om een auto-immuunziekte gaat, waarbij het afweersysteem van de patiënt het eigen lichaam aanvalt. De eigen immuuncellen vallen de insuline producerende bètacellen in de alvleesklier aan en vernietigen ze aldus (auto-immune aanval). Dat leidt tot verminderde insulineproductie en aldus tot type 1 diabetes. De laatste jaren ziet men dat deze ziekte zich steeds op jongere leeftijd ontwikkelt.

In ongeveer tien procent van de gevallen treft de ziekte kinderen die al een familielid met diabetes type 1 hebben. Alle andere gevallen, dus 90 procent, komen uit families zonder familieleden met de ziekte. Dat betekent dus dat diabetes type 1 iedereen kan treffen.

De ziekte wordt vaak pas herkend als er al ernstige en vaak levensbedreigende problemen ontstaan zijn. Wordt een verhoogd risico op diabetes type 1 bij kinderen echter vroeg herkend, dan zijn complicaties en misschien ook het ontwikkelen van de ziekte, te voorkomen.

Freder1k studie

Op dit ogenblik loopt er in verschillende ziekenhuizen een studie waarbij aan jonge ouders de mogelijkheid wordt geboden om hun kind tot de leeftijd van 4 maanden gratis te laten testen op een genetisch risico op type 1 diabetes: de Freder1k studie. Hiervoor zijn een paar druppels bloed al voldoende: meestal worden deze afgenomen op het moment dat er een bloedafname gebeurt voor de standaard neonatale screening ("hielprik"), maar de bloedafname kan ook op een ander moment gebeuren.

De genetische test neemt een aantal weken in beslag: als er een verhoogd risico wordt vastgesteld (te verwachten bij ongeveer 1% van de geteste kinderen) betekent dit dat de baby een risico heeft van 1 op 10 om de ziekte te ontwikkelen i.p.v. 1 op 250 in de algemene populatie

Prof. Dr. Kristina Casteels, pediater-endocrinoloog, studieverantwoordelijke, UZ Leuven



(Hommel et al., 2018; Ziegler et al., 2016; Ziegler, 2019). In dit geval worden de ouders gecontacteerd en zal de mogelijkheid geboden worden om deel te nemen aan een tweede studie, namelijk de POInT-studie (Primary Oral Insulin Trial). Deze studie vindt enkel in UZ Leuven plaats.

POInT studie

In de POInT studie wordt een nieuwe manier uitgetest om diabetes te voorkomen nog voor de ziekte tot uiting kan komen. De bedoeling is het immuunsysteem van jonge kinderen zo op te voeden dat het zich niet tegen insuline en de insuline producerende bètacellen keert en aldus de auto-immune aanval te voorkomen (Ziegler et al., 2016; Ziegler et al., 2018).

Dat gebeurt door de baby's met een verhoogd genetisch risico voor type 1 diabetes heel kleine hoeveelheden insuline per os (via de mond) te geven. Deze orale insuline dient niet, anders dan insuline die ingespoten wordt, om het bloedsuikergehalte te verlagen. Het poeder smaakt neutraal en heeft geen bijwerkingen. Dit hebben eerdere studies aangetoond. De POInTstudie is een placebogecontroleerde dubbelblinde studie (Ziegler et al., 2016; Ziegler et al., 2018).





Meer informatie kan gevonden worden op www.gppad.org of via email freder1kstudie@uzleuven.be.

De deelnemende ziekenhuizen zijn: UZ Leuven, Heilig Hart Leuven, OLV Ziekenhuis Aalst en Asse, UZA (Antwerpen), UZ Gent, Imelda (Bonheiden), AZ Sint-Jan (Brugge), UCL Saint-Luc (Brussel), AZ Diest, AZ Delta (Roeselare), AZ Groeninge (Kortrijk).

Oproep aan de zelfstandige vroedvrouwen

Het jaar 2019 wordt verloskundig mooi in kaart gebracht door het SPE (Studiecentrum Perinatale Epidemiologie). Stuur de SPE formulieren van de door u begeleide thuisbevallingen in 2019 door naar dr. E. Hendrickx of mevr. R. De Boodt, Koning Albert II-laan 35 bus 29, 1030 Brussel.

Deze formulieren geven ons de kans om met cijfers onze thuisbevallingen in kaart te brengen.

Graag zouden we ook cijfers wensen van de bevallingen die autonoom door de vroedvrouwen worden begeleid, in en uit het ziekenhuis. We zijn op zoek naar methodes om dit systematisch te registeren.

Indien u verduidelijking wenst, neem contact op met info@vroedvrouwen.be of 03 218 89 67.

Referenties

- Ziegler, A.G., Bonifacio, E., Powers, A.C., Todd, J.A., Harrison, L.C. & Atkinson, M.A. (2016). Type 1 Diabetes Prevention: A Goal Dependent on Accepting a Diagnosis of an Asymptomatic Disease. *Diabetes*; 65(11):3233-3239.
- Hommel, A., Haupt, F., Delivani, P., Winkler, C., Stopsack, M., Wimberger, P., et al. (2018). AGScreening for Type 1 Diabetes Risk in Newborns: The Freder1k Pilot Study in Saxony; and the Freder1k Study Group. *Horm Metab Res*; 50(1):44-49.
- Ziegler, A.G., Achenbach, P., Berner, R., Casteels, K., Danne, T., Gündert, M., et al., GPPAD Study group (2018). Oral insulin therapy for primary prevention of type 1 diabetes in infants with high genetic risk: the GPPAD-POInT (global platform for the prevention of autoimmune diabetes primary oral insulin trial) study protocol. *BMJ*, 9 (6).
- Ziegler, A.G., Danne, T., Dunger, D.B., Berner, R., Puff, R., Kiess, W., et al. (2016). Primary prevention of beta-cell autoimmunity and type 1 diabetes – The Global Platform for the Prevention of Autoimmune Diabetes (GPPAD) perspectives. *Mol Metab*, 22;5(4):255-62.
- Ziegler, A.G., Hoffmann, G.F., Hasford, J., Elding-Larsson, H., Danne, T., Berner, R., et al. (2019). Screening for asymptomatic β -cell autoimmunity in young children. *Lancet Adol*. DOI:[https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30028-8](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30028-8)

Reactie op artikel rond GBS-screening en antibioticatoediening

In aanvulling van het artikel omtrent GBS (pg 13-20) zal Lieve Huybrechts een artikel schrijven rond GBS-screening en antibioticatoediening, een kritisch blik op het huidig GBS-beleid met aandacht voor het grotere plaatje en het recht van vrouwen om hun eigen beslissingen te nemen. Dit zal gepubliceerd worden in het Tijdschrift voor Vroedvrouwen 2 van 2020 (maart/april).



VLIR-UOS project: Barrières doorbreken in de preventie van tienerzwangerschappen bij schoolgaande adolescenten in Kirehe (Rwanda): ontwikkeling van een peer educatie programma in de context van Seksuele en Reproductieve Gezondheid

Inleiding en achtergrond

Tienerzwangerschappen zijn wereldwijd een belangrijk gezondheidsprobleem. Jaarlijks worden in de ontwikkelingslanden bij benadering 21 miljoen meisjes tussen 15 en 19 jaar zwanger en bij benadering 16 miljoen van deze meisjes geven ook effectief geboorte aan een kind (Darroch et al., 2016; United Nations Population Fund, UNFPA, 2015). Het is duidelijk aangetoond dat tienerzwangerschappen geassocieerd zijn met verhoogde risico's op (pre-)eclampsie, purperale endometritis, een laag geboortegewicht en preterm geboorte, in vergelijking met zwangerschappen bij vrouwen tussen 20 en 25 jaar oud. Zwangerschapscomplicaties en complicaties bij de geboorte zijn zelfs de tweede belangrijkste doodsoorzaak bij 15 tot 19-jarige meisjes. Naast deze medische complicaties zijn er bovendien een aantal economische en sociale consequenties ten gevolge van deze tienerzwangerschappen, zowel voor de adolescenten zelf als voor hun ouders en de gemeenschap. Stigma, uitsluiting, meer geweld binnen het huwelijk, een lagere scholingsgraad, minder tewerkstellingsmogelijkheden en uiteindelijk een moeilijk tot niet te doorbreken armoedespoiraal, zijn slechts enkele bezorgdheden geformuleerd door de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO, fact sheet 2018).

Ondanks een globale vooruitgang waarschuwen de huidige voorspellingen dat het wereldwijde aantal tienerzwangerschappen nog zal toenemen tegen 2030 (UNFPA, 2015). De reden hiervoor is de continue groei van het aantal

Nadja Van Endert, vroedvrouw, MSc, opleiding vroedvrouwen, UCLL Leuven;
Aimable Nkurunziza, verpleegkundige, MSc, College of Medicine and Health Sciences, Universiteit Rwanda VPK;
Justine Bagirisano, vroedvrouw, College of Medicine and Health Sciences, Universiteit Rwanda;
Bosco Hitayez, vroedvrouw, College of Medicine and Health Sciences, Universiteit Rwanda;
Olive Tengera, vroedvrouw, MSc, College of Medicine and Health Sciences, Universiteit Rwanda;
Sylvie Dewaele, vroedvrouw, MSc, opleidingsverantwoordelijke opleiding vroedvrouwen, UCLL Leuven;
dr. Goele Jans, vroedvrouw, MSc, opleiding vroedvrouwe, UCLL Leuven
 Met de financiële steun van VLIR-UOS



adolescenten wereldwijd. De republiek Rwanda staat op een vijfde plaats van de landen met de hoogste procentuele toename in het aantal adolescenten, met een proportionele toename van 75% van adolescente meisjes (UNFPA, 2013). Ondanks een algemene vooruitgang in de meeste aspecten van gezondheid, stijgt het aantal tienerzwangerschappen in Rwanda van 6,3% in 2010 naar 7,3% van het totaal aantal zwangerschappen in 2015. Het hoogste percentage aan tienerzwangerschappen wordt gezien in Huye district (14,2%). Echter wanneer



we meer concreet de spreiding van deze data bekijken, is het zorgwekkend dat het probleem van tienerzwangerschappen hoofdzakelijk optreedt bij adolescenten die naar de secundaire school gaan. In deze context trekt ook Kirehe district de aandacht. Bij benadering 85% van alle tienerzwangerschappen wordt vastgesteld bij schoolgaande adolescenten, terwijl een minderheid wordt gezien bij adolescenten die geen enkele vorm van onderwijs genieten (Collectif des Lignes et Associations de Défense des Droits de l'Homme au Rwanda, CLADHO, 2016). Dit is toch wel enigszins verrassend omdat tienerzwangerschappen doorgaans vaker voorkomen in gemeenschappen die gekenmerkt worden door een lage scholingsgraad en weinig tewerkstellingsmogelijkheden (Neal et al., 2015). Anderzijds, de Rwandese media berichtten de voorbije jaren geregeld over zwangerschapsschandalen in scholen die gelinkt werden aan machtsmisbruik bij personen met een hoge en aanzienlijke functie in die school (bijv. <http://www.newtimes.co.rw/section/read/62481>). Dit illustreert duidelijk de complexiteit van tienerzwangerschappen. Deze zwangerschappen zijn niet enkel een zaak van seksuele en relationele vorming (SRV), maar resulteren dikwijls vanuit een complex samenspel tussen socio-culturele, economische en persoonlijke factoren (Neal et al., 2015).

Nood aan meer onderzoek?

De Rwandese overheid heeft sterk geïnvesteerd in SRV door hoofdzakelijk in te zetten op verschillende onderwijsprogramma's, zoals de verdere (door-)ontwikkeling van de opleidingsonderdelen biologie- en gezondheidswetenschappen in het derde en zesde middelbaar. Bovendien superviseert het Rwandees Medisch Centrum (= overheidsinstelling), met de steun van Imbuto Foundation en het Bevolkingsfonds

van de Verenigde Naties (UNFPA), een onderwijsprogramma rond seksuele en relationele gezondheid voor adolescenten zowel binnen als buiten de schoolcontext. Tot nu toe lijken deze inspanningen minder effectief dan gehoopt en verwacht. Preventieve programma's rond seksuele en relationele gezondheid binnen de schoolcontext lopen nog steeds aan tegen het probleem van ongemak en taboe in de relatie tussen leerkracht en leerling. Bijgevolg gaan adolescenten nog dikwijls op zoek naar informatie bij hun peers (= 'gelijken', leeftijdsgenoten), maar dit leidt tot een eerste probleem met de betrouwbaarheid van de uitgewisselde informatie. Onderzoek toont immers aan dat peers dikwijls niet correct geïnformeerd zijn over seksuele en relationele gezondheidstopics (CLADHO, 2016). Ten tweede, peers zijn niet altijd even toegankelijk voor alle adolescenten, waardoor de noden van sommigen onvervuld blijven. Samengevat, Rwandese secundaire schoolstudenten blijven een laag niveau van kennis behouden over seksuele en relationele gezondheid en, mogelijks nog belangrijker, beslissingen omtrent (risicovol) seksueel gedrag worden nog steeds te veel beïnvloed door belangrijke factoren zoals sociale invloed, sociale context en sociale interactie (Michielsen et al., 2014).

Doel- en deeldoelstellingen

Het doel van dit project is om bij te dragen tot een afname in het aantal tienerzwangerschappen door het empoweren van schoolgaande adolescenten in Kirehe district, waardoor zij meer op maat gebruik kunnen maken van beschikbare informatie en middelen om een tienerzwangerschap te voorkomen. We beogen om dit doel te bereiken via de volgende deeldoelstellingen:

- 1 Versterken van de vroedvrouwen en verpleegkunde opleidingen in seksuele en reproductieve gezondheidseducatie met als doel het bekomen van goed uitgeruste en getrainde vroedvrouwen en verpleegkunde studenten. Deze studenten zijn de toekomstige gezondheidswerkers.
- 2 Opleiden en trainen van een selecte en gerichte groep van schoolgaande adolescenten die kunnen verbinden en uitwisselen met andere schoolgaande adolescenten voor accurate uitwisseling in seksuele en relationele kennis en vaardigheden.

Rwandese secundaire schoolstudenten blijven een laag niveau van kennis behouden over seksuele en relationele gezondheid en beslissingen omtrent (risicovol) seksueel gedrag worden nog steeds te veel beïnvloed door belangrijke factoren zoals sociale invloed, sociale context en sociale interactie.



Figuur 1: setting



De finale uitkomst van dit project is de ontwikkeling van een wetenschappelijk en praktijkgericht peer educatie programma (PEP) rond seksuele en relationele gezondheid voor schoolgaande adolescenten in Kirehe.

Opzet van het project

Vlir-uos Zuid project

Dit project kadert binnen een structureel partnerschap tussen University Colleges Leuven-Limburg (UCLL) en Universiteit Rwanda (UR). Het doel van dit partnerschap, vastgelegd in een “Memorandum of Understanding” getekend in december 2017, is het versterken van de lokale capaciteit in onderwijs, onderzoek en dienstverlening.

Het project is een concrete uitkomst van een multi-departementale training met UCLL en UR-leden rond VLIR-UOS projectuitwerking. VLIR-UOS is een officieel platform met als doel het ondersteunen van partnerschappen tussen universiteiten en hogescholen in Vlaanderen en het Zuiden. In hoofdzaak ondersteunt VLIR-UOS

innovatieve antwoorden op globale en lokale uitdagingen. Het landenprogramma 2017-2021 voor Rwanda beoogt de volgende vijf thema's: 1) voedselveiligheid, 2) beheer van natuurlijke hulpbronnen, 3) omgeving, 4) mensenrechten en bestuur, en 5) gezondheid. Het huidige project situeert zich binnen het thema ‘gezondheid’ met project nummer RW2019SIN259B141. UCLL treedt op als coördinerende partner, UR als lokale Zuidpartner.

Setting

Dit project bestaat uit een combinatie van kwantitatief en kwalitatief onderzoek, aangevuld met input van lokale stakeholders en experts. De onderzoeken binnen dit project worden uitgevoerd binnen een multicentrische setting van drie secundaire scholen in Kirehe district: 1) G.S. Nyakarambi, 2) Rusumo High School, en 3) Paysanat L. (figuur 1). Deze drie scholen werden geselecteerd omwille van hun geografische spreiding binnen Kirehe district om omwille van hun heterogene samenstelling. De scholen verbonden zichzelf ertoe om mee studenten te re-





Afbeelding 1: netwerk event

kruteren voor de kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeken waaruit deze studie bestaat. De studies die deel uitmaken van dit project werden goedgekeurd door het ethisch comité van UR als uitvoerend centrum. Alle deelnemende studenten aan de kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeken verleenden informed consent.

Studiepopulatie

De beoogde populatie van de kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeken bestaat uit ado-

lescenten van het derde tot zesde middelbaar, zowel jongens als meisjes van 15 tot 19 jaar oud. Geen andere specifieke in- of exclusiecriteria werden opgesteld, niet betreffende seksuele activiteit, noch betreffende eerdere of huidige tienerzwangerschap.

Verskillende fasen met bijhorende gegevensverzameling

De totale duur van het project is twee jaar en loopt van januari 2019 tot en met december 2020. Het eerste half jaar wordt benut om voorbereidend onderzoek op te zetten en uit te voeren voor de ontwikkeling van het PEP, bestaande uit 1) een lokaal netwerkevent om input te verkrijgen van belangrijke stakeholders en experts, 2) kwantitatief onderzoek om de kennis en attitudes van adolescenten ten aanzien van seksuele en relationele vorming en gezondheid te verkennen en 3) kwalitatief onderzoek om de attitudes, maar vooral ook de noden ten aanzien van seksuele en relationele vorming en gezondheid meer in de diepte te exploreren. In de tweede helft van het eerste projectjaar zal het concept en bijhorend draaiboek voor het PEP ontwikkeld worden, waarna in jaar twee zal gestart worden met de uitrol en evaluatie van het PEP.

1. Input van lokale stakeholders en experts

Rekening houdend met de sociale context van tienerzwangerschappen en SRV, werd input van lokale stakeholders en experts als noodzakelijk geacht voor het slagen van het project. Lokale netwerkevents worden geagendeerd bij de start, halverwege en op het einde van het project (afbeelding 1). Het doel van deze events is om het onderzoek en het ontwikkelde PEP te implementeren binnen het dagdagelijkse leven van de jonge adolescenten, alsook er voor te zorgen dat het PEP naadloos geïmplementeerd kan worden naast de talrijke onderwijsvormingen rond SRV. Een eerste event vond plaats in maart 2019. Hierbij waren 32 stakeholders en experts verbonden aan gezondheid en/of onderwijs aanwezig, zoals schoolleerkrachten en –directeurs, ziekenhuisafgevaardigden, en afgevaardigden van lokale overheidsinstellingen. De agenda van het eerste event bestond uit de volgende vijf punten: 1) er werd vanuit ieder zijn standpunt gekeken naar de verschillende preventie strategieën betreffende tiener-



zwangerschappen in Rwanda 2) wat heeft men uit eerder ervaringen geleerd, 3) wat zijn vooral sterktes om mee te nemen naar de ontwikkeling van het PEP, 4) welke barrières kunnen er alsnog optreden en hoe hier mee om te gaan, en 5) andere opportuniteiten en valorisatiemogelijkheden van het project.

2. Kwantitatieve gegevensverzameling

Voor dit onderzoeksluik werden alle adolescenten van 15 tot 19 jaar van de voorheen vermelde scholen geïnccludeerd en bevroegd naar hun seksuele en relationele gezondheid en gedragingen. Hiervoor werd de “Illustrated Questionnaire for Interview Surveys with Young People (IQISYP) (Cleland et al., 2001) geselecteerd. Deze vragenlijst wordt ter beschikking gesteld door de WGO met als doel om te dienen als vertrekpunt bij onderzoek naar seksuele en relationele gezondheid bij adolescenten of jonge mensen die reeds de puberteit bereikten, maar nog niet gehuwd zijn of in een samenwonende relatie verkeren. Deze vragenlijst werd ontwikkeld om kennis, attitudes en gedragingen in het domein van seksuele en relationele gezondheid in kaart te brengen en dient beschouwd te worden als een tool om noden in kaart te brengen bij de ontwikkeling van interventies, zoals het PEP. De originele IQISYP is zodanig ontwikkeld dat deze altijd kan en dient aangepast te worden aan de lokale context, in dit geval de Rwandese context. Een eerste stap was om enkel de inhoud te selecteren die relevant werden geacht voor de ontwikkeling van het PEP. Afstemming hiervoor gebeurde met lokale veldwerkers werkzaam in het domein van seksuele en relationele gezondheid en dit werd afgetoetst op het eerste netwerkevent. Een tweede stap was de vertaling van Engels naar Kinyarwanda. Om de betrouwbaarheid van deze vertaling te verzekeren, werd “back translation” naar Engels en opnieuw naar Kinyarwanda gedaan. De finale vragenlijst bestond uit te volgende vijf onderdelen: 1) achtergrondgegevens, 2) bronnen van informatie over, en kennis van, seksuele en relationele gezondheid, 3) kennis en eerder gebruik van contraceptie, 4) kennis en attitudes over HIV, aids en seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's) en 5) gebruik en attitude ten aanzien van gezondheidsdiensten. De papieren versie van de vragenlijst wordt verdeeld over de adolescenten bij het begin en einde van het project.

Een eerste afname vond plaats in maart 2019. Een totaal van 563 bruikbare vragenlijsten werd ingevuld, dit bij 257 jongens (57%) en 285 meisjes (53%) De gemiddelde leeftijd bedroeg 17±1 jaar. Bijna 15% (n=77) van de respondenten was reeds seksueel actief en 1,4% (n=8) van de meisjes was al eens zwanger. De voornaamste bevinding voor de ontwikkeling van het PEP was dat het programma dient geïmplementeerd te worden als complementaire preventiestrategie naast informatieve en educatieve bronnen zoals de schoolleerkracht (n=274, 50,8%) en moeder (n=130, 24,1%). Voornamelijk de verschillende soorten contraceptie (waaronder voornamelijk het spiraal, implantaat) zijn weinig gekend en misconcepties zijn er voornamelijk rond symptomen en behandelingsopties bij aids en SOA's.

3. Kwalitatieve gegevensverzameling

In aanvulling van de vragenlijst bij het begin van het project werden zes semi-gestructureerde focusgroep interviews georganiseerd met schoolgaande adolescenten om hun kennis, attitudes alsook hun noden aangaande seksuele en relationele vorming en gezondheid meer diepgaand te bevragen. Er werd geopteerd om focusgroepen te doen bij afzonderlijk jongens en meisjes die 15 jaar oud zijn (Rusumo High School, n=10), 16 tot 17 jaar oud zijn (Paysannat L., n=10) en finaal 18 tot 19 jaar oud zijn (G.S. Nyakarambi, n=10).

Een student-onderzoeker in opdracht van UCLL leidde de focusgroep interviews en werd bijgestaan door een onderzoeker van UR om op te treden indien vertaling naar Kinyarwanda of Engels nodig was. Na een korte voorstelling en toelichting van enkele afspraken werd systematisch een topiclijst afgegaan om het interview richting te geven. De drie hoofdtopics bij de interviews waren 1) SRV: beschikbare informatiekanalen, topics en noden; 2) peer educatie: kennis over deze methodiek, opinie en verwachtingen ten aanzien van peers en PEP; en 3) tienerzwangerschappen: attitude, ervaringen, culturele en sociale invloeden.

Interviews werden opgenomen met een recorder en veldnotities werden gemaakt. Interviews worden momenteel at-verbatim getranscribeerd en thematisch geanalyseerd. Voor de kwaliteitscontrole is gebruik gemaakt van data triangulatie, peer debriefing en het codeerwerk wordt voorgelegd aan een externe onderzoeker.



4. Ontwikkeling en testing van het PEP

Op basis van de voorbereidende onderzoeken wordt overgegaan op de ontwikkeling van het eigenlijke PEP, bestaande uit een draaiboek en twee trainersmodules (figuur 2). De globale insteek is om adolescenten te “empoweren” via het PEP. In de Health Promotion Glossary (WGO, 1998) wordt “empowerment” als volgt gedefinieerd: “meer controle bekomen over beslissingen en acties die het leven van mensen in het algemeen beïnvloeden”. Om te slagen in de empowerment van Kirehe adolescenten in seksuele en relationele gezondheid is het belangrijk om het niveau van kennis en vaardigheden in seksuele en relationele gezondheid te verhogen, aangezien dit beiden noodzakelijke voorwaarden zijn voor empowerment (UNFPA, 2005). Het empoweren van adolescenten stelt hen in staat om onafhankelijke en doordachte beslissingen, in dit project gericht op contraceptieve noden, veilig seksueel gedrag en de mogelijkheid om nee te zeggen tegen ongewenst seksueel gedrag, te nemen die uiteindelijk mee bijdragen aan minder tienerzwangerschappen. Om dit te bereiken, wordt het wetenschappelijk en praktijkgericht PEP programma ontwikkeld samen met Kirehe adolescenten.

Peer educatie is het proces waarbij getrainde facilitators een select deel van de doelpopulatie opleidt en bijstaat (= getrainde peers) om hun leeftijdsgenoten op een adequate en gestructureerde manier te informeren en educeren,

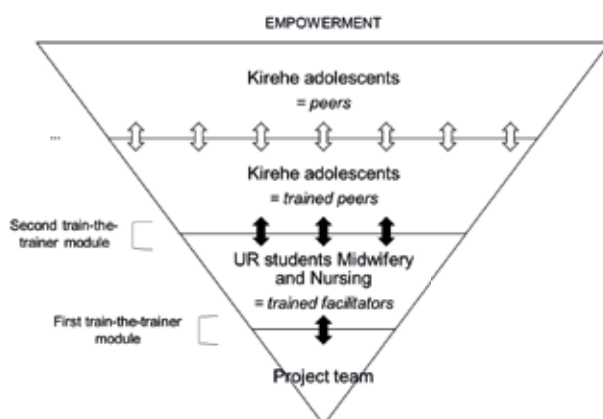
waarbij leeftijdsgenoten met nood aan individuele hulp worden gedetecteerd en efficiënt doorverwezen voor hulp en waarbij de opgeleide peers mee pleiten voor hulpbronnen en –diensten voor zichzelf en hun leeftijdsgenoten (Deutsch & Swartz, 2002).

Voor de ontwikkeling van een effectief PEP wordt gebruik gemaakt van “de Youth Peer Education Toolkit” als theoretisch raamwerk. Deze toolkit werd ontwikkeld om de capaciteit van lokale niet-gouvernementele organisaties uit te bouwen om effectieve PEP’s in de context van seksuele en relationele gezondheid te ontwikkelen, implementeren, superviseren, monitoren en evalueren.

Na de uitwerking van het theoretische raamwerk voor het PEP, ondergebracht in een gedetailleerd draaiboek, dringt een volgende noodzakelijke stap zich op, nl. dat lokale gezondheidswerkers voldoende onderbouwd zijn met de noodzakelijke kennis en vaardigheden om peer uitwisseling te faciliteren in de context van seksuele en relationele gezondheid. Er werd geopteerd om in te zetten op toekomstige gezondheidswerkers (laatstejaars studenten vroedvrouwen en verpleegkunde van UR) omdat zij reeds onderbouwd zijn in SRV vanuit hun opleiding. Dit is echter in mindere mate dan beoogd wordt met het PEP, maar met deze basisachtergrond hebben deze studenten een minimum aan bijkomende inhoudelijke training nodig. Bovendien staan deze studenten dicht bij de leefwereld van adolescenten aangezien zij doorgaans jonger zijn dan afgestudeerde gezondheidswerkers. Tot slot, en mogelijk nog het meest belangrijk, neemt door het betrekken van student-gezondheidswerkers de kans toe om te evolueren naar een meer duurzaam en open professioneel klimaat ten aanzien van seksuele en relationele gezondheid. Deze dagen wordt SRH eerder beschouwd als “part of the job” en voelen gezondheidswerkers zich dikwijls oncomfortabel met deze topics. Het concrete doel is om SRV en peer educatie als module te integreren in de onderwijscurricula van vroedvrouwen en verpleegkunde zodat dit “common practice” wordt, ook in hun latere beroepsuitwisseling. Dit is de eerste train-the-trainer module waar lectoren of onderzoekers van UR studenten vroedvrouwen en verpleegkunde trainen. Om deze stap te realiseren, volgen UR projectleden een multidisciplinaire opleiding aan UCLL en partnerorganisaties.

Na de eerste trainersmodule volgt de eigen-

Figuur 2: ontwikkeling van een wetenschappelijk en praktijkgericht peer educatie programma (PEP) rond seksuele en relationele gezondheid voor schoolgaande adolescenten





lijke peer educatie. Een selecte groep vroedvrouwen en verpleegkunde studenten van UR (N=10, getrainde facilitators) zal binnen een stage en onder supervisie van een opgeleide lector of onderzoeker de tweede train-de-trainer module uitrollen bij een selecte groep adolescenten (= getrainde peers). Een pool van 30 peers wordt vooropgesteld. Deze pool bestaat uit een gelijk aantal van vrijwillige jongens en meisjes, met een gelijke verdeling uit de drie deelnemende scholen en een spreiding in leeftijd. Om adolescenten te motiveren om vrijwillig opgeleid te worden tot peer, en om voldoende te waken over de uitvoerbaarheid van het project, zal samen met studenten vroedvrouwen en verpleegkunde drie maal een tweedaagse training georganiseerd worden voor de selecte groep adolescenten die peer willen worden. De inhoud van deze trainingen zijn de meest relevante seksuele en relationele topics aangevuld communicatie en peer educatie skills. Na deze opleiding worden de getrainde peers aangezet om gedurende een half jaar hun aangeleerde kennis en skills toe te passen bij adolescenten bij hen op school.

Evaluatie

Zes maanden nadat de getrainde peers op school interageren, worden samen met studenten vroedvrouwen en verpleegkunde focusgroep interviews gedaan. Het doel hiervan is om via de opgeleide peers te leren begrijpen welke barrières en opportunititeiten het PEP met zich meebrengt, in welke mate er opgemerkt wordt dat adolescenten meer empowered zijn, en bijgevolg welke aanpassingen nodig zijn om een effectief PEP uit te rollen en valoriseren. In aanvulling van deze procesevaluatie bij de opgeleide peers zal ook een postmeting plaatsvinden van het niveau van kennis en de attitudes van adolescenten ten aanzien van seksuele en relationele gezondheid. Dezelfde vragenlijst als bij het begin van het project wordt dan opnieuw afgenomen bij 15 tot 19-jarige adolescenten op de drie deelnemende scholen. Op het einde van het project wordt zeker een afsluitend netwerk event met stakeholders en experts georganiseerd om het PEP zo veel als mogelijk uit te rollen en verankeren binnen Kirehe district.

Vroedvrouwen zijn een belangrijke actor in het empoweren van adolescenten in seksuele en relationele gezondheid.

Vroedvrouwen als één van de spilfiguren in dit project

Uit de opzet en beschrijving van het project blijkt duidelijk dat (toekomstige) vroedvrouwen een belangrijke actor zijn in het empoweren van adolescenten in seksuele en relationele gezondheid. De rollen binnen het project sluiten moeiteloos aan bij de competenties van de vroedvrouw, zoals opgelijst in het beroeps- en competentieprofiel van de Belgische vroedvrouw, en gebaseerd op nationale en internationale literatuur. In het bijzonder de competenties van gezondheidspromotor, teamplayer, communicator en coördinator, kwaliteitspromotor, evidence-based gezondheidszorgverlener, coach en professionele gezondheidszorgverlener (Federale Raad voor de Vroedvrouwen, 2016). Met dit project willen we, conform de visie van de Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen (VBOV), niet alleen de expertise van Vlaamse en Belgische vroedvrouwen internationaal op de kaart zetten, maar ook samen met onze Rwandese partner bijdragen aan de realisatie van de doelstelling van de International Confederation of Midwives (ICM), nl. “strengthening midwifery globally” (VBOV, 2018).

Referenties

- CLADHO (2016). Report on Early/Unwanted Pregnancy for Under 18 Years in 10 Districts of Rwanda: Advocating for girls' rights socio protection through fighting against early and unwanted pregnancies in Rwanda. Geraadpleegd op 12 mei 2018, http://www.cladho.org.rw/fileadmin/templates/document/REPORT_OF_THE_RAPID_ASSESSMENT_ON_TEENAGE_PREGNANCY.PDF.
- Cleland, J., Ingham, R. & Stone, N. (2001). Asking young people about sexual and reproductive behaviours: Illustrative Core Instruments. WHO. Afgehaald op: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/adolescence/sample_core_instruments.pdf
- Darroch, J., Woog, V., Bankole, A. & Ashford, L.S. (2016). Adding it up: Costs and benefits



of meeting the contraceptive needs of adolescents. New York: Guttmacher Institute.

- Federale Raad van de Vroedvrouwen (2016). Het beroeps- en competentieprofiel van de Belgische Vroedvrouw. Geraadpleegd op 5 juni, https://www.vroedvrouwen.be/sites/default/files/2016_01_cfsf_frvv_bijlage_beroepsprofiel-1.pdf.
- Michielsen, K., Remes, P., Rugabo, J., Van Rossem, R. & Temmerman, M. (2014). 'Rwandan young people's perceptions on sexuality and relationships: results from a qualitative study using the "mailbox technique"; SAHARA J: journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance. Taylor & Francis, 11(1), pp. 51–60.
- National Youth Council (2015). Prevent Teen Pregnancy in Rwandan Schools; New York. Geraadpleegd op 12 mei 2018, <http://www.nyc.gov.rw/details/article/980/>
- Neal, S.E., Chandra-Mouli, V. & Chou, D. (2018). Adolescents first births in East Africa: disaggregating characteristics, trends and determinants. *Reproductive Health*, Feb 19;12:13.
- UNFPA (2013). Adolescent pregnancy: A review of the evidence. New York.

Geraadpleegd op 2 juni 2018, https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ADOLESCENT%20PREGNANCY_UNFPA.pdf.

- UNFPA (2015). Girlhood, not motherhood: Preventing adolescent pregnancy. New York. Geraadpleegd op 2 juni 2018, https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ADOLESCENT%20PREGNANCY_UNFPA.pdf.
- UNFPA & UNAIDS (2005). Youth peer education toolkit – Training of trainers manual. Geraadpleegd op 28 mei 2018, <https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/Youth%20Peer%20Education%20Toolkit%20-%20The%20Training%20of%20Trainers%20Manual.pdf>
- VBOV (2018). Missie – Visie – Beleidsplan 2018-2021. Geraadpleegd op 5 juni, <https://www.vroedvrouwen.be/nl/missie-visie-beleidsplan-2018-2021>.
- WGO (2018). Adolescent pregnancy fact sheet. Geraadpleegd op 28 mei 2018, <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

VROEDVROUWEN VERLEGGEN GRENZEN

Deze werkgroep binnen de VBOV vzw wil met haar werking projecten opzetten om collega's in ontwikkelingslanden te ondersteunen en op deze manier de millenniumdoelstellingen mee te helpen realiseren.

DOELSTELLINGEN

- "Veiliger moeder worden" door de perinatale zorg toe te vertrouwen aan ervaren en verloskundig geschoolde vrouwen en/of vroedvrouwen.
- Organiseren van vorming en bijscholing voor onze collega's in ontwikkelingslanden.
- Inventariseren van VBOV-leden die tijdelijk of permanent aan het werk zijn in ontwikkelingslanden en hun via de VBOV-website en het VBOV tijdschrift een forum aanbieden voor communicatie en ondersteuning.
- Het ter beschikking stellen van onze moeder- en kindzorg expertise aan organisaties, NGO's (Niet Gouvernementele Organisaties) en andere initiatieven.



PROJECTEN

De VBOV vzw steunt verschillende projecten. Het project in Senegal M'Bour 'SENEGAL BEVALT' is een initiatief van de VBOV vzw.

VBOV vzw

Vroedvrouwen Verleggen Grenzen

Haantjeslei 185-01

2018 Antwerpen

BE24 7370 1744 9838.

Bij storting op rekeningnummer BE10 2100 4715 6604 met vermelding "Senegal bevalt" (P1242)" wordt u vanaf €40 een fiscaal attest toegestuurd.



Heb je onze Poll al gezien?

Van november 2019 tot januari 2020 heeft de volgende poll op de website gestaan: **“De abortuswet verruimen naar 18 weken na de bevruchting (20 weken zwangerschap) is een goede zaak”.**

In totaal reageerden 353 vroedvrouwen.

31% van de vroedvrouwen vindt het een goede zaak om de abortuswet te verruimen naar 18 weken na de bevruchting,
60% vindt niet dat de abortuswet moet verruimd worden,
9% heeft een andere mening.

Silke Brants, stafmedewerker bij Fara, een organisatie die luistert, informeert en begeleidt bij zwangerschapskeuzes, geeft haar opinie over deze poll.

“Ondertussen beroert het voorstel om de abortuswet aan te passen alweer enkele maanden de media en de gemoeieren. Alweer, omdat dit in 2018 ook het reeds geval was.

Laten we even teruggaan naar die periode. Nadat enkele linkse en liberale partijen een wetsvoorstel indienden om de abortuswet van 1990 grondig te herzien, werden er uitvoerige hoorzittingen georganiseerd met experts aan het woord. Deze leidden uiteindelijk tot een compromisvoorstel van de meerderheidspartijen. Wat veranderde er? (1) Abortus werd uit de strafwet gehaald en krijgt nu vorm als een specifieke wet, naar voorbeeld van de euthanasiewetgeving. (2) De ‘noodtoestand’ waarin de vrouw zich moest bevinden om tot abortus over te gaan, een voornamelijk symbolische vereiste, werd geschrapt. (3) De wettelijk verplichte bedenktijd van zes dagen werd behouden (tenzij i.g.v. dringende medische redenen), maar mag bij de termijn van 12 weken worden geteld indien de eerste raadpleging minder dan zes dagen voor het einde van de termijn plaatsvindt. Concreet betekent dit dus een bescheiden uitbreiding van de 12 weken met maximum zes dagen.

De indieners van deze voorstellen vonden de aanpassingen niet verregaand genoeg en

De Poll op de website heeft de bedoeling de interactie met de leden te verbeteren. De resultaten geven ons inzicht in “uw gedacht”.

zagen in de afwezigheid van een federale regering hun kans om alsnog hun slag thuis te halen. En zo zijn we terug bij start. Of de uitkomst dit keer anders zal zijn, valt nog af te wachten. Het wetsvoorstel heeft immers nog heel wat politieke watertjes te doorzwemmen alvorens het kan verhuizen naar de plenaire vergadering.

Maar waar gaat het nu eigenlijk allemaal over? En zijn de voorgestelde aanpassingen wel zo’n goed idee?

De meest in het oog springende verandering is uiteraard de uitbreiding van de termijn tot 18 weken na de bevruchting (of 20 weken zwangerschap). Het belangrijkste argument hiervoor is de naar schatting vier- à vijfhonderd vrouwen die jaarlijks hun weg moeten zoeken naar Nederland voor een late abortus. Hoewel we weinig zicht hebben op deze doelgroep, kunnen we veronderstellen dat het gaat om vrouwen met een maatschappelijke kwetsbaarheid: hetzij financieel, hetzij sociaal of psychologisch. Zij moeten vaak lange afstanden overbruggen om gepaste hulp te vinden en hebben geen recht op terugbetaling door het RIZIV. De kosten van de ingreep, kunnen dan ook oplopen tot een kleine €1000. De kans dat zij worden opgepikt door de Belgische hulpverlening is klein. Kortom: we laten een groep vrouwen die onze hulp misschien wel het hardst nodig hebben, in de kou staan.

Hoewel er vanuit zorg voor deze 500 vrouwen zeker moet kunnen worden nagedacht over een uitbreiding van de termijn, roept het toelaten van tweede trimester abortussen ook heel wat vragen op.

Traditiegetrouw wordt het debat in de media vooral gepolariseerd rond zelfbeschikkingsrecht van de vrouw versus recht op leven voor het ongeborn kind. Tegenstanders van de uitbreiding hebben het gevoel dat de balans





tussen beiden met dit voorstel ver zoek is. Waar het dan eigenlijk om gaat, is de vraag naar het morele statuut van de foetus. Er is een aanvoelen dat een foetus van 18 weken meer beschermwaardig is dan een foetus van 12 weken, terwijl er in aanleg niet zoveel verschil is en er nog geen sprake is van levensvatbaarheid. Daartegenover staat wel dat een zwangerschap op dit punt vaak ook voor de buitenwereld zichtbaar is en de moeder misschien al wel de eerste schopjes heeft gevoeld. Emotioneel gezien roept een zwangerschap van 18 weken dus heel wat meer op. Maatschappelijk is het wellicht erg moeilijk om tot een compromis te komen wat de termijn betreft. Iedereen zal immers een eigen inschatting maken op basis van het eigen ethische of religieus kader, maar zeker ook op basis van de eigen ervaringen.

Dit is ook duidelijk voelbaar in de reacties van hulpverleners op het voorstel. De vraag tot uitbreiding vertrekt voornamelijk vanuit de abortushulpverlening. Zij voelen dagelijks de nood van de vrouwen die zij op dit moment niet kunnen helpen. De reactie van vroedvrouwen, gynaecologen en andere hulpverleners die dagelijks zwangere vrouwen begeleiden richting nieuw leven is vaak heel anders. Het kan heel paradoxaal voelen om een vrouw/koppel in blijde verwachting bij de echo van 16 weken te wijzen op hoe mooi gevormd haar/hun kindje reeds is en daarnaast weer abstractie te maken van deze gevoelens bij een vraag naar afbreking op dezelfde termijn. Misschien is er wel angst van hulpverleners om met deze vragen geconfronteerd te worden of gevraagd te worden om er aan mee te werken. Het recht op gewetensbezwaren van de hulpverlener blijft echter behouden in het nieuwe voorstel, mits hij of zij de vrouw doorverwijst.

Dat brengt ons meteen bij het volgende heikel punt van dit wetsvoorstel. Momenteel ontbreekt een duidelijk kader voor wat betreft waar en op welke manier deze late abortussen zullen worden uitgevoerd. Het staat vast dat deze ingrepen niet kunnen plaatsvinden in de abortuscentra. Omwille van een grotere kans op complicaties, moet de ingreep in een ziekenhuis worden uitgevoerd. Momenteel hebben de ziekenhuizen echter vooral ervaring met late zwangerschapsafbrekingen na een prenatale diagnose. Hierbij gaat het om een bevalling met ruimte voor verwerking en afscheid. Moet

een late abortus om psychosociale redenen ook op deze manier gebeuren? En hoe kunnen we vrouwen die moeten bevallen na een ongewenste zwangerschap ondersteunen? Of gaan we ook in België voor een instrumentele behandeling zoals in Nederland? Voorstanders van het nieuwe wetsvoorstel lijken uit te gaan van één of twee gespecialiseerde centra waar deze ingrepen kunnen worden uitgevoerd, maar erg concreet is dit nog niet. Indien de wet effectief gestemd wordt, is het belangrijk dat meteen duidelijk is waar vrouwen terecht kunnen en met welke zorg zij omringd zullen worden.

Tot slot zijn er wat betreft de termijn twee pertinente vragen die op dit moment nog weinig klinken in het debat: (1) wat met abortus omwille van geslacht en (2) wat met zwangerschapsafbrekingen om medische redenen? Bij IVF is het verboden om aan geslachtsselectie te doen. De invoering van de NIPT heeft de deur echter op een kier gezet voor abortus omwille van geslacht. Met mondjesmaat bereiken deze vragen de hulpverlening. Het lijkt erop dat het uitbreiden van de termijn tot 18 weken de deur volledig open zet. Willen we dit als maatschappij? En indien niet, hoe gaan we daar dan mee om? Hetzelfde geldt voor de afbrekingen om medische redenen. De huidige wet voorziet de mogelijkheid om tot op het moment van de bevalling de zwangerschap af te breken indien er een ernstige, ongeneeslijke aandoening wordt vastgesteld. Het nieuwe voorstel wil dit veranderen naar 'een hoog risico' op een ernstige aandoening. Door de termijn op 18 weken te zetten, kunnen vrouwen en koppels besluiten om een zwangerschap af te breken voor aandoeningen die tot nu toe 'te licht' werden bevonden. In een maatschappij die steeds meer lijkt te streven naar perfectie, kunnen we ons ernstige vragen stellen naar de druk die dit zal leggen op de zwangere vrouw.

En zo zijn we aanbeland bij datgene aan de wet wat misschien wel het meeste zorgen baart: het afbouwen van een zorg-ethisch kader en het bagatelliseren van abortus. Abortus mag zeker geen met taboe of schuld beladen ingreep zijn (of blijven). Het nieuwe voorstel bevat echter nog heel wat andere aanpassingen die erop gericht zijn om van abortus een puur medische handeling te maken. Zo wil men van het speciale statuut af en abortus onderbrengen in de wet op de patiëntenrechten, ook al houdt dit



juridisch weinig steek. Daarnaast wil men af van de informatieplicht: vrouwen die vragen om een abortus moeten niet meer geïnformeerd te worden over alternatieven zoals recht op bijstand, adoptie of pleegzorg, maar zelfs het gesprek rond anticonceptie is geen vereiste meer. De verplichte bedenktijd van zes dagen, zal worden teruggebracht tot 48 uur. Al deze maatregelen worden als betuttelend gezien en daar moeten we van af. Al deze zorg wordt enkel nog verleend op vraag van de vrouw. Maar, het uitbreiden van de abortustermijn naar 18 weken creëert lichamelijk, psychologisch en sociaal complexere situaties die net vragen om méér zorg, méér ondersteuning (méér 'betutteling'). De informatieplicht en de bedenktijd, zoals die worden ingeschreven in de huidige wet, zijn uiteraard geen garantie voor goede zorg. En in zoverre dat zij erop gericht zijn om vrouwen te doen afzien van hun keuze, moreel erg twijfelachtig. Ze bieden echter wel een startpunt voor goede counseling. Counseling die, nadat alle opties op tafel liggen, ook durft te peilen naar de impact van een abortus op het leven, de identiteit, de relaties... van vrouwen en hun betekenisvolle anderen. Een zwangerschap, ongeacht of deze gewenst is of niet, raakt altijd aan de existentiële dimensie van ons leven, een zwangerschapsafbreking evenzeer. Zélf aanbieden om hierover in gesprek te gaan, is geen teken van betutteling, maar van respect. Uiteraard zijn er heel wat hulpverleners zijn die hun werk met hart en ziel doen, die vrouwen de ondersteuning geven die ze nodig hebben. Maar het afhankelijk maken van de vereisten aan informatie, bedenktijd en zorg aan een inschatting tussen een hulpverlener en zijn of haar cliënt, bevat risico's. Moeten we dan hopen op hulpverleners wiens voelspriet de hele dag goed afgestemd zijn? En in het huidige maatschappelijke klimaat van besparen, op instellingen die hun personeel de tijd en ruimte kunnen geven om meer te doen dan het strikt noodzakelijke?

Het huidige voorstel voor het aanpassen van de abortuswet, lijkt op sommige vlakken vooral ingegeven door politieke en ideologische motieven. Als we echt recht willen doen aan de maatschappelijk kwetsbare vrouwen die de aanleiding vormen om de wet te herzien, moeten we misschien wel een stap verder durven gaan en (existentiële) counseling, waarbij de hulpverlener naast de vrouw kan en mag

gaan staan, verankeren in een wettelijk kader én in de sociale zekerheid."

Voor vragen of meer informatie kan je steeds terecht bij www.fara.be, vragen@fara.be of 016 38 69 50.

Pascale is vroedvrouw, werkt in de eerste-lijn en in het abortuscentrum. Zij geeft haar ervaring mee.

"De uitbreiding van de abortuswet brengt veel reacties teweeg. Tijdens de opleiding tot vroedvrouwen komen we hier amper mee in aanraking. We gaan er vaak van uit dat mensen gewenst zwanger worden. We doen als vroedvrouwen stages in verloskamers, raadplegingen, materniteit en soms krijgen studenten ook de keuze om in een abortuscentrum te staan. In de realiteit wordt één op de vier vrouwen ongepland zwanger. Soms evolueert dit naar een ongeplande, maar wel gewenste zwangerschap, maar niet altijd. Veel mensen zijn daarom ook verbaasd dat in de abortuscentra de agenda's druk zijn en wachtzalen soms behoorlijk vol zitten. Wanneer ze het taboe doorbreken en met hun verhaal naar buiten komen, krijgen ze soms van anderen hun persoonlijke ervaringen te horen. Als psychosociaal hulpverlener proberen we vooral naar mensen te luisteren en hun gedachten te ordenen. Soms heerst er in hun hoofd een grote chaos waarbij wij hun proberen te helpen door middel van een (of meerdere) gesprek(ken). Vruchtbaarheid is zo een complex gegeven en ondanks we allerlei middelen hebben om niet

fara

Het huidige voorstel voor het aanpassen van de abortuswet, lijkt op sommige vlakken vooral ingegeven door politieke en ideologische motieven. Als we echt recht willen doen aan de maatschappelijk kwetsbare vrouwen die de aanleiding vormen om de wet te herzien, moeten we misschien wel een stap verder durven gaan en (existentiële) counseling, waarbij de hulpverlener naast de vrouw kan en mag gaan staan, verankeren in een wettelijk kader én in de sociale zekerheid.



zwanger te worden, kan het regelmatig al eens misgaan. In het centrum komen we vrouwen tegen van alle leeftijden en alle klassen. Het kan iedereen overkomen. Sommige vrouwen weten niet onmiddellijk dat ze zwanger zijn en het kan gebeuren dat ze op dat moment 14 weken gepasseerd zijn. Dan moeten we ze noodgedwongen naar het buitenland sturen. Aangezien ze daar geen verzekering hebben, moeten ze een groot bedrag ophoesten om verder geholpen te kunnen worden. Dit in combinatie met de psychische belasting die ze meemaken vormt dat dit geen goede gezondheidszorg is, voor deze vrouwen in België. Daarom zou de verlenging van de wet een goede zaak zijn om ook deze groep van vrouwen van goede zorgen te kunnen voorzien.”

Dr. James D’haese, neonatoloog in AZ Sint-Jan Brugge en Prof. Dr. Gunnar Naulaers, neonatoloog UZ Leuven gaven naar aanleiding van het wetsvoorstel hun mening in de krant De Standaard. Een synthese van deze opinie.

“Als kinderartsen en neonatologen zijn wij aanwezig bij het prille begin van een mensenleven. We weten hoe broos dat leven vaak is. Het debat over de uitbreiding van de abortuswet baart ons zorgen. Het is niet wenselijk dat we die ethische discussie snel afhandelen, gewoon omdat er een politieke meerderheid voor is. In het wetsvoorstel dat voorligt, wordt de verplichte bedenktijd van zes dagen verlaagd naar twee dagen. Maar het is niet altijd haalbaar om binnen de 48 uur een deskundig medisch en psychologisch advies te krijgen. Als een zwangerschap om medische redenen wordt afgebroken, gaat er steeds een multidisciplinair overleg aan vooraf, vaak met genetici, gynaecologen, kinderartsen en andere specialisten. Dat gebeurt steeds met respect voor de keuze van de ouders. De impact van de beslissing is vaak groot, voor de ouders én de zorgverleners. Vrouwen hebben veel tijd nodig om een

zwangerschapsonderbreking te verwerken, en dat proces verloopt vaak moeizaam. Een goed doordacht beslissingsproces is daarom essentieel. In Nederland is de bedenktijd trouwens vijf dagen.

Vrouwen die een ‘late abortus’ wensen, worden nu naar het buitenland verwezen. Dat is een van de redenen waarom sommigen de termijn willen optrekken van 12 naar 18 weken. De bezorgdheid dat kansarme gezinnen de weg naar de abortuscentra of ziekenhuizen niet op tijd vinden, is terecht. Daarom begrijpen we dat een verlenging van de termijn voor specifieke omstandigheden nodig zou kunnen zijn. Maar moet de wet daarom zo grondig aangepast worden? Je kunt ook een ‘uitbreiding voor specifieke redenen’ of een ‘uitzondering op de regel’ opnemen in de wet. Tot 12 weken kan de ingreep nog gebeuren met een curettage. Daarna gaat het om een andere technische ingreep die ingrijpender en gevaarlijker is voor de moeder. Vergeet niet: een foetus van 18 weken is zo’n 20 cm groot en weegt ongeveer 250 gram. Toen de abortuswet werd opgemaakt, was dat risico een van de redenen waarom voor een termijn van 12 weken werd gekozen. Het is essentieel om goed te omschrijven wie zo’n onderbreking kan en mag doen en waar dat moet gebeuren, en dat er correct wordt toegezien op de kwaliteit van de procedure.

We leven in een tijd met veel nieuwe ethische vragen, die vaak ook tegengestelde antwoorden hebben. We moeten dit soort thema’s met een bijzondere voorzichtigheid en met de nodige doordachtheid behandelen. We willen de politici vragen om deze belangrijke wetswijziging niet overhaast goed te keuren. Deze beslissingen moeten genomen worden na een breed maatschappelijk debat en binnen een coherent en duidelijk regeringsbeleid.”

Wil je uw mening verduidelijken of laten horen, kan dit altijd via volgend emailadres: redactie@vroedvrouwen.be.

Ga naar de website en geef je mening via volgende link: <http://www.vroedvrouwen.be/vroedvrouwen/>.

De nieuwe poll luidt:

“We moeten ons als vroedvrouw ook verder kunnen specialiseren met beroepstitels”.





Nieuwsflash

De impact van een door de zwangere vrouw gekende vroedvrouw op de geboorte-ervaringen van vrouwen met baringsangst

Hildingsson, I., Rubertsson, C., Karlström, A. & Haines, H. (2019). *A known midwife can make a difference for women with fear of childbirth: birth outcome and women's experiences of intrapartum care.* *Sex Reprod Healthc*; 21: 33-38

<https://www.kennispoort-verloskunde.nl/samenvatting/bekende-verloskundige-lijkt-geboorte-ervaringen-van-vrouwen-met-baringsangst-te-verbeteren/>

Inleiding

In Zweden krijgen vrouwen met baringsangst begeleiding die meestal bestaat uit 2-3 gesprekken voor de bevalling met de klinisch vroedvrouw, maar zorg en begeleiding van een voor haar bekende vroedvrouw is er ongebruikelijk.

Methode

Deze experimentele studie in drie Zweedse ziekenhuizen onderzocht geboorte-uitkomsten en geboorte-ervaringen bij vrouwen met baringsangst die zorg en begeleiding krijgen van een voor hen bekende vroedvrouw in vergelijking met vrouwen die dat niet krijgen.

Resultaten

In de studieperiode van negen maanden (2016-2017) ontvingen 70 vrouwen counseling wegens baringsangst van een klinisch vroedvrouw die de vrouw ook zorg en ondersteuning gaf tijdens de arbeid en bevalling als dat organisatorisch mogelijk was. Dit lukte door aanpassing van dienstroosters bij 34% van de vrouwen (n=24). Twee maanden na de geboorte vulden de vrouwen vragenlijsten in.

Een voor de zwangere vrouw bekende vroedvrouw tijdens de baring heeft een positieve invloed op de geboorte-ervaring van de vrouwen (OR: 4,8; 1,35-15,5) en hun perceptie van pijn (OR: 1,5; 1,09-2,13). Er zijn geen significante verschillen in pijnintensiteit, gebruik van pijnstilling, aanvang van de baring, baringswijze, bijstimu-

Vertaling en bewerking door Joke Muyldermans, vroedvrouw, hoofdredacteur Tijdschrift Voor Vroedvrouwen, VBOV vzw

lering, baringsduur, of complicaties tijdens de geboorte.

Vrouwen ervaren bij een gekende vroedvrouw betere zorg (minder tekortkomingen) op drie terreinen: informatievertrekking tijdens de baring (OR: 0,10; 0,01-0,80), gevoel van controle (OR: 0,28; 0,80-0,92) en betrokkenheid in besluitvorming (OR: 0,19; 0,39-0,98).

Conclusie

Deze studie met een kleine onderzoekspopulatie geeft aanwijzingen dat zorg en begeleiding van een door de zwangere vrouw gekende vroedvrouw een positieve invloed kan hebben op de geboorte-ervaringen van vrouwen met baringsangst. Verder gerandomiseerd onderzoek is nodig om te bepalen wat de afzonderlijke effecten zijn van counseling en continuïteit van zorg.

Effect van vroege kunstvoeding supplementen op de borstvoedingsduur

Flaherman, V.J., Cabana, M.D., McCulloch, C.E. & Paul, I.M. (2019). *Effect of Early Limited Formula on Breastfeeding Duration in the First Year of Life: A Randomized Clinical Trial.* *JAMA Pediatr*, doi:10.1001/jamapediatrics.2019.1424.

Inleiding

Exclusief borstvoeding de eerste 6 maanden en erna tot de leeftijd van 2 jaar of zolang moeder en kind het wensen is de aanbeveling van de WHO en UNICEF. Het 'Centers for Disease Control and Prevention Healthy People 2020 initiative' stelde als doel dat alle kinderen borstvoeding krijgen tot de leeftijd van 6 tot 12 maanden. Het 6 maanden doel wordt echt maar door 52% (al dan niet exclusief borstvoeding) van de kinderen uit de Verenigde Staten gehaald en de 12 maanden doel maar door 30% van de kinderen.

Uit onderzoek is geweten dat hier verschillende redenen of oorzaken aan de basis kunnen





liggen. De invloed van het beleid en begeleiding door professionals komt hier onder andere naar boven.

Het doel van dit onderzoek is om het effect van het kortdurig toedienen van kunstvoeding bij at-risk pasgeborenen op het geven van borstvoeding op 6 maanden en 12 maanden te onderzoeken.

Methode

De gerandomiseerde klinische studie werd uitgevoerd in 2 academische medische centra in de Verenigde Staten. Er werden 164 moeder-kind koppels geïncludeerd. Deze moeders wensten exclusief borstvoeding te geven, maar hadden nog geen stuwing en de baby's waren tussen 24 en 72 uur oud en hadden een gewichtsverlies van 7,5% of meer. Participanten namen deel tussen januari 2015 en september 2016.

Het gebruik van het 'Early Limited Formula' (ELF), een gestructureerd kunstvoeding supplement protocol werd vergeleken met moeders die enkel bleven exclusief borstvoeding geven.

ELF is het standaard toedienen van 10ml kunstvoeding na het geven van borstvoeding tot de moeder stuwing krijgt. De moeders met exclusief borstvoeding kregen een informatie sessie over borstvoeding.

De primair gemeten uitkomst was borstvoeding op 6 maanden. De secundair gemeten uitkomsten waren de leeftijd van spenen en geven van borstvoeding op 12 maanden. Alle uitkomsten werden bekomen via een telefonische survey bij de moeder.

Resultaten

Van de 164 baby's werden er 82 gerandomiseerd voor het ELF protocol en 82 voor de controlegroep.

De gemiddelde (SD) maternale leeftijd was 31,4 (5,9) jaar, 114 (69,5%) moeders waren caucasisch, 20 (12,2%) Spaans, 17 (10,4%) Aziatisch, 5 (3%) Afrikaans en 7 (4,3%) hadden een andere herkomst. Vergeleken met de controle groep waren moeders uit de ELF-groep minder vaak getrouwd ($n = 53$ [64,6%] vs $n = 66$ [80,5%]; $p = 0,03$) en hadden de intentie om minder lang borstvoeding te geven (8,6 [3,4] vs 9,9 [4,4] months; $p = 0,049$).

De gemiddelde duur van borstvoeding in de studie was 9 (6-12) maanden. Na 6 maanden kregen 47 (65%) baby's van de ELF groep nog borstvoeding, vergeleken met 60 (77%) baby's van de controlekinderen (absoluut verschil, -12%; 95% BI, -26% tot 3%; $p = 0,12$). Na 12 maanden kregen nog 21 van de 71 ELF zuigelingen beschikbaar voor analyse (29,6%) borstvoeding, vergeleken met 37 van de beschikbare 77 (48,1%) controle zuigelingen (risicoverschil, -18%; 95% BI, -34% tot -3%).

Conclusie

In deze studie met een hoge prevalentie van borstvoeding werd ELF zeker niet geassocieerd met enige verbetering van de duur van de borstvoeding, integendeel. Toekomstig onderzoek zou verder moeten bepalen of het effect van ELF in populaties met een hoger risico op vroegtijdige beëindiging een extra invloed kan hebben.

Hernieuw je lidmaatschap

Wil je het Tijdschrift voor Vroedvrouwen blijven ontvangen en blijven genieten van de vele voordelen van je VBOV-lidmaatschap?

Nieuw voor 2020! Er wordt een intranet opgestart voor alle leden met o.a. de mogelijkheid je persoonlijke permanente vorming in te voeren en op te laden. Voor de vroedvrouwen die een Good Practice Logo hebben, wordt dit een onmisbare tool.

Hernieuw snel je lidmaatschap. Voor meer informatie neem contact op met het secretariaat via info@vroedvrouwen.be.

Indien je niet hernieuwt, is dit het laatste Tijdschrift voor Vroedvrouwen dat je ontvangt.



Luisteren

Een nieuw jaar, wensen en bubbels vullen de dagen, die, gelukkig maar, al beginnen te lengen, alhoewel de winter wellicht nog moet komen.

Start niet gemist, verloskamer overbevolkt, druk, heen en weer lopen van de ene naar de andere mama. Een baby aan de borst: waarom wil hij nu niet drinken? De zoemer gonst voortdurend in mijn zak, andere mama's hebben mijn hulp nodig, telefoon rinkelt in mijn andere zak. Of ik een baby naar beneden kan brengen voor een echo heupen? Mijn vrouwelijk brein werkt op volle toeren: multitasking, stress omdat ik iedereen wil helpen, maar ik ook maar twee handen en twee voeten heb en niet de mogelijkheid heb om mij in twee (of meer) te delen. Stress, prikkelbaar, in de wachtzaal van de radiologie met de baby in mijn armen, de mama had net een keizersnede en kon niet meekomen, ik wieg hem zachtjes heen en weer, en wacht... samen met een oude man, die, zonder tanden, duidelijk vertederd door dit 'begin van het leven' vriendelijk goedendag zegt. Het is duidelijk dat hij een praatje wil slaan. Als ik hem vraag hoe oud hij is, zegt hij tot mijn verbazing: 'al heel oud', 'weet het niet precies'. Ik kan een glimlach niet onderdrukken. Hij vertelt over zijn leven, over hoe hij vroeger als kind de koeien moest helpen melken, hoe zijn mama het ene kind na het andere kocht, hoe hij als oudste altijd op de kleintjes moest letten. Soms moeilijk of niet verstaanbaar, omwille van het gebrek aan tanden en het inslikken van zijn woorden, probeer ik de woorden die uit zijn mond rollen, in zinnen te gieten. Ik knik, hij is duidelijk blij met het beetje aandacht dat hij hier vandaag krijgt.

De zoemer mét bellen in mijn zak, verdwijnt eventjes op de achtergrond, stress ebt weg. Ik geniet van dit moment (mindfulness!), van dit heel toevallige contact. Ik moet onwillekeurig denken aan de Circle of Life, de fototentoonstelling van Lieve Blancquaert, die ik onlangs ging bezoeken. De cirkel van het leven, een pasgeboren baby in mijn armen, een oudere man, leeftijd onbekend, die aan dit kleine kind zijn hele levensverhaal wil vertellen. Hoe mooi kan 'zorgen voor' ook zijn? Ondanks de vele keren dat de stoom uit mijn oren komt, dat het

Maia



combineren van te veel verschillende taken mij uit mijn evenwicht brengt, de 'bellen' waar geen einde aan lijkt te komen, de veeleisende zorg, de frustraties om tekorten aan medicatie en materiaal, het onbegrip van mensen die met 'cijfers' en wetenschappelijke evidentie 'goede zorg' proberen onderuit te halen, zonder te luisteren naar wat mensen echt willen en wensen, ondanks dat alles en nog vele dingen meer, ben ik hier en nu, vandaag en wellicht ook morgen trots dat ik vroedvrouw ben én dat ik doe wat ik het beste kan: luisteren naar iemands verhalen, hem/haar een beetje van mijn (kostbare) tijd schenken. Pauzeknop, en daarna, terug uit de startblokken!

KCE-rapport sluiting kleine materniteiten

Het KCE-rapport (Federaal kenniscentrum) dat verscheen op 16 januari 2020 gaf adviezen i.v.m. het sluiten van kleine materniteiten. De VBOV vzw reageerde met volgende ideeën:

- Uiteraard is rationalisering noodzakelijk in tijden van besparing. Het onderzoek op zich is grondig uitgevoerd.
- Wevragenwelomruimertekijkendanenkelfinanciëleargumenten en binnen dit denkproces een aantal andere aspecten mee te nemen: Welke aandacht is er voor empowerment tijdens de zwangerschap (goede begeleiding naar de bevalling toe)? Hoe wordt de begeleiding van borstvoeding georganiseerd? Welke aandacht wordt gegeven aan mentale begeleiding en meer van deze kwaliteitsargumentatie om tot conclusies te komen.
- Onze inbreng is ook om een onderzoek op te zetten dat het financiële aspect zou bekijken wat het effect is indien vroedvrouwen meer betrokken worden in de geboortezorg (vroedvrouwgeleide zorg). Internationaal onderzoek (Lancet series, 2014) geeft aan dat er ook hier een besparing mogelijk is met behoud van kwaliteit van zorg.

We zijn uitgenodigd om in dit maatschappelijk debat een stem te hebben via de media: persbericht door ons uitgestuurd en opgepikt door de media, radio nieuws en De Zevende Dag. We houden de vinger aan de pols in verdere opvolgmomenten binnen de politiek en op het terrein.



COLOFON

Haantjeslei 185-01, 2018 Antwerpen
Tel./fax 03/218 89 67. E-mail: info@vroedvrouwen.be
Voorzitter VBOV vzw: Mevr. Marlene Reyns
Hoofd- en eindredacteur: Mevr. Joke
Muyldermans

Kernredactie

Prof. dr. Beeckman Katrien, vroedvrouw, Brussel
Mevr. Dejaeger Ilse, vroedvrouw, Messelbroek
dr. Eggermont Marlies, vroedvrouw, jurist, Gent
Mevr. Kanters Britte, vroedvrouw, Leuven
dr. Mestdagh Eveline, vroedvrouw, Antwerpen
Mevr. Muyldermans Joke, vroedvrouw, Hoeilaart
Mevr. Reyns Marlene, vroedvrouw, Sint Niklaas
Mevr. Van den Eeden Leen, vroedvrouw, Lier
Dhr. Waterschoot Tony, vroedvrouw, Brugge

Adviesraad

dr. Dancet Eline, vroedvrouw, Leuven
Mevr. De Koster Katelijne, vroedvrouw, Jette
dr. Delbaere Ilse, vroedvrouw, Ugent
Prof. Dr. Jacquemyn Yves, UIA, Antwerpen
Mevr. Geerdens Lisette, vroedvrouwen, Hasselt
Mevr. Raeymaekers Barbara, vroedvrouw, Leuven
Prof. Dr. Smets Koenraad, neonatoloog, UGent
dr. Vande Moortel Jan, jurist, Gent
dr. Van kelst Liesbeth, vroedvrouw, Leuven

Redactieadres

Haantjeslei 185-01, 2018 Antwerpen
032188967 • info@vroedvrouwen.be

Commerciële advertentie

Mevr. Marlene Reyns
Hulststraat 27, 9170 De Klinge, tel. 03/ 770 76 48

Abonnementenadministratie

Adreswijzigingen en abonnementen
VBOV vzw, Haantjeslei 185-01, 2018 Antwerpen
Tel./fax 03/218 89 67.
E-mail: info@vroedvrouwen.be
Website: <http://www.vroedvrouwen.be/>

Lay-out en druk

evmprint

Verantwoordelijke Uitgever

Mevr. Marlene Reyns, Hulststraat 27, 9170 De Klinge

Artikels en informatie voor de nieuwsbrief aangeboden ter publicatie moeten ten laatste ingestuurd worden de 1^{ste} van de maand voorafgaand aan de maand waarin het tijdschrift verschijnt.

Het Tijdschrift Voor Vroedvrouwen werd tot 2015 uitgegeven door de Vlaamse Organisatie van Vroedvrouwen vzw, opgericht op 9 september 1994. Sinds 2016 wordt het Tijdschrift uitgegeven door de Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen vzw, een fusie organisatie van de VLOV vzw en UVV. De VBOV vzw stelt zich tot doel de Vlaamse vroedvrouwen te verenigen, en dit met respect voor alle politieke en filosofische strekkingen. Zij wil vooral de rol en de positie van de vroedvrouw in de gezondheidszorg bevorderen en alle activiteiten ontwikkelen die daarmee verband houden. Een van die activiteiten is het uitgeven van het Tijdschrift Voor Vroedvrouwen. Dit Tijdschrift Voor Vroedvrouwen is in de eerste plaats een vaktijdschrift op gebied van verloskunde en verwante wetenschappen. De bedoeling hiervan is de vroedvrouwen op de hoogte te houden van feiten en ontwikkelingen. Bovendien is dit Tijdschrift Voor Vroedvrouwen één van de middelen om vanuit het bestuur van de organisatie contact met de leden te onderhouden. Het Tijdschrift Voor Vroedvrouwen verschijnt in de maanden februari, april, juni, augustus, oktober en december.

Inzenden kopij

De redactie ontvangt graag een kopij van haar lezers. Ze gaat ervan uit dat de kopij elders niet is aangeboden voor publicatie, tenzij dit uitdrukkelijk wordt vermeld. Kopij dient ingezonden te worden vóór de eerste van de maand, voorafgaand aan de maand van verschijnen.

Deadlines: 1 januari (TVV1) – 1 maart (TVV2) – 1 mei (TVV3) – 1 juni (Vakantienummer) – 1 september (TVV5) – 1 november (TVV6).

Het manuscript, indien mogelijk, via e-mail naar redactie@vroedvrouwen.be of indien op CD-ROM met een uitprint bij het secretariaat van de VBOV vzw of bij de hoofdredacteur. De redactie beoordeelt of het artikel in aanmerking komt voor publicatie en of het dient gewijzigd te worden. In dat geval wordt nader overleg gepleegd. De redactie behoudt zich ook het recht voor de tekst aan te passen. De redactie is niet verantwoordelijk voor de inhoud van lezersbrieven. De redactie publiceert geen anonieme reacties. De richtlijnen voor de auteur zijn terug te vinden op www.vroedvrouwen.be (tijdschrift).

Overname van delen van een artikel is uitsluitend toegestaan wanneer men correct refereert. Hierbij moeten de auteur(s), titel van het artikel, jaargang en nummer vermeld worden. Het kopiëren of overnemen van een artikel is uitsluitend mogelijk na het verkrijgen van schriftelijke toestemming van de auteur en de redactie.

Lid worden van de Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen vzw

Alle vroedvrouwen en vroedvrouwen in opleiding kunnen lid worden van de VBOV vzw. Personen die geen vroedvrouw zijn doch de vereniging willen steunen kunnen steunend lid worden.

Jaarlijkse bijdrage:

Lid	€98
Student vroedvrouw	€50
Student vroedvrouw met postadres in het buitenland	€60
Gepensioneerd lid	€50
2 ^{de} lid in één gezin	€50
Steunend lid	minstens €98

Je kan lid worden door storting of overschrijving van het betreffende bedrag op rekeningnummer BE50 4211 1511 3118 op naam van VBOV vzw, Haantjeslei 185-01, 2018 Antwerpen met vermelding van uw naam en 'lidmaatschap 2020'.

Als lid ontvang je 6 maal per jaar het Tijdschrift en blijf je via de Nieuwsbrief op de hoogte van studiedagen en vernieuwingen binnen de uitoefening van het beroep, krijg je vermindering op de deelnameprijs van studiedagen, kan je actief deelnemen aan één van onze werkgroepen, kan je advies krijgen rond de ontwikkelingen in de vroedvrouwenopleiding, over loopbaanplanning (bv. werken als zelfstandige) alsook juridisch en fiscaal advies en kan je je aansluiten bij de beroepsaansprakelijkheidsverzekering.

INHOUD

Familienieuws
49

VBOV agenda
50

Studiedagen/cursussen binnenland
52

Congressen buitenland
59

AANDACHT

Het VBOV-secretariaat is steeds beschikbaar op

tel./fax 03/218 89 67

e-mail: info@vroedvrouwen.be

www.vroedvrouwen.be

Stien Vanhoutte houdt er permanentie van maandag tot vrijdag van 9u00 tot 16u00

We staan tot uw dienst.

FAMILIENIEUWS



Op 24 december 2019 werd **Elias** geboren, kleinzoon van Marlene Reyms, VBOV-lid.

Proficiat aan de ouder en grootouders!

Marc Delanghe overleed op 10 december 2019. Hij was de echtgenoot van Martine Van de Kelft, VBOV-lid.

Op zaterdag 26 december 2019 overleed Julie Dejaegher, de moeder van Mia Slabbinck, VBOV-lid.

Op 30 december 2019 overleed Lode Van den Broeck, de vader van Tom Van den Broeck, VBOV-lid.

Vanuit de VBOV vzw bieden wij ons medeleven aan.

Vragen i.v.m. het beroep vroedvrouw?

Stuur uw vraag naar info@vroedvrouwen.be. We zoeken met u naar een antwoord. Neem ook een kijkje op de FAQ op de site www.vroedvrouwen.be. Samen evolueren we naar een sterkere vroedvrouw in Vlaanderen.

5-daagse Toegepaste Gespecialiseerde Farmacologie

Vanaf donderdag 20 februari 2020
Van 9u00 tot 17u00

UCLL Leuven, Campus Gasthuisberg

PROGRAMMA

Lesdag 1: donderdag 20 februari 2020: Farmacokinetiek en – dynamiek
 Lesdag 2: donderdag 12 maart 2020: Farmacologie van de pre-, per- en postnatale periode
 Lesdag 3: woensdag 22 april 2020: Juridische aspecten van het voorschrijven + medicatie en borstvoeding
 Lesdag 4: donderdag 14 mei 2020: Farmacologie van de pre-, per- en postnatale periode + practicum
 Lesdag 5: donderdag 11 juni 2020: Assessment

DEELNAMEPRIJS

De vijfdaagse opleiding bedraagt €200 (inclusief lesmateriaal en catering). Het inschrijvingsgeld kan overgemaakt worden op rekeningnummer Farmacologie BE71 7360 0521 9169 met vermelding van 'opleiding farmacologie + naam'. Deze opleiding komt in aanmerking voor het Vlaams opleidingsverlof.
 Na het slagen van het examen, ontvangt u een attest waarmee u uw voorschriftaanvraag in orde kan brengen. Inschrijven kan via het online inschrijvingsformulier op de website van VBOV vzw.

Borstvoedingscongres voor studenten en startende vroedvrouwen

Zaterdag 7 maart 2020
Van 9u00 tot 12u30

Jeugherberg De Blauwput, Leuven (aan het station Leuven)

PROGRAMMA

9u00 - 09u40: Basisprincipe van borstvoeding: 10 vuistregels - WHO code met een inkijk vanuit de praktijk - Joke Muyldermans en Marlene Reyms, vroedvrouwen, lactatiekundigen IBCLC
09u40 - 10u20: Te weinig of te veel melk? Kan medicatie echt helpen? Werking, zin en onzin - Medewerker Medicourse
10u20 - 11u00: Pauze
11u00 - 11u40: Borstvoeding en vaste voeding, een match in heaven? - Hylke Hakelbracht, diëtist, lactatiekundige
11u40 - 12u30: Interactieve oefening met de

groep, borstvoedingbegeleiding over de lijnen heen.

12u30: broodjesmaaltijd

DEELNAMEPRIJS

Enkel voor VBOV-leden: €50. Broodjesmaaltijd inbegrepen bij afsluiting van de voormiddag. Permanente Vorming vroedvrouwen, CERPS en uren i.v.m. contract FOD zijn aangevraagd.

INSCHRIJVEN

Inschrijven via het online inschrijvingsformulier op www.vroedvrouwen.be/activiteiten.



Tweedaags Hoofdvroedvrouwencongres

Donderdag 26 maart 2020 en
vrijdag 27 maart 2020

La reserve, Knokke-Heist

Alvast van harte welkom op het tweedaags hoofdvroedvrouwencongres, georganiseerd door VBOV vzw. Het thema van deze editie is: 'Leadership is not a position or a title, it is action and example' *Gelukkig zijn in een job als leidinggevende: een uitdaging?*

Op dit congres staan we stil bij thema's die relevant zijn voor leidinggevende vroedvrouwen in verschillende settings (hoofdvroedvrouwen, teamleiders...).

PROGRAMMA

Donderdag 26/03/2020

Onthaal vanaf 08u00

08u45-09u00: Welkom - Sabine Van de Vyver, voorzitter WG hoofdvroedvrouwen

09u00-09u45: Leiderschap en Welzijn. Wat heeft stress te maken met mijn leiderschap? Wat hebben bewustzijn en leiderschap met elkaar te maken? - Björn Prins, Psycholoog, curriculum chair Arteveldehogeschool, Doctoral researcher UGent

09u45-10u30: Pauze

10u30-12u00: Workshop 1 My mental start to run - Praktische handvaten om te leren stoppen en landen

Workshop 2 Verbindende communicatie - Handvaten om te leren efficiënt werken met je team

12u00-13u30: Lunch

13u30-14u30: Gelukkig zijn op het werk: een kwestie van geluk? - Prof. Dr. Lieven Annemans, Hoogleraar gezondheidseconomie, U Gent

14u30-14u40: Zoempauze

14u40-17u00: De nieuwe diversiteit: werken met 4 generaties op de werkvloer - Prof. Dr. Annick Van Rossem, Doctor in applied economics, KULeuven
Frisse neus aan zee / Wellness faciliteiten hotel
19u30: Diner (la Réserve)

Vrijdag 27/03/2020

08u00-09u00: Ontbijt

09u00-10u30: De vroedvrouw in het moeder-kind landschap 2020 - Marlene Reyns, vroedvrouw, voorzitter VBOV

10u30-11u00: Pauze

11u00-13u00: Klagers hebben soms 'nood'. Klachten als kansen - Ann Willemans, Medisch sociologe, bemiddelaar en communicatieadviseur H. Hart Leuven

13u00- 14u00: Lunch

14u00-15u30: Bestaat er een recept voor een 'zinnig' leven? - Prof. Dr. Petra De Sutter, Hoogleraar gynaecologie UGent, Europees parlamentslid

16u00: Afsluiting congres

DEELNAMEPRIJS

Leden: €400 (inbegrepen: congres, overnachting in tweepersoonskamer, 2x lunch, ontbijt, diner, vergaderarrangement, gebruik faciliteiten hotel)

Leden: €470 (lid) (inbegrepen: congres, overnachting in éénpersoonskamer, 2x lunch, ontbijt, diner, vergaderarrangement, gebruik faciliteiten hotel)

INSCHRIJVEN

Inschrijven via <https://www.vroedvrouwen.be/nl/hoofdvroedvrouwencongres>.

Internationale Dag van de Vroedvrouw

Dinsdag 5 mei 2020
Van 8u45 tot 17u00

Congrescentrum Ter Elst, Edegem

PROGRAMMA

Plenair

8u45-9u15: Uitreiking en voorstelling VBOV-prijs bachelorproef

9u15-10u30: De vroedvrouw vertelt waar het echt omdraait! - Coutinho Eliane, vroedvrouw, verpleegkundige, coach, trainer en auteur, Meacoaching



10u30-11u00: Pauze

11u00-12u15: Trauma en geboorte: neurobiologisch kader - Casteleyn Ybe, Psychotraumatoloog, Belgisch Instituut voor Psychotraumatologie

12u15-12u30: Uitreiking Gouden pinard

12u30-14u00: Middag pauze

14u00-15u30: Eerste reeks workshops

15u30-17u00: Tweede reeks workshops

Kies twee workshops van 1,5 uur OF één workshop van 3u.

Workshops van 1,5 uur

- Puur Pijn – Coutinho Eliane, vroedvrouw, verpleegkundige, coach, trainer en auteur, Meacoaching
- Schouderdystocie hands-on training –El Amraoui Louiza, vroedvrouw, MSc, lector en onderzoeker, Karel de Grote Hogeschool
- De bekkenbodem: Voor, tijdens en na de zwangerschap - Van Camp Ellen, MSc, Manueel/Bekkenbodemptherapeute, KULeuven en Praktijkeigenaar 2CARE
- Courante medicatie voorgeschreven door de vroedvrouw - Prof. dr. Tommelein Eline, Vrije Universiteit Brussel en Medicourse.
- Geweld in de perinatale periode; wat kan je als vroedvrouw betekenen? - De Ryck Sylvia, vroedvrouw, parelcoach UZ Leuven, campus Gasthuisberg
- Zorg op maat van de allerkleinsten, im-

plementatiedoelen voor N* afdelingen - Janssens Kelly, vroedvrouw, projectcoördinator ontwikkelingsgerichte zorg, FOD – UZ Leuven

Workshops van 3 uur

- Trauma en geboorte: herkennen van symptomen, eerste interventies en oefeningen -Casteleyn Ybe, Psychotraumatoloog, Belgisch Instituut voor Psychotraumatologie
- Opvang en reanimatie van de natte pasgeborene: theoretisch handvat en scenariotrainning - Van Mechelen Karen, fellow neonatologie, universitair ziekenhuis Antwerpen (UZA) en Sohier Lucrèce, verpleegkundige intensieve neonatale zorg en NLS-instructeur, UZ Antwerpen

DEELNAMEPRIJS

VBOV-lid: €97; niet-lid: €148; student VBOV-lid: €87; student niet-lid: €137 (incl. lidmaatschap). Dit programma sluit aan bij het beroepsprofiel van vroedvrouwen en is opgenomen als permanente vorming voor vroedvrouwen.

INSCHRIJVEN

Inschrijven via het online formulier <https://www.vroedvrouwen.be/nl/internationale-dag-van-de-vroedvrouw-5052020>.

Eerstelijnsdag Gent

Dinsdag 26 mei 2020
Van 9u00 tot 17u00

De Brouwerij, Ham 175, Gent

PROGRAMMA

Programma onder voorbehoud.

09u00 - 11u00: Paneldebat met pediater, vroedvrouw, Kind & Gezin, gynaecoloog en huisarts. Volgende thema's komen aan bod:

- Zin en onzin van: Saturatiemeting in de thuiszorg
- Zin en onzin van: Strikte vaccinatieschema's (en wat met de nieuwe vaccinaties?)
- Zin en onzin van: Bilicheck in de thuiszorg

11u00 - 12u30: Workshop

12u30 - 14u00: Lunch

14u00 - 17u00: Workshop(s)

Keuze uit volgende workshops:

Workshop van 3u: Reanimatie van de pasgeborene (accent in thuiszorg)

Workshop van 3u: Hoe kan je een bevalling fysiologisch houden, tips en tricks in voordeel van de fysiologie van de bevalling

Workshop van 1u30: Het onderzoek van de pasgeborene (accent in thuiszorg)

Workshop van 1u30: Shantala baby massage

DEELNAMEPRIJS

VBOV-lid: €95.

Niet-lid: €193 (inclusief lidmaatschap VBOV vzw 2020)



INSCHRIJVEN

Inschrijven via het www.vroedvrouwen.be/

activiteiten.

Postpartum@home - KdG

Dinsdag 3 maart 2020
Van 9u00 tot 17u00

Campus Zuid, Antwerpen

Tijdens deze vorming 'Postpartum at home' komen volgende aspecten aan bod:

- 'Van baby blues tot baby gek': postnatale psychische problemen.
- Wat zijn de risicofactoren en hoe kunnen we, als hulpverleners, hierop reageren?
- 'Seksualiteit in het postpartum': hoe spelen we in op vragen en maken we het thema bespreekbaar?
- Incontinentie en bekkenbodempromblematiek (interactieve workshop)

- Huilen en slapen (interactieve workshop)
- Melk en meer (interactieve workshop)

DEELNAMEPRIJS

De deelnameprijs bedraagt €100 incl. catering en digitale syllabi (wordt voor aanvang doorgestuurd).

INSCHRIJVEN

Inschrijven via <https://www.kdg.be/postpartum-home>.

Driedaagse Opleiding Draagconsulent Basis module - Die Trageschule®

Vanaf Woensdag 4 maart 2020
Van 9u15 tot 17u15

Den Binnenhof, Sint-Niklaas

Na het volgen van de basisopleiding Draagconsulent bij Die Trageschule® kan je ouders duidelijke informatie verstrekken rondom het veilig en ergonomisch dragen van hun kind én kan je ouders op een duidelijke en veilige manier verschillende draagwijzen aanleren tijdens een individueel draagconsult.

De basisopleiding Draagconsulent van Die Trageschule® is gebaseerd op intensief onderzoek en ontwikkeld in samenwerking met o.a. de medical board van Die Trageschule® Dresden. We dagen je uit om je eigen ervaring

en kennis samen te brengen met de nieuwe kennis en vaardigheden die je tijdens deze opleiding opdoet.

DEELNAMEPRIJS

€545, dit is inclusief btw en inclusief opleidingsmateriaal van Die Trageschule® t.w.v. €140.

INSCHRIJVEN

Inschrijven doe je per mail naar nele@dietrageschule.be.

Shiatsu

Vrijdag 6 maart 2020

Praktijk voor Shiatsu, Erembodegem

We geven een overzicht mee van verschillende vorming omtrent Shiatsu in de perinatale periode.

PROGRAMMA

- Initiatiedag Shiatsu. Vrijdag 6 maart 2020, van 9u15 tot 16u15
- Initiatiedag Shiatsu. Vrijdag 13 maart 2020, van 9u15 tot 16u15
- Initiatiedag Shiatsu. Vrijdag 19 maart 2020, van 9u15 tot 16u15
- Tweedaagse verdiepingdagen Shiatsu: Donderdag 26 en vrijdag 27 maart 2020, van 9u15 tot 17u15
- Shiatsu prenataal: Vrijdag 3 april 2020, van 9u15 tot 17u15

DEELNAMEPRIJS

Initiatiedag en shiatsu prenataal: €80, inclusief syllabus, soep, thee en water. Graag zelf lunchpakket meebrengen.

Studenten: €60.

Tweedaagse verdiepingdagen Shiatsu: €160, inclusief syllabus, soep, thee en water. Graag zelf lunchpakket meebrengen.

INSCHRIJVEN

Alle opleidingen zijn apart te volgen. Inschrijven via website www.wellmother.be of ve.vanoutrive@gmail.com.

3-daagse Trauma en Geboorte – Birthimprints

Start 7 maart 2020

PROGRAMMA

In deze driedaagse opleiding ligt de focus op het integreren van traumatheorie in je praktijk als zorgverlener en het oefenen en toepassen van integratieve interventies. Voor iedereen die met zwangere vrouwen werkt, bevallingen begeleidt of voor de nazorg instaat.

Wat moet je als zorgverlener weten over trauma? Wat is trauma, wat is traumatisch en wat is het niet?

Wanneer is een zwangerschap of bevalling trau-

matisch voor de moeder en/of het kind?

Hoe herken je trauma?

Wat zijn de symptomen van trauma? Hoe kan je helpen?

Wat mag je doen en wat mag je zeker niet doen?

Hoe genees je van trauma?

DEELNAMEPRIJS

€435 (betaling via KMO-portefeuille mogelijk).

INSCHRIJVEN

Info en inschrijvingen via www.birthimprints.com.

Tweedaagse studiedag: Grootste zorg voor de allerkleinsten

Donderdag 12 maart 2020

UZgent, Gent

Studiedag voor en door verpleegkundigen en vroedvrouwen. De verpleegkundigen en vroed-



vrouwen van de dienst Neonatale Intensieve Zorg van het UZ Gent organiseren hun tweejaarlijkse studiedag.

INSCHRIJVEN

Inschrijven via www.studiedagneonatologieuzgent.be.

Introductie in hypnobirthing voor vroedvrouwen

Maandag 16 maart 2020

Van 10u00 tot 14u00

Brielstraat 83, 9120 Beveren

HypnoBirthing als manier voor ouders om zich voor te bereiden op de komst van hun kind. Dit komt steeds vaker voor. Deze ouders hebben geleerd hoe belangrijk het is om ontspannen naar de geboorte toe te leven, maar ook hoe onmisbaar een goede relatie met hun zorgverlener daarbij is. Deze workshop is ontwikkeld, speciaal voor medische professionals die de basis filosofie van HypnoBirthing willen leren om ouders die voor deze methode kiezen te kunnen ondersteunen. Deze workshop is zo opgezet dat het zorgverleners inzicht geeft in de filosofie, technieken en woordkeuze van HypnoBirthing en hoezeer dit van belang is bij het ondersteunen van barendende moeders en hun naasten.

Deelname aan deze introductie workshop geeft GEEN recht om daarna de HypnoBirthing cursus te mogen geven. Mocht je daar wel interesse in hebben, kijk dan hier voor informatie over de HypnoBirthing docentenopleiding: <https://www.enjoy-hypnobirthing.nl/hypnobirthing-docentenopleiding/>.

DEELNAMEPRIJS

€65 inclusief het Nederlandstalige boek HypnoBirthing, de Mongan methode, koffie, thee en lunch.

INSCHRIJVEN

Inschrijven via www.enjoy-hypnobirthing.nl/workshop-introductie-in-hypnobirthing-voor-zorgverleners.

Babydragen voor Professionals- Die Trageschule®

Dinsdag 24 maart 2020

Buik tegen Buik, Sint-Niklaas

Na het volgen van de dagopleiding Babydragen voor professionals van Die Trageschule® kan je ouders duidelijke informatie verstrekken rondom veilig en ergonomisch dragen én kan je ouders op een duidelijke en veilige manier de basis buikknoop-techniek met een rekbaar en een geweven doek aanleren tijdens een individueel draagconsult.

DEELNAMEPRIJS

€165, inclusief cursus (Die Trageschule®) t.w.v. €38, drank, tussendoortjes en middagmaal.

INSCHRIJVEN

Inschrijven via www.buiktegenbuik.be



3daagse opleiding Postnatal Yoga Teacher Training- Lava

Vanaf 26 maart 2020

Expertisecentrum Kraamzorg de Kraamvogel, Antwerpen

Lava organiseert een postnatale yogadocentenopleiding die je instaat stelt om vrouwen te begeleiden met yogaoefeningen die speciaal zijn afgestemd op de behoeften van het postnatale lichaam. Je leert via een holistische benadering hoe je terug tonus in de diepe bekkenbodemen buikspieren kunt opbouwen, bekkenstabiliteit en het uitlijnen van de wervelkolom kunt aanmoedigen. Lava organiseert in samenwerking met Birthlight en Expertisecentrum Kraamzorg de Kraamvogel deze 3-daagse Teacher Training

op 26-28 maart 2020 in Antwerpen. Ervaring in het lesgeven van yoga wordt sterk aanbevolen maar is niet verplicht. De opleiding wordt gegeven in het Engels.

DEELNAMEPRIJS

€525.

INSCHRIJVEN

Ines Rothmann, inesrothmann@hotmail.com, 0484 90 07 94.

Studiedag: Baby's en borstvoeding, een ideale combinatie?!

Donderdag 26 maart 2020
Van 8u30 tot 16u00

GC De Melkerij, Zemst

PROGRAMMA

- Een (ex)premaat aan de borst. Handvaten voor borstvoedingsbegeleiding tijdens opname en thuis – Kelly Janssens, vroedvrouw, lactatiekundige IBCLC, neonatologie UZ Leuven, FOD Volksgezondheid
- Kolven of slapen? Kolfbeleid bij een premaat, tijdens en na opname – Eva Brebels, NICU verpleegkundige, lactatiekundige, UZ Brussel
- Stille ondervoeding – Annet Mulder, lactatiekundige IBCLC
- Waar op letten bij lip- of tongriem, mondonderzoek van de pasgeborene – Nathalie Baeyens en Katia Wilboorts, vroedvrouw, lactatiekundige, Respire Dental
- Knippen of laseren van lip- of tongriempjes,

hoe gebeurt dat nu? Charlotte Van Belle, tandarts, Respire Dental

- Wat baby's nodig hebben, meer dan alleen melk – Melanie Visscher

Erkenning voor BFHI-uren en CERPS worden aangevraagd. Na afloop ontvangt u een attest. Meer informatie via info@care4education.be of www.care4education.be.

DEELNAMEPRIJS

€98, incl. BTW, catering en cursusmateriaal.

INSCHRIJVEN

Inschrijven via <https://care4education.be/voorbeeld-studiedag/> of <https://www.supersaas.nl/schedule/Care4Education/Activiteiten>.



Bijscholing Yoga for Pelvic Floor, Lava

Zondag 29 maart 2020
Van 9u30 tot 17u

Expertisecentrum Kraamzorg de Kraamvogel,
Antwerpen

De bekkenbodern is een hoeksteen van de gezondheid en het welzijn van vrouwen. Kom tijdens deze bijscholing je begrip van de bekkenbodern opfrissen en verdiepen. Tijdens deze dag zullen we de anatomie en fysiologie van de bekkenbodern, inclusief de energetische yoga-anatomie, bespreken en verkennen. We kijken naar de factoren die de functie van de bekkenbodern tijdens de zwangerschap en na de geboorte beïnvloeden en welke yogapraktijken kunnen helpen bij de voorbereiding op de geboorte en bij het postnataal herstel. We bekijken welke principes we kunnen toepassen

in specifieke case studies en oefenen met de toepassing van deze principes die in individuele scenario's worden besproken. Dit zal je beter in staat stellen om de individuele vrouwen in je pre- en postnatale lessen te helpen. De opleiding wordt gegeven in het Engels.

DEELNAMEPRIJS

€173 voor Birthlight-leden, €193 voor niet-leden.

INSCHRIJVEN

Inschrijven via Ines Rothmann, inesrothmann@hotmail.com, 0484 90 07 94.

3-daagse Introductiecursus pre- en perinatale psychotherapie

Vanaf vrijdag 17 april 2020

De Vleugelhoorn, Sint-Truiden

De workshop rondom geboorte imprints is een proces- en zelf ervarings workshop. Het is een 'aan den lijve ervaren' van thema's uit de pre- en perinatale psychologie. Het is een nieuwsgierig en aftastend ontdekken van je eigen pre- en perinatale ervaringen.

Met hulp van beknopte theorie, meditatie, lichaamsbewustwording en oefeningen, gaan we ons lichaamsgeheugen als het ware wakker schudden. We gaan ons verplaatsen in het leven vlak voor onze geboorte en hoe we onze geboorte ervaren hebben. Vanwege het persoon-

lijke en intensieve karakter werken we daarom met een kleine groep. We willen voldoende tijd hebben voor ieders proces waarbij je veilig voelen, empathie en respect belangrijke pijlers zijn.

DEELNAMEPRIJS

€485 (betaling via KMO-portefeuille mogelijk).

INSCHRIJVEN

Inschrijven via www.birthimprints.com.

Negatieve druktherapie (VAC): Do's en dont's

Dinsdag 21 april 2020
Van 19u tot 20u30

Ziekenhuis Oost – Limburg, Genk

PROGRAMMA

We verdiepen de basistechnieken en de praktische toepassingen van Shiatsu tijdens de zwan-

gerschap. Verdieping Oosterse benaderingswijze van zwangerschap en arbeid, werken met meridianen (indicaties, methodiek en praktijk),





werken met meridianen in de praktijk, grondingsoefeningen, werken met wondermeridianen (indicaties, methodiek en praktijk), werken met wondermeridianen in de praktijk (indicaties, openingspunten, centraal kanaal), aanleren belangrijkste drukpunten in arbeid met begrip van hun specifieke werking, toelichting hyperemises, bekkeninstabiliteit, stuitligging en prakti-

sche tips voor op materniteit. Mogelijkheid om de laatste namiddag praktisch te oefenen met een zwangere vrouw vanuit je praktijk.

INSCHRIJVEN

Inschrijven via <https://www.zolevents.be/thuiszorg2019/nl/home>.

STAN monitoring: een kijk op de dagelijkse praktijk - KdG, Antwerpen

Dinsdag 21 april 2020
Van 09u00 tot 15u30

Campus Zuid, Antwerpen

We focussen op de dagelijkse praktijk en frissen de basiskennis en vaardigheden op. Je traint het interpreteren van CTG en STAN®-monitoring en oefent casuïstiek tijdens de interactieve workshops.

DEELNAMEPRIJS

€85, incl. catering en digitale syllabi (wordt voor aanvang doorgestuurd). De navormingen komt in aanmerking voor de KMO-portefeuille.

INSCHRIJVEN

Inschrijven via www.kdg.be/stan-monitoring.

Workshops van onze Waalse collega's

La consultation préconceptionnelle

23-24 mars et 2-3 avril 2020
Le relais du Marquis, 1460 Ittre

Consultation prénatale

11-12-13 mars 2020
Ferme de Vévy Wéron, 5100 Wépion

Le yoga et les détroits

16-17-18 mars 2020
Studio de Yoga joji inc jo, 1060 Sain Gilles

Les problèmes d'allaitement: lésions des mamelons, tensions mammaires, lactations sous-optimales ou insuffisantes.

19-20 mars 2020
Espace Mundo, 5000 Namur

Préparation globale à la naissance et à la parentalité

26-27 mars, 27-28 avril et 25 mai 2020
Ferme de Vévy Wéron, 5100 Wépion

Accompagnement psychique autour de la naissance

Niveau 1: les 21-22-23 avril 2020
Niveau 2: les 27-28-29 octobre 2020
Ferme de Vévy Wéron, 5100 Wépion

Gestes sur le bassin en pré-per et post-natal

23 avril 2020
Centre de dépaysement La Louvière

Onze Waalse collega's organiseren regelmatig workshops. Een overzicht vindt u op www.sage-femme.be.



Zwangerschap en Mental Health- Ede

Donderdag 19 maart 2020
Van 9u30 tot 16u30

Ede, Nederland

Tijdens deze editie staat centraal: hoe wordt de bevalling een positieve ervaring voor zowel ouders als zorgverleners, met zo weinig mogelijk angst vooraf?

Het eerste deel van de bijeenkomst gaat over het verminderen van angst voor de bevalling bij de zwangere en van onze eigen angsten als zorgverleners. Hierna worden praktische handvatten geboden voor het vergroten van vertrouwen bij aanstaande ouders in de naderende bevalling en in hun eigen competenties. Diverse experts delen hun kennis in plenaire sessies en workshops. Angst voor de bevalling is er in alle gradaties, van gezonde spanning tot een uitgesproken fobie of trauma. Dit kan tot uiting komen in een primaire sectio-verzoek, in uitgebreide bevalplannen of juist helemaal niets over de bevalling willen weten. Anne-Marie Sluijs bespreekt achtergronden van angst en welke opties er zijn om hier goede begeleiding in te geven. Ook onze eigen angsten als zorgverle-

ners kunnen een rol spelen. Hoe beïnvloedt dit je manier van counselen, wat doet woordgebruik daarbij en hoe ga je om met verschillende ideeën binnen je team over zorg buiten de richtlijn? Rebekka Visser en Marieke de Vries geven hun kritische visie. In de workshops komen onder meer aan de orde: de actieve rol van de partner, de samenwerking tussen een doula en andere zorgverleners, juridische aspecten en hoe angstige ouders vertrouwen te geven. We besluiten de dag met een inspirerende voordracht van Milli Hill, schrijfster van 'Positief over bevallen' en oprichtster van de Positive birth movement.

DEELNAMEPRIJS

€209.

INSCHRIJVEN

Inschrijven via <https://www.scem.nl>.

32nd ICM Triennial Congress – Bali

Van zondag 21 juni 2020 tot donderdag 25 juni 2020 *Bali, Indonesia*

JOIN US IN BALI IN 2020 IN WHAT WILL BE A CELEBRATION OF MIDWIVES AND MIDWIFERY. For more information: <http://www.midwives2020.org/>.

MORE INFORMATION

Stay in touch with the latest updates on ICM: www.midwives2020.org.

Ga jij ook naar ICM of werd je abstract weerhouden voor presentatie of een postersessie? Laat het ons zeker weten via info@vroedvrouwen.be.

VBOV-PRIJS MASTERPROEF 2020

Kwalitatief hoogstaand onderzoek dat relevant is voor de praktijk van vroedvrouwen verdient een forum! Om die reden reikt de organisatie sinds 2010 jaarlijks de VBOV-prijs Masterproef uit. Heb je recent je masterproef afgewerkt? Maak kans op een geldprijs van €500. Stuur een ingebonden én digitale versie van de masterproef en een abstract van max. 400 woorden naar het secretariaat van de VBOV vzw, t.a.v. de redactie, Haantjeslei 185/01, 2018 Antwerpen; info@vroedvrouwen.be. De uiterste datum van inzending is 15 maart 2020.





Beroepsverzekering: BA – Medische voor vroedvrouwen

De verzekeringspolis Burgerlijke Aansprakelijkheid voor vroedvrouwen is een groepspolis die door de VBOV vzw wordt afgesloten ten gunste van haar leden. In de polis voor de zelfstandige vroedvrouw is het verzekerd kapitaal voor lichamelijke schade hoger. De inhoud van beide polissen is verder gelijklopend.

1. 1Categorieën en Jaarpremies:

- Code 1: Bediende vroedvrouw in ziekenhuis = €70
- Code 2: Bediende hoofdvroedvrouw = €80
- Code 3: Zelfstandige vroedvrouw zonder bevallingen = €100
- Code 4: Zelfstandige vroedvrouw met bevallingen = €1050
- Code 5: Zelfstandige vroedvrouw zonder bevallingen – coördinator = €125
- Code 6: Zelfstandige vroedvrouw zonder bevallingen met RIZIV –uitbreiding = €220
- Code 7: Zelfstandige vroedvrouw met bevallingen met RIZIV –uitbreiding = €1170
- Code 8: Zelfstandige vroedvrouw - coördinator met RIZIV –uitbreiding = €245
- Code 9: Zelfstandige vroedvrouw met bevallingen met PAKKET = €735
- Code 10: Zelfstandige vroedvrouw met bevallingen met PAKKET en RIZIV = €855
- Code 11: RIZIV uitbreiding = €120

Een zelfstandige vroedvrouw met bevalling kan bij het afsluiten van een PAKKET, d.w.z. 2 bijkomende schadeverzekeringen bij Fidea, een korting bekomen op de BA – medische verzekering van 30%.

Voor de vroedvrouwen die zelfstandig bevallingen verrichten moet aan volgende voorwaarden voldaan worden: naleven van de wettelijke voorschriften en adviezen geformuleerd door de Federale Raad voor de vroedvrouwen (FRRV 2015) voor de vroedvrouwen die onder eigen verantwoordelijkheid bevallingen uitvoeren. Voor de pasafgestudeerde vroedvrouwen: verplichting tot assistentie bij de bevallingen door een senior vroedvrouw en dit gedurende de eerste 2 jaar van hun praktijk.

Nieuw afgestudeerden die onmiddellijk na het behalen van hun diploma toetreden, zijn gratis verzekerd in code.1 voor de periode vanaf aanvangsdatum tot 31 december van het jaar waarin het diploma behaald werd. En voor zover het lid minstens 1 jaar toetreedt tot het collectief contract na de eerste hoofdvervaldag.

De verzekerde waarborgen van de polis kunnen geraadpleegd worden op de website van VBOV vzw onder het luik 'Lidmaatschap en Verzekeringen'.

Meer info bij Christine Demeyer: 0477/56 19 83 voormiddag of via mail christine@cpsverzekeringen.be.

VERZEKERINGSNIEUWS: GEWAARBORGD INKOMEN

VBOV vzw biedt vanaf 01/11/2019 aan zijn leden de mogelijkheid om een groepspolis gewaarborgd inkomen af te sluiten. De maatschappij PRECURA is gespecialiseerd in groepspolissen Gewaarborgd Inkomen. Tot 01/06/2020 biedt zij de mogelijkheid aan alle zelfstandige vroedvrouwen om de polis af te sluiten zonder leeftijdsgrens.

Vanaf 01/06/2020 wordt de leeftijdsgrens voor het afsluiten van de polis 50 jaar. De dagvergoeding kan gekozen worden tussen:

- €40/dag (€1000 bruto maand)
- €50/dag (€1250 bruto/maand)
- €60/dag (€1500 bruto/maand)
- €75/dag (€1875 bruto/ maand)

De wachttijd bedraagt 30 dagen. U bent verzekerd tot uw 65 jaar en bij een erkende arbeidsongeschiktheid van langer dan 1 jaar zal uw gekozen dagvergoeding jaarlijks stijgen met 2,5%. Wenst u een offerte? Gelieve uw gegevens: naam, adres, geboortedatum en gewenste dagvergoeding te mailen naar christine@cpsverzekeringen.be.



Ontdek de Pampers Pure lijn



Pampers
Pure
protection™

0% Parfum
Latex*
Chloorbleekmiddelen

100% droogheid
van Pampers



OEKO-TEX®
CONFIDENCE IN TEXTILES
STANDARD 100
17.HCH.22181 HOHENSTEIN HTTI



Getest op schadelijke stoffen.
www.oeko-tex.com/standard100



The logo for 'parentia' is written in a lowercase, rounded, teal-colored font.

Vanaf het begin, bij elk gezin.

Komaan,

DUWEN!
DUWEN!
DUWEN!

A pink, hand-drawn style sticker with the word 'PLOEP!' in white, surrounded by radiating lines.

**Yes, het is een nieuwe
kinderbijslagregeling.**

Elke Belgische regio heeft nu een eigen systeem van kinderbijslag. Dit heet in Vlaanderen nu 'Groeipakket' en gezinnen kunnen zelf kiezen welk kinderbijslagfonds hen uitbetaalt.

En het 'startbedrag' (= kraamgeld) kunnen gezinnen al twee maanden voor de bevallingsdatum ontvangen. Super toch? Ga naar parentia.be/startbedrag en help samen met ons ouders op weg.



VRAAG UW STALEN AAN

per mail : em@tilman.be

Borstvoeding

BIO

ZONDER
SUIKER,
noch gluten



BE-BIO-01
EU/non-EU Agriculture

Plantaardige capsules op basis van **venkel** en **anijs**, ontwikkeld om de productie van moedermelk te ondersteunen. Dit voedingssupplement wordt geproduceerd door het Tilman-laboratorium, een Belgische fytotherapiespecialist.



 Verkrijgbaar in de apotheek

Ontdek ook...

Biolys® Venkel-Anijs
Biologische Kruidenthee



www.tilman.be



Hier uw advertentie?
Neem contact op met
communicatie@vroedvrouwen.be

Bio-Oil®

N° 1*

Tegen zwangerschapsstriemen
Des produits contre les vergetures

* IMS Selling-out MAT 02/19



Bio-Oil® wordt wereldwijd aanbevolen als huidverzorgingsproduct dat de zichtbaarheid van littekens, huidstriemen, ongelijkmatige teint en een uitgedroogde huid helpt te verminderen.

Bio-Oil® est un produit de soin pour la peau recommandé dans le monde entier. Il aide à réduire la visibilité des cicatrices, des vergetures, du teint irrégulier et à prendre soin des peaux desséchées.





NR 1 IN NATUURLIJKE BABY- VERZORGING



De huid van je baby is na de geboorte nog niet helemaal volgroeid en daardoor erg kwetsbaar.

Om haar goed te beschermen is een milde verzorging zonder belastende ingrediënten essentieel. Weleda Babyverzorging met Calendula verzorgt, kalmeert en beschermt

Vraag proefverpakkingen aan via vroedvrouwen@weleda.be.

WELEDA BABYVERZORGING

- ✓ Ontwikkeld met vroedvrouwen en apothekers
- ✓ Veilig en zacht voor de kwetsbare babyhuid
- ✓ 0% synthetische geurstoffen en conserveringsmiddelen



WELEDA

Since  1921



Weleda. Puur natuur, net als jij.

MULTI-MAM®

NATUURLIJKE PRODUCTEN VOOR MOEDER EN KIND

MULTI-MAM® BALM

Voorkomt tepelkloven



MULTI-MAM® KOMPRESSEN*

Behandelt tepelkloven

Voorkomt infecties



* De gel is gebaseerd op het gepatenteerde 2QR complex: blokkeert schadelijke bacteriën op een natuurlijke en veilige manier en stimuleert het natuurlijke herstelproces.

- Onmiddellijke verlichting bij pijnlijke tepels en kloven
- Veilig voor de baby, mag ingeslikt worden
- Zonder conserveermiddelen, geurstoffen of hormonen

Contacteer ons om uw GRATIS staal te ontvangen: info@bomedys.be
CNK Balm: 3595-014 - CNK Kompressen: 3595-022

Verkrijgbaar in de apotheek & de betere babyspecialzaken

Multi-Mam



mustela®

baby - kind

Ik wil geen rode billetjes

MUSTELA ZET ZICH IN

80% | minder irritaties en
van de baby's | roodheid

Vanaf de 1^{ste} dag van gebruik¹

Certified



Corporation

98% INGREDIËNTEN
VAN NATUURLIJKE OORSPRONG

1. Klinisch onderzoek onder dermatologisch en pediatrisch toezicht bij 69 baby's, onder wie ook baby's jonger dan 3 maanden (zelfevaluatie)



✓ VANAF DE GEBOORTE
DERMATOLOGISCH GETEST

✓ VERVAARDIGD
IN FRANKRIJK

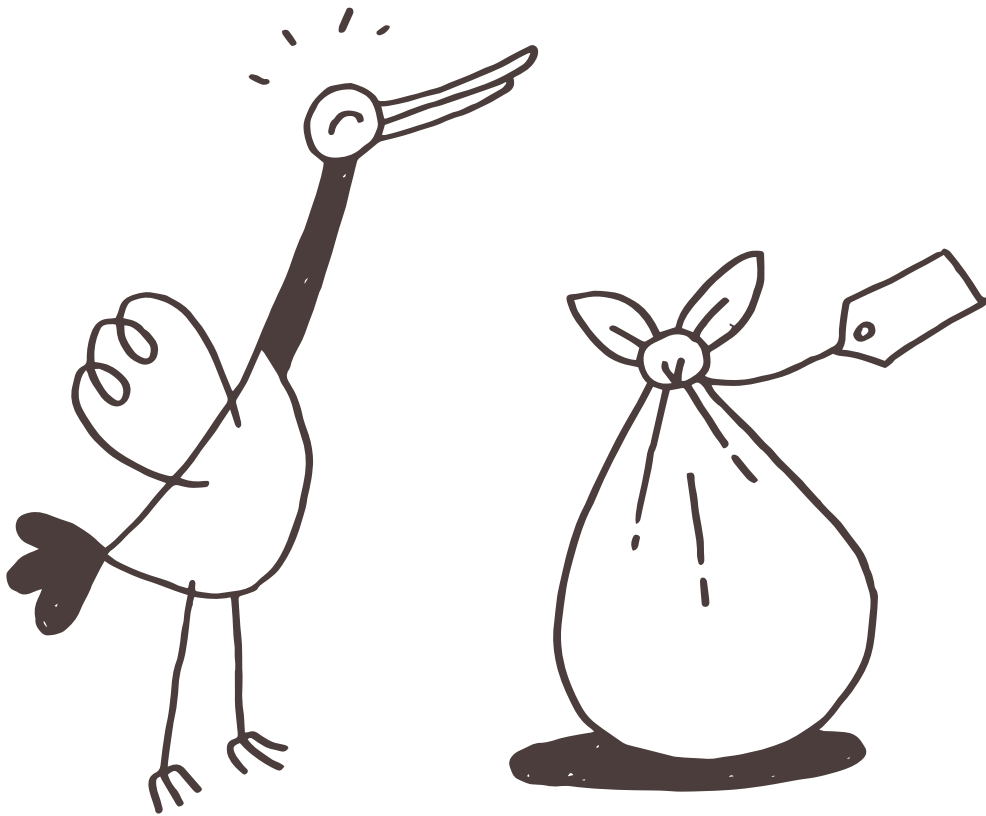
✓ VEILIGHEIDSCHARTER
INGREDIËNTEN

EXPANSCIENCE®
LABORATOIRES

innoveren om uw gezondheid te bewaren

Reken voor
jouw familie op

my
family



Je cliënten verwachten binnenkort
een klein wonder. Informeer je hen
zeker over hun **Startbedrag***?

myfamily.be/startbedrag-aanvragen

*€ 1.122 waarop je recht hebt bij de komst van je kindje



Vlaamse uitbeter
Elk kind heeft recht op een Groeipakket.
Je kiest zelf je uitbeter. Veranderen kan na 1 jaar.
www.groeipakket.be