



Vlaamse  
Beroepsorganisatie  
van Vroedvrouwen

# JAARRAPPORT VROEDVROUWGELEIDE ZORG TIJDENS DE ARBEID EN BEVALLING IN CIJFERS: 2023

**Redactie:**

**Lieselotte Vandeputte**

**Elke Van Den Bergh**

**Ines Rothmann**

**Marlene Reyns**

**Florence D'haenens**

**Prof. dr. Dorien Lanssens**

**Lieve Huybrechts**

**Alexandra Denys**



## INHOUDSOPGAVE

Overzicht auteurs	3
Overzicht gebruikte afkortingen	3
Overzicht figuren en tabellen	4
Voorwoord	7
Samenvatting 2023	8
Résumé 2023	10
Summary 2023	12
Inleiding	14
Begrippen	16
2023 in cijfers	22
Bevallingen begeleid door een vroedvrouw in België in 2023	25
Doorverwijzigingen tijdens de arbeid	42
Discussie	47
Besluit	56
Referenties	57
Bijlage 1: Registratieformulier 2023	59





## Overzicht auteurs

- Lieselotte Vandeputte, wetenschappelijk medewerker Vlaamse Beroepsorganisatie voor Vroedvrouwen (VBOV) en lid van de Werkgroep wetenschappelijk Onderzoek van de VBOV vzw.
- Elke Van Den Bergh, oprichter van de vroedvrouwenpraktijk 'Zwanger in Brussel', Lid van de Werkgroep Vroedvrouwgeleide zorg van de VBOV vzw.
- Ines Rothmann, wetenschappelijk medewerker Vlaamse Beroepsorganisatie voor Vroedvrouwen en lid van de Werkgroep Wetenschappelijk Onderzoek van de VBOV vzw.
- Marlene Reyms, voorzitter Vlaamse Beroepsorganisatie voor Vroedvrouwen vzw.
- Florence D'haenens, lid van de Werkgroep Wetenschappelijk Onderzoek van de VBOV vzw; lector en onderzoeker binnen de opleiding vroedkunde en Research group Brussels Expertise Centre for Healthcare Innovation (Erasmushogeschool Brussel), onderzoeker bij de Odisee Hogeschool, campus Sint-Niklaas.
- Dorien Lanssens, prof. dr. in de Vroedkunde aan Centre for Research and Innovation in Care (CRIC), Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen - Universiteit Antwerpen; Postdoctoraal onderzoeker Remote Clinical Monitoring Center (RCMC), UHasselt; Voorzitter Wetenschappelijke Werkgroep Vlaams Beroepsorganisatie voor Vroedvrouwen, Antwerpen.
- Lieve Huybrechts, vroedvrouw op rust, actief lid binnen VBOV vzw.
- Alexandra Denys, oprichter van de vroedvrouwenpraktijk 'Geboortepad', Lid van de werkgroep Vroedvrouwgeleide zorg van de VBOV vzw.

## Overzicht gebruikte afkortingen

VBOV: Vlaamse Beroepsorganisatie Van Vroedvrouwen  
 SPE: Studiecentrum perinatale epidemiologie  
 CEpiP: Le Centre d'Épidémiologie Périnatale  
 WHO : wereldgezondheidsorganisatie  
 KCE : Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg  
 VBAC: Vaginal birth after cesarean  
 ICSI: Intracytoplasmatische sperma-injectie  
 IVF: In vitro fertilisatie  
 KI: Kunstmatige inseminatie  
 IUI: Intra-uteriene inseminatie  
 AROM: Artificial rupture of membranes  
 SROM: Spontaneous rupture of membranes  
 PROM: Premature rupture of membranes  
 NICU: Neonatale intensive care unit  
 ZH: ziekenhuis  
 MLU: midwifery led unit  
 BMI: Body Mass Index  
 FMU: Freestanding Midwifery Unit  
 AMU: Alongside Midwifery Unit





# Overzicht figuren en tabellen

<b>Figuur 1</b>	Jaarrapport 2023 in aantallen
<b>Figure 2</b>	Rapport annuel 2023 en nombres
<b>Figure 3</b>	Annual report 2023 in numbers
<b>Figuur 4</b>	Geografische spreiding bevallingen
<b>Tabel 1</b>	Autonoom door vroedvrouwgeleide bevallingen 2023: maternale karakteristieken
<b>Tabel 2</b>	autonoom door vroedvrouwgeleide bevallingen 2023: neonatale karakteristieken
<b>Tabel 3</b>	Des accouchements autonomes par sage-femmes 2023: caractéristiques maternelles
<b>Tabel 4</b>	Des accouchements autonomes par sage-femmes 2023: caractéristiques néonatales
<b>Tabel 5</b>	Midwife-led births 2023: maternal characteristics
<b>Tabel 6</b>	Midwife-led births 2023: neonatal characteristics
<b>Tabel 7</b>	geografisch overzicht vroedvrouwenpraktijken
<b>Tabel 8</b>	geregistreerde variabelen 2023
<b>Tabel 9</b>	Algemene gegevens: socio-demografische karakteristieken moeder
<b>Tabel 10</b>	Algemene gegevens: verantwoordelijke en plaats bevalling
<b>Tabel 11</b>	Algemene gegevens: biomedische gegevens moeder
<b>Tabel 12</b>	Algemene gegevens: verloskundige variabelen
<b>Tabel 13</b>	Plaats bevalling
<b>Tabel 14</b>	Aantal bevallingen per provincie op basis van locatie vroedvrouw
<b>Tabel 15</b>	Pariteit autonoom vroedvrouwgeleide bevallingen
<b>Tabel 16</b>	Pariteit en plaats bevalling autonoom vroedvrouwgeleide bevalling
<b>Tabel 17</b>	Algemene kenmerken autonoom vroedvrouwgeleide bevallingen
<b>Tabel 18</b>	Breken vliezen
<b>Tabel 19</b>	Breken vliezen, kleur vruchtwater en locatie bevalling
<b>Tabel 20</b>	foetale bewaking
<b>Tabel 21</b>	Foetale bewaking en plaats bevalling autonoom vroedvrouwgeleide bevallingen
<b>Tabel 22</b>	bevallingshouding bij de vroedvrouw
<b>Tabel 23</b>	Bevallingshouding en locatie van bevalling
<b>Tabel 24</b>	Badbevalling autonoom vroedvrouwgeleide bevallingen
<b>Tabel 25</b>	Badbevalling en locatie bevalling
<b>Tabel 26</b>	Pijnstilling autonoom vroedvrouwgeleide bevallingen
<b>Tabel 27</b>	Pijnstilling en locatie bevalling
<b>Tabel 29</b>	Placentaire fase autonoom vroedvrouwgeleide bevallingen
<b>Tabel 30</b>	placentaire fase en locatie bevalling
<b>Tabel 31</b>	Na hoeveel tijd werd de navelstreng afgeklemd?
<b>Tabel 32</b>	Afklemmen navelstreng en locatie bevalling
<b>Tabel 33</b>	Bloedverlies autonoom vroedvrouwgeleide bevallingen
<b>Tabel 34</b>	Bloedverlies en locatie bevalling
<b>Tabel 35</b>	Perineum autonoom vroedvrouwgeleide bevallingen
<b>Tabel 36</b>	Perineum en locatie bevalling
<b>Tabel 37</b>	Hechten perineum
<b>Tabel 38</b>	Hechten perineum en locatie bevalling
<b>Tabel 39</b>	Doorverwijzing postnataal maternale redenen
<b>Tabel 40</b>	Doorverwijzing postnataal omwille van maternale redenen en locatie bevalling
<b>Tabel 41</b>	GBS diagnostiek/profylaxe autonoom vroedvrouwgeleide bevallingen
<b>Tabel 42</b>	Informed consent omtrent GBS-profylaxe





<b>Tabel 43</b>	Karakteristieken neonat
<b>Tabel 44</b>	Transfer postnataal o.w.v. neonat
<b>Tabel 45</b>	Algemene karakteristieken intrapartaal doorverwezen bevallingen.
<b>Tabel 46</b>	Mocht de vroedvrouw na doorverwijzing bij de mama blijven in het ziekenhuis tot het einde van de bevalling?
<b>Tabel 47</b>	Redenen intrapartaal doorverwezen bevalling
<b>Tabel 48</b>	Intrapartaal doorverwezen bevallingen: intrapartaal
<b>Tabel 49</b>	Intrapartaal doorverwezen bevallingen: uitdrijvingsfase
<b>Tabel 50</b>	Intrapartaal doorverwezen bevallingen: Postpartum
<b>Tabel 51</b>	Intrapartaal doorverwezen bevallingen: karakteristieken neonat
<b>Tabel 52</b>	Intrapartaal doorverwezen bevallingen: Doorverwijzing postnataal o.w.v. neonat

# Vroedvrouwgeleide zorg tijdens de arbeid en bevalling in cijfers

- Vroedvrouwgeleide bevallingen zijn kwaliteitsvol. Ze leiden tot goede maternale en neonatale uitkomsten.
- Vroedvrouwen zijn de bewakers bij uitstap van de fysiologie.



## Bevallingsplaats



### Extramuraal

- 47% thuis
- 12% geboortehuis
- 0.1% onderweg



### Intramuraal

- 19% vroedvrouwgeleide bevalling door eerstelijns-vroedvrouw in het ziekenhuis
- 22% vroedvrouwgeleide afdeling in het ziekenhuis

Doorverwijzingen naar het ziekenhuis (24%)

## Bevallen in bad

Bijna de helft bevalt in bad: 46% extramuraal en 45% intramuraal

## Perineum

	Extramuraal (%)	Intramuraal (%)
Geen perineumtrauma	35%	25%
Geen of mild perineumtrauma (labia, 1e en 2e graad ruptuur)	97.7%	94.4%
Episiotomie	1%	1.1%
3e en 4e graads perineumruptuur	1.2%	

## Postpartum

Geen maternale complicaties: 85% extramuraal (9% onbekend) en 89% intramuraal (2% onbekend)

## Bewegingsvrijheid

- Meest gekozen bevalhouding was op handen-en-knieën: 48% extramuraal en 48% intramuraal
- Vrouwen bevallen zelden op de rug: 7% extramuraal en 10% intramuraal

## Foetale monitoring

Meest gebruikte methode: Intermittent doptone (79% extramuraal) en Intermittent CTG en doptone (62% intramuraal)

## Placentaire fase

	Extramuraal (%)	Intramuraal (%)
Spontane geboorte placenta:	78%	77%
Bloedverlies <500 ml:	77%	84%

## Pasgeborene

	Extramuraal (%)	Intramuraal (%)
1-min APGAR $\geq$ 7:	94.6%	92%
5-min APGAR $\geq$ 7:	99.6%	98.7%
Nood aan beademing:	4%	6%

Jaarrapport 2023

1228 registraties

98 autonome vroedvrouwen uit Vlaanderen, Brussel en Wallonië



Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen



# Voorwoord

Het vierde officiële jaarrapport "Vroedvrouwgeleide zorg tijdens de arbeid en bevalling in cijfers: 2023 in België" is gepubliceerd. Dit rapport biedt een waardevolle verzameling van essentiële gegevens over vroedvrouwgeleide bevallingen in ons land. We zijn trots dat we, nu reeds vier jaar op rij, deze cruciale informatie kunnen voorleggen.

De rol van de vroedvrouw richt zich op het verlenen van zorg waarbij de vrouw centraal staat ("woman centered care"). Vroedvrouwen ondersteunen fysiologische processen en streven naar een kwalitatieve, respectvolle beleving van de perinatale periode voor de vrouw en haar omgeving, waarin keuzevrijheid van het koppel centraal staan. De combinatie van wetenschappelijke kennis en ervaringsgerichte begeleiding maakt het mogelijk om elke zwangere vrouw en haar omgeving individueel te ondersteunen in de perinatale fase. Vroedvrouwgeleide bevallingen bieden daarom een veilig en waardevol alternatief binnen de huidige geboortezorg.

De sterktes van dit zorgmodel verdienen meer aandacht, erkenning en respect binnen de geboortezorg en het bredere zorglandschap. Want vroedvrouwgeleide zorg biedt op medisch, psychosociaal, maatschappelijk en financieel vlak voordelen. Tegelijk is deze vorm van zorg slechts weinig structureel verankerd in het Belgische zorglandschap.

Het jaarrapport biedt dan ook een schat aan informatie over vroedvrouwgeleide bevallingen in België. Elk jaar worden nieuwe variabelen toegevoegd aan de gegevensregistratie (dit jaar bijvoorbeeld de body mass index) en bevindingen afgetoetst aan de wetenschappelijke evidentie. Dit getuigt van een enorme gedrevenheid van alle betrokken partijen om uit te pakken met een kwaliteitsvol jaarrapport. En dat jaarrapport mag gezien worden.

We zijn ervan overtuigd dat de cijfers in dit jaarrapport een andere blik kunnen werpen op geboortezorg in ons land.

Dank aan al onze collega autonome vroedvrouwen en de werkgroep Vroed\*vrouw\*geleide bevallingen om energie te steken in de nauwkeurige gegevensregistratie van vroedvrouwgeleide bevallingen in België, alsook aan Lieselotte Vandeputte voor het professioneel verwerken van deze gegevens. Dank aan de werkgroep Wetenschappelijk Onderzoek en bij uitbreiding de Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen voor hun ondersteuning.

Werkgroep Vroed\*vrouw\*geleide geboortezorg



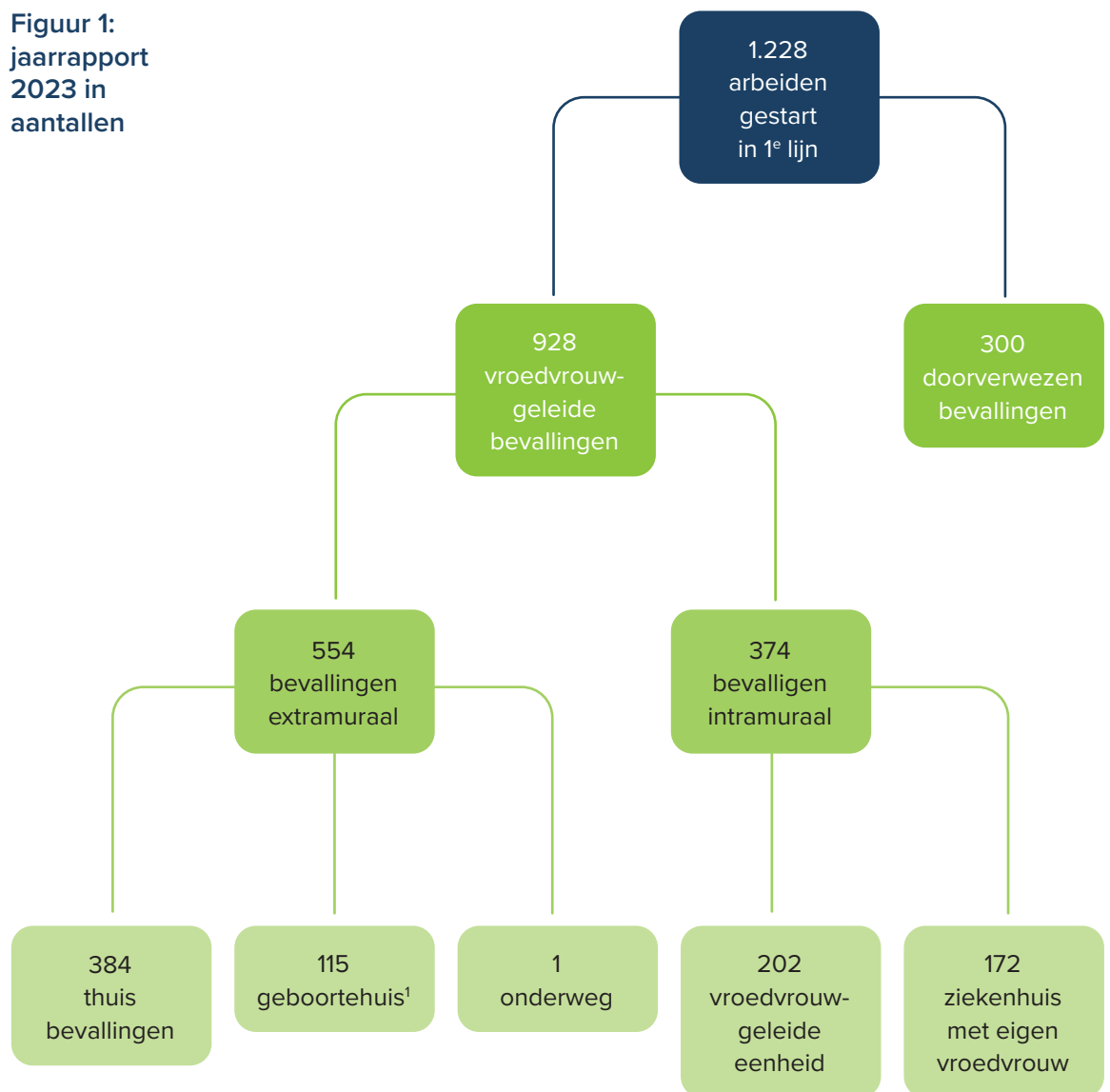


# Samenvatting 2023

98 vroedvrouwen uit 29 vroedvrouwenpraktijken registreerden hun werkzaamheden gedurende het jaar 2023. In totaal registreerden zij 1.228 arbeiden die startten in de eerste lijn waarbij het ook de bedoeling was om bij de vroedvrouw te bevallen. Figuur 1 geeft een overzicht van deze bevallingen weer. In totaal werden 928 bevallingen begeleid onder verantwoordelijkheid van de vroedvrouw. De meeste van deze vroedvrouwgeleide bevallingen

vonden plaats in Vlaanderen, namelijk 582 of 63%. 30% (n=280) van de vroedvrouwgeleide bevallingen vond plaats in het Brussels Hoofdstedelijke Gewest en 6% (n=59) in Wallonië. 300 arbeiden die startten in de eerste lijn (24%) werden intrapartaal doorverwezen naar de tweede lijn. Tabel 1 en 2 geven een overzicht van de belangrijkste maternale en neonatale karakteristieken uit het jaarrapport vroedvrouwgeleide zorg 2023 weer.

**Figuur 1:**  
jaarrapport  
2023 in  
aantallen



<sup>1</sup> De term geboortehuis verwijst hier naar een Freestanding Midwifery-led Unit (FMU), met vroedvrouwgeleide eenheid wordt verwezen naar een Alongside Midwifery-led Unit (AMU)





**Tabel 1: Autonoom door vroedvrouwgeleide bevallingen 2023:  
Maternale karakteristieken**

Graviditeit	68% (n=629) multipare vrouwen 32% (n=299) primipare
Gemiddelde leeftijd van de moeder	32,7 jaar
Duur zwangerschap	99,6% (n=924) zwangerschapsduur tussen 37 en 42 weken
Plaats bevalling	47% (n=438) thuisbevalling
Foetale bewaking	53% (n=495) intermitterend doppler
Breken vliezen	86% (n=795) spontaan breken vliezen
Bevallingshouding	Meest gekozen bevallingshouding op handen en knieën 48% (n=444)
Badbevalling	46% (n=424)
Perineum	Gaaf of mild perineum ruptuur: 97% (n=719)
3 <sup>e</sup> of 4 <sup>e</sup> graad perineumruptuur	2% (n=19)
Episiotomie	1% (n=10)
Geraamd bloedverlies	79% (n=719) minder dan 500ml
Geboorte placenta	77% (n=719) spontane geboorte placenta
Geen maternale complicaties postpartum	87% (n=811) (onbekend: 6%, n=57)

**Tabel 2: Autonoom door vroedvrouwgeleide bevallingen 2023:  
Neonatale karakteristieken**

Geslacht baby	Meisje: 50% (n=467) Jongen: 50% (n=460)
Apgar-score $\geq 7$ na 1 minuut	94% (n=869)
Apgar-score $\geq 7$ na 5 minuten	99% (n=921)
Gemiddeld geboortegewicht	3.531 gram
Totaal reanimatie	4% (n=41) baby's



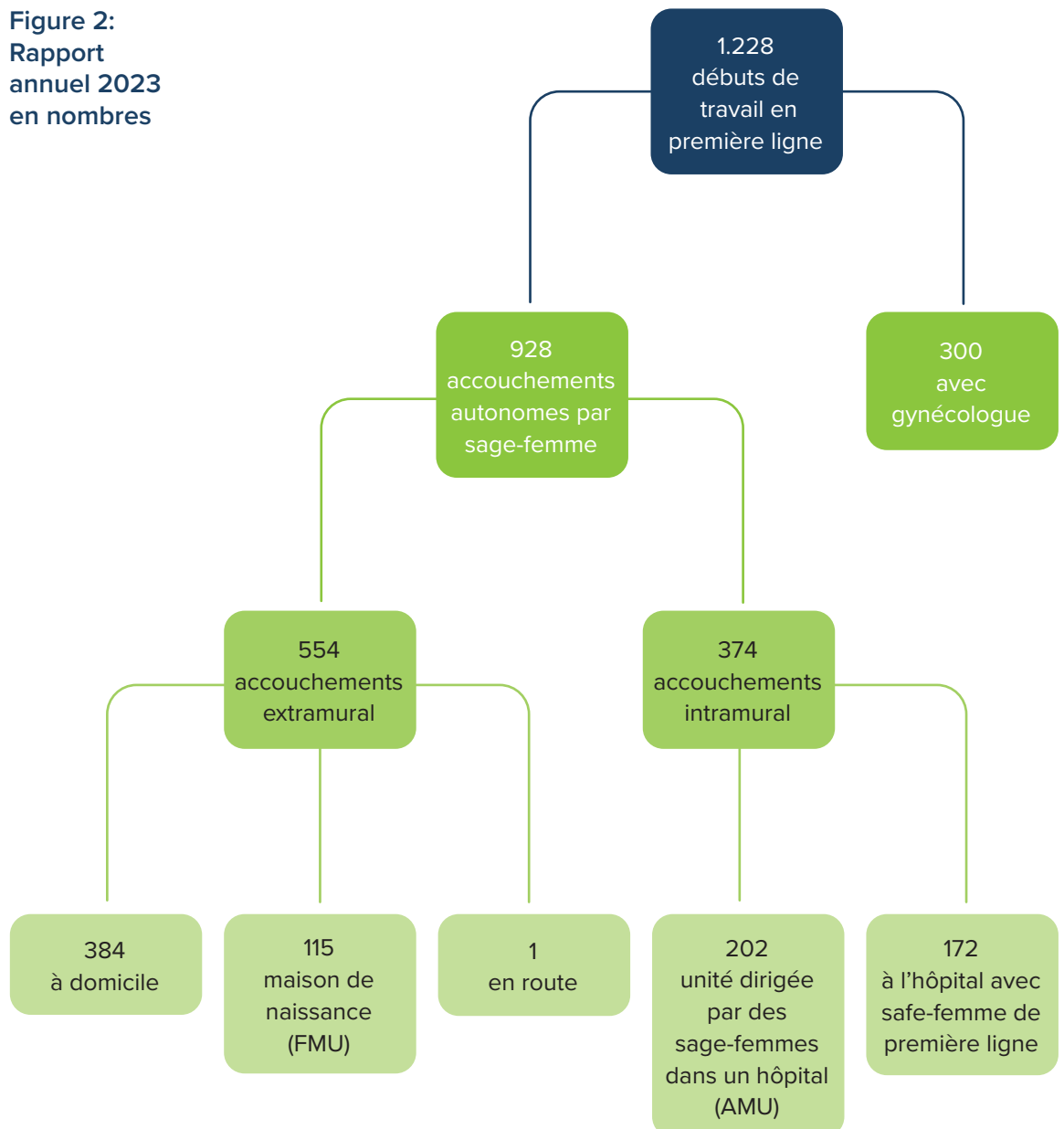


# Résumé 2023

En 2023, vingt-neuf cabinets rassemblant 98 sage-femmes indépendantes ont participé à cette initiative. Au total, les sage-femmes ont enregistré 1.228 débuts de travail en première ligne pour lesquels l'accouchement était initialement prévu sous leur supervision. Au total, 928 accouchements ont été réalisés de manière autonome par une sage-femme (voir la figure 2). La plupart de ces accouchements réalisés par la sage-femme ont eu lieu en Flandre, soit 582 ou 63%. 30%

(n=280) des accouchements réalisés de manière autonome par la sage-femme ont eu lieu dans la Région de Bruxelles-Capitale et 6% (n=59) en Wallonie. 300 femmes ont été transférées vers un hôpital pour des raisons médicales, après quoi l'accouchement a eu lieu sous la supervision du gynécologue. Les tableaux 3 et 4 montrent les principales caractéristiques maternelles et néonatales de tous les accouchements autonomes par sage-femme.

**Figure 2:**  
Rapport  
annuel 2023  
en nombres





**Tableau 3: Des accouchements autonomes par sage-femmes 2023:  
Caractéristiques maternelles**

Multipara/primipara	68% (n=629) multipare 32% (n=299) primipare
Âge moyen	32,7 ans
La durée de la grossesse	99,6% (n=924) entre 37 et 42 semaines
Lieu accouchement	47% (n=438) accouchement à domicile
Surveillance fœtale la plus fréquente :	53% (n=495) doppler intermittent
Rupture de la poche des eaux	86% (n=795) rupture spontanée de la poche des eaux
La position d'accouchement la plus fréquente :	48% (n=444) quatre pattes
Accouchement dans le bain	46% (n=424)
Périnée	Intact ou rupture périnée D1-D2: 97% (n=719)
Rupture périnée D3-D4	2% (n=19)
Épisiotomie	1% (n=10)
Perte de sang estimée	79% (n=719) moins de 500ml
Délivrance	77% (n=719) délivrance spontanée
Pas de complications postnatal	87% (n=811) (inconnu: 6%, n=57)

**Tableau 4: Des accouchements autonomes par sage-femmes 2023:  
Caractéristiques néonatales**

Garçon/fille	Fille: 50% (n=467) Garçon: 50% (n=460)
Apgar après 1 min $\geq 7$	94% (n=869)
Apgar après 5 min $\geq 7$	99% (n=921)
Poids moyen à la naissance	3.531 gramme
Réanimation	4% (n=41)

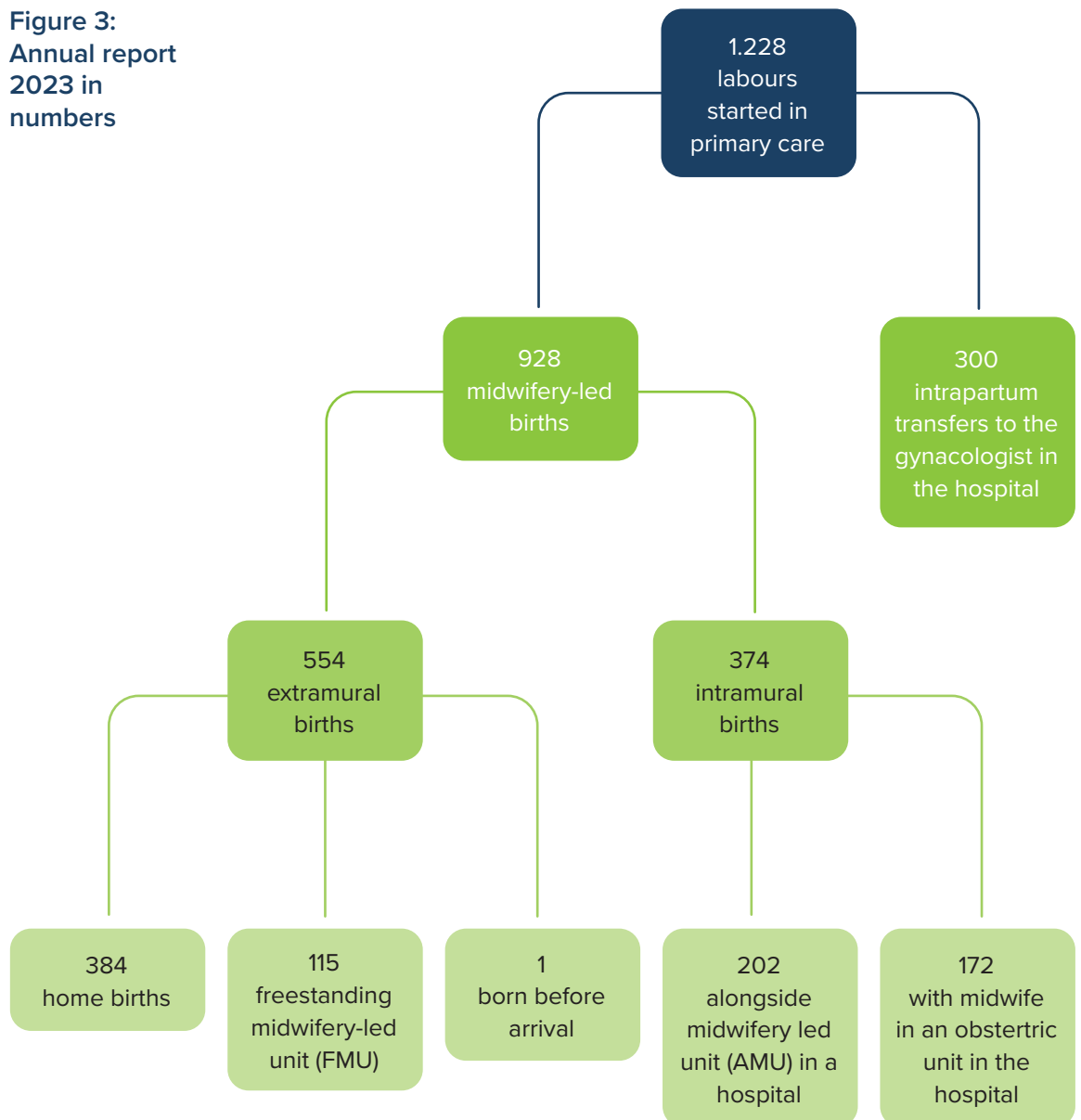


# Summary 2023

In 2023, 98 midwives participated in this registration working within 29 midwifery practices. In total, they registered 1,228 labors that started in primary care where it was also the intention to give birth with the midwife (see figure 3). A total of 928 deliveries were autonomously managed by the midwife. Most of these midwife-led deliveries took place in Flanders, 582 or 63%. 30%

(n=280) of midwife-led births took place in the Brussels Capital Region and 6% (n=59) in Wallonia. 300 births that started in primary care (24%) were referred intrapartum to the gynaecologist in the hospital. Tables 5 and 6 give an overview of the main maternal characteristics and neonatal characteristics of the midwife-led births.

**Figure 3:**  
Annual report  
2023 in  
numbers





**Table 5: Midwife-led births 2023:  
Maternal characteristics**

Multipara/primipara	68% (n=629) multipara 32% (n=299) primipara
Average age	32,7 years
Duration of pregnancy	99,6% (n=924) between 37 and 42 weeks
Place of birth	47% (n=438) homebirths
Method of fetal monitoring most applied:	53% (n=495) intermittent doppler
Rupture of membranes	86% (n=795) spontaneous rupture of membranes
Most frequently choses birth position	48% (n=444) all fours position
Waterbirth	46% (n=424)
Perineum	No or mild perineal trauma: 97% (n=719)
3 <sup>rd</sup> of 4 <sup>th</sup> degree perineum trauma	2% (n=19)
Episiotomy	1% (n=10)
Estimated blood loss	79% (n=719) less than 500ml
Placenta	77% (n=719) physiological birth of the placenta
No maternal complications postpartum	87% (n=811) (unknown: 6%, n=57)

**Table 6: Midwife-led births 2023:  
Neonatal characteristics**

Boy/girl	girl: 50% (n=467) boy: 50% (n=460)
Apgar after 1 min $\geq 7$	94% (n=869)
Apgar after 5 min $\geq 7$	99% (n=921)
Mean birth weight	3.531 gram
Need for reanimation	4% (n=41)





# Inleiding

Elke zwangere vrouw zou vrij moeten kunnen kiezen waar, met wie en hoe ze haar zwangerschap, bevalling en kraamperiode zou willen beleven en laten begeleiden: in het ziekenhuis of thuis, onder leiding van een gynaecoloog of een vroedvrouw. Continuïteit van zorg en zorg die gericht is op de individuele behoeftes, ervaringen en mogelijkheden van de zwangere vrouw, het gezin en de baby dragen bij aan kwaliteitsvolle geboortezorg.

De doelstelling van dit jaarrapport is om de meerwaarde van vroedvrouwgeleide zorg intra- en extramuraal te profileren en epidemiologische gegevens transparant en structureel te rapporteren. Dit is van belang om de bekendheid en de voordelen van dit zorgmodel te bevorderen en de kwaliteit van zorg voor moeder en kind te monitoren. Het rapport maakt het werk van de eerste-lijns vroedvrouw die gezinnen doorheen de gehele periode van zwangerschap, bevalling en kraamperiode begeleiden zichtbaarder, in het bijzonder het werk van de vroedvrouw intrapartum. Dit wordt onderbouwd met cijfers en met de wetenschappelijke evidentie voor de meerwaarde van vroedvrouwgeleide zorg. De klinische uitkomsten voor moeder en kind gerapporteerd in dit rapport liggen volledig in lijn met de internationale wetenschappelijke evidentie. Vroedvrouwgeleide zorg kan als volwaardige en kwaliteitsvolle zorgoptie gezien worden voor laagrisico zwangerschappen; een zorgoptie die breed toegankelijk moet worden voor vrouwen die hier voor willen kiezen, zowel in een extra- als intramurale omgeving.

Dit jaarrapport gaat ook de onder-rapportering van vroedvrouwgeleide zorg tegen in de epidemiologische gegevensregistratie van het Le Centre d'Épidémiologie Périnatale (CEpiP) en het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE). Van de

114.426 geboorten in België geregistreerd door CEpiP en SPE in 2023 waren er 0,8% (n=929) bevallingen begeleid door een vroedvrouw buiten het ziekenhuis. Volgens onze eigen registraties waren in Vlaanderen, Brussel en een klein deel Wallonië 1.228 geplande vroedvrouwgeleide bevallingen waarvan 554 bevallingen buiten het ziekenhuis: 384 thuisbevallingen, 115 bevallingen in een geboortehuis en 1 onderweg. Daarnaast rapporteert dit jaarrapport ook vroedvrouwgeleide bevallingen in het ziekenhuis, een differentiatie die niet wordt gemaakt in de CEpiP en SPE registraties. Het totale aandeel vroedvrouwgeleide geboorten in Vlaanderen en Brussel voor 2023 (n=1.115) berekend op het totale aantal geboorten in Brussel en Vlaanderen in 2023 (n=81.803), bedraagt 1,36%. Het aandeel vroedvrouwgeleide geboorten in België voor 2023 (n=1.228) berekend op het totale aantal geboorten in België in 2023 (n=114.426), bedraagt 1,07%.<sup>2</sup> De cijfers in dit jaarrapport bevestigen dat autonoom door de vroedvrouw begeleide arbeiden en bevallingen intra- en extramuraal nog een kleine rol spelen in het Belgische zorglandschap, maar een groter aandeel omvatten dan tot dusver beschreven in de SPE en CEpiP-registraties.

Een structurele gegevensregistratie van vroedvrouwgeleide zorg is ook belangrijk voor de erkenning door zowel andere beroepsgroepen die betrokken zijn bij de geboortezorg, zoals gynaecologen, kinderartsen, etc... alsook de eigen beroepsgroep en de maatschappij.

Dit rapport draagt bovendien bij aan het ontkrachten van de vooroordelen die leven rond thuis bevallen of bevallen in een extramuraal geboortehuis (Freestanding midwifery unit). Vooroordelen die ontstaan door de onbekendheid van deze vorm van geboortezorg en de grote aandacht voor de schaarse incidenten die plaatsvinden.

<sup>2</sup> Deze vergelijking vormt slechts een ruwe schatting met als doel een beeld te schetsen van de grootorde van het aantal vroedvrouwgeleide bevallingen in vergelijking met het totale aantal bevallingen.



Het blijft van cruciaal belang om jaar na jaar de epidemiologische gegevens van vroedvrouwgeleide zorg te rapporteren, zodat kwaliteit van zorg zorgvuldig gemonitord wordt en de meerwaarde van dit zorgmodel steeds beter met cijfers en evidentie aangetoond kan worden.

Dit jaarrapport start met een overzicht van de arbeiden die startten in de eerste lijn onder leiding van de vroedvrouw en waarbij het ook de bedoeling was om in de eerste lijn te bevallen. Vervolgens wordt een overzicht gegeven van alle bevallingen die effectief onder leiding van de vroedvrouw werden verricht. Daarbij wordt ook een onderscheid gemaakt tussen extramurale (geboortehuis, thuisbevallingen en bevallingen onderweg) en intramurale (in het ziekenhuis ofwel in een verloskunde afdeling met je eigen vroedvrouw ofwel in een vroedvrouwgeleide eenheid) bevallingen. Het rapport rondt af met een overzicht van alle gegevens van de bevallingen die intrapartaal werden doorverwezen naar de tweede lijn, waarbij de gynaecoloog de verantwoordelijkheid overnam van de vroedvrouw.



# Begrippen

## **De Vroedvrouw**

De gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen van 10 mei 2015 bepaalt dat de houder van een beroepstitel van vroedvrouw instaat voor het opvolgen van normale zwangerschappen, het verrichten van normale bevallingen en het verlenen van de eerste zorg aan pasgeboren en gezonde zuigelingen (Belgisch Staatsblad, 2015). Het beroeps- en competentieprofiel van de Belgische vroedvrouw definieert de Belgische vroedvrouw als de gezondheidszorgbeoefenaar die medische verloskundige zorg verleent tijdens preconceptie, zwangerschap, arbeid, bevalling, kraambed en eerste levensfase van het kind. Bij een normaal verlopend reproductief en perinataal proces werkt de vroedvrouw autonoom. De vroedvrouw voert, op basis van klinisch onderzoek, verloskundige handelingen uit, ze begeleidt de bevalling en schrijft de noodzakelijke onderzoeken en geneesmiddelen voor. Zij promoot, ondersteunt en begeleidt de borstvoeding. De vroedvrouw detecteert fysische en psychosociale risico's bij moeder en kind en verwijst indien nodig door naar een arts of een andere gezondheidsbeoefenaar. In dringende gevallen stelt zij de noodzakelijke medische handelingen in afwachting van medische hulp. Bij pathologie handelt de vroedvrouw in samenwerking met de arts en onder diens verantwoordelijkheid. De vroedvrouw kan haar beroep uitoefenen in elke setting, waaronder thuis, de gemeenschap, ziekenhuizen, instellingen of gezondheidsdiensten (Federale raad voor de vroedvrouwen, 2016).

## **Eerstelijnsgezondheidszorg**

Eerstelijnszorg wordt gedefinieerd als de zorg en ondersteuning die zich richt op personen die behoefte hebben aan laagdrempelige, breed toegankelijke, ambulante en generalistische zorg en ondersteuning voor gezondheids- of welzijnsgerelateerde problemen, zowel van fysieke, psychologische als sociale aard, die worden aangeboden door eerstelijnszorgaanbieders, al dan niet

na verwijzing door een andere zorgaanbieder (Vlaamse codex, 2019).

## **Tweedelijnsgezondheidszorg**

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

## **Vroedvrouw in eerste lijn**

Een vroedvrouw in de eerste lijn heeft een gedeeltelijk of volledig zelfstandig statuut. Zij begeleidt de normale, laag risico zwangere vrouw voor, tijdens en na de bevalling. Zij werkt hoofdzakelijk extramuraal of buiten een ziekenhuissetting. Sommige zelfstandige vroedvrouwen begeleiden autonoom thuisbevallingen of bevallingen in een geboortehuis. In samenspraak met sommige ziekenhuizen is het mogelijk dat zelfstandige vroedvrouwen bevallingen begeleiden in het ziekenhuis. Er zijn ook zelfstandige vroedvrouwen die enkel vrouwen pre en/of postnataal begeleiden (De Koster, 2016). Indien er sprake is van een vroedvrouwgeleide eenheid, werken de vroedvrouwen in loondienst, binnen de muren van het ziekenhuis. Vroedvrouwen die autonoom bevallingen doen worden in dit document benoemd als eerstelijnsvroedvrouw. Eerstelijnsvroedvrouwen kunnen dus met name zowel binnen als buiten het ziekenhuis tewerkgesteld zijn.

## **Vroedvrouw in tweede lijn**

Dit zijn de vroedvrouwen die in loondienst werken in een ziekenhuis. Andere benamingen: interne ziekenhuis vroedvrouwen of tweedelijnsvroedvrouwen. Zij werken intramuraal of in een ziekenhuissetting. Hier werken vroedvrouwen voornamelijk uitvoerend en steeds onder supervisie van de gynaecoloog zowel voor het fysiologische luik





als voor het luik pathologie (Federale raad voor de vroedvrouwen, 2016).

### **Vroedvrouwgeleide zorg<sup>3</sup>**

Sandall et al. (2024) definieert vroedvrouwgeleide zorg als het zorgmodel waarbij de vroedvrouw de leidende professional is, in het plannen, organiseren en het uitvoeren van zorg en dit vanaf het moment van een eerste contactname tot en met het einde van de postnatale periode. Dit gebeurt binnen een multidisciplinair netwerk van consultaties en verwijzingen naar en van andere betrokken zorgverleners.

Edmonds et al. (2020) omschrijft vroedvrouwgeleide zorg als een op evidentie gebaseerde strategie van verloskundige zorg. Hierbij wordt de nadruk gelegd op de zorg die de normale fysiologische zwangerschap en bevalling bevordert. Het natuurlijke vermogen van vrouwen wordt hierbij ondersteund om een bevalling te beleven met een minimum en/of afwezigheid van routine interventies. Het is een zorgmodel waarbij de vroedvrouw de primaire zorgverstrekker is bij het verlenen van zorg voor een laag risico zwangerschap.

### **Vroedvrouwgeleide eenheid**

Een vroedvrouwgeleide eenheid of midwifery-led unit (MU) is een locatie die zorg biedt aan gezonde vrouwen met een ongecompliceerde zwangerschap waar de vroedvrouw de primaire verantwoordelijke zorgverstrekker is. Deze midwifery units kunnen zich buiten (Freestanding midwifery unit) of in een ziekenhuis bevinden (Alongside midwifery unit) (European Midwives association, 2018). De vrijstaande vroedvrouwgeleide eenheden die zich lostaand van een ziekenhuis bevinden kennen we het best als het geboortehuis. Deze laatste vorm kennen we het best als het geboortehuis (Edmonds et al., 2020). In 2014 opende in België de eerste vroedvrouwgeleide eenheid of AMU binnen een ziekenhuis, nl. 'de cocon' dat zich vestigde binnen het Erasmusziekenhuis in Brussel (Anderlecht). Het doel van deze eenheid is om vrouwen met een laag risico zwangerschap de keuze te geven voor een

vroedvrouwgeleide zorg binnen de veilige omgeving van een ziekenhuis (Welffens et al., 2020). Een AMU bevindt zich op een andere plek van de reguliere verloskamer en wordt dus fysiek gescheiden van de reguliere verloskamer (Thaels, 2024)

### **Normale geboorte**

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) definieert een normale geboorte als een geboorte die spontaan begint, als laagrisico wordt beschouwd aan de start van de bevalling en zo blijft tijdens de hele bevalling en geboorte. Het kind (éénling) wordt spontaan geboren in een achterhoofdsligging tussen 37 en 42 zwangerschapsweken. Na de bevalling bevinden zowel moeder als kind zich in een goede conditie (World Health Organisation, 1997). De KCE-richtlijn voor goede klinisch praktijk bij laag risico bevalling heeft deze definitie overgenomen. Zij definiëren een geboorte als normaal wanneer zowel de arbeid als de bevalling normaal verlopen en het kind tussen 37 en 42 voldragen zwangerschapsweken spontaan geboren wordt in een vertex positie. Bij een normale geboorte bevinden moeder en kind zich in een goede conditie (Mambourg et al., 2011). Begin dit jaar werd vanuit het KCE een nieuwe richtlijn gepubliceerd 'Doorverwijzing bij het opvolgen van het zwangerschappen met laag risico' (Costa et al., 2023).

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

The International Confederation of Midwives (2014) legt de nadruk op het fysiologische aspect van het geboorteprocés en definieert

<sup>3</sup> Graag refereren we hier naar het dossier 'Open ziekenhuizen'. (Coppens, C., Denys, A., Lynen, M. & Vandeputte, L. (2023). Dossier 'Open ziekenhuizen')



## METHODOLOGISCHE KADER

een normale geboorte als een bevalling die op een spontane, natuurlijke manier begint, wordt voortgezet en voltooid, en waarbij het kind spontaan geboren wordt in een vertex positie, zonder enige chirurgische, medische of farmaceutische interventie.

### **Laagrisico zwangerschap**

Het risicoprofiel van de zwangere vrouw wordt bepaald door de aan- en of afwezigheid van risicofactoren. Een normale zwangerschap heeft een laagrisicoprofiel en wordt gedefinieerd als de afwezigheid van elk identificeerbaar risico dat bijkomende zorg of maatregelen noodzaakt (Dekker et al., 2015). Het National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2017) omschrijft een laag risico zwangerschap, als deze van een gezonde vrouw met een ongecompliceerde zwangerschap die haar arbeid start met een laag risico op het ontwikkelen van intrapartale complicaties.

## POPULATIE

In 2019 zijn er in België 10.501 vroedvrouwen beroepsactief, 68% (n=7.153) van hen

in de Vlaamse gemeenschappen en 32% (n=3.348) in de Waalse gemeenschap. Het merendeel van deze vroedvrouwen (78%, n=8.243) werkt uitsluitend als loontrekken- de, 9% (n=990) uitsluitend als zelfstandige en 12% (n=1.268) combineerd een activiteit als loontrekkende met een activiteit als zelf- standige. Van alle vroedvrouwen die enkel als loontrekkende werken of een gemengd statuut hebben, werkt 81% (n=7.679) in de gezondheidszorg, de overige zijn tewerkge- steld in onderwijs, overheid, welzijn, OCMW of andere instanties (Durand et al., 2022).

Dit jaarrapport bevat een overzicht van alle bevallingen die zelfstandige vroedvrouwen autonoom hebben verricht, hetzij als thuis- bevalling, hetzij in een geboortehuis, hetzij in een ziekenhuis. Hierbij is er ook één vroedvrouwgeleide eenheid die zich binnen de ziekenhuismuren bevindt. Bijkomend worden arbeiden geregistreerd die start- ten onder de verantwoordelijkheid van de vroedvrouw, maar die intrapartaal dienden te verwezen worden naar het ziekenhuis. Omdat deze bevallingen initieel gepland werden om onder de verantwoordelijkheid van de vroedvrouw te bevallen worden

**Tabel 7: Geografisch overzicht vroedvrouwenpraktijken**

<i>Provincie</i>	<i>Aantal praktijken (n=29)</i>	<i>Aantal vroedvrouwen (n=98)</i>
Antwerpen	7	22
Limburg	3	4
Vlaams-Brabant	3	8
Oost-Vlaanderen	6	22
West-Vlaanderen	2	7
Brussel	3	23
Waals-Brabant	3	7
Henegouwen	0	0
Luik	0	0
Luxemburg	0	0
Namen	1	4
Buitenland: Nederland	1	1





deze eveneens geïncludeerd in deze statistieken. Het betreft hoofdzakelijk laag risico zwangerschappen die voldoen aan de criteria om in eerste lijn begeleid te worden. De risicoanalyse gebeurt door de vroedvrouw en de gynaecoloog doorheen de zwangerschap (Mambourg et al., 2011).

Sinds 2021 zijn er een aantal praktijken en vroedvrouwen gestopt met het begeleiden van bevallingen. In 2023 hebben 29 vroedvrouwpraktijken deelgenomen aan deze registratie, wat neerkomt op 98 vroedvrouwen. In vergelijking met vorig jaar is dit opnieuw een daling in het aantal vroedvrouwen. In 2022 waren er nog 112 zelfstandige vroedvrouwen vanuit eveneens 29 praktijken. Doordat er in 2023 een aantal praktijken gestart zijn met registeren, is het aantal vroedvrouwenpraktijken in de statistieken gelijk gebleven. De meeste praktijken uit deze studie situeerden zich in het Vlaams Gewest (72%, n=21), 3 praktijken (10%) situeerden zich in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 4 praktijken (14%) situeerden zich in het Waals gewest. Er is één praktijk die gevestigd is in Nederland en bevallingen begeleidt in België. De praktijken in de provincie Antwerpen waren het meest vertegenwoordigd in deze registratie. Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest vertegenwoordigt het hoogste aantal vroedvrouwen per provincie uit deze studie.

Tabel 7 geeft een geografisch overzicht van de situering van de deelgenomen vroedvrouwenpraktijken en het aantal vroedvrouwen per praktijk.

Onderstaande afbeelding geeft een overzicht weer van de geografische spreiding van de 29 vroedvrouwenpraktijken die deelnamen aan deze registratie.



Met dank aan alle vroedvrouwenpraktijken die deelnamen aan deze registratie:

Aesem	Juno	Amala	La Madrugada
Arche de Noé (Maison de Naissance)		Les Sage-Femmes	Babykriebels
Bolle Buik	Levenslicht	Mama 2-Be	De Bron
De Cocon (AMU)	Pachamama	Moederhuis	Eclore
De Geboortepraktijk	Pandore (Maison de Naissance)	Geboortehuis De Zon	Vroedvrouw E. Janssens
Timoun	Vita Nova	Geboortepad	Geboren in Gent
Geboortehuis Innana	Vroedvrouw L. Leunens	Vroedvrouwen Waasland	Womans Essence
Geboren in de Kempen		Hikketein	



Er zijn geen statistieken beschikbaar over het aantal vroedvrouwen die al dan niet autonoom bevallingen begeleiden. Eveneens is onbekend hoe de verdeling van zelfstandige vroedvrouwen zich verhoudt tussen Vlaanderen en Wallonië. Hierdoor is het moeilijk om de representativiteit van de steekproef voor België vast te stellen. Voor Vlaanderen hebben alle gecontacteerde praktijken (waarvan de contactgegevens gekend zijn door de werkgroep 'vroedvrouwgeleide zorg' van de VBOV vzw) deelgenomen aan deze registratie. Er kan niet met volledige zekerheid worden gesteld dat deze registratie alle praktijken in Vlaanderen omvat, waarbij vroedvrouwen autonoom bevallingen uitvoeren. In 2020 nam slechts één praktijk uit Wallonië deel aan de registratie. Voor 2021 waren dit drie praktijken, in 2022 is dit gestegen naar zeven praktijken. In 2023 namen 4 praktijken uit Wallonië deel, hiervan zijn een aantal praktijken uit 2022 gefuseerd. Met de verdere verspreiding van de oproep van deze registratie via Union Professionnelle des Sage-femmes Belges willen we de komende jaren het aantal praktijken in Wallonië dat deelneemt aan de registratie verhogen.

### VERGELIJKING MET SPE

In 2023 werden door het Studiecentrum Perinatale Epidemiologie (SPE) 60.298 moeders en 61.222 geboorten geregistreerd in Vlaanderen en UZ Brussel, waarvan 59.388 enkelvoudige geboorten en 910 meervoudige geboorten. Door het 'le Centre d'Épidémiologie Périnatale' (CEpiP) werden in datzelfde jaar 20.207 moeders en 20.581 geboorten geregistreerd in Brussel, waarvan 19.844 enkelvoudige en 737 meervoudige geboorten. In 2023 registreerde CapiP in Wallonië 32.125 moeders en 32.623 geboorten, waarvan 31.125 enkelvoudige en 989 meervoudige geboorten. De steekproef in dit jaarrapport bedraagt 1.228 moeders en geboortes en strekt zich voornamelijk uit over Vlaanderen en Brussel en voor een klein gedeelte Wallonië.

### DATA VERZAMELING

Onderstaande tabel 8 geeft een overzicht van de geregistreerde variabelen weer (zie ook bijlage 1 voor het registratieformulier).

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

De gegevens die worden verzameld zijn gebaseerd op de registraties van de perineale activiteiten die worden gedaan door SPE in Vlaanderen en CEpiP in Wallonië. Aangevuld met variabelen waarvoor registratiegaten door vroedvrouwen zelf worden ervaren in de praktijk. Jaarlijks wordt het registratieformulier geoptimaliseerd aan de hand van de feedback door vroedvrouwen. Bij dit alles wordt rekening gehouden met de regelgeving rond de "Algemene verordening gegevensbescherming" beter bekend als GDPR. Alle gegevens worden verzameld en anoniem verwerkt. Elke bevalling krijgt een nummer toegedeeld en elke vroedvrouwenpraktijk een lettercode.

De implementatie naar de praktijk gebeurt door de verspreiding van de link van het online registratieformulier naar alle zelfstandige vroedvrouwen en praktijken in Vlaanderen en Brussel waarvan de contactgegevens door de VBOV-werkgroep 'vroedvrouwgeleide geboortezorg' gekend zijn. Via deze link konden vroedvrouwen elke arbeid en/of bevalling die zij hebben begeleid in het jaar 2023 registreren. De registratie door de vroedvrouwen gebeurt op vrijwillige basis. Elke vroedvrouw registreert conform de manier van werken binnen de eigen praktijk en vult het registratieformulier naar eer en geweten in. De verwerking van deze registraties gebeurt door de VBOV.



Tabel 8: Geregistreeerde variabelen 2023

<b>Algemene gegevens</b>	
Moedertaal	Bevallingsplaats
Leeftijd moeder	Provincie
Ontstaan zwangerschap	BMI-moeder
Graviditeit/pariteit	Relaties moeder
Geplande plaats bevalling	Verantwoordelijke bevalling
	Vaginal birth after cesarean (VBAC)
<b>Vroedvrouwgeleide bevallingen</b>	<b>Neonatale gegevens</b>
Graviditeit	Geslacht
Plaats bevalling	Gewicht
Duur zwangerschap	Apgar-score
Foetale bewaking	Reanimatie
Breken vliezen	Transfer neonatologie
Kleur vruchtwater	Extra observatie nodig
Ligging baby	
Bevallingshouding	
Badbevalling	
Perineum	
Placentaire fase	
Afklemmen navelstreng	
Bloedverlies	
GBS- diagnostiek/profylaxe	
<b>Doorverwijzing postnataal: matернаal</b>	<b>Neonatale gegevens</b>
Graviditeit	Geslacht
Reden doorverwijzing intrapartaal:	Gewicht
Stagnatie	Apgar-score
Dringende doorverwijzing	Reanimatie
Overige	Extra observatie nodig
Epidurale	
Bevalling na doorverwijzing	
Perineum	
Placentaire fase	
Bloedverlies	

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





# 2023 in cijfers

## Algemene maternale en neonatale karakteristieken waarbij arbeid gestart werd bij de vroedvrouw (n=1.228)

In 2023 zijn 1.228 arbeiden gestart in de eerste lijn met de bedoeling om ook in de eerste lijn bij de vroedvrouw te bevallen. Hiervan zijn er 928 bevallingen effectief autonoom begeleid door de vroedvrouw. Een kwart van deze bevallingen (24%, n=300) werd tijdens de arbeid doorverwezen naar de gynaecoloog. Hieronder zullen de algemene karakteristieken van deze 1.228 arbeiden worden beschreven.

## ALGEMENE GEGEVENS

### SOCIO-DEMOGRAFISCHE KARAKTERISTIEKEN MOEDER

Tabel 9 geeft een overzicht van de socio-demografische karakteristieken van de moeders. Iets meer dan de helft van de moeders sprak Nederlands (51%, n=631), 32% van de moeders was Franstalig (n=394). In deze registratie waren de meeste vrouwen waarvan de arbeid en/of bevalling door een vroedvrouw begeleid werd afkomstig uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (28%, n=339) gevolgd door Antwerpen

Tabel 9: Algemene gegevens: socio-demografische karakteristieken moeder

Algemene gegevens	% (n=1.228)	Algemene gegevens	% (n=1.228)
<b>Moedertaal</b>		<b>Woonplaats moeder</b>	
Nederlands	51% (n=631)	Brussels hoofdstedelijk gewest	28% (n=339)
Frans	32% (n=394)	Vlaams-brabant	13% (n=157)
Engels	2% (n=23)	Antwerpen	21% (n=262)
Duits	0,5% (n=6)	Limburg	4% (n=51)
Andere taal	4% (n=43)	West-Vlaanderen	5% (n=58)
Onbekend	11% (n=131)	Oost-Vlaanderen	14% (n=173)
<b>Relaties</b>		Waals-Brabant	4,5% (n=55)
Alleenstaand	2% (n=19)	Luik	0,5% (n=6)
Feitelijk samenwonend	17% (n=209)	Namen	2% (n=23)
Wettelijk samenwonend	18% (n=223)	Henegouwen	2% (n=26)
Gehuwd	30% (367)	Luxemburg	0% (n=3)
Onbekend	33% (n=405)	Onbekend	6% (n=75)
Andere	0% (n=5)		



(21%, n=262). Op het vlak van relaties waren er geen gegevens bekend bij 33% (n=405) van de moeders; 30% (n=367) gaf aan gehuwd te zijn.

### VERANTWOORDELIJKE ZORGVERLENER EN PLAATS VAN DE BEVALLING

Tabel 10 gaat dieper in op de verantwoordelijke en plaats van bevalling. Voorafgaand aan de bevalling werd de geplande plaats van bevalling bevestigd. De overgrote meerderheid (99%, n=1.213) gaf aan onder de verantwoordelijkheid van de vroedvrouw te willen bevallen. Een kleine minderheid 1% (n=5) plande een bevalling in het ziekenhuis, begeleid door een gynaecoloog, hoewel deze bevallingen uiteindelijk toch plaatsvonden onder de verantwoordelijkheid van de vroedvrouw.

Gekeken naar de plaats van bevalling vonden de meeste bevallingen uit deze registratie plaats thuis onder begeleiding van de vroedvrouw (36%, n=438). Bijna 10% van de bevallingen (n=115) werd begeleid in een geboortehuis door een vroedvrouw, 0,08% (n=1) van de bevallingen werd geregistreerd met een bevallingsplaats 'onderweg'. Binnen de ziekenhuismuren werden 14% (n=172) bevallingen begeleid door een eerstelijns vroedvrouw in een ziekenhuis en 16% (n=202) van de bevallingen vonden plaats in een vroedvrouwgeleide eenheid binnen een ziekenhuis. Er werden 24% (n=300) bevallingen doorverwezen en verder opgevolgd door de gynaecoloog in het ziekenhuis.

### BIOMEDISCHE GEGEVENS MOEDER

Er waren in totaal meer multipare vrouwen (56%, n=683) dan primipare vrouwen (44%, n=545) (zie tabel 11). De gemiddelde leeftijd voor een primipara bedroeg 31,8 jaar, met een range tussen 20 en 43 jaar. De gemiddelde leeftijd van een multipara bedroeg 33 jaar met een range tussen 21 en 46 jaar. Zowel bij de primipare vrouwen als bij de multipare vrouwen was er niemand jonger dan 18 jaar. In beide groepen lag het hoogste aantal in de leeftijdsgroep 30 tot 39 jaar, dit bedroeg 64% (n=351) in de groep primipara en 75% (n=514) in de groep multipare vrouwen. Het aandeel vrouwen met een leeftijd boven de 39 jaar lag hoger in de

**Tabel 10: Algemene gegevens: verantwoordelijke zorgverlener en plaats bevalling**

Algemene gegevens	% (n=1.228)
<b>Geplande plaats bevalling</b>	
Geboortehuis	37% (n=459)
Thuis	36% (441)
Ziekenhuis met vroedvrouw	21% (n=255)
Ziekenhuis met gynaecoloog	1% (n=15)
Vroedvrouwgeleide eenheid	0% (n=0)
Onbekend	5% (n=58)
<b>Bevallingsplaats</b>	
Geboortehuis	9% (n=115)
Thuis	36% (n=438)
Ziekenhuis met vroedvrouw	14% (n=172)
Ziekenhuis met gynaecoloog	24% (n=300)
Onderweg	0% (n=1)
Vroedvrouwgeleide eenheid	16% (n=202)
<b>Verantwoordelijke bevalling</b>	
Vroedvrouw	76% (n=928)
Gynaecoloog	24% (n=300)

groep multipare vrouwen (5%, n=37), dan in de groep primipare vrouwen (3%, n=18).

Dit jaar werd ook het BMI of de Body Mass Index van de moeders geregistreerd. De meeste vrouwen (70%, n=865) hadden een BMI die zich bevond tussen 18,5 - 24,9 kg/m<sup>2</sup>. Slechts 5% of 62 moeders hadden een BMI hoger dan  $\geq 30,0$  kg/m<sup>2</sup>.





### VERLOSKUNDIGE VARIABELEN

Van de 1.228 bevallingen die werden geregistreerd had 18% (n=218) een miskraam en 7% (n=85) een abortus in voorgeschiedenis (zie tabel 12). De meerderheid van de zwangerschappen (88%, n=1.086) is spontaan ontstaan. Er waren 6 vrouwen (0,33%) met een sectio in voorgeschiedenis. Het aantal vaginale bevallingen na een sectio

bedroeg 100%. Vijf van deze bevallingen vond plaats in het ziekenhuis, 2 werden begeleid door de gynaecoloog en 3 door de vroedvrouw. De ene bevalling die niet in een ziekenhuis plaatsvond stond gepland in het ziekenhuis met de gynaecoloog maar vond onverwacht thuis plaats. Alle baby's hadden een Apgar-score van 7 of meer na 1 en 5 minuten na de bevalling.

**Tabel 11: Algemene gegevens: biomedische gegevens moeder**

<i>Algemene gegevens</i>	<i>% (n=1.228)</i>
<b>Pariteit</b>	
Primipara	44% (n=545)
Multipara	56% (n=683)
<b>Leeftijd Primipara</b>	
< 18 jaar	0% (n=0)
18 – 29 jaar	28% (n=150)
30 – 39 jaar	64% (n=351)
>39 jaar	3% (n=18)
Onbekend	5% (n=26)
<b>Leeftijd Multipara</b>	
< 18 jaar	0% (n=0)
18 – 29 jaar	13% (n=86)
30 – 39 jaar	75% (n=514)
>39 jaar	5% (n=37)
Onbekend	7% (n=46)
<b>BMI</b>	
< 18,5 kg/m <sup>2</sup>	3% (n=38)
18,5 - 24,9 kg/m <sup>2</sup>	70% (n=865)
25 - 29,9 kg/m <sup>2</sup>	15% (n=182)
≥ 30,0 kg/m <sup>2</sup>	5% (n=62)
Onbekend	7% (n=81)

**Tabel 12: Algemene gegevens: verloskundige variabelen**

<i>Verloskundige variabelen</i>	<i>% (n=1.228)</i>
<b>Miskraam in anamnese</b>	
Miskraam	18% (n=218)
Abortus	7% (n=85)
Abortus en miskraam	2% (n=21)
Geen	68% (n=833)
Onbekend	6% (n=71)
<b>Ontstaan zwangerschap</b>	
Spontaan	88% (n=1086)
Hormonaal	1% (n=11)
ICSI of intracytoplasmatische sperma-injectie	2% (n=21)
IVF of invitrofertilisatie	1,5% (n=18)
KI of kunstmatige inseminatie	1% (n=10)
IUI of Intra-Uteriene inseminatie	1% (n=11)
Onbekend	5,5% (n=71)
<b>Sectio in anamnese</b>	
VBAC	0,33% (n=6)





# Bevallingen begeleid door een vroedvrouw in België in 2023

## Algemene karakteristieken autonoom vroedvrouwgeleide bevallingen

### PLAATS BEVALLING

In 2023 werden 928 bevallingen begeleid door een vroedvrouw. Twee derde van deze bevallingen (n=554) vond plaats buiten het ziekenhuis (zie tabel 13). Een derde of 40% werd begeleid door een vroedvrouw in het ziekenhuis.

Tabel 13: Plaats bevalling	
Plaats	% (n=928)
Buiten het ziekenhuis	60% (n=554)
Thuis	47% (n=438)
Geboortehuis	12% (n=115)
Onderweg	0,1% (n=1)
In een ziekenhuis	40% (n=374)
Ziekenhuis met eigen vroedvrouw	19% (n=172)
Vroedvrouwgeleide eenheid	22% (n=202)

Tabel 15: Pariteit autonoom vroedvrouwgeleide bevallingen	
Graviditeit	% (n=928)
Primipara	32% (n=299)
Multipara	68% (n=629)
Onderweg	0,1% (n=1)

Onderstaande tabel 14 geeft het aantal bevallingen per provincie weer, ook voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Deze tabel werd opgesteld op basis van de provincie waarin de desbetreffende vroedvrouwenpraktijk zich bevindt.

### PARITEIT

De meerderheid van de autonoom vroedvrouwgeleide bevallingen waren multipare zwangerschappen (68%, n=629) (zie tabel 15). Het aantal primipare zwangerschappen waarvan de bevalling werd begeleid door de vroedvrouw bedroeg 32% (n=299).

Tabel 14: Aantal bevallingen per provincie op basis van locatie vroedvrouw	
Locatie	% (n=928)
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	30% (n=281)
Vlaams-Brabant	10% (n=96)
Antwerpen	23% (n=209)
Limburg	4% (n=39)
West-Vlaanderen	12% (n=111)
Oost-Vlaanderen	14% (n=127)
Waals-Brabant	3% (n=30)
Luik	0% (n=0)
Namen	3% (n=28)
Henegouwen	0% (n=0)
Luxemburg	0% (n=0)
Buitenland	1% (n=7)





Tabel 16 geeft een opdeling in pariteit weer voor de plaats van bevalling. Ook hier kan eenzelfde trend worden vastgesteld tussen de bevallingslocaties, namelijk het aantal primipara bevallingen ligt overal lager dan het aantal multipara bevallingen.

**DUUR ZWANGERSCHAP EN LIGGING BABY**

De meeste registraties (99,6%, n=924) hadden een zwangerschapsduur tussen 37

en 42 weken. Vier registraties (0,4%) hadden een zwangerschapsduur van minder dan 37 weken (zie tabel 17). Het merendeel van de registraties vroedvrouwgeleide bevallingen werd gekenmerkt door een achterhoofdsligging (94%, n=868). Bij 65% (n=599) was er sprake van een achterhoofdsligging achterhoofd voor, bij 7% (n=69) was er een achterhoofdsligging met achterhoofd achter en bij 22% (n=200) werd de achterhoofdsligging niet gespecificeerd.

**Tabel 16: Pariteit en plaats bevalling autonoom vroedvrouwgeleide bevalling**

Pariteit	Buiten ziekenhuis (n=554, 60%)			In ziekenhuis (n=374, 40%)	
	Thuis n=438	Geboortehuis (FMU) n=115	Onderweg n=1	ZH met eigen vroedvrouw n=172	Vroedvrouwgeleide eenheid (AMU) n=202
Primipara	26% (n=112)	36% (n=41)	0% (n=0)	37% (n=64)	48% (n=82)
	Som primi extramuraal: 16% (n=153)			Som multi intramuraal: 16% (n=146)	
Multipara	74% (n=326)	64% (n=74)	100% (n=1)	53% (n=108)	59% (n=120)
	Som multi extramuraal: 43% (n=401)			Som multi intramuraal: 25% (n=228)	

**Tabel 17: Algemene kenmerken autonoom vroedvrouwgeleide bevallingen**

Duur zwangerschap	% (n=928)
<37 weken	0,4% (n=4)
37-42 weken	99,6% (n=924)
>42 weken	0% (n=0)
Ligging baby	% (n=928)
Achterhoofd voor	65% (n=599)
Achterhoofd achter	7% (n=69)
Achterhoofdsligging	22% (n=200)
Anders: asynclitisme, kruinligging, stuitligging	0,3% (n=3)
Onbekend	6% (n=57)





## Gegevens arbeid autonoom vroedvrouwgeleide bevallingen

### VLIEZEN EN VRUCHTWATER

Als we kijken naar het totaal van alle vroedvrouwgeleide bevallingen had meer dan 86% een spontaan breken van de vliezen. Één procent of 10 baby's werden geboren in de vliezen. Gekeken naar de kleur van het vruchtwater had 66% (n=610) helder gekleurd vruchtwater. Tabel 18 geeft een overzicht van het breken van de vliezen en de kleur van het vruchtwater.

Tabel 19 geeft het breken van de vliezen en de kleur van vruchtwater weer opgedeeld op basis van de plaats van bevalling. Er kan een éézelfde trend worden waargenomen tussen de verschillende bevallingslocaties waarbij de meerderheid een spontaan breken van de vliezen had. Eveneens is dit het geval op het vlak van de kleur van het vruchtwater, met uitzondering van de vroedvrouwgeleide eenheid waarbij dit niet bekend is.

Tabel 18: Breken vliezen

<b>Breken vliezen</b>	<b>% (n=928)</b>
Spontaan	86% (n=795)
PROM	3% (n=24)
AROM	4% (n=41)
Geboren in de vliezen	1% (n=10)
Onbekend	6% (n=58)
<b>Kleur vruchtwater</b>	<b>% (n=928)</b>
Normaal: helder	66% (n=610)
Meconium <sup>4</sup>	6% (n=52)
Bloederig of getint	0,7% (n=7)
Onbekend	28% (n=259)

<sup>4</sup> De aanwezigheid van meconiumhoudend vruchtwater betreft voornamelijk tijdens de uitdrijving en niet tijdens de arbeid.

Tabel 19: Breken vliezen, kleur vruchtwater en locatie bevalling

	<b>Buiten ziekenhuis (n=554, 60%)</b>			<b>In ziekenhuis (n=374, 40%)</b>	
	Thuis n=438	Geboortehuis (FMU) n=115	Onderweg n=1	ZH met eigen vroedvrouw n=172	Vroedvrouwgeleide eenheid (AMU) n=202
<b>Breken vliezen</b>					
Spontaan	86% (n=377)	83% (n=95)	100% (n=1)	77% (n=133)	94% (n=189)
	Som SROM extramuraal: 51% (n=473)			Som SROM intramuraal: 35% (n=322)	
PROM	3% (n=15)	1% (n=1)	0% (n=0)	4% (n=7)	0% (n=1)
Geboren in de vliezen	1% (n=5)	1% (n=1)	0% (n=0)	2% (n=4)	0% (n=0)
Onbekend	7% (n=32)	14% (n=16)	0% (n=0)	6% (n=10)	0% (n=0)
<b>Kleur vruchtwater</b>					
Helder	85% (n=373)	77% (n=89)	0% (n=0)	85% (n=146)	1% (n=2)
	Som helder extramuraal: 50% (n=462)			Som helder intramuraal: 16% (n=148)	
Meconium	6% (n=31)	6% (n=7)	100% (n=1)	9% (n=15)	0% (n=0)
Bloederig of getint	0% (n=2)	3% (n=3)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)
Onbekend	7% (n=32)	14% (n=16)	0% (n=0)	6% (n=11)	99% (n=200)



**FOETALE BEWAKING**

Voor de bewaking van de foetale harttonen werd bij meer dan de helft van de autonoom door vroedvrouwgeleide bevallingen (53%, n=495) gekozen voor intermitterende auscultatie via doptone (zie tabel 20). Bij 21% (n=191) werd gekozen voor intermitterende auscultatie via CTG en doptone.

Tabel 21 geeft de foetale bewaking weer per locatie bevalling. Buiten het ziekenhuis werd hoofdzakelijk gekozen voor intermitterende auscultatie via doptone. Meer specifiek werd er in een thuissetting bij 85% van de bevallingen gebruik gemaakt van doptone, in een geboortehuis was dit 54%. In het ziekenhuis werd voornamelijk de combinatie van intermitterende auscultatie met CTG met doptone gebruikt.

**Tabel 20: foetale bewaking**

Foetale bewaking	% (n=928)
Intermitterend Doptone	53% (n=495)
Intermitterend CTG	9% (n=80)
CTG + doptone	21% (n=191)
Continu CTG	2% (n=22)
Andere combinatie	2,4% (n=19)
Onbekend	10% (n=93)
Geen FHT kunnen luisteren wegens te snelle bevalling	3% (n=28)

**Tabel 21: Foetale bewaking en plaats bevalling autonoom vroedvrouwgeleide bevallingen**

Foetale bewaking	Buiten ziekenhuis (n=554, 60%)			In ziekenhuis (n=374, 40%)	
	Onderweg n=1	ZH met eigen vroedvrouw n=172	Vroedvrouwgeleide eenheid (AMU) n=202	ZH met eigen vroedvrouw n=172	Vroedvrouwgeleide eenheid (AMU) n=202
Intermitterend doppler	85% (n=372)	54% (n=62)	100% (n=1)	35% (n=60)	0% (n=0)
	Som doppler extramuraal: 47% (n=453)			Som doptone intramuraal: 6% (n=60)	
Intermitterend CTG	1% (n=6)	29% (n=33)	0% (n=0)	23% (n=39)	1% (n=2)
	Som intermitterend CTG extramuraal: 7% (n=39)			Som intermitterend CTG intramuraal: 4% (n=41)	
CTG + doptone	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	15% (n=26)	82% (n=165)
	Som CTG + doptone extramuraal: 0% (n=0)			Som CTG + doptone intramuraal: 21% (n=191)	
Continu CTG	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	13% (n=22)	0% (n=0)
Andere combinaties	0% (n=1)	3% (n=3)	0% (n=0)	9% (n=15)	0% (n=0)
Onbekend	7% (n=32)	15% (n=17)	0% (n=0)	5% (n=9)	17% (n=35)
	Som onbekend extramuraal: 5% (n=49)			Som onbekend intramuraal: 5% (n=44)	
Geen FHT kunnen luisteren wegens te snelle bevalling	6% (n=27)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=1)	0% (n=0)





## Gegevens bevalling autonoom vroedvrouwgeleide bevallingen

### BEVALLINGSHOUDING

Er is een grote variëteit in bevallingshouding bij de vroedvrouwgeleide bevallingen uit deze registratie. Dit toont de bewegingsvrijheid van de moeders tijdens de arbeid. Meer dan de helft van de mama's koos voor een opwaartse bevallingshouding. Waarbij bijna de helft of 48% van alle vrouwen beviel op handen en knieën.

Tabel 23 geeft de bevallingshouding weer per locatie van bevalling. De bevallingshouding op handen en knieën werd het meest gekozen door alle vrouwen ongeacht de locatie van bevallen. Ook hier zien we terug een grote variatie in houdingen voor alle vroedvrouwgeleide bevallingen zowel intra- als extramuraal.

Tabel 22: Bevallingshouding

Bevallingshouding	% (n=928)
Baarkruk	1% (n=7)
Handen-knieën	48% (n=444)
Hurk	7% (n=61)
Kruk-Zit	5% (n=51)
Knielend	1% (n=5)
Liggend in bad	8% (n=79)
Lithotomie zonder beensteunen	8% (n=73)
Lithotomie met beensteunen	1% (n=5)
Staand	3% (n=29)
Zijlig	13% (n=123)
Zittende houding	6% (n=49)
Onbekend	0% (n=2)

Tabel 23: Bevallingshouding en locatie van bevalling

Bevallingshouding	Buiten ziekenhuis (n=554, 60%)			In ziekenhuis (n=374, 40%)	
	Geboortehuis (FMU) n=115	Onderweg n=1	ZH met eigen vroedvrouw n=172	Vroedvrouwgeleide eenheid (AMU) n=202	Vroedvrouwgeleide eenheid (AMU) n=202
Baarkruk	0% (n=2)	4% (n=5)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)
Handen-knieën	50% (n=221)	38% (n=44)	0% (n=0)	41% (n=70)	54% (n=109)
	Som handen-knieën extramuraal: 29% (n=265)			Som handen-knieën intramuraal: 20% (n=265)	
Hurk	8% (n=34)	14% (n=16)	0% (n=0)	6% (n=11)	0% (n=0)
Kruk-zit	9% (n=38)	4% (n=5)	0% (n=0)	5% (n=8)	0% (n=0)
Knielend	1% (n=4)	1% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)
Liggend in bad	10% (n=43)	8% (n=9)	0% (n=0)	11% (n=20)	3% (n=7)
	Som liggend in bad extramuraal: 6% (n=52)			Som liggend in bad intramuraal: 3% (n=27)	
Lithotomie zonder beensteunen	6% (n=26)	10% (n=12)	0% (n=0)	0% (n=1)	0% (n=0)
Lithotomie in beensteunen	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	14% (n=24)	1% (n=11)
Staand	3% (n=12)	3% (n=4)	0% (n=0)	3% (n=5)	0% (n=0)
Zijlig	12% (n=52)	15% (n=17)	0% (n=0)	5% (n=8)	2% (n=5)
	Som zijlig extramuraal: 8% (n=69)			Som zijlig intramuraal: 6% (n=54)	
Zittende houding	1% (n=6)	1% (n=1)	100% (n=1)	14% (n=24)	3% (n=30)
Onbekend	0% (n=0)	1% (n=1)	0% (n=0)	1% (n=1)	20% (n=40)



**BADBEVALLING**

Bijna de helft van de moeders (46%) uit deze registratie koos voor een badbevalling. Gekeken naar de locatie van bevalling en de keuze om in bad te bevallen zien we weinig verschillen in percentages tussen de bevallingslocatie. Zowel in als buiten het ziekenhuis kregen vrouwen de vrijheid om de keuze te maken voor een badbevalling.

**Tabel 24: Badbevalling autonoom vroedvrouwgeleide bevallingen**

<b>Badbevalling</b>	<b>% (n=928)</b>
Ja	46% (n=424)
Nee	54% (n=504)

**Tabel 25: Badbevalling en locatie bevalling**

<b>Bad-bevalling</b>	<b>Buiten ziekenhuis (n=554, 60%)</b>			<b>In ziekenhuis (n=374, 40%)</b>	
	Thuis n=438	Geboortehuis (FMU) n=115	Onderweg n=1	ZH met eigen VV n=172	Vroedvrouwgeleide eenheid (AMU) n=202
Ja	47% (n=206)	44% (n=51)	0% (n=0)	42% (n=72)	47% (n=95)
	Som in bad extramuraal: 28% (n=257)			Som in bad intramuraal: 18% (n=167)	
Nee	53% (n=232)	56% (n=64)	100% (n=1)	58% (n=100)	53% (n=107)
	Som <u>niet</u> in bad extramuraal: 32% (n=297)			Som <u>niet</u> in bad intramuraal: 22% (n=207)	



## PIJNSTILLING TIJDENS DE BEVALLING

In het algemeen werd er heel weinig pijnstilling toegediend bij een bevalling autonoom begeleid door de vroedvrouw. Slechts 3% van alle vrouwen kreeg pijnstilling toegediend. De twee vrouwen (0%) die buiten het ziekenhuis pijnstilling kregen, kregen 100% kalinox of lachgas toegediend. De 7% vrouwen die pijnstilling kregen tijdens de arbeid in het ziekenhuis, was dit 37% kalinox of lachgas, 52% epidurale verdoving of 11% niet bekend welke pijnstilling er werd toegediend.

**Tabel 26: Pijnstilling autonoom vroedvrouwgeleide bevallingen**

<b>Pijnstilling</b>	<b>% (n=928)</b>
Ja	3% (n=29)
Nee	87% (n=811)
Onbekend	9% (n=88)

**Tabel 27: Pijnstilling en locatie bevalling**

<b>Pijnstilling</b>	<b>Buiten ziekenhuis (n=554, 60%)</b>			<b>In ziekenhuis (n=374, 40%)</b>	
	Thuis n=438	Geboortehuis (FMU) n=115	Onderweg n=1	ZH met eigen VV n=172	Vroedvrouwgeleide eenheid (AMU) n=202
Ja	0% (n=0)	2% (n=2)	0% (n=0)	8% (n=14)	6% (n=13)
	Totaal pijnstilling extramuraal: 0% (n=2)			Totaal pijnstilling intramuraal: 3% (n=27)	
Nee	92% (n=405)	82% (n=94)	100% (n=1)	71% (n=122)	94% (n=189)
	Totaal <u>geen</u> pijnstilling extramuraal: 54% (n=500)			Totaal <u>geen</u> pijnstilling intramuraal: 33% (n=311)	
Onbekend	8% (n=33)	17% (n=19)	0% (n=0)	21% (n=36)	0% (n=0)
	Totaal onbekend pijnstilling extramuraal: 6% (n=52)			Totaal onbekend pijnstilling intramuraal: 4% (n=36)	



## Direct postpartum autonoom vroedvrouwgeleide bevallingen

### PLACENTAIRE FASE

Er werd bij 77% (n=719) van alle vroedvrouwgeleide bevallingen geopteerd voor een spontaan beleid in de placentaire fase (zie tabel 29). Bij 10% van alle vroedvrouwgeleide bevallingen (n=94) werd gekozen voor een actief beleid, nl. het onmiddellijk toedienen van oxytocine.

Gekeken naar de locatie van bevalling en het placentair beleid zien we overwegend een spontane geboorte van de placenta. Extramuraal werd iets meer geopteerd voor een actief beleid ten opzichte van intramuraal (47% vs 31%).

**Tabel 29: Placentaire fase autonoom vroedvrouwgeleide bevallingen**

<i>Placentaire fase</i>	<i>% (n=928)</i>
Spontaan	77% (n=719)
Spontaan, gevolgd door actief beleid	5% (n=51)
Actief beleid	10% (n=94)
Manuele revisie	1% (n=7)
Onbekend	6% (n=57)

**Tabel 30: Placentaire fase en locatie bevalling**

<i>Placentaire fase</i>	<i>Buiten ziekenhuis (n=554, 60%)</i>			<i>In ziekenhuis (n=374, 40%)</i>	
	Thuis n=438	Geboortehuis (FMU) n=115	Onderweg n=1	ZH met eigen VV n=172	Vroedvrouwgeleide eenheid (AMU) n=202
Spontaan	82% (n=360)	62% (n=71)	100% (n=1)	69% (n=118)	84% (n=169)
	Totaal spontaan extramuraal: 47% (n=432)			Totaal spontaan intramuraal: 31% (n=287)	
Spontaan gevolgd door actief beleid	7% (n=29)	9% (n=10)	0% (n=0)	7% (n=12)	0% (n=0)
Actief beleid	3% (n=14)	15% (n=17)	0% (n=0)	18% (n=31)	16% (n=32)
	Totaal actief beleid extramuraal: 3% (n=31)			Totaal actief beleid intramuraal: 7% (n=63)	
Manuele revisie	1% (n=3)	1% (n=1)	0% (n=0)	1% (n=2)	0% (n=1)
Onbekend	7% (n=32)	14% (n=16)	0% (n=0)	5% (n=9)	0% (n=0)





## AFKLEMMEN NAVELSTRENG

Gekeken naar het afklemmen van de navelstreng werd bij 58 bevallingen of 5% de navelstreng binnen de 5 minuten afgeklemd. Bij 9% (n=80) werd de navelstreng tussen 6 en 10 minuten na bevalling afgeklemd. Bij 16% (n=149) werd een halfuur tot een uur ge-

wacht met afklemmen. Bij 10% (n=95) werd tot 2 uur gewacht met afklemmen. Bij één procent van de bevallingen werd gekozen voor een lotusgeboorte waarbij de navelstreng verbonden blijft met de baby tot de navelstreng opdroogt en vanzelf loskomt.

Tabel 31: Na hoeveel tijd werd de navelstreng afgeklemd?

<i>Afklemmen navelstreng</i>	<i>% (n=928)</i>
Bij geboorte (bv door omstrengeling)	0% (n=4)
≤5 min	5% (n=54)
6 – 10 minuten	9% (n=80)
11 – 20 minuten	13% (n=116)
21 – 30 minuten	11% (n=100)
31 – 60 minuten	16% (n=149)
61 – 120 minuten	10% (n=95)
Halve lotus (na geboorte placenta)	0% (n=1)
Lotus geboorte	1% (n=13)
Na uitkloppen placenta, tijd niet gespecificeerd	3% (n=24)
Onbekend	31% (n=285)



Het hoge percentage aan onbekende gegevens ligt voornamelijk aan het feit dat deze variabele niet in detail wordt bijgehouden in de vroedvrouwgeleide eenheid. Er zijn lichte verschillen vast te stellen buiten en binnen het ziekenhuis. In het ziekenhuis ligt het hoofdaandeel van afklemmen tot 30 minuten na de bevalling, namelijk 60% (n=102) van de bevallingen werd in het ziekenhuis afgeklemd binnen de 30 minuten. Thuis

werd bij 39% (n=166) de navelstreng afgeklemd binnen de 30 minuten, in een geboortehuis was dit 55% (n=63). In het ziekenhuis werd bij 20% van de bevallingen (n=34) de navelstreng afgeklemd tussen 30 minuten en 2 uur na bevalling. Bij de thuisbevallingen werd bij 41% (n=180) de navelstreng afgeklemd tussen 30 minuten en 120 minuten, in een geboortehuis was dit bij 28% (n=32) bevallingen.

Tabel 32: Afklemmen navelstreng en locatie bevalling

Afklemmen navelstreng	Buiten ziekenhuis (n=554, 60%)			In ziekenhuis (n=374, 40%)	
	Thuis n=438	Geboortehuis (FMU) n=115	Onderweg n=1	ZH met eigen VV n=172	Vroedvrouwgeleide eenheid (AMU) n=202
Bij geboorte	0% (n=0)	3% (n=3)	0% (n=0)	1% (n=1)	0% (n=0)
≤5 min	2% (n=7)	7% (n=8)	0% (n=0)	10% (n=17)	11% (n=22)
6 – 10 min	6% (n=23)	17% (n=20)	0% (n=0)	22% (n=37)	0% (n=0)
	Totaal 6-10 min. extramuraal: 5% (n=43)			Totaal 6-10 min. intramuraal: 4% (n=37)	
11 – 20 min	17% (n=75)	15% (n=17)	0% (n=0)	14% (n=24)	0% (n=0)
	Totaal 11-20 min. extramuraal: 10% (n=92)			Totaal 11-20 min. intramuraal: 3% (n=24)	
31 – 60 min	27% (n=117)	15% (n=17)	0% (n=0)	9% (n=15)	0% (n=0)
	Totaal 31-60 min. extramuraal: 14% (n=134)			Totaal 31-60 min. intramuraal: 2% (n=15)	
61 – 120 min	14% (n=63)	10% (n=11)	0% (n=0)	11% (n=19)	1% (n=2)
	Totaal 61-120 min. extramuraal: 8% (n=74)			Totaal 61-120 min. intramuraal: 2% (n=21)	
>120 min	1% (n=4)	1% (n=1)	0% (n=0)	1% (n=2)	0% (n=0)
Halve lotus	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	1% (n=1)	0% (n=0)
Lotus	2% (n=8)	2% (n=2)	0% (n=0)	2% (n=3)	0% (n=0)
Wait for white	4% (n=16)	3% (n=4)	0% (n=0)	2% (n=4)	0% (n=0)
Onbekend	15% (n=64)	15% (n=17)	0% (n=0)	15% (n=26)	88% (n=178)
	Totaal onbekend extramuraal: 9% (n=81)			Totaal onbekend intramuraal: 22% (n=204)	



## BLOEDVERLIES

Bij de meerderheid van de bevallingen werd het bloedverlies geraamd op minder dan 500 ml (79%, n=737). Er waren 111 autonoom vroedvrouwgeleide bevallingen (12%) waarbij het bloedverlies lag tussen 500 en 1.000ml en 23 (2%) waarbij het bloedverlies werd geraamd op meer dan 1.000 ml.

Tabel 34 geeft het bloedverlies weer op basis van de locatie van bevalling. Hier kan er een vaste trend worden vastgesteld zowel voor de bevallingen buiten als in het ziekenhuis. Ook hier zien we dat meer dan 70% van de bevallingen een geraamd bloedverlies lager dan 500 ml heeft. Een kleine minderheid heeft een geraamd bloedverlies hoger dan 1.000 ml. Dit percentage bevindt zich tussen de 2% en 4%.

**Tabel 33: Bloedverlies autonoom vroedvrouwgeleide bevallingen**

<b>Geraamd bloedverlies</b>	<b>% (n=928)</b>
<500 ml	79% (n=737)
500 – 1000 ml	12% (n=111)
>1000 ml	2% (n=23)
Onbekend	6 (=57)

**Tabel 34: Bloedverlies en locatie bevalling**

<b>Geraamd bloedverlies</b>	<b>Buiten ziekenhuis (n=554, 60%)</b>			<b>In ziekenhuis (n=374, 40%)</b>	
	Thuis n=438	Geboortehuis (FMU) n=115	Onderweg n=1	ZH met eigen VV n=172	Vroedvrouwgeleide eenheid (AMU) n=202
<500 ml	78% (n=341)	71% (n=82)	100% (n=1)	74% (n=128)	92% (n=185)
	Totaal <500 ml bloedverlies extramuraal: 46% (n=424)			Totaal <500 ml bloedverlies intramuraal: 34% (n=313)	
500ml -1000ml	13% (n=57)	13% (n=15)	0% (n=0)	17% (n=30)	4% (n=9)
>1000 ml	2% (n=8)	2% (n=2)	0% (n=0)	3% (n=5)	4% (n=8)
Onbekend	7% (n=32)	14% (n=16)	0% (n=0)	5% (n=9)	0% (n=0)



**PERINEUM**

Gekeken naar het totale aantal autonoom vroedvrouwgeleide bevallingen had 31% (n=292) een gaaf perineum, verder waren er 12% (n=132) vrouwen met een labia ruptuur of een schaafwondje. Indien er zich een perineumruptuur voordeed, dan ging het hoofdzakelijk om een mildere ruptuur: 28% (n=263) had een 1<sup>e</sup> graadruptuur en 23% (n=213) een 2<sup>e</sup> graadruptuur. Slechts bij 1% (n=10) van alle vroedvrouwgeleide bevallingen werd er een episiotomie geplaatst.

Tabel 36 geeft een overzicht van het perineum en plaats van bevalling. Hier kan er een vaste trend worden vastgesteld zowel voor de bevallingen buiten als in het ziekenhuis. Waarbij er hoofdzakelijk milde perineumrupturen (1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> graad) waren en in mindere mate ernstige (3<sup>e</sup> en 4<sup>e</sup> graad) rupturen.

**Tabel 35: Perineum autonoom vroedvrouwgeleide bevallingen**

Perineum	% (n=928)
Gaaf	31% (n=292)
Labia	8% (n=92)
Vaginawand, schaafwondje	4% (n=40)
1 <sup>e</sup> graad	28% (n=263)
2 <sup>e</sup> graad	23% (n=213)
3 <sup>e</sup> graad	2% (n=17)
4 <sup>e</sup> graad	0% (n=2)
Episiotomie	1% (n=10)
Onbekend	0% (n=0)

**Tabel 36: Perineum en locatie bevalling**

Perineum	Buiten ziekenhuis (n=554, 60%)			In ziekenhuis (n=374, 40%)	
	Thuis n=438	Geboortehuis (FMU) n=115	Onderweg n=1	ZH met eigen VV n=172	Vroedvrouwgeleide eenheid (AMU) n=202
Gaaf	38% (n=167)	25% (n=29)	0% (n=0)	26% (n=45)	25% (n=50)
Totaal gaaf extramuraal: 21% (n=196)			Totaal gaaf intramuraal: 10% (n=95)		
Labia	10% (n=35)	19% (n=22)	0% (n=0)	14% (n=25)	0% (n=0)
Totaal labia extramuraal: 7% (n=67)			Totaal labia intramuraal: 2% (n=25)		
Vaginawand/schaafwond	0% (n=1)	2% (n=2)	0% (n=0)	0% (n=0)	18% (n=37)
1 <sup>e</sup> graad	28% (n=122)	31% (n=36)	0% (n=0)	27% (n=46)	29% (n=59)
Totaal 1 <sup>e</sup> graad extramuraal: 17% (n=158)			Totaal 1 <sup>e</sup> graad intramuraal: 11% (n=105)		
2 <sup>e</sup> graad	22% (n=95)	18% (n=21)	100% (n=1)	27% (n=47)	24% (n=49)
Totaal 2 <sup>e</sup> graad extramuraal: 13% (n=117)			Totaal 2 <sup>e</sup> graad intramuraal: 10% (n=96)		
3 <sup>e</sup> graad	1% (n=3)	3% (n=3)	0% (n=0)	3% (n=6)	2% (n=5)
4 <sup>e</sup> graad	0% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=1)
Episiotomie	1% (n=4)	2% (n=2)	0% (n=0)	2% (n=3)	0% (n=1)
Onbekend	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)





## HECHTEN PERINEUM

Bij iets meer dan 50% van de vroedvrouw-geleide bevallingen werd het perineum gehecht (zie tabel 37). Het hechten gebeurde voornamelijk door de vroedvrouw (88%). Slechts bij 11% (n=52) werd dit door de gynaecoloog gedaan.

Gekeken naar de plaats van bevalling werd er in een ziekenhuis iets meer perineum-hechtingen uitgevoerd dan buiten het ziekenhuis. Het hechten van het perineum gebeurde hoofdzakelijk door de vroedvrouw ongeacht plaats van bevalling (zie tabel 38).

**Tabel 37: Hechten perineum**

<i>Hechten perineum</i>	<i>% (n=928)</i>
Ja	51% (n=470)
Neen	49% (n=458)
<i>Gehecht door</i>	
Vroedvrouw	88% (n=412)
Gynaecoloog	11% (n=52)
Huisarts	1% (n=5)
Onbekend	0% (n=1)

**Tabel 38: Hechten perineum en locatie bevalling**

<i>Hechten Perineum</i>	<i>Buiten ziekenhuis (n=554, 60%)</i>			<i>In ziekenhuis (n=374, 40%)</i>	
	Thuis n=438	Geboortehuis (FMU) n=115	Onderweg n=1	ZH met eigen VV n=172	Vroedvrouw-geleide eenheid (AMU) n=202
Neen	57% (n=248)	48% (n=55)	0% (n=0)	45% (n=77)	39% (n=78)
	Totaal niet nodig te hechten extramuraal: 33% (n=303)			Totaal niet nodig te hechten intramuraal: 17% (n=155)	
Ja	43% (n=190)	52% (n=60)	100% (n=1)	55% (n=95)	61% (n=124)
	Totaal hechten extramuraal: 27% (n=251)			Totaal hechten intramuraal: 24% (n=219)	
<i>Gehecht door</i>					
Vroedvrouw	92% (n=175)	83% (n=53)	0% (n=0)	79% (n=75)	88% (n=109)
Gynaecoloog	7% (n=13)	12% (n=7)	100% (n=1)	17% (n=16)	12% (n=15)
Huisarts	1% (n=2)	0% (n=0)	0% (n=0)	3% (n=3)	0% (n=0)
Onbekend	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	1% (n=1)	0% (n=0)



**DOORVERWIJZING POSTNATAAL:  
MATERNAAL**

Slechts een minderheid van de moeders werd na een vroedvrouwgeleide bevalling doorverwezen naar de tweede lijn. De grootste redenen waarom werd doorverwezen was hechten van het perineum door gynaecoloog (3%, n=25), postpartumbloeding (2%, n=17) en placenta retentie (1%, n=11).

Gekeken naar de locatie van bevalling en de maternale doorverwijzing postnataal zijn er weinig verschillen op te merken tussen de bevallingslocaties (zie tabel 40). In totaal werden slechts 3% (n=27) van alle moeders die buiten het ziekenhuis bevielen doorverwezen naar de tweedelijin en 4% (n=33) van alle moeders die in een ziekenhuis bevielen begeleid door de vroedvrouw.

**Tabel 39: Doorverwijzing postnataal maternale redenen**

<i>Doorverwijzing postnataal omwille van maternale redenen</i>	<b>% (n=928)</b>
Geen	87% (n=811)
Omwille van maternale redenen	6% (n=60)
Onbekend	6% (n=57)

**Tabel 40: Doorverwijzing postnataal omwille van maternale redenen en locatie bevalling**

<i>Geraamd bloedverlies</i>	<i>Buiten ziekenhuis (n=554, 60%)</i>			<i>In ziekenhuis (n=374, 40%)</i>	
	Thuis n=438	Geboortehuis (FMU) n=115	Onderweg n=1	ZH met eigen VV n=172	Vroedvrouwgeleide eenheid (AMU) n=202
Geen doorverwijzing	88% (n=386)	80% (n=92)	0% (n=0)	88% (n=151)	90% (n=181)
	Totaal geen doorverwijzing postnataal extramuraal: 52% (n=479)			Totaal geen doorverwijzing postnataal intramuraal: 36% (n=332)	
Omwille van maternale redenen	5% (n=20)	6% (n=7)	100% (n=1)	7% (n=12)	10% (n=21)
	Totaal doorverwijzing postnataal extramuraal: 3% (n=27)			Totaal doorverwijzing postnataal intramuraal: 4% (n=33)	
Onbekend	7% (n=32)	14% (n=16)	0% (n=0)	5% (n=9)	0% (n=0)



## GBS-STATUS

In totaal had 29% (n=270) een GBS positieve of GBS onbekende status. Van hen kreeg 20% (n=54) antibioticum(AB) tijdens de arbeid toegediend en 80% (n=215) geen AB toegediend tijdens de arbeid. Er werd dit jaar gevraagd of er een informed consent werd afgesproken omtrent het al dan niet toedienen van AB tijdens de arbeid (zie tabel 42). Bij 77% van de vrouwen met een positieve of onbekende GBS status die geen AB tijdens de arbeid kregen was er sprake van informed consent. Slechts bij 8% (n=18) werd er geen informed consent besproken.

**Tabel 41: GBS diagnostiek/profylaxe autonoom vroegvrouwgeleide bevallingen**

<i>GBS diagnostiek/profylaxe</i>	% (n=928)
Negatief	71% (n=658)
Positief	13% (n=119)
Onbekend	16% (n=29)

Bij 4% van de bevallingen werd aangegeven dat er geen tijd was om een volledig dosis antibiotica toe te dienen en dit anders wel ging gedaan worden. Er werd geen neonatale infectie geregistreerd bij de vrouwen die geen AB kregen met een GBS onbekende of positieve wissel.

**Tabel 42: Informed consent omtrent GBS profylaxe**

<i>GBS diagnostiek/profylaxe: informed consent</i>	% (n=928)
Ja (schriftelijk of mondeling)	77% (n=166)
Nee	8% (n=18)
Geen tijd anders ging er wel profylaxe gegeven worden	4% (n=8)
Onbekend	11% (n=23)



## Neonatale gegevens bij vroedvrouwgeleide bevallingen

Er werden bijna evenveel meisjes (50%, n=467) als jongens (50%, n=460) geboren. Het gemiddelde geboortegewicht voor alle vroedvrouwgeleide bevallingen bedroeg 3.531 gram met een range tussen 2.460 gram en 5.075 gram. Het gemiddelde geboortegewicht voor een thuisbevalling bedroeg 3.540 gram, voor een bevalling in het geboortehuis 3.530, voor een bevalling in het ziekenhuis met een eerstelijns vroedvrouw 3.565 gram en voor een bevalling in een vroedvrouwgeleide eenheid 3.463 gram.

De grote meerderheid van de neonaten hadden een Apgar-score hoger of gelijk aan 7 na één minuut (94%, n=395), 58 neonaten (6%) hadden een Apgar-score lager dan 7 na één minuut. Vijf minuten na de geboorte had 99% (n=921) van de neonaten een Apgar-score van 7 of meer en 1% (n=6) een Apgar-

score lager dan 7. Bij één kindje werd een mors in utero vastgesteld nog voor aanvang van de arbeid.

In totaal hadden 41 neonaten (4%) nood aan reanimatie of stimulatie na de bevalling. Van hen kreeg 61% (n=25) éénmalig of een reeks van 5 inflaties toegediend, 7% (n=3) had enkel nood aan stimulatie, 5% (n=2) werd geaspireerd, 2% (n=1) kreeg PEEP CPAP, 12% (n=5) een zuurstofmasker en bij 12% (n=5) is niet bekend welke reanimatie er werd toegediend.

Bij 93% (n=868) werd er geen afwijking bij neonaat vastgesteld. Bij vier kindjes (0%) was dit wel het geval. Er was één neonaat met een cyste op de teelbal, één met een hartgeruis en twee neonaten met een scheur in de navelstreng.

Tabel 43: Karakteristieken neonaat

<i>Karakteristieken neonaat</i>	<i>% (n=928)</i>	<i>Karakteristieken neonaat</i>	<i>% (n=928)</i>
<b>Geslacht</b>		<b>Reanimatie</b>	
Meisje	50% (n=467)	Ja	4% (n=41)
Jongen	50% (n=460)	Nee	95% (n=886)
Onbekend	0% (n=1)	<b>Afwijking neonaat</b>	
<b>Apgar</b>		Geen	93% (n=868)
<b>Na 1 minuut</b>		Aanwezig	0% (=4)
≥7 na 1'	94% (n=869)		
<7 na 1'	6% (n=58)		
Onbekend	0% (n=1)		
<b>Na 5 minuten</b>			
≥7 na 5'	99% (n=921)		
<7 na 5'	1% (n=6)		
Onbekend	0% (n=1)		





In totaal hadden 31 baby's of 3% nood aan een transfer postnataal. De redenen voor deze doorverwijzing worden in onderstaande tabel opgelijst. De grootste redenen van doorverwijzing waren respiratoir problemen en observatie na reanimatie.

**Tabel 44: Transfer postnataal omwille van neonaat**

<i>Transfer postnataal omwille van baby</i>	<i>% (n=928)</i>
Ja	3% (n=31)
Neen	91% (n=840)
Onbekend	6% (n=58)
<i>Reden doorverwijzing omwille van baby</i>	<i>% (n=928)</i>
Controle kinderarts ovv moeilijke start	0% (n=1)
Cyste teelbal	0% (n=1)
Cyanose	0% (n=1)
Gestuwd gezicht	0% (n=1)
Prematuriteit	0% (n=1)
Respiratoire problemen	1% (n=7)
Vermoeden van infectie	0% (n=1)
Niet geplande thuisbevalling met stuit	0% (n=1)
Bloedverlies door scheur navelstreng	0% (n=2)
Observatie omwille van reanimatie	1% (n=11)
Tachycardie	0% (n=1)
Onbekend	0% (n=3)



# Doorverwijzigingen tijdens de arbeid

## Algemene karakteristieken doorverwezen bevallingen

In 2023 waren er 928 vroedvrouwgeleide bevallingen. Initieel werden er 1.228 gestart in de eerste lijn waarbij het de bedoeling was om bij de vroedvrouw te bevallen. Hiervan werden er 300 of 24% tijdens de arbeid doorverwezen naar de gynaecoloog in het ziekenhuis.

Tabel 45 geeft een overzicht van de algemene karakteristieken van deze intrapartaal doorverwezen bevallingen. Meer dan 80% van de intrapartaal doorverwezen bevallingen waren primipare vrouwen (82%, n=246). De meerderheid van deze bevallingen had een zwangerschapsduur tussen 37 en 42 weken (95%, n=285). Bijna 90% van de doorverwezen bevallingen waren achterhoofdsliggingen (88%, n=265).

Dit jaar werden de vroedvrouwen bevroegd in welke mate zij na doorverwijzing bij de moeders mochten blijven in het ziekenhuis. Tabel 46 geeft een overzicht weer van de meest frequente antwoorden. Van bijna de helft van de vroedvrouwen was dit niet bekend (48%, n=144). Van de andere helft vroedvrouwen, gaf de meerderheid aan enkel als doula aanwezig te mogen blijven (37%, n=111), 12% (n=35) mocht aanwezig blijven als vroedvrouw en een minderheid gaf aan helemaal niet aanwezig te mogen blijven (3%, n=10).

**Tabel 45: Algemene karakteristieken intrapartaal doorverwezen bevallingen.**

<i>Algemene karakteristieken</i>	<i>% (n=300)</i>
<b>Graviditeit</b>	
Primipara	82% (n=246)
Multipara	18% (n=54)
<b>Duur zwangerschap</b>	
<37 weken	0% (n=1)
37 – 42 weken	95% (n=285)
>42 weken	0% (n=0)
Onbekend	5% (n=14)
<b>Ligging baby</b>	
Achterhoofd voor	39% (n=117)
Achterhoofd achter	8% (n=25)
Achterhoofdsligging	41% (n=123)
Voorhoofdsligging	0% (n=1)
Assynclitisme	1% (n=2)
Stuit	1% (n=4)
Onbekend	9% (n=28)

**Tabel 46: Mocht de vroedvrouw na doorverwijzing bij de mama blijven in het ziekenhuis tot het einde van de bevalling?**

<i>Aanwezigheid vroedvrouw na doorverwijzing</i>	<i>% (n=300)</i>
Neen, dit mocht niet	3% (n=10)
Ja, dit mocht als vroedvrouw	12% (n=35)
Ja, dit mocht enkel als doula	37% (n=111)
Onbekend	48% (n=144)



Zoals te zien in tabel 47 werd 32% (n=97) van de bevallingen doorverwezen omwille van stagnatie. In geval van stagnatie was dit hoofdzakelijk omwille van een niet vorderende ontsluiting (62%, n=60). Er werd 14 keer (5%) doorverwezen omwille van dringende redenen, dit was voornamelijk omwille van foetale nood (71%, n=10). Het merendeel van de doorverwijzingen gebeurde

omwille van overige redenen (63%, n=188), waarbij nood aan pijnstilling de voornaamste reden was (60%, n=111). Bij overige redenen werd er ook doorverwezen omwille van meconiaal vruchtwater (15%, n=29), langdurige gebroken vliezen (11%, n=20) en abnormale foetale harttonen (10%, n=19).

Bij meer dan de helft van de doorverwezen bevallingen was er sprake van een spontaan breken van de vliezen (57%, n=172), bij 5% (n=16) was er sprake van een voortijdige breken van de vliezen, bij 28% (n=85) werden de vliezen kunstmatig gebroken door de vroedvrouw of gynaecoloog. Van 9% (n=26) ontbreekt de informatie (zie tabel 48).

Voor de bewaking van de foetale harttonen na doorverwijzing werd bij 50% (n=150) gekozen voor continu CTG, dit werd bij 13% gecombineerd met doptone, bij 5% met intermitterend CTG. Bij 9% van de bevallingen werd gekozen voor intermitterende auscultatie via CTG en doptone, bij 2% was dit via intermitterend CTG en bij 2% via intermitterend doptone. Bij 3% werden combinaties gebruikt met STAN. Na doorverwijzing beviel 62% (n=186) in liggende houding, al dan niet in de beensteunen, 7% (n=22) beviel in zijlig en 5% (n=15) beviel op handen en knieën.

Na doorverwijzing kreeg 69% (n=206) van de vrouwen een vorm van pijnstilling toegediend. Hiervan was bij 46% (n=95) niet bekend welke pijnstilling er werd toegediend, 47% (n=96) kreeg epidurale verdoving, 0% (n=1) meopa (50% zuurstof / 50% lachgas), 3% (n=9) Kalinox en 2% (n=5) algemene verdoving toegediend. Bij 27% (n=82) was niet bekend of er al dan niet pijnstilling werd toegediend.

Zoals te zien in tabel 49 had iets meer dan de helft van de vrouwen na doorverwijzing een spontane vaginale bevalling (56%, n=166). Bij 4 vrouwen (1%) werden verschillende manoeuvres gebruikt. Iets meer dan een vijfde van alle vrouwen had na doorverwijzing een instrumentele bevalling, bij 20% (n=63) was die via ventouse, bij 1% (n=2) via forceps en bij 0% (n=1) met de kiwi. Ten slotte beviel 16% (n=47) via sectio. Na doorverwijzing had 3% (n=8) van de moeders een badbevalling.

**Tabel 47: Redenen intrapartaal doorverwezen bevalling**

<i>Reden doorverwijzing</i>	<i>% (n=300)</i>
<b>Stagnatie (32%, n=97)</b>	
Niet vorderende ontsluiting	62% (n=60)
Niet vorderende uitdrijving	37% (n=36)
<b>Urgentie (5%, n=14)</b>	
Foetale nood	71% (n=10)
Abruptio placenta	7% (n=1)
Hellp en verminderde kindsbewegingen	7% (n=1)
Maternale koorts	7% (n=1)
Problemen met coagulatie	7% (n=1)
<b>Overige redenen (63%, n=188)</b>	
Abnormale foetale harttonen	10% (n=19)
Langdurig gebroken vliezen	11% (n=20)
Liggingsafwijking baby	0% (n=1)
Meconiumhoudende vruchtwater	15% (n=29)
Nood aan pijnstilling	60% (n=111)
hypertensie	0% (n=1)
Maternale uitputting	0% (n=1)
Stuitligging	1% (n=3)
Onbekend	2% (n=3)



Tabel 48: Intrapartaal doorverwezen bevallingen: intrapartaal

<i>Intrapartaal doorverwezen bevalling</i>	<i>% (n=300)</i>	<i>Intrapartaal doorverwezen bevalling</i>	<i>% (n=300)</i>
<b>Breken vliezen</b>		<b>Bevallingshouding</b>	
AROM	28% (n=85)	Lithotomie in beensteunen	17% (n=51)
PROM	5% (n=16)	Lithotomie zonder beensteunen	45% (n=135)
SROM	57% (n=172)	Zijlig	7% (n=22)
Onbekend	9% (n=26)	Handen-knieën	5% (n=15)
<b>Foetale bewaking</b>		Kruk-zit	1% (n=3)
Intermittend Doptone	2% (n=5)	liggend in bad	1% (n=2)
Intermitterend CTG	2% (n=7)	Sectio	12% (n=37)
CTG + Doptone	9% (n=26)	onbekend	10% (n=30)
CTG+ doptone, continu CTG	5% (n=16)	combinatie liggende houdingen	1% (n=2)
Intermitterend CTG en continu CTG	5% (n=14)	Combinatie opwaartse houdingen	1% (n=3)
Continu CTG	50% (n=150)	<b>Pijnstilling</b>	
Continu CTG, intermitterend doppler	13% (n=40)	Geen	4% (n=12)
Combinaties en STAN	3% (n=9)	Pijnstilling	69% (n=206)
Onbekend	11% (n=33)	Onbekend	27% (n=82)

Tabel 49: Intrapartaal doorverwezen bevallingen: uitdrijvingsfase

<i>Bevallen na doorverwijzing</i>	<i>% (n=300)</i>
<b>Uitdrijvingsfase</b>	
Vaginaal	56% (n=166)
Fundusdruk/Wood/Mc Roberts/Handgreep v. Bracht	1% (n=4)
Instrumenteel	22% (n=67)
Sectio	16% (n=47)
Onbekend	5% (n=16)
<b>Badbevalling</b>	
Ja	3% (n=8)
Nee	78% (n=233)
NVT, sectio	11% (n=34)
Onbekend	8% (n=25)




**Tabel 50: Intrapartaal doorverwezen bevallingen: Postpartum**

<i>Postpartum na doorverwijzing</i>	<i>% (n=300)</i>
<b>Perineum</b>	
Gaaf	4% (n=13)
1 <sup>e</sup> graad	20% (n=61)
2 <sup>e</sup> graad	23% (n=70)
3 <sup>e</sup> graad	2% (n=7)
4 <sup>e</sup> graad	0% (n=1)
Labia	5% (n=14)
Vaginawand	1% (n=2)
Schaafwondje, gehecht	3% (n=9)
Schaafwondje, niet gehecht	2% (n=7)
Episiotomie	11% (n=34)
NVT, sectio	16% (n=47)
Onbekend	12% (n=35)
<b>Bloedverlies</b>	
<500 ml	73% (n=220)
500 – 1000 ml	7% (n=22)
>1000 ml	6% (n=17)
Onbekend	13% (n=38)
<b>Placenta</b>	
Actief beleid (onmiddellijk synto)	53% (n=160)
Spontaan	17% (n=52)
Spontaan gevolgd door actief beleid	3% (n=8)
Manuele revisie	3% (n=10)
Onbekend	8% (n=23)
NVT, sectio	15% (n=46)

Van alle doorverwezen had 4% (n=13) van de vrouwen een gaaf perineum, 5% (n=14) een labiaruptuur, 1% (n=2) een vaginawandruptuur en 5% (n=16) een schaafwondje dat al dan niet werd gehecht (zie tabel 50). De meerderheid had een eerstegraad (20%, n=61) ruptuur of een tweedegraad (23%, n=70) ruptuur. Een minderheid had een derdegraad (2%, n=7) of vierdegraad (0%, n=1) ruptuur. Na doorverwijzing kreeg 11% (n=34) een episiotomie. Bij 12% (n=35) was dit niet bekend. Bij de meerderheid van de doorverwijzingen werd het bloedverlies geraamd op minder dan 500 ml (73%, n=220). Er waren 22 bevallingen (7%) waarbij het bloedverlies werd geraamd tssen 500 en 1.000 ml en 17 bevallingen (6%) waarbij dit werd geraamd op meer dan 1.000ml.

Voor de placentaire fase werd er bij de helft van de bevallingen gekozen voor aan actief beleid, waarbij er onmiddellijk oxytocine werd toegediend. 17% (n=52) had een spontane geboorte placenta.



## Neonatale gegevens bij intrapartaal doorverwezen bevallingen

Er werden meer jongens (52%, n=156) dan meisjes (43%, n=130) geboren (zie tabel 51). Het gemiddelde geboortegewicht voor alle bevallingen die werden doorverwezen bedroeg 3501,9 gram met een range tussen 2205 gram en 5025 gram. Bijna alle neo-

naten hadden een geboortegewicht tussen 2.500 en 4.500 gram (98%, n=274).

De meerderheid van de neonaten had een Apgar-score hoger of gelijk aan 7 na één minuut (86%, n=259). Vijf minuten na de geboorte had 91% (n=272) van de neonaten een Apgar-score van 7 of meer. In totaal hadden 46 neonaten (15%) nood aan reanimatie na de bevalling.

**Tabel 51: Intrapartaal doorverwezen bevallingen: karakteristieken neonaat**

<i>Karakteristieken neonaat na doorverwijzing</i>	<i>% (n=300)</i>
<b>Geslacht</b>	
Meisje	43% (n=130)
Jongen	52% (n=156)
Onbekend	5% (n=14)
<b>Gewicht</b>	
<2500 gram	1% (n=4)
2500 - 3500 gram	46% (n=137)
3500 - 4500 gram	46% (n=137)
>4500 gram	1% (n=4)
Onbekend	6% (n=18)
<b>Apgar na 1 minuut</b>	
≥ na 1 minuut	86% (n=259)
<7 na 1 minuut	7% (n=21)
Onbekend	7% (n=20)
<b>Apgar na 5 minuten</b>	
≥7 na 5 minuten	91% (n=272)
<7 na 5 minuten	2% (n=7)
Onbekend	7% (n=21)
<b>Reanimatie</b>	
Ja	15% (n=46)
Geen	85% (n=245)

Tabel 52 gaat dieper in op de doorverwijzing postnataal, 16 neonaten of 5% werden na de bevalling doorverwezen. Dit was 7 keer (2%) omwille van observatie na reanimatie, 2 keer (1%) omwille van respiratoire problemen, eveneens 2 keer (1%) omwille van vermoeden van infectie, één keer omwille van langdurig gebroken vliezen, één maal omwille van een laag geboortegewicht en drie keer (1%) omwille van andere redenen.

**Tabel 52: Intrapartaal doorverwezen bevallingen: Doorverwijzing postnataal omwille van neonaat**

<i>Doorverwijzing postnataal</i>	<i>% (n=300)</i>
<b>Transfer postnataal</b>	
Nee	90% (n=269)
Owv baby	5% (n=16)
Onbekend	5% (n=15)
<b>Reden doorverwijzing</b>	
Respiratoire problemen	1% (n=2)
Observatie owv reanimatie	2% (n=7)
Vermoeden infectie	1% (n=2)
Langdurig gebroken vliezen	0% (n=1)
Laag geboortegewicht	0% (n=1)
Andere	1% (n=3)



# Discussie

In de Belgische zorgcontext zal de laagrisico zwangere vrouw in de meeste gevallen opgevolgd worden door een interdisciplinaire samenwerking van professionele zorgverleners. Vaak heeft hierbij de gynaecoloog de leiding in de zorgverlening ondersteund door vroedvrouwen, huisartsen, kinderartsen enz. Volgens de epidemiologische gegevens van het SPE en CEpiP vindt het overgrootste gedeelte van alle bevallingen (99% in 2023) in het ziekenhuis plaats (Goemaes et al., 2024; Leroy & Van der Leeuw, 2024). De meeste vroedvrouwen zijn dan ook tewerkgesteld in de tweedelijnszorg. In dit zorgmodel is de autonomie van de vroedvrouw gelimiteerd en is een versnipperde zorg standaard (Vermeulen et al., 2021). Dit is ook het beeld van de vroedvrouw dat het meest bekend is binnen de maatschappij.

## Transparante en structurele rapportering van vroedvrouwgeleide zorg in België

Vroedvrouwgeleide continuïteit van zorg doorheen de hele periode van zwangerschap, arbeid en bevalling, en kraamzorg in Vlaanderen, Brussel en Wallonië speelt tot nu toe maar een kleine rol in het Belgisch zorglandschap. Dit jaarrapport wil daarom opnieuw aandacht vestigen en inzicht geven in het werk, de begeleiding en ondersteuning van vroedvrouwen in de eerste lijn die autonoom intra- en extramuraal arbeiden en bevallingen begeleiden. Op die manier wil het jaarrapport tegemoetkomen aan de onderrapportering van het werk door eerstelijns vroedvrouwen in de epidemiologische gegevensregistraties van het SPE en CEpiP en de nodige transparantie bevorderen aangaande de verschillende vormen van vroedvrouwgeleide zorg zowel in een extramurale (thuis, geboortehuis) en intramurale zorgcontext. Naast klinische gegevens van thuisbevallingen of bevallingen in een extramuraal geboortehuis, verzamelt dit jaarrapport ook klinische gegevens van intramurale bevallingen onder leiding van de vroedvrouw (ofwel in een verloskunde

afdeling in een open ziekenhuis, ofwel in een aparte vroedvrouwgeleide afdeling in het ziekenhuis) en van bevallingen die in de eerste lijn startten maar intrapartaal werden doorverwezen naar het ziekenhuis. Dit onderscheid wordt niet gemaakt in de statistieken van het SPE of CEpiP.

## Vier jaar vroedvrouwgeleide zorg in cijfers

Dit jaarrapport is het vierde in rij, sinds de eerste publicatie in 2020. Hoewel er (nog) geen 100% registratie in Vlaanderen, Brussel en Wallonië plaatsvindt vinden steeds meer vroedvrouwen de weg naar dit registratiesysteem. Dit is ook het geval voor Wallonië, al blijven er inspanningen nodig om in de toekomst de dekkingsgraad van de registraties bij de Waalse vroedvrouwen verder te verhogen. In 2020 werd het eerste rapport gepubliceerd, het registratieformulier was toen nog relatief onbekend. Na een geslaagd testjaar werd in 2021 de enige vroedvrouwgeleide afdeling (AMU) in het ziekenhuis in België opgenomen (Le Cocon in het Erasmus Ziekenhuis in Brussel). Bepaalde ontwikkelingen in de geboortezorg in België leiden ertoe dat steeds meer vroedvrouwen of vroedvrouwenpraktijken stoppen met het begeleiden van bevallingen, omwille van hoge werkdruk, lage verloning en weinig erkenning en waardering van het werk van vroedvrouwen die autonoom bevallingen begeleiden. Dit weerspiegelde zich o.a. in een lichte daling in het totale aantal registraties vroedvrouwgeleide bevallingen in 2022 in vergelijking met 2021 en dit voornamelijk in Vlaanderen. Ook in 2023 merken we opnieuw een lichte daling in het totale aantal registraties vroedvrouwgeleide bevallingen.

Er zijn een aantal uitdagingen zoals hoge werkdruk, lage verloning en weinig erkenning van het werk van de autonome vroedvrouw die ook in de internationale evidentie aangehaald wordt als struikelbrok voor een bredere uitro van een persoonsgerich-





te zorg van de zwangere vrouw en vroedvrouwgeleide zorg. Hanely et al., 2022; Henshall et al., 2016; Yoshida & Sandall, 2013; Newton et al., 2014; Edmondson et al., 2014; Jepsen et al., 2016; Newton et al., 2016; Lohmann et al., 2018; Taylor et al., 2019).

### Meerwaarde van vroedvrouwgeleide zorg

Wetenschappelijke evidentie toont dat vroedvrouwgeleide zorg voor laagrisico zwangerschappen een volwaardig en kwaliteitsvolle zorgoptie is, die toegankelijk moet zijn voor vrouwen die hiervoor willen kiezen, zowel in een extra- als intramurale omgeving. Vrouwen die de voorkeur gaven aan een bevalling onder leiding van een vroedvrouw thuis of in een extramuraal geboortehuis (FMU) zijn vaker tevreden over hun bevalling en hebben minder gevoelens van angst en bezorgdheid (Geerts et al., 2021; Gregory et al., 2023; Macfarlane et al., 2014; van Haaren-Ten Haken et al., 2018). Vrouwen die kiezen voor een bevalling thuis of in een extramuraal geboortehuis (FMU) hebben een standvastig vertrouwen in hun eigen capaciteiten om te baren. Ze kiezen voor deze geboortesetting omdat ze onnodige medische interventies willen vermijden en/of vanwege eerder ervaringen met zorgteams die hun wensen niet respecteerden. (Rothman et al., 2024) Vrouwen die bevallen in een intramuraal geboortehuis (AMU) zijn doorgaans meer tevreden met hun bevalling in vergelijking met bevalling een verloskundige afdeling in het ziekenhuis. (Bernitz et al., 2016; Murray-Davis et al., 2022). Vrouwen waarderen de continuïteit van zorg, de huiselijke sfeer in een AMU, de vrouwgerichte en vroedvrouwgeleide filosofie, de uitrusting, de mogelijkheden om vrij te bewegen en de nabijheid van spoedeisende hulp indien nodig. (Rothman et al., 2024)

Volgens diverse internationale klinische richtlijnen en de herziene federale richtlijn voor goede klinische praktijk bij laagrisico bevallingen in België, worden vrouwgeleide zorg, continuïteit van zorg en gedeelde besluitvorming met respect voor de keuzes van de vrouw algemeen erkend als determinanten voor kwaliteitsvolle geboortezorg (Evikey, verwacht 2025; NICE, 2023,

Queensland Government 2022; WHO, 2018).

Wetenschappelijke studies tonen dat vroedvrouwgeleide continuïteit van zorg minstens even veilig is als gynaecolooggeleide zorg en tot positieve uitkomsten voor moeder en kind leidt, zonder negatieve gerapporteerde effecten. Vroedvrouwgeleide zorg versus gynaecolooggeleide zorg wordt geassocieerd met een voor de moeder significant hogere kans op vaginale geboorte en een significant lagere kans op keizersnede, instrumentele bevallingen, epidurale verdoving, episiotomie, en bijstimuleren met oxytocine. Voor de baby leidt dit zorgmodel tot een significant lagere kans op doodgeboorte voor 24 weken zwangerschap, vroeggeboorte, NICU opname en 5-min Apgar 500 ml of 5-min APGAR < 7) (Bohren et al., 2017; Sandall et al., 2016; Jiang et al., 2018; Miller et al., 2022; Wiegerinck et al., 2020; Souter et al., 2019; Floris et al. 2018; Wiegerinck et al., 2018; Voon et al., 2017; Bodner-Adler et al., 2017; Wernham et al., 2016; Van Haaren-ten Haken et al., 2015; Wiegerinck et al., 2015, Sandell et al., 2024).

De cijfers in dit jaarrapport liggen in lijn met deze internationale evidentie en ze illustreren dat de vroedvrouw dé bewaker is van het fysiologisch verloop van de bevalling. De jaarrapportcijfers van 2023 bevestigen bijvoorbeeld dat vrouwen vrij kunnen bewegen en vaker opwaartse houdingen kiezen of om te bevallen in bad. De meest gebruikte foetale monitoringsmethode is intermittente auscultatie met de doptone. Andere klinische uitkomsten zoals het spontaan breken van de vliezen en de spontane geboorte van de placenta zijn zeer goed, en ingrepen (bv. episiotomieën) en complicaties bij moeder en kind (bv. bloedverlies >500 ml of 5-min APGAR < 7) komen zelden voor. Een vergelijking van de klinische uitkomsten van vroedvrouwgeleide zorg met gynaecolooggeleide zorg is op dit moment niet mogelijk in België, omdat de cijfers van het SPE en CEpiP geen onderscheid maken tussen beide zorgmodellen en minder maternale en neonatale uitkomstenmaten rapporteren dan dit jaarrapport over vroedvrouwgeleide zorg. De VBOV voert momenteel een dergelijke vergelijkende studie uit, waarvan de gegevens in





2025 worden verwacht. De gegevens gerapporteerd in dit rapport zijn van observationele aard, gebaseerd op zelfrapportage en is er geen controlegroep aanwezig.

Volgens de internationale wetenschappelijke evidentie is vroedvrouwgeleide zorg ook een geschikt zorgmodel dat de tevredenheid van de vrouw en de kans op een positieve bevalervaring verhoogt en zodoende het psychosociaal welzijn van de vrouw bevordert. Deze zorg stimuleert vrouwgeleide continuïteit van zorg. Het schept een vertrouwensband tussen de vrouw en vroedvrouw, promoot de fysiologie van de bevalling en de keuzevrijheid, autonomie en lichamelijke zelfbeschikking van de vrouw. Vroedvrouwgeleide continuïteit van zorg is gunstig voor het verminderen van angst/ongerustheid en depressie bij zwangere vrouwen tijdens de prenatale periode en kan dus een effectieve preventiemaatregel zijn om de mentale gezondheid van vrouwen te bevorderen (Cibralic et al., 2023; Perriman et al., 2018; Bohren et al., 2017; Forster et al., 2016; Hildingsson et al., 2021; Lemmens et al., 2021; Floris et al., 2018; Perdok et al., 2018; Hinton et al., 2018; Coxon et al., 2017; Geerts et al., 2014). In dit jaarrapport werd de bevallingservaring niet structureel geregistreerd en gerapporteerd. De doelstelling is om in de komende jaren naast de klinische uitkomsten voor moeder en kind ook de maternale tevredenheid met vroedvrouwgeleide continuïteit van zorg in kaart te brengen.

Bovendien verhoogt het vroedvrouwgeleide zorgmodel ook de werktevredenheid van vroedvrouwen volgens internationale wetenschappelijke evidentie. Vroedvrouwen waarderen dat ze een vertrouwensrelatie met de zorgvrager kunnen opbouwen, het gevoel hebben zinvol en belangrijk werk te doen, meer professionele autonomie ervaren en hun vroedvrouwen-vaardigheden optimaal kunnen inzetten. Echter de hoge werkdruk, lage verloning, vooroordelen door collega-zorgverleners en institutionele barrières zijn belangrijke struikelblokken die de werktevredenheid negatief kunnen beïnvloeden, mogelijk tot burn-out leiden en de uitrol van dit zorgmodel belemmeren (Hanely et al., 2022; Henshall et al., 2016; Yoshida & Sandall, 2013; Newton et al., 2014; Edmondson et al., 2014; Jepsen et al., 2016; Newton et al., 2016; Lohmann et al.,

2018; Taylor et al., 2019). Naast het in kaart brengen van de maternale tevredenheid zal in de toekomst getracht worden om ook de tevredenheid van vroedvrouwen met het vroedvrouwgeleide zorgmodel te bevragen en deze resultaten af te toetsen aan de internationale evidentie.

### Vrouwgeleide zorg en respect voor patiëntenrechten

Het vroedvrouwgeleide zorgmodel vertrekt van vrouwgeleide zorg, d.w.z. de vroedvrouw stemt haar zorgverlening af op de behoeftes, ervaringen en mogelijkheden van de zwangere vrouw en het gezin. Ze ondersteunt de zwangere vrouw in haar leidende (niet lijdende) rol tijdens de bevalling en in haar natuurlijke vermogen om te bevallen met een minimum aan interventies. Autonomie, zelfbeschikkingsrecht en keuzevrijheid van de vrouw, en geïnformeerde besluitvorming spelen een belangrijke rol in het vroedvrouwgeleide zorgmodel (Sandall et al., 2017, Edmonds et al., 2020).

Uit de internationale wetenschappelijke evidentie blijkt, dat de meeste vrouwen een arbeid en bevalling wensen die toelaat hun eigen fysieke en psychosociale capaciteiten te gebruiken om te bevallen van een gezonde baby. Zij willen kunnen bevallen in een klinisch, culturele en psychologisch veilige omgeving, waar zij een continuïteit ervaren in het krijgen van praktische en emotionele steun van één of meerdere zorgverleners. Vrouwen willen begeleid worden door zorgverleners die empathisch zijn, die hen geruststellen en technisch bekwaam zijn. De meeste vrouwen hechten veel waarde aan hun eigen vermogen om fysiologisch te bevallen, wat belangrijk is voor hun eigen fysieke en psychologische welzijn, alsook dat van hun baby en hun familie. Zij geven aan dat de bevalling mogelijks een onvoorspelbare en angstigende gebeurtenis kan zijn, waar zij 'met de stroom mee zullen moeten gaan'. Zelfs wanneer een interventie nodig of gewenst is, willen vrouwen het gevoel van een eigen prestatie en controle behouden, door betrokken te worden bij alle beslissingen Downe et al. (2018).

De klinische uitkomsten gerapporteerd in dit rapport weerspiegelen dat de vroed-



vrouw het normale, gezonde verloop van bevalling kan helpen waarborgen en de vrouw optimaal kan ondersteunen in haar wens om zo fysiologisch mogelijk te bevallen. Het feit dat er een informed consent is bij het niet toedienen van intrapartaal antibiotica bij een GBS positieve wissel, wijst op de betrokkenheid van de vrouw en inspraak in de beslissing.

### Bewegingsvrijheid

Uit het rapport blijkt dat het merendeel van de vrouwen die bij de vroedvrouw bevielen een opwaartse bevallingshouding verkozen, dit zowel buiten als binnen het ziekenhuis. Van de 554 vroedvrouwgeleide bevallingen buiten het ziekenhuis beviel slechts 7% (n=38) in een lithotomie houding. De meeste vrouwen kozen voor een opwaartse bevallingshouding zoals op handen en knieën (48%, n=265), hurkhouding (9%, n=50), kruk-zit (8%, n=43), staand (3%, n=16) of zijligging (12%, n=69). Van de 374 vrouwen die door een vroedvrouw werden begeleid binnen het ziekenhuis, beviel 10% (n=40) in een lithotomie houding. Ook hier kozen de meeste vrouwen voor een opwaartse bevallingshouding zoals op handen en knieën (48%, n=179), hurkhouding (3%, n=11), kruk-zit (2%, n=8), staand (3%, n=13) of zijlig (14,4%, n=54).

Wetenschappelijke literatuur legt een duidelijke relatie tussen opwaartse bevallingshoudingen ofwel flexibele sacrum posities en het voorkomen van langdurig persen en instrumentele verlossingen. Bovendien leidt bewegingsvrijheid tot meer controle voor de vrouw over haar bevalling, sterkt het haar zelfvertrouwen en haar tevredenheid met de bevalling. Vrouwen lijken minder pijn te ervaren en bewegingsvrijheid bevordert een optimale foetale positionering (Vandeputte et al., 2021)

### Bevallen in bad

Uit dit jaarrapport bleek dat 46% van de vrouwen (n=257 extramuraal en n=167 intramuraal) die bevielen met een vroedvrouw, prefereerde om in bad te bevallen.

Een toenemend aantal landen, waaronder ook België, stimuleren de keuze van vrouwen om in bad te bevallen, wanneer de gezondheidstoestand van de vrouw het

toelaat, de zwangerschap voldragen is en zonder complicaties is verlopen. Bevallen in bad kent verschillende voordelen volgens de internationale evidentie. Een bad helpt de vrouw om te gaan met de intensiteit van weeën en vermindert het gebruik van epidurale verdoving. Ze leidt tot meer ontspanning en vermindert stress. Een badbevalling bevordert de bewegingsvrijheid van de vrouw en verkort de eerste en tweede fase van de bevalling. Een badbevalling wordt in verband gebracht met minder risico op perineale scheuren, episiotomieën en hevige bloedingen. Vrouwen die het bad gebruiken tijdens arbeid en bevalling zijn meer tevreden over hun bevalling dan vrouwen die dat niet doen. Ze ervaren meer autonomie en controle over hun bevalling. Een waterbevalling wordt niet in verband gebracht met lagere Apgar scores bij de baby, infecties bij moeder en baby of meer opnames van de baby op de Neonatal Intensive Care Unit (NICU), (Rothmann en Tency, 2021).

### Perineumbeleid

Sinds 2021 werd in de registraties een onderscheid gemaakt tussen “gaaf perineum”, “gaaf perineum en labia ruptuur” en “gaaf perineum en schaafwondje”. Dit onderscheid werd nog niet gemaakt in 2020 en alles als “gaaf perineum” gecodeerd. Hierdoor lijkt er een daling van het aantal perineum die gaaf zijn, terwijl er geen effectieve daling was.

Van alle vroedvrouwgeleide bevallingen had 98% (n=541) een gaaf of mild perineum ruptuur, waarvan 35% (n=196) een gaaf perineum, 12% (n=67) een labia ruptuur, 29% (n=158) een eerste graadsruptuur en 21% (n=117) een tweede graadsruptuur. Van alle vroedvrouwgeleide bevallingen die binnen het ziekenhuis plaatsvonden had 96% (n=358) een gaaf of mild perineumruptuur, 25% (n=95) had een gaaf perineum, 9% (n=37) een schaafwondje, 7% (n=25) een labia ruptuur, 28% (n=105) een eerste graadsruptuur en 25,7% (n=96) een tweede graadsruptuur. Het aantal episiotomieën van vroedvrouwgeleide bevallingen ligt op slechts 1%. Dit is opvallend laag, des te meer omdat de totale episiotomiegraad in Vlaanderen in 2023 XX,X% bedroeg, met XX,X bij primipare vrouwen en XX,X bij multipare moeders. Alhoewel de episio-



miegraad zowel bij primipara' als multipara's het afgelopen decennium afnam, was de episiotomiegraad bij vaginale bevallingen in Vlaanderen in 2023 X,X zo hoog als in het Brussels gewest (XX, X%) en X,X keer zo hoog als in Wallonië (XX,X%). Dit jaarrapport bevestigt hiermee de internationale evidentie die aantoonde dat de plaats van de bevalling en de zorgverlener die de bevalling uitvoert als beschermende factor gezien kunnen worden voor een gaaf perineum (Goemaes et al., 2024)

## Foetale monitoring

Uit dit rapport blijkt dat bij de meerderheid van de vrouwen in arbeid, begeleid door de vroedvrouw, gebruik werd gemaakt van een intermitterende auscultatie methode voor de foetale bewaking. Buiten het ziekenhuis (geboortehuis en thuisbevallingen) werd voornamelijk gebruikgemaakt van foetale bewaking via intermitterende dop-tone (79%, n=435). Binnen het ziekenhuis gebeurde dit via intermitterende CTG en doptone (62%, n=232). Dit is in lijn met internationale klinische richtlijnen. Internationale klinische richtlijnen en wetenschappelijk studies benadrukken dat er geen evidentie is voor het routinematig gebruik van continu CTG voor de beoordeling van het foetale welzijn bij laagrisico zwangerschappen. Ze adviseren dan ook intermitterende auscultatie met Doptone of Pinard als aanbevolen methode voor het monitoren van het foetale welzijn bij laagrisico zwangerschappen. Intermitterende auscultatie zorgt er bovendien voor dat de bewegingsvrijheid van de vrouw tijdens arbeid en bevalling ten volle kan gevrijwaard blijven (RANZOG, 2019; Queensland Health, 2019; Chadraharan et al., 2018; DSOG, 2017; ACOG, 2021; AWHONN, 2018; WHO, 2018; KCE, 2024).

## Optimaal afnavelen

Uit dit jaarrapport blijkt dat bij een groot aantal bevallingen de navelstreng niet meteen werd afgeklemd. Buiten het ziekenhuis (geboortehuis en thuisbevallingen) werd bij 24% (n=134) van de bevallingen de navelstreng afgeklemd tussen 31 en 60 minuten. Bij 14% (n=79) was dit tussen 61 en 120 minuten. In het ziekenhuis werd bij 4% (n=15) van de bevallingen de navelstreng afgeklemd tussen 31 en 60 minuten. Bij 7%

(n=23) was dit tussen 61 en 120 minuten. Dit is volgens internationale richtlijnen en evidentie van laattijdig afnavelen. Sinds 2014, beveelt de WHO om minstens 1-3 minuten te wachten met het afklemmen van de navelstren bij voldragen baby's (WHO, 2013). Binnen wetenschappelijke literatuur zijn er een aantal studies dat suggereren dat het laattijdig afnavelen zorgt voor een verhoging van de eerste hemoglobine concentraties en ijzerreserves bij atermen baby's. Zo stelt de review van McDonald et al (2013) stelde een gemiddelde hoger geboortegewicht vast in de groep waarbij er later werd afgnaveld (101 gram meer; 95% CL 45 tot 157). De groep waarbij er vroegtijdig werd afgnaveld hadden lagere hemoglobinewaarden na 24-48 uur (MD -1.49 g/dL; 95% CI -1.78 tot -1.21). Bij vroege afnaveling hadden baby's tweemaal meer kans op een ijzertekort na drie tot zes maanden (RR 2.65; 95% CI 1.04 tot 6.73; 1152 baby's). De systematische review van Fogarty et al. (2017) stelde een significante lagere ziekenhuissterfte vast bij vertraagd afnavelen (RR 0.68; 95% CI 0.52-0.90; P=0.005). Het verschil in risico was -0.03 (95% CI -0.05 tot -0.01), wat betekent dat één overlijden kon worden voorkomen per 33 baby's die vertraagd werden afgnaveld. Voor baby's jonger dan 28 weken verminderde vertraagd afnavelen de ziekenhuissterfte eveneens (RR 0.70; 95% CI 0.51-0.95; P=0.02). Hier was het risico verschil -0.05, en het aantal dat behandeld moet worden om één overlijden te voorkomen, was 20. Baby's met vertraagd afnavelen hadden minder vaak een lage Apgar-score na 1 minuut, hoewel dit verschil na 5 minuten niet meer aanwezig was. Vertraagd afnavelen verhoogde het hematocriet met gemiddeld 2.73 procentpunten (95% CI 1.94-3.52; P < 0.00001) en verminderde de noodzaak voor bloedtransfusie met 10% (95% CI 6-13%; P < 0.00001). Bij studies gaven aan een verhoogde kans aan bij laattijdig afnavelen op hyperbilirubinemie. Er werd ook aangegeven dat deze stijging echter beperkt is (+4 µmol/L) en dat het onwaarschijnlijk is dat dit risico's met zich meebrengt zelfs in situaties waarbij er beperkte toegang is tot fotherapie.

Baby's die vroegtijdig werden afgnaveld hebben niet enkele lagere ijzerreserves na de geboorte maar hebben ook op de leeftijd van drie en zes maanden kans op



een ijzertekort. Het laattijdig afnavelen lijkt de incidentie van bloedarmoede bij zuigelingen tot een leeftijd van 12 maanden te verminderen. (Fogarty et al., 2018; Herold et al., 2024, McDonald et al., 2013, WHO, 2013)

### Thuisbevallingen en bevallingen in een extramuraal geboortehuis

Meer dan de helft (60%, n=553) van alle vroedvrouwgeleide bevallingen uit dit jaar-rapport vond thuis plaats of in een extramurale geboortehuis.

De geboorteplaats heeft invloed op het aantal interventies die vrouwen krijgen gedurende de arbeid en bevalling. Volgens de internationale wetenschappelijke evidentie blijkt dat vrouwen die bevallen met een vertrouwde vroedvrouw thuis of in een extramuraal geboortehuis, een significant hogere kans hebben op een spontane vaginale bevalling, en een lagere kans op keizersnede, instrumentele bevalling, epidurale anesthesie, episiotomie, perineum trauma en augmentatie met oxytocine (Reitsma et al., 2020; Scarf et al., 2018; Rossi & Prefumo, 2018, Cheng et al., 2013).

Volgens dit jaarrapport vonden thuis of in een geboortehuis geen instrumentele bevallingen, sectio of epidurale anesthesie plaats omdat dit redenen zijn om door te verwijzen naar de tweede lijn. Van alle vroedvrouwgeleide bevallingen thuis of in een geboortehuis had slechts 1% een episiotomie en 35% had een gaaf perineum (geen ruptuur of knip) in 2023. Maar 7% van alle vrouwen bevielen op hun rug. Het vaakst kozen vrouwen om op handen-en-knieën te bevallen (48%) en 46% beviel in bad. Na 1 min hadden 95% van alle neonaten een Apgar >7 en na 5 minuten was dit 99,6%. In dit jaarrapport werden 300 vrouwen tijdens de arbeid doorverwezen naar het ziekenhuis, na doorverwijzing was het percentage geassisteerde bevallingen 22% en het percentage keizersneden 16%.

Deze uitkomsten voor extramurale bevallingen aangaande keizersneden, epidurale verdoving, episiotomie en Apgar-score gerapporteerd in dit jaarrapport zijn minstens evengoed als de uitkomsten voor laag- en hoogrisico bevallingen geregistreerd door

het SPE en CEpiP. In 2023 was volgens de SPE en CEpiP registraties het percentage keizersneden rond de 22% (Vlaanderen 22,4%, Brussel 21,5%, Wallonië 23,1%), epidurale anesthesie boven 75% (Vlaanderen 74,8%, Brussel 77,1%, Wallonië 80,6%) en de episiotomiegraad lag tussen 8,5% en 21,5% (Vlaanderen 21,5%, Brussel 8,5%, Wallonië 12,5%). Het aantal neonaten met een 1-min Apgar > 7 was 93,3% in Brussel, 92,6% in Vlaanderen en 93,9% in Wallonië. Het percentage neonaten met een 5 min Apgar > 7 was 98,2% in Brussel, 97,7% in Vlaanderen en 98,2% in Wallonië (Goemaes et al., 2024; Leroy & Van der Leeuw, 2024).

Dit jaarrapport draagt bij aan het ontkrachten van de vooroordelen die leven rond thuis bevallen of bevallen in een extramuraal geboortehuis. Het helpt om gezonde zwangere vrouwen beter te informeren dat bevallen thuis of in een extramuraal geboortehuis in België met een vertrouwde vroedvrouw een kwaliteitsvolle geboorte-optie is.

### Bevallen met een vroedvrouw in een open ziekenhuis of een vroedvrouwgeleide afdeling

Ongeveer 22% van alle vroedvrouwgeleide bevallingen vond plaats in het intramuraal geboortehuis, meer bepaald de Cocon van het Erasmus Ziekenhuis in Brussel, de enige vroedvrouwgeleide afdeling in een Belgisch ziekenhuis. Nog eens 19% beviel in een van de open ziekenhuizen met hun eigen eerstelijns vroedvrouw in een verloskunde afdeling. Ook hier bevestigt dit jaarrapport dat vroedvrouwgeleide bevallingen in een ziekenhuis volledig in lijn ligt met de internationale evidentie. Gezonde zwangere vrouwen zouden daarom toegang moeten kunnen krijgen tot vroedvrouwgeleide zorg in alle ziekenhuizen in België, als dat hun bevallingsvoorkeur is.

Wetenschappelijke evidentie uit observatieve studies in Switzerland, Italië, Duitsland en België tonen bijvoorbeeld dat laagrisico zwangere vrouwen die bevallen in een vroedvrouwgeleide afdeling een lagere kans hebben op een sectio, epidurale anesthesie en episiotomie in vergelijking met standaardzorg (Morr et al., 2021; Merz et al., 2020; Welfens et al., 2019). Pasgeborenen



hebben een lagere kans op opname in een NICU of arteriële navelstrengbloed ph <7 en een hogere kans om exclusief borstvoeding te krijgen, in vergelijking met gynaecolooggeleide zorg in een ziekenhuis (Morr et al., 2021; Dani et al., 2020).

### Vaginale bevalling na eerder keizersnede

In Vlaanderen is een poging tot vaginale bevalling na eerdere sectio een indicatie voor een ziekenhuisbevalling zoals door andere internationale richtlijnen wordt aanbevolen (bv. de Nederlands Verloskundige Indicatielijst NL).

Uit de cijfers blijkt dat 6 vrouwen of 100% van de 6 vrouwen met een sectiolitteken vaginaal zijn bevallen. Vijf van deze bevallingen vond plaats in het ziekenhuis, 2 werden begeleid door de gynaecoloog en 3 door de vroedvrouw. Er was één bevalling die gepland was in het ziekenhuis met de gynaecoloog en waarvan de baby onverwacht thuis werd geboren. Alle baby's hadden een Apgar-score van 7 of meer na 1 en 5 minuten na de bevalling.

De slaagkans van 87% op vaginaal bevalen naar eerdere sectio onder begeleiding van een vroedvrouw ligt erg hoog, boven de slaagkansen van 60%-85% die in de meeste wetenschappelijke studies worden gerapporteerd voor VBACs (AOM, 2021; Chen et al., 2022; Dy et al., 2019; Izbudak et al., 2020; Levin et al., 2020; Queensland Clinical Guidelines, 2020).

### Zwangerschapsduur <37 weken

Een zwangerschapsduur van minder dan 37 weken wordt niet langer als laag risico zwangerschap aanzien (Mambourg et al., 2011). We stelden vast dat een klein percentage vrouwen (0,4%, n=4) thuis of tijdens een vroedvrouwgeleide bevalling in het ziekenhuis is bevallen bij een zwangerschapsduur < 37 weken. Mogelijk gaat het hier om onstuitbare arbeiden.

### Groep B Streptokokken (GBS)

In België is het aangewezen om alle vrouwen in zwangerschapsweek 35-37 te screenen op GBS. Bij vrouwen met een positieve GBSkweek of bij de aanwezigheid van andere risicofactoren (zwangerschap < 37 weken, gebroken vliezen sinds  $\geq 18$  uur of koorts  $\geq 38^\circ\text{C}$ ) is een profylactische behandeling tijdens de bevalling aanbevolen. Vrouwen met een negatief resultaat, afgenomen binnen de vijf weken voor de bevalling hoeven geen profylactische behandeling, zelfs al mocht zich tijdens de bevalling één van de risicofactoren ontwikkelen (Duodecim Medical Publications, 2019; Hoge Gezondheidsraad, 2003).

In het jaarrapport vroedvrouwgeleide zorg werd niet altijd intrapartaal antibiotica toegediend bij een positieve of onbekende GBS-status.

Vroedvrouwen bespreken in overleg met de zwangere vrouw de voor en nadelen van antibiotica profylaxe bij GBS positieve of onbekende status. Bij de meerderheid (77%) van de vrouwen met een positieve of onbekende GBS status die geen AB tijdens de arbeid kregen was er sprake van informed consent. Slechts bij 8% (n=18) werd er geen informed consent besproken.

De Cochrane review van Ohlsson & Shah (2014) stelde vast dat intrapartum antibioticaprofylaxe voor GBS in vergelijking met geen behandeling, geen significant reductie inhoudt op het vlak van de neonatale mortaliteit veroorzaakt door GBS (RR: 0,19; 95% BI [0,01-3,82]; 1 studie; n=164 neonaten). Zij vonden echter wel een significante reductie in de incidentie van een early GBS- infectie in de groep die intrapartaal antibiotica toegediend kreeg in vergelijking met de groep die geen behandeling kreeg (RR: 0,17; 95%BI [0,04-0,74]; 3 studies; n=488). De incidentie van late-onset GBS-infectie verschilde niet significant tussen beide groepen (Ohlsson & Shah, 2014)

Seedat et al (2019) suggereert dat een routine screening voor GBS in de late zwangerschap afgeraden wordt, omdat de potentiële nadelen van een onnodige behandeling met antibiotica intrapartaal mogelijk de voordelen kan overtreffen<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Dit artikel moet gelezen worden in de context waarbij er in het Verenigd Koninkrijk geen routine screening naar of profylaxe van GBS gebeurt.



Hoewel een klein percentage van de pasgeborenen van GBS positieve vrouwen worden besmet, is de kans op een besmetting bij de baby klein. Er wordt dus antibiotica profylaxis gegeven aan een groot aantal vrouwen, zonder dat de baby een infectie ontwikkelt. Op basis van gegevens uit het Verenigd Koninkrijk zou een prenatale GBS-kweek bij ongeveer twee op 1.000 zwangere vrouwen met een positief resultaat een beginnende infectie correct voorspellen. Dit is een positief predictieve waarde van 0,2%. In de periode 2000-2001 werd een positieve GBS-status aangetoond bij 126.159 zwangere vrouwen, waarbij 205 neonaten een early-onset infectie ontwikkelden. Dit wil zeggen dat screening zou geleid hebben tot een behandeling met antibiotica van 125.954 (99,8%) parturiënten (Seedat et al., 2019). Eenzelfde cijfer werd vastgesteld in 2014-2015. Bij 138.933 zwangere vrouwen werd een positieve GBS-status vastgesteld, waarvan 305 neonaten effectief een early-onset infectie ontwikkelden. In dit geval zou een screening met antibioticaprofylaxe geleid hebben tot een behandeling van 138.583 (99,75%) vrouwen (Seedat et al., 2019). Uit een model van het nationale screeningscomité uit het Verenigd Koninkrijk wordt geconcludeerd dat routine GBS-screening aanleiding geeft tot intrapartum antibioticaprofylaxe bij 1.675 tot 1.854 vrouwen om één geval van een early-onset infectie te voorkomen en 24.065 tot 32.087 om één sterfgeval als gevolg van een early-onset GBS-infectie te voorkomen.

De lage positieve predictieve waarden betekent dat er een hoog percentage aan vals-positieven is, nl. neonaten die geen early-onset infectie ontwikkelen, wat een overbehandeling met en maternale blootstelling aan antibiotica tijdens de arbeid met zich meebrengt. Onderzoek toonde aan dat intrapartum GBS-profylaxe mogelijk de darmmicrobiota verandert. Deze veranderingen worden vermoedelijk in verband gebracht met stofwisselingsproblemen (zoals obesitas en diabetes), atopische, ontstekingsen auto-immuunproblemen (zoals astma en necrotiserende enterocolitis), en autisme (Seedat et al., 2019). Verder onderzoek omtrent de gevolgen van GBS-profylaxe is daarom aangeraden.

### Verbeteren van de zelfregistratie

Tot slot werden data verzameld via zelfregistratie. Zo is er enerzijds geen sprake van een volledige 100% dekkende registratie. Anderzijds kunnen we ook niet uitsluiten dat alle aspecten volledig werden geregistreerd. We willen in de toekomst de registratie van autonoom door vroedvrouw geleide zorg tijdens arbeid en bevalling verder optimaliseren, bv. rond GBS, VBAC en zwangerschapsduur en overwegen de registratie verder uit te breiden om ook kwalitatieve gegevens rond maternale tevredenheid en de tevredenheid van de vroedvrouwen met dit zorgmodel te onderzoeken.

### Vergelijking met het buitenland

#### **Zwitserland**

In 2023 werden er 5.458 bevallingen begeleid door een vroedvrouw. Hiervan waren er 18% (n=983) thuisbevallingen, 36,1% (n=1.972) bevallingen in een geboortehuis en 34,4% (n=1.879) bevallingen in een ziekenhuis begeleid door een vroedvrouw. Van 17 bevallingen (0,3%) is er geen locatie bekend. Bij 557 bevallingen (10,2%) werd er doorverwezen naar het ziekenhuis of binnen het ziekenhuis waarbij de bevallingen verder werden opgevolgd door de vroedvrouw of erkend verloskundige. Er 50 vrouwen (0,9%) die reeds in het ziekenhuis waren voor een zwangerschapscontrole en verder in het ziekenhuis werd opgevolgd door een vroedvrouw (Borner & Grylka, 2024).

De voornaamste redenen waarom er werd doorverwezen tijdens de arbeid was stagnatie van de arbeid (5%, n=271), er werd ook doorverwezen op vraag van de mama (2,5%, n=137), abnormale foetale harttonen (1,0%, n=56), abnormale ligging foetus (0,9%, n=49), meconiaal vruchtwater (0,8%, n=41), langdurig gebroken vliezen (0,5%, n=26), en andere niet gespecificeerde problemen (0,9%, n=51).

In vergelijking met het eigen jaarrapport, ligt het percentage thuisbevallingen lager in Zwitserland (18% vs 47%) en het aantal bevallingen met vroedvrouw in een geboortehuis hoger (34,4% vs 12%). De redenen waarom er wordt doorverwezen tijdens de arbeid zijn vergelijkbaar in trend. In dit



rapport werd ook vaak doorverwezen omwille van stagnatie van de arbeid (32%), ook omwille van de vraag naar pijnstilling (36%), alsook omwille van langdurig gebroken vliezen (7%) of abnormale foetale harttonen (6%).

### **Duitsland**

In 2023 werden in Duitsland 16.665 geboorten buiten het ziekenhuis geregistreerd, waarvan 167 ongeplande en 16.477 geplande bevallingen buiten het ziekenhuis (Loytved & Schäfers, 2024). Het gaat hier om thuisbevallingen of bevallingen die vroedvrouwen hebben begeleid in een geboortehuis. Het merendeel van de vrouwen (83% of  $n=13.628$ ) beviel zoals gepland bij de vroedvrouw en 17% ( $n=2.849$ ) van de vrouwen werd tijdens de arbeid doorverwezen naar het ziekenhuis. Het aantal doorverwijzingen in Duitsland ligt in iets lager als het aantal intrapartale doorverwijzingen uit dit jaarrapport (24% ten opzichte van 17%). Van de vrouwen die werden doorverwezen beviel 5,7% ( $n=931$ ) door middel van een sectio en 3,72% ( $n=524$ ) via een geassisteerde bevalling. Deze percentages zijn vergelijkbaar met de eigen cijfers waarbij 4% ( $n=47$ ) van de doorverwezen vrouwen een sectio kregen en 5% ( $n=47$ ) een geassisteerde bevalling. Verder koos 35,8% ( $n=5.895$ ) van de Duitse vrouwen die vaginaal bevielen een bevallingshouding op handen en knieën. Ook in dit jaarrapport was de bevallingshouding op handen en knieën de houding die door de meeste vrouwen werd verkozen, namelijk 48% ( $n=444$ ). Er werd bij 39% ( $n=6.493$ ) van de bevallen vrouwen een gaaf perineum vastgesteld (geen perineumruptuur of episiotomie), 2,7% ( $n=440$ ) kreeg een episiotomie en 1,1% ( $n=179$ ) had een derde of vierde graad ruptuur (Loytved & Schäfers, 2023). Ook hier liggen de Duitse cijfers in dezelfde lijn met de bevindingen in het huidige jaarrapport, waarbij 31% ( $n=291$ ) van de vrouwen een gaaf perineum had, 1% ( $n=10$ ) een episiotomie kreeg en 2% ( $n=19$ ) een 3e of 4e graad perineum ruptuur had.

In totaal stelden 94,1% ( $n=15.513$ ) van de Duitse neonaten geen problemen na de bevalling (zowel thuisbevalling, geboortehuis als doorverwijzing naar het ziekenhuis) en hadden een Apgar van 8 tot 10. Bijna alle neonaten (99,2% of  $n=16.335$ ) hadden

een Apgar-score van 7 of meer vijf minuten na de bevalling (Loytved & Schäfers, 2023). Ook deze cijfers sluiten aan bij de bevindingen in het huidige jaarrapport, waarbij 99% ( $n=921$ ) van de neonaten een Apgar-score van 7 of meer hadden na 5 minuten.



## Besluit

Het rapport vroedvrouwgeleide zorg tijdens arbeid en bevalling 2023 geeft inzicht in het werk dat vroedvrouwen in Vlaanderen, Brussel en Wallonië verrichten en illustreert de meerwaarde van vroedvrouwgeleide zorg onderbouwd met cijfers en internationale wetenschappelijk evidentie. In 2023 werden er 1228 arbeiden geregistreerd waarvan de arbeid startte bij de vroedvrouw, hiervan waren er 928 vroedvrouwgeleide bevallingen.

Net als vorig jaar stelt dit jaarrapport de fysiologie van de vroedvrouwenpraktijk in de kijker. De geregistreerde vroedvrouwgeleide bevallingen worden gekenmerkt door de toepassing van verticale bevallingshoudingen, badbevallingen, intermitterende auscultatie van de foetale harttonen, een laag aantal episiotomieën, een lage graad ernstige perineumrupturen en een lage graad aan farmacologische pijnstilling. Deze zaken spelen eveneens een belangrijke rol voor de autonomie van de zwangere vrouw en haar bevallingservaring. Het zelf mee kunnen beslissen tijdens het proces van arbeid en bevalling is van essentieel belang voor het welzijn van moeder en kind.

De cijfers gerapporteerd in de jaarrapport tonen dat vroedvrouwgeleide zorg voor laagrisico zwangerschappen een volwaardig en kwaliteitsvolle zorgoptie is, die breed toegankelijk moet zijn voor vrouwen die hiervoor willen kiezen, zowel in een extra-als intramurale omgeving.

In de toekomst zal deze registratie gecontinueerd worden, verder geoptimaliseerd en aangevuld met bijkomende registraties. Om de voor- en nadelen van het vroedvrouwgeleide zorgmodel te kunnen vergelijken met het gynaecolooggeleide zorgmodel, is het aanbevolen dat de epidemiologische gegevensregistratie van het SPE of CEpiP verder te optimaliseren, en meer wetenschappelijke studies ter beschikking komen over de klinische uitkomsten en kosteneffectiviteit van vroedvrouwgeleide zorg in vergelijking met gynaecolooggeleide zorg voor de Belgische zorgcontext.

Het aantal registraties ligt lager in vergelijking met voorbije jaren. Ook het aantal vroedvrouwen dat autonoom bevallingen begeleidt ligt in dalende lijn. De grote werkdruk in combinatie met onderbetaling voor dit gepresteerde werk ligt hiervan aan de oorzaak. Met dit jaarrapport willen we ook alle vroedvrouwen die zich dag in dag inzetten om de zwangere vrouw en moeder doorheen het ganse proces van zwangerschap, bevalling en postpartum te begeleiden een hart onder de riem steken en hun werk in de kijker stellen.





# Referenties

- Barbara Borner, med., & Grylka, S. (2024). Ausführlicher Statistikbericht der ambulanten Hebammenleistungen der Schweiz Rapport statistique détaillé des prestations ambulatoires des sages-femmes en Suisse. www.zhaw.ch
- Clinical Guidelines - Queensland Health, Q. (2017). Maternity and Neonatal Clinical Guideline. Queensland Health, 1–39. www.health.qld.gov.au/qcg%0Awww.health.qld.gov.au/qcg%0Awww.health.qld.gov.au/qcg. Accessed June, 2020.
- College of midwives of BC (CMBC). (2015). Place of Birth Handbook.
- De Koster, K. (2016). Eerstelijns verloskunde voor vroedvrouwen. https://docplayer.nl/206111647-Eerstelijns-verloskunde-voor-vroedvrouwen.html
- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O., Bonet, M., & Gülmezoglu, A. M. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. PLoS ONE, 13(4), e0194906. https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0194906
- Durand, C., Jouck, P., Miermans, P.-J., Steinberg, P., & Vivet, V. (2022). Vroedvrouwen op de arbeidsmarkt, 2019. www.health.belgium.be/hwf
- Edmonds, J. K., Ivanof, J., & Kafulafula, U. (2020). Midwife Led Units: Transforming Maternity Care Globally. https://doi.org/10.5334/aogh.2794
- Federale raad voor de vroedvrouwen. (2016). Het Beroeps- en competentieprofiel van de Belgische Vroedvrouw. federale overheidsdienst VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU. https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/2016\_01\_cfsf\_frvv\_bijlage\_beroepsprofiel.pdf
- Fogarty, M., Osborn, D. A., Askie, L., Seidler, A. L., Hunter, K., Lui, K., Simes, J., & Tarnow-Mordi, W. (2018). Delayed vs early umbilical cord clamping for preterm infants: a systematic review and meta-analysis. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 218(1), 1–18. https://doi.org/10.1016/j.AJOG.2017.10.231
- Goemaes, R., Fomenko, E., Laubach, M., Coen, K. De, Roelens, K., & Bogaerts, A. (2022). Perinatale gezondheid in Vlaanderen – Jaar 2021. https://zeg.paddlecms.net/sites/default/files/2022-11/SPE-Perinatale%20gezondheid%20in%20Vlaanderen-2021-FINAL.pdf
- Herold, J., Abele, H., & Graf, J. (2024). Effects of timing of umbilical cord clamping for mother and newborn: a narrative review. Archives of Gynecology and Obstetrics, 309(1), 47–62. https://doi.org/10.1007/S00404-023-06990-1/TABLES/6
- Homer, C. S. E., Cheah, S. L., Rossiter, C., Dahlen, H. G., Ellwood, D., Foureur, M. J., Forster, D. A., Mclachlan, H. L., Oats, J. J. N., Sibbritt, D., Thornton, C., & Scarf, V. L. (2019). Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth in Australia 2000 – 2012: a linked population data study. BMJ Open, 9(10). https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2019-029192
- Homer, C. S. E., Turkmani, S., Wilson, A. N., Vogel, J. P., Shah, M. G., Fogstad, H., & Langlois, E. V. (2022). Enhancing quality midwifery care in humanitarian and fragile settings: A systematic review of interventions, support systems and enabling environments. In BMJ Global Health (Vol. 7, Issue 1). BMJ Publishing Group. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006872
- Janssen, P. A., Saxell, L., Page, L. A., Klein, M. C., Liston, R. M., & Lee, S. K. (2009). Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. CMAJ : Canadian Medical Association Journal, 181(6–7), 377. https://doi.org/10.1503/CMAJ.081869
- Leeuw, V. Van, & Leroy, C. (2022). Santé périnatale en Région bruxelloise – Année 2021. https://www.cepip.be/img/pdf/rapport\_CEPiP\_Bxl\_2021-fr.pdf
- Leroy, C., & Leeuw, V. Van. (2022). Santé périnatale en Wallonie – Année 2021. https://www.cepip.be/img/pdf/rapport\_CEPiP\_Wal\_2021-fr.pdf
- Martin-Arribas, A., Escuriet, R., Borràs-Santos, A., Vila-Candel, R., & González-Blázquez, C. (2022). A comparison between midwifery and obstetric care at birth in Spain: Across-sectional study of perinatal outcomes. International Journal of Nursing Studies, 126, 104129. https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2021.104129
- McDonald, S. J., Middleton, P., Dowswell, T., & Morris, P. S. (2013). Later cord clamping after birth increases iron levels in babies. Saudi Medical Journal, 34(9), 973. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004074.PUB3/MEDIA/CDSR/CD004074/IMAGE\_N/NCD004074-CMP-001-25.PNG
- Merz, W. M., Tascon-Padron, L., Puth, M. T., Heep, A., Tietjen, S. L., Schmid, M., & Gembruch, U. (2020). Maternal and neonatal outcome of births planned in alongside midwifery units: A cohort study from a tertiary center in Germany. BMC Pregnancy and Childbirth, 20(1), 1–10. https://doi.org/10.1186/S12884-020-02962-4/TABLES/6
- National Institute for Health and Care Excellence NICE. (2023). Intrapartum care. NICE. https://www.nice.org.uk/guidance/ng235
- Reitsma, A., Simioni, J., Brunton, G., Kaufman, K., & Hutton, E. K. (2020). Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. EClinicalMedicine, 21. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100319
- Ricchi, A., Rossi, F., Borgognoni, P., Bassi, M. C., Artioli, G., Foa, C., & Neri, I. (2019). The midwifery-led care model: A continuity of care model in the birth path. Acta Biomedica, 90, 41–52. https://doi.org/10.23750/ABM.V90I6-S.8621
- Rocca-Ihenacho, L., Batinelli, L., Thael, E., Rayment, J., Mccourt, C., & Nizard, J. (2018). Midwifery Unit Standards.
- Rothmann, I. (2022). Foetale monitoring tijdens een laagrisico arbeid en bevalling: Cardiocardiografie en Intermitterende Auscultatie: Wat zijn de effecten van continue cardiocardiografie (CTG) tijdens arbeid en bevalling op maternale en neonatale uitkomsten bij zwangere vrouwen met een laag risico zwangerschap in vergelijking met intermitterende auscultatie (IA)? Tijdschrift Voor Vroedvrouwen, 28(2).
- Rothmann, I., D'haenens Florence, & Huybrechts Lieve. (2024). Wetenschappelijke evidentie van de effecten van intrapartale continuïteit van zorg in een intramurale vroedvrouwgeleide afdeling op de klinische uitkomsten van moeder en kind, de bevallingservaring en de ervaring van de zorgverlener bij een à terme laagrisico zwangerschap. Tijdschrift Voor Vroedvrouwen, 30(2).
- Rothmann, I., Huybrechts, L., & D'Haenens, F. (2024). De effecten van bevallen thuis of in een extramuraal geboortehuis versus bevallen met standaardzorg in het ziekenhuis. Tijdschrift Voor Vroedvrouwen, 30(2).
- Sandall, J., Fernandez Turienzo, C., Devane, D., Soltani, H., Gillespie, P., Gates, S., Jones, L. V., Shennan, A. H., & Rayment-Jones, H. (2024). Midwife continuity of care





## REFERENTIES

- models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2024(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667>. PUB6
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2016, Issue 4). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>
  - Scarf, V. L., Rossiter, C., Vedam, S., Dahlen, H. G., Ellwood, D., Forster, D., Foureur, M. J., McLachlan, H., Oats, J., Sibbritt, D., Thornton, C., & Homer, C. S. E. (2018). Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. In *Midwifery* (Vol. 62, pp. 240–255). Churchill Livingstone. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.024>
  - Schäfers Rainhild. (2024). Qualitätsbericht 2023 Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland (Quag, Ed.). Auerbach. [www.quag.de](http://www.quag.de)
  - Thaels, E. (2024). Vroedvrouwgeleide afdeling in een ziekenhuis/Alongside Midwifery Unit (AMU)- definitie. *Tijdschrift Voor Vroedvrouwen*.
  - Van Melckebeke M. (2022). “Ik schaam me soms voor mijn loon.” *De Standaard*.
  - Vlaamse Codex. (2019). Decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders.
  - Wellfens, K., Derisbourg, S., Costa, E., Englert, Y., Pintiaux, A., Warnimont, M., Kirkpatrick, C., Buekens, P., & Daelemans, C. (2020). The “Cocoon,” first alongside midwifery-led unit within a Belgian hospital: Comparison of the maternal and neonatal outcomes with the standard obstetric unit over 2 years. *Birth*, 47(1), 115–122. <https://doi.org/10.1111/birt.12466>
  - WHO. (2013, February). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. <https://www.who.int/tools/elena/review-summaries/cord-clamping--effect-of-timing-of-umbilical-cord-clamping-of-term-infants-on-maternal-and-neonatal-outcomes>.
  - World Health Organisation (WHO). (2016). WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience 1 WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience: Summary. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00838-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00838-7)





# Bijlage 1: Registratieformulier 2023

## ***Vroedvrouwen sterker maken 2023***

Gelieve de registratie zo volledig mogelijk in te vullen. Gelieve bij antwoordmogelijkheden 'anders' te motiveren. Dankjewel om mee te werken!

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

Akkoord       Niet akkoord

## ***Algemene informatie***

2. Moedertaal

Nederlands       Engels       Turks       Frans

Duits       Arabisch       Anders .....

3. Leeftijd zwangere vrouw .....

4. Postcode .....

5. Body Mass Index (BMI) zwangere vrouw

< 18,5 kg/m<sup>2</sup>       18,5 - 24,9 kg/m<sup>2</sup>       25 - 29,9 kg/m<sup>2</sup>

≥ 30,0 kg/m<sup>2</sup>

6. Relaties zwangere vrouw

Alleenstaand       Wettelijke samenwonend

Feitelijk samenwonend       Gehuwd       Anders .....





**Zwangerschap**

Duur zwangerschap, GPA tijdens zwangerschap en onderscheid maken tussen miskraam en abortus

7. GPA

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

Aantal miskramen: .....

Aantal abortussen: .....

8. Duur zwangerschap

< 37 weken

37- 42 weken

> 42 weken

9. Ontstaan zwangerschap

Spontaan

IUI of intra-uteriene inseminatie

ICSI

Hormonaal

IVF

Anders .....

10. Sectio in anamnese

Ja

Nee

11. Geplande plaats bevalling

Thuis

Ziekenhuis met vroedvrouw

Geboortehuis

Ziekenhuis gynaecoloog

Verantwoordelijke bevalling

Vroedvrouw

Gynaecoloog

**Bevalling**

## 12. Plaats bevalling

- Thuis                       Ziekenhuis met vroedvrouw  
 Geboortehuis             Ziekenhuis gynaecoloog

## 13. Ligging baby

- Achterhoofd Voor     Achterhoofd Achter             Stuit  
 Anders .....

## 14. Breken Vliezen

- PROM (premature rupture of membranes)  
 AROM (Artificial rupture of membranes)  
 SROM (Spontaneous rupture of membranes)  
 Anders .....

## 15. Kleur vruchtwater

- Normaal     Bloederig     Meconium     Anders .....

## 16. Badbevalling

- Ja                       Nee

## 17. Bevallingshouding

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





## BIJLAGE

18. Foetale bewaking (meerdere antwoorden mogelijk)

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

19. GBS

- Negatief       Positief       Onbekend

20. Infectie neonaat GBS negatieve wissel

- Ja       Onbekend

21. AB intrapartaal

- Ja       Onbekend

22. GBS en geen AB

Werd hiervoor een informed consent getekend?

- Ja, mondeling       Ja, schriftelijk       Neen

- Geen infectie       Early onset GBS disease (0-6d)

- Late onset GBS disease (1w -3m)



**Pijnstilling**

23. Werd er medicamenteuze pijnstilling toegediend?

- Ja  Neen

24. Welke medicamenteuze pijnstilling werd er gebruikt?

- Epidurale  Kalinox  Anders .....

25. Was dit in een ziekenhuissetting?

- Ja  Neen

**3<sup>e</sup> fase**

26. Placentaire fase

- Spontaan  Spontaan gevolgd door actief beleid  Anders .....

- Actief beleid (onmiddellijk Synto)  Manuele revisie

27. Na hoeveel tijd werd de navelstreng afgeklemd (antwoord in aantal minuten)

Na ..... minuten

28. Geraamd bloedverlies

- <500 ml  500 - 1000 ml  > 1000 ml

29. Perineum (meerder antwoorden mogelijk)

- Gaaf  Labia  1<sup>e</sup> graad  2<sup>e</sup> graad  
 3<sup>e</sup> graad  4<sup>e</sup> graad  Episiotomie  Anders .....

30. Hechting perineum

- Vroedvrouw  Gynaecoloog  Huisarts  
 Niet nodig om te hechten





## BIJLAGE

31. Doorverwijzing postnataal owv moeder

- Geen  Owv moeder

32. Reden doorverwijzing owv moeder

- PPH  Placenta retentie  Hechten gynaecoloog  
 Anders .....

### **Gegevens neonaat**

33. Geboortedatum ...../...../.....

34. Geboortegewicht .....

35. Geslacht

- Jongen  Meisjes

36. APGAR

- Na 1 minuut .....  Na 5 minuten .....

37. Reanimatie

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

38. Afwijkingen baby

- Nee  Anders .....

39. Doorverwijzing postnataal owv baby

- Geen  Owv baby

40. Reden doorverwijzing postnataal owv baby

- Reanimatie  Prematuriteit  Abnormaliteiten  
 Respiratoire problemen  SGA < 2,5 kg  Andere .....







41. Werd de baby opgenomen op neonatologie
- Nee                       Ja, enkele dagen                       Ja, tot een week
- Ja, meer dan een week                       Ja, meer dan twee weken
- Anders .....

### ***Doorverwijzing Intrapartaal***

42. Reden doorverwijzing
- Dringend                       Stagnatie
- Overige
43. Dringende doorverwijzing
- Wat is dringend? Binnen 15 minuten hulp krijgen van gynaecoloog
- Owv foetale nood                       Owv bloedverlies
- Andere
44. Stagnatie
- NVO = 4 uur onveranderde ontsluiting vanaf 6 cm  
NVU = 2 uur voor Primi en 1 uur voor mutli
- Niet vorderende ontsluiting
- Niet vorderende uitdrijving
45. Overige
- Meconiaal Vruchtwater                       Liggingsafwijkingen Baby
- Nood aan pijnstilling                       Abnormale foetale harttonen
- Maternale koorts                       Anders .....
- Langdurige gebroken vliezen





## BIJLAGE

46. Langdurige gebroken vliezen (moment van doorverwijzing)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> GBS negatief 12 uur | <input type="checkbox"/> GBS positief 12 uur | <input type="checkbox"/> GBS onbekend 12 uur |
| <input type="checkbox"/> GBS negatief 18 uur | <input type="checkbox"/> GBS positief 18 uur | <input type="checkbox"/> GBS onbekend 18 uur |
| <input type="checkbox"/> GBS negatief 24 uur | <input type="checkbox"/> GBS positief 24 uur | <input type="checkbox"/> GBS onbekend 24 uur |

### ***Hoe bevallen naar doorverwijzing***

47. Mocht de vroedvrouw na doorverwijzing bij de mama blijven tot het einde van de bevalling? Zo ja, was dit als vroedvrouw?

- Neen, dit mocht niet       Ja, maar enkel als doula
- Ja, dit mocht als vroedvrouw
- Ja, dit mocht maar niet tot het einde van de bevalling
- Anders .....

48. Bevallingswijze

- Spontaan     Sectio     Forceps     Ventouse

49. Epidurale verdoving

- Ja             Nee

50. Episiotomie

- Ja             Nee

### ***Naam Praktijk***

51. Naam Praktijk (in afkorting) .....







Vlaamse  
Beroepsorganisatie  
van Vroedvrouwen