



Vlaamse
Beroepsorganisatie
van Vroedvrouwen

JAARRAPPORT VROEDVROUWGELEIDE ZORG TIJDENS DE ARBEID EN BEVALLING IN CIJFERS: 2024

Redactie:

Lieselotte Vandeputte

Dorien Lanssens

Florence D'haenens

Marlene Reyns

Ines Rothmann

Ambre Hamelink

November 2025



INHOUDSOPGAVE

Overzicht auteurs	3
Overzicht gebruikte afkortingen	3
Overzicht figuren en tabellen	4
Voorwoord	7
Samenvatting 2024	8
Résumé 2024	10
Summary 2024	12
Inleiding	14
Begrippen	16
2024 in resultaten	22
Bevallingen begeleid door een vroedvrouw in België in 2024	25
Doorverwijzigingen tijdens de arbeid	42
Discussie	48
Besluit	51
Referenties	52
Bijlage 1: Registratieformulier 2024	55



Overzicht auteurs

- Lieselotte Vandeputte, wetenschappelijk medewerker Vlaamse Beroepsorganisatie voor Vroedvrouwen (VBOV) en lid van de Werkgroep Wetenschappelijk Onderzoek van de VBOV vzw.
- Dorien Lanssens, prof. dr. vroedvrouw 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, Hoofdredacteur "Tijdschrift Voor Vroedvrouwen".
- Florence D'haenens, lid van de Werkgroep Wetenschappelijk Onderzoek van de VBOV vzw; lector binnen de opleiding vroedvrouwen (Erasmushogeschool Brussel), onderzoeker bij de Odisee Hogeschool, campus Sint-Niklaas en binnen de vakgroep Zorg en Ethiek aan de Universiteit Hasselt
- MarleneReyns,vroedvrouweerstelijntweedelijn,voorzitterVlaamseBeroepsorganisatie voor Vroedvrouwen vzw.
- Ines Rothmann, wetenschappelijk medewerker Vlaamse Beroepsorganisatie voor Vroedvrouwen en lid van de Werkgroep Wetenschappelijk Onderzoek van de VBOV vzw.
- Ambre Hamelink, vroedvrouw bij 'Leienest vroedvrouwen' en lid van de werkgroep Vroedvrouwgeleide Zorg van de VBOV vzw.

Overzicht gebruikte afkortingen

AMU: Alongside Midwifery Unit
 AROM: Artificial Rupture of membranes
 BMI: Body Mass Index
 CEpiP: Centre d'Épidémiologie Périnatale
 FMU: Freestanding Midwifery Unit
 ICSI: IntraCytoplasmatische Sperma-Injectie
 IUI: Intra-Uteriene Inseminatie
 IVF: InVitroFertilisatie
 KCE: Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg
 KI: Kunstmatige Inseminatie
 MLU: Midwifery Led Unit
 NICU: Neonatale Intensive Care unit
 PROM: Premature Rupture Of Membranes
 SPE: Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie
 SROM: Spontaneous Rupture Of Membranes
 VBAC: Vaginal Birth After Caesarean
 VBOV: Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen
 WHO: Wereldgezondheidsorganisatie
 ZH: Ziekenhuis



Overzicht figuren en tabellen

Figuur 1	Jaarrapport 2024 in aantallen
Figure 2	Rapport annuel 2024 en nombres
Figure 3	Annual report 2024 in numbers
Figuur 4	Geografische spreiding bevallingen

Tabel 1	Vroedvrouwgeleide bevallingen 2024: maternale karakteristieken
Tabel 2	Vroedvrouwgeleide bevallingen 2024: neonatale karakteristieken
Tableau 3	Accouchements dirigés par des sages-femmes 2024: caractéristiques maternelles
Tableau 4	Accouchements dirigés par des sages-femmes 2024 : caractéristiques néonatales
Table 5	Midwife-led births 2024: maternal characteristics
Table 6	Midwife-led births 2024: neonatal characteristics
Tabel 7	Geografisch overzicht vroedvrouwenpraktijken
Tabel 8	Geregistreerde variabelen 2024
Tabel 9	Algemene gegevens: socio-demografische karakteristieken moeder
Tabel 10	Algemene gegevens: Biomedische gegevens moeder
Tabel 11	Algemene gegevens: verloskundige variabelen
Tabel 12	Plaats bevalling
Tabel 13	Aantal bevallingen per provincie op basis van locatie vroedvrouw
Tabel 14	Pariteit vroedvrouwgeleide bevallingen
Tabel 15	Breken vliezen en kleur vruchtwater
Tabel 16	Breken vliezen, kleur vruchtwater en locatie bevalling
Tabel 17	Foetale bewaking vroedvrouwgeleide bevallingen
Tabel 18	Foetale bewaking en plaats bevalling vroedvrouwgeleide bevallingen
Tabel 19	Bevallingshouding vroedvrouwgeleide bevallingen
Tabel 20	Bevallingshouding en locatie van bevalling
Tabel 21	Badbevalling vroedvrouwgeleide bevallingen
Tabel 22	Badbevalling en locatie bevalling
Tabel 23	Pijnstilling vroedvrouwgeleide bevallingen
Tabel 24	Pijnstilling en locatie bevalling
Tabel 25	GBS diagnostiek/profylaxe vroedvrouwgeleide bevallingen
Tabel 26	Informed consent GBS profylaxe
Tabel 27	Placentaire fase vroedvrouwgeleide bevallingen
Tabel 28	Placentaire fase en locatie bevalling
Tabel 29	Na hoeveel tijd werd de navelstreng afgeklemd?
Tabel 30	Afklemmen navelstreng en locatie bevalling
Tabel 31	Geraamd bloedverlies vroedvrouwgeleide bevallingen
Tabel 32	Geraamd bloedverlies en locatie bevalling
Tabel 33	Perineum vroedvrouwgeleide bevallingen
Tabel 34	Perineum en locatie bevalling
Tabel 35	Hechten perineum
Tabel 36	Hechten perineum en locatie bevalling
Tabel 37	Doorverwijzing postnataal maternale redenen
Tabel 38	Doorverwijzing postnataal omwille van maternale redenen en locatie bevalling
Tabel 39	Karakteristieken neonaat
Tabel 40	Apgar-score en locatie bevallingen
Tabel 41	Overzicht afwijkingen neonaat
Tabel 42	Transfer postnataal o.w.v. neonaat



Tabel 43	Algemene karakteristieken intrapartum doorverwezen bevallingen.
Tabel 44	Mocht de vroedvrouw na doorverwijzing bij de mama blijven in het ziekenhuis tot het einde van de bevalling?
Tabel 45	Redenen intrapartum doorverwezen bevalling
Tabel 46	Intrapartum doorverwezen bevallingen: intrapartum
Tabel 47	Intrapartum doorverwezen bevallingen: uitdrijvingsfase
Tabel 48	Intrapartum doorverwezen bevallingen: postpartum
Tabel 49	Intrapartum doorverwezen bevallingen: karakteristieken neonat
Tabel 50	Overzicht afwijkingen neonat
Tabel 51	Transfer postnataal omwille van 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 uitstek van de fysiologie.



Bevallingsplaats

Extramuraal (611)

- 44% thuis
- 11% geboortehuis
- 0.4% onderweg

Intramuraal (494)

- 27% vroedvrouwgeleide bevalling door eerstelijns-vroedvrouw in het ziekenhuis
- 18% vroedvrouwgeleide afdeling in het ziekenhuis

Doorverwijzingen naar het ziekenhuis (22%)



Bewegingsvrijheid

- Meest gekozen bevalhouding was op handen-en-knieën: 47% extramuraal en 46% intramuraal
- Vrouwen bevallen zelden op de rug: 5% extramuraal en 11% intramuraal

Foetale monitoring

Meest gebruikte methode:

Intermittent doptone (92% extramuraal) en Intermittent CTG en doptone (45% intramuraal)

Bevallen in bad

Bijna de helft bevalt in bad (44%): 48% extramuraal en 38% intramuraal

Perineum

		
Geen perineumtrauma	36%	33%
Geen of mild perineumtrauma (labia, 1e en 2e graad ruptuur)	/	/
Episiotomie	1%	3%
3e en 4e graads perineumruptuur	1%	2%

Postpartum

Geen maternale complicaties: 95% extramuraal en 89% intramuraal

Placentaire fase

		
Spontane geboorte placenta:	91%	75%
Bloedverlies <500 ml:	85%	86%

Pasgeborene

		
1-min APGAR ≥ 7 :	95%	96%
5-min APGAR ≥ 7 :	99%	99%
Nood aan beademing:	4%	2%

Jaarrapport 2024

1425 registraties waarvan 1105 autonoom door vroedvrouw
124 autonome vroedvrouwen uit Vlaanderen, Brussel en Wallonië

 VBOV
careforlife



Voorwoord

Met dit vijfde jaarrapport “Vroedvrouwgeleide zorg tijdens arbeid en bevalling in cijfers: 2024” beschikken we voor het eerst over een stabiele en wetenschappelijk gevalideerde registratie van vroedvrouwgeleide zorg in België.

De gegevens, verzameld door eerstelijns vroedvrouwen uit dertig praktijken verspreid over Vlaanderen, Brussel en Wallonië, bieden een betrouwbaar beeld van de zorgverlening aan vrouwen met een laagrisico-zwangerschap. De methodologie sluit aan bij internationale epidemiologische standaarden en de definities gehanteerd door het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE) en CEpiP. Dit rapport vormt een solide wetenschappelijke basis en kan zo een waardevolle bijdrage leveren voor beleidsbeslissingen rond de organisatie en van fysiologische geboortezorg in België.

De cijfers tonen onmiskenbaar aan dat vroedvrouwgeleide zorg (zowel thuis, in open ziekenhuizen en in geboortehuizen als binnen vroedvrouwgeleide eenheden in ziekenhuizen) veilig, effectief en waardevol is. Ze illustreren de kwaliteit en professionaliteit waarmee vroedvrouwen laagrisico-zwangerschappen begeleiden, wat leidt tot minder medische interventies.

Deze inzichten komen op een belangrijk moment. Vlaanderen en België zetten stappen richting geïntegreerde, persoonsgerichte en gepaste perinatale zorg. Binnen die context is vroedvrouwgeleide zorg een onmisbare schakel. Ze combineert klinische veiligheid met kosteneffectiviteit, door preventie en het vermijden van onnodige medische interventies, en versterkt het partnerschap tussen vrouw en zorgverlener. Toch blijft de structurele inbedding van dit model in ons zorgsysteem beperkt.

Dit rapport is dan ook meer dan een cijfermatige rapportage: het is een beleidsmatig signaal. Een oproep tot erkenning en structurele verankering van vroedvrouwgeleide zorg binnen het Belgische zorglandschap. Hiermee doen we een oproep tot een beter toegepaste financiering, een heldere profilering en een duurzame samenwerking over de lijnen (1^e, 2^e en 3^e lijn) heen.

Onze bijzondere dank gaat uit naar de autonoom werkende vroedvrouwen die hun praktijkdata nauwgezet registreerden, en naar de gezinnen die hun vertrouwen schonken. Hiernaast willen we Elke Van Den Bergh en Alexandra Denys bedanken die vanuit Birth Matters aan de wieg stonden van deze dataregistratie. Tenslotte willen we de VBOV bedanken om deze registratie de nodige ondersteuning te bieden.

Met dit jaarrapport willen we niet enkel tonen wat is/was, maar ook wat mogelijk is: een toekomst waarin vroedvrouwgeleide zorg opnieuw een volwaardig, structureel erkend onderdeel vormt van een geïntegreerd en duurzaam geboortezorgsysteem.



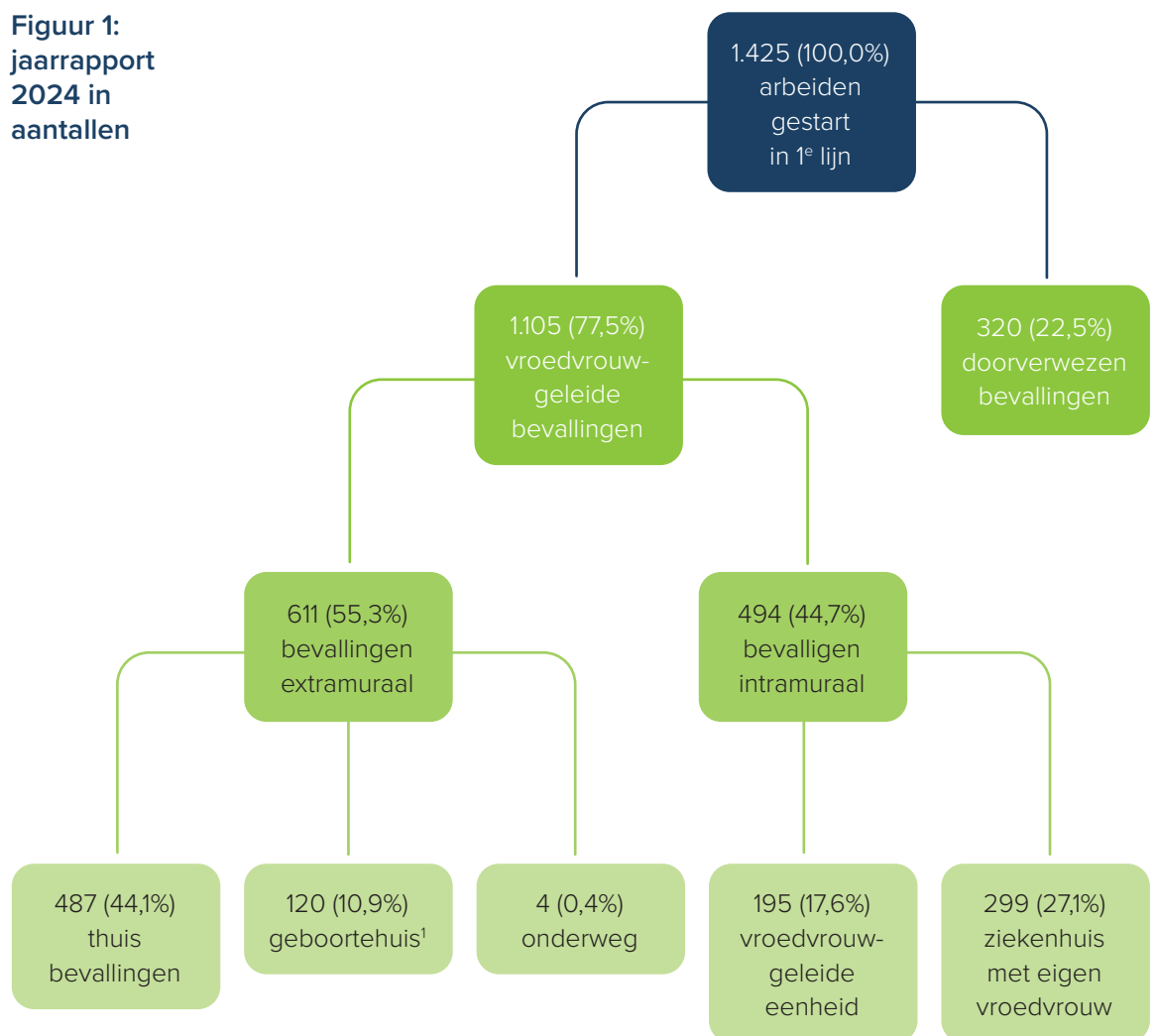
Samenvatting 2024

Dit jaarrapport geeft een overzicht van de werkzaamheden van 30 vroedvrouwenpraktijken in 2024. In totaal registreerden zij 1.425 arbeiden die startten in eerste lijn en waarvan het ook de bedoeling was om in eerste lijn te bevallen bij de vroedvrouw. In totaal werden er 1.105 bevallingen begeleid door de vroedvrouw, zowel intra ((n = 494; 45%) als extra muraal (n= 611;55%). Zie figuur 1).

Iets meer dan de helft van alle vroedvrouwgeleide begeleidingen vonden plaats in Vlaanderen, namelijk 607 of 55%. Eén

vierde van alle vroedvrouwgeleide bevallingen (n=274, 25%) vond plaats in het Brussels Hoofdstedelijke Gewest, 192 bevallingen (17%) vonden plaats in Wallonië. Er werden 320 (22%) arbeiden die startten in eerste lijn intrapartum doorverwezen naar de tweede lijn. Hierbij ging het voornamelijk om primipara vrouwen (78%) en was de grootste reden voor doorverwijzing nood aan pijnstilling. Tabel 1 en 2 geven een overzicht van de belangrijkste maternale en neonatale karakteristieken uit het jaarrapport vroedvrouwgeleide zorg 2024 weer.

Figuur 1:
jaarrapport
2024 in
aantallen



¹ De term geboortehuis verwijst hier naar een Freestanding Midwifery-led Unit (FMU), met vroedvrouwgeleide eenheid wordt verwezen naar een Alongside Midwifery-led Unit (AMU), die zich bevindt in een ziekenhuis.

**Tabel 1: Vroedvrouwgeleide bevallingen 2024: maternale karakteristieken (N=1.105)**

Primigravida, n (%)	369 (33,4)
Leeftijd (jaren), gemiddelde (sd)	32,9 (3,9)
Terme zwangerschap, ja, n (%)	1.101 (99,6)
Thuisbevalling, ja, n (%)	487 (44,1)
Foetale bewaking met intermitterend doppler, n (%)	686 (62,1)
Spontaan breken vliezen, n (%)	1.002 (90,7)
Helder vruchtwater, n (%)	832 (75,3)
Meest gekozen bevallingshouding: Handen en knieën, n (%)	515 (46,6)
Badbevalling, ja, n (%)	481 (43,5)
Gaaf of mild perineum ruptuur, n (%)	1.069 (96,7)
3 ^e of 4 ^e graad perineumruptuur, n (%)	14 (1,3)
Episiotomie, ja, n (%)	22 (2,0)
Geraamd bloedverlies < 500 ml, n (%)	942 (85,2)
Spontane geboorte placenta, n (%)	927 (83,7)
Geen maternale complicaties postpartum, n (%)	1.020 (92,3)

Tabel 2: Vroedvrouwgeleide bevallingen 2024: neonatale karakteristieken (n=1.105)

Geslacht, jongen, n (%)	583 (52,8%)
Apgar-score ≥ 7 na 1 minuut, n (%), (sd)	1.055 (95,5), (1,2)
Apgar-score ≥ 7 na 5 minuten, n (%), (sd)	1.092 (98,8), (0,7)
Gemiddeld geboortegewicht, (sd)	3.546 gram, (431,5)
Totaal reanimatie, ja, n (%)	37 (3,3)

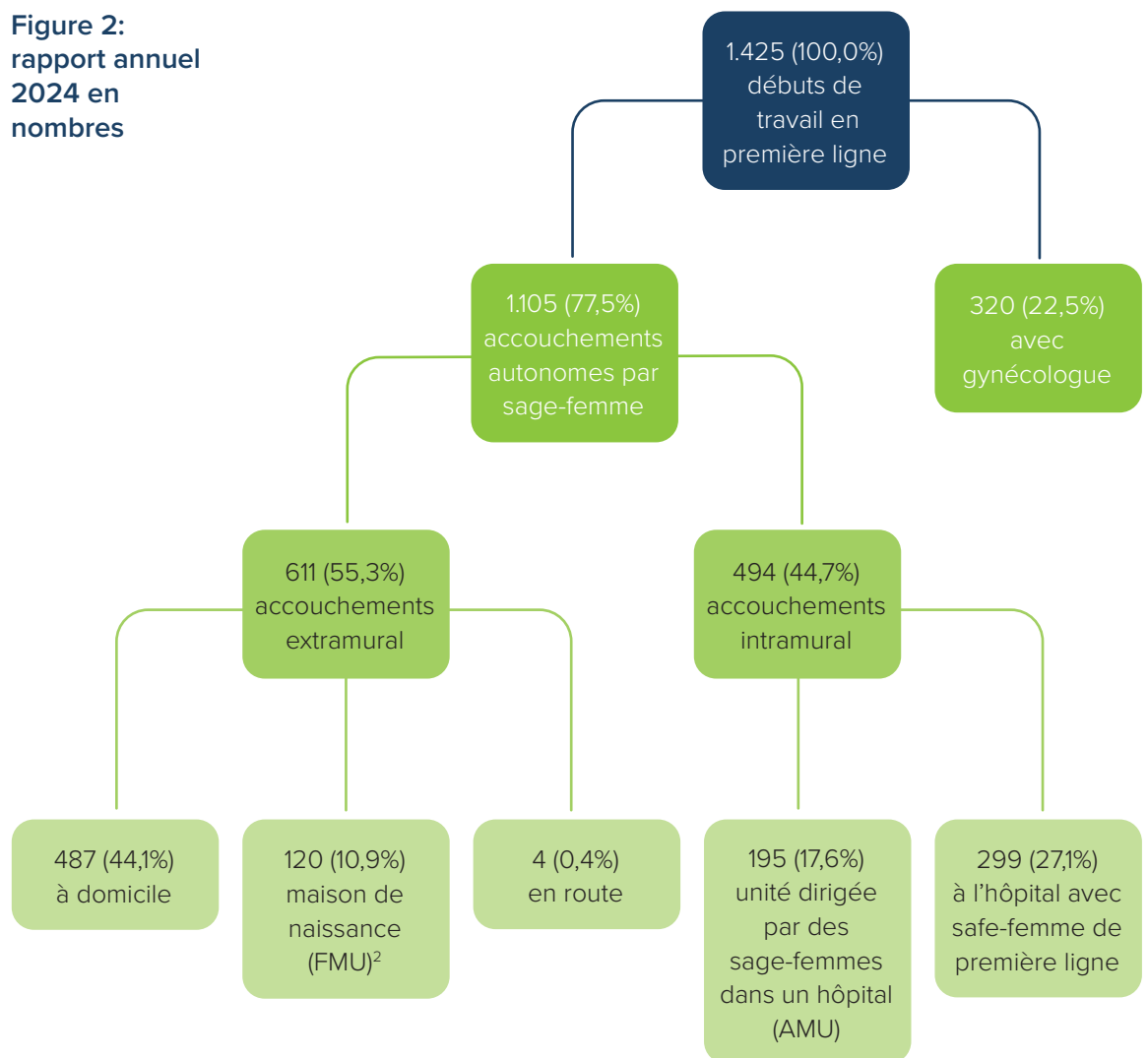


Résumé 2024

En 2024, 30 cabinets de sage-femmes indépendantes ont participé à ce rapport annuel. Au total, les sage-femmes ont enregistré 1.425 débuts de travail en première ligne pour lesquels il était également prévu que l'accouchement ait lieu en première ligne sous la supervision de sage-femmes. Au total, 1.105 accouchements ont été réalisés de manière autonome par une sage-femme. La figure 2 donne un aperçu de ces accouchements. Un peu plus de la moitié de ces accouchements réalisés par la sage-femme ont eu lieu en Flandre, soit 607

ou 55 %. Un quart des accouchements réalisés par une sage-femme (n = 274, 25 %) ont eu lieu dans la Région de Bruxelles-Capitale et 192 (17%) en Wallonie. Au total, 320 (22 %) des travaux ayant débuté en première ligne intrapartum ont été transférés vers le deuxième niveau de soins. Il s'agissait principalement de femmes primipares (78 %), et la principale raison du transfert était le besoin d'analgésie. Les tableaux 3 et 4 donnent un aperçu des principales caractéristiques maternelles et néonatales de tous les accouchements autonomes par sage-femme.

Figure 2:
rapport annuel
2024 en
nombres



² Le terme « maison de naissance » fait ici référence à une unité autonome dirigée par des sages-femmes (FMU – Freestanding Midwifery-led Unit), tandis que le terme « unité dirigée par des sages-femmes » désigne une unité intégrée dans un hôpital (AMU – Alongside Midwifery-led Unit)



Tableau 3: Accouchements dirigés par des sages-femmes 2024 : caractéristiques maternelles (n=1.105)

Primipara, n (%)	369 (33,4)
Âge (en années), moyen (sd)	32,9 (3,9)
Grossesse à terme, oui, n (%)	1.101 (99,6)
Accouchement à domicile, oui, n (%)	487 (44,1)
Surveillance fœtale avec doppler intermittent, n (%)	686 (62,1)
Rupture spontanée de la poche des eaux, n (%)	1.002 (90,7)
Couleur du liquide amniotique normale, n (%)	832 (75,3)
Position d'accouchement quatre pattes, n (%)	515 (46,6)
Accouchement dans le bain, oui, n (%)	481 (43,5)
Périnée intact ou rupture D1-D2, n (%)	1.069 (96,7)
Rupture périnée D3-D4, n (%)	14 (1,3)
Épisiotomie	22 (2,0)
Perte de sang estimée moins de 500 ml, n (%)	942 (85,2)
Délivrance spontanée	927 (83,7)
Pas de complications postnatal	1.020 (92,3)

Tableau 4: Accouchements dirigés par des sages-femmes 2024 : caractéristiques néonatales (n=1.105)

Sexe, garçon, n (%)	583 (52,8%)
Apgar après 1 min ≥ 7 , n (%), (sd)	1.055 (95,5), (1,2)
Apgar après 5 min ≥ 7 , n (%), (sd)	1.092 (98,8), (0,7)
Poids moyen à la naissance, moyen, (sd)	3.546 gramme, (431,5)
Réanimation, oui, n (%)	37 (3,3)

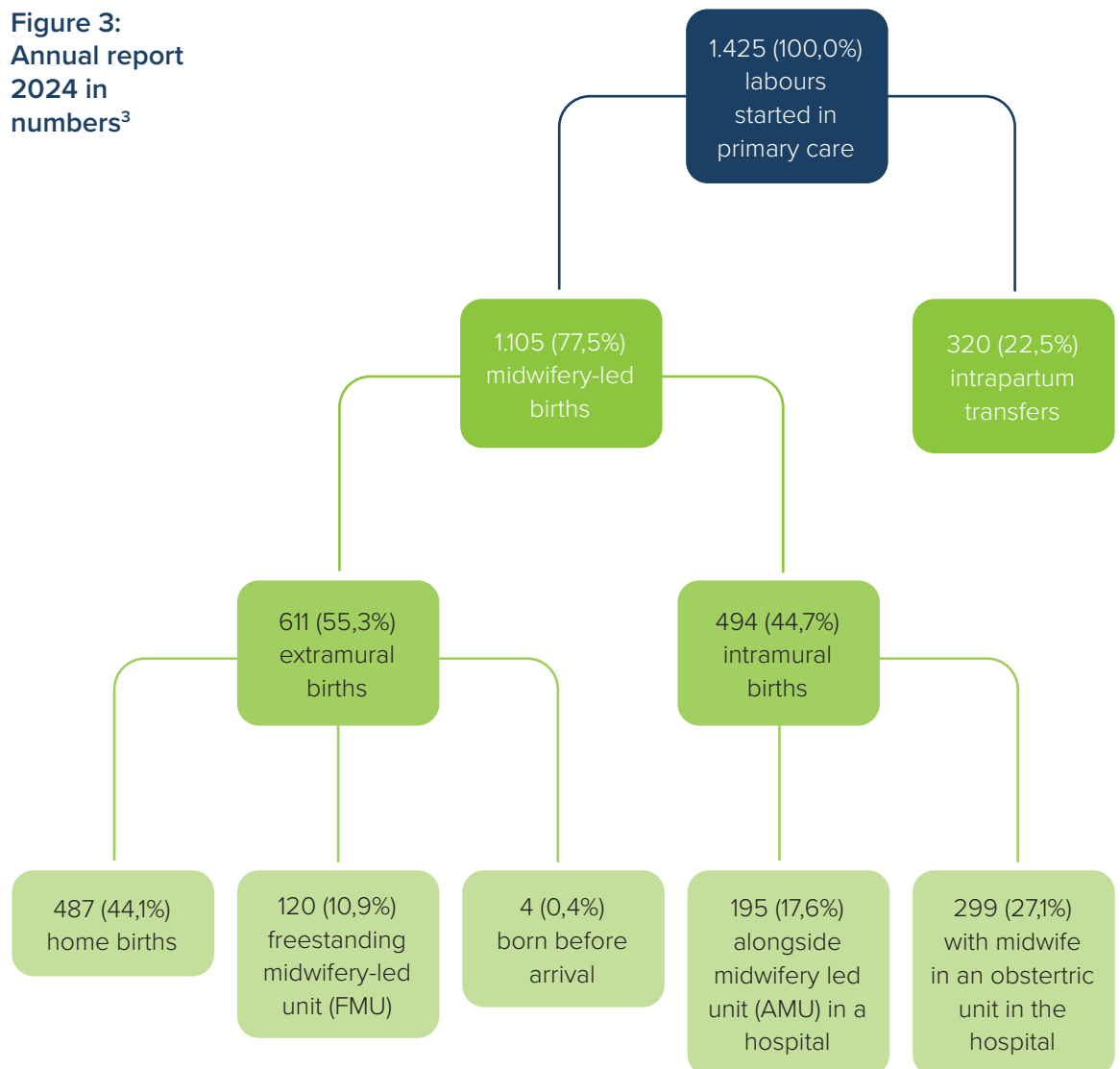


Summary 2024

This annual report provides an overview of the activities of 30 midwifery practices in 2024. In total, they registered 1,425 labours that started in primary care, with the intention of giving birth in primary care with the midwife. A total of 1,105 births were led by the midwife autonomously. Figure 3 provides an overview of these births. Just over half of all midwife-led births took place in Flanders (607 or 55%).

A quarter of all midwife-led births (n=274, 25%) took place in the Brussels-Capital Region and 192 (17%) in Wallonia. A total of 320 (22%) labours that started in primary intrapartum care were referred to secondary care. Most of these involved primiparous women (78%), and the main reason for referral was the need for pain relief. Tables 5 and 6 provide an overview of the most important maternal and neonatal characteristics from the 2024 annual report on midwife-led care.

Figure 3:
Annual report
2024 in
numbers³



³ The term "birth centre" here refers to a Freestanding Midwifery-led Unit (FMU), while "midwife-led unit" refers to an Alongside Midwifery-led Unit (AMU), which is located within a hospital.

**Table 5: Midwife-led births 2024: maternal characteristics**

Primipara, n (%)	369 (33,4)
Age (years), average (sd)	32,9 (3,9)
Full-term pregnancy, yes, n (%)	1.101 (99,6)
Homebirth, yes, n(%)	487 (44,1)
Fetal monitoring with intermittent doppler, yes, n (%)	686 (62,1)
Spontaneous rupture of membranes, n (%)	1.002 (90,7)
Colour of amniotic fluid normal/clear, n (%)	832 (75,3)
Most frequently chosen birth position: all fours position, n (%)	515 (46,6)
Waterbirth	481 (43,5)
No or mild perineal trauma, n (%)	1.069 (96,7)
3rd or 4th degree perineum trauma, n (%)	14 (1,3)
Episiotomy	22 (2,0)
Estimated blood loss less than 500 ml, n (%)	942 (85,2)
Physiological birth of the placenta, n (%)	927 (83,7)
No maternal complications postpartum, n (%)	1.020 (92,3)

Table 6: Midwife-led births 2024: neonatal characteristics

Sex, boy, n (%)	583 (52,8%)
Apgar after 1 min ≥ 7 , n (%), (sd)	1.055 (95,5), (1,2)
Apgar after 5 min ≥ 7 , n (%)	1.092 (98,8), (0,7)
Mean birth weight, (sd)	3.546 gram, (431,5)
Need for reanimation, yes, n (%)	37 (3,3)





Inleiding

Vroedvrouwgeleide zorg wordt internationaal erkend als een kerncomponent van kwaliteitsvolle en duurzame geboortezorg. Dit zorgmodel, dat uitgaat van continuïteit van zorg, vertrouwen in het fysiologisch verloop van zwangerschap en geboorte, en partnerschap met de vrouw, sluit aan bij de principes van de WHO Transitioning to midwifery models of care (WHO, 2024; Renfrew et al., 2014).

Onderzoek toont consequent aan dat vroedvrouwgeleide zorg (zowel in de eerste lijn als in geïntegreerde ziekenhuissettings) resulteert in minder medische interventies, hogere tevredenheid bij vrouwen, betere perinatale uitkomsten, en lagere kosten voor de gezondheidszorg (Sandall et al., 2024; Homer et al., 2021; Bohren et al., 2020; Vadam et al., 2019). Deze bevindingen ondersteunen de visie dat zwangerschap en geboorte in de eerste plaats normale levensgebeurtenissen zijn, waarvoor de vroedvrouw de meest aangewezen zorgverlener is bij laag-risico zwangerschappen (ICM, 2025; WHO, 2024).

Binnen Vlaanderen en België wordt de vroedvrouw in toenemende mate erkend als spilfiguur in de organisatie van geïntegreerde geboortezorg (Verstraeten et al., 2019; VBOV, 2023). De Vlaamse geboortezorg evolueert immers naar een systeem waarin persoonsgerichte zorg, samenwerking over lijnen heen en gepaste zorg op de juiste plaats centraal staan (Vlaamse Overheid, 2022; Federale Raad voor de Vroedvrouwen, 2024). De vroedvrouw in de eerste lijn biedt laagdrempelige, continue begeleiding van vrouwen en gezinnen (van preconceptie tot de postpartumperiode) en vormt daarmee een brug tussen thuis, ziekenhuis en de samenleving in haar geheel. Toch blijft de structurele verankering en financiering van vroedvrouwgeleide zorg in Vlaanderen beperkt. Beleidsmatig en orga-

nisatorisch wordt de meerwaarde van dit model nog onvoldoende benut, terwijl de internationale evidentie wijst op duidelijke voordelen inzake kwaliteit, kosteneffectiviteit en tevredenheid (Renfrew et al., 2014; Homer et al., 2021).

Met dit jaarrapport willen we de zichtbaarheid en impact van vroedvrouwgeleide zorg in Vlaanderen versterken door epidemiologische gegevens transparant te rapporteren en te koppelen aan internationale kwaliteitsindicatoren. De cijfers weerspiegelen de praktijk van de eerstelijns vroedvrouw die gezinnen continu begeleidt doorheen de perinatale periode, met bijzondere aandacht voor de intrapartumzorg. De resultaten bevestigen dat vroedvrouwgeleide zorg in België veilig, effectief en volwaardig is – in lijn met de internationale wetenschappelijke evidentie – en dat het model verder moet worden geïntegreerd en ondersteund binnen het Vlaams zorgbeleid.

Dit jaarrapport start met een overzicht van de arbeiden die aanvatten in de eerste lijn onder leiding van de vroedvrouw, 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 onderscheid gemaakt tussen extramurale bevallingen (in het geboortehuis, thuis of onderweg) en intramurale bevallingen (in het ziekenhuis, hetzij in een klassieke verlosafdeling met de eigen vroedvrouw, hetzij in een vroedvrouwgeleide eenheid). Tot slot geeft het rapport inzicht in de bevallingen die intrapartaal werden doorverwezen naar de tweede lijn, waarbij de gynaecoloog de verantwoordelijkheid overnam van de vroedvrouw.

De epidemiologische gegevensregistratie van het Le Centre d'Épidémiologie Périnatale (CEpiP) en het Studiecentrum voor Peri-

⁴ 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.



natale Epidemiologie (SPE) registreerden in 2023 114.426 geboorten in België. Hiervan waren er 0,8 % (n=929) bevallingen begeleid door een vroedvrouw buiten het ziekenhuis. Volgens onze eigen registraties waren in 2024 in Vlaanderen, Brussel en een klein deel Wallonië 611 vroedvrouwgeleide bevallingen buiten het ziekenhuis, waarvan 487 thuisbevallingen, 120 bevallingen in een geboortehuis, en 4 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 2024 (n=881) berekend op het totale aantal geboorten in Brussel en Vlaanderen in 2023 (n=81.803), bedraagt 1,07%. Het aandeel vroedvrouwgeleide geboorten in België voor 2024 (n=1.105) berekend op het totale aantal geboorten in België in 2023 (n=114.426), bedraagt 0,97%.⁴ De cijfers in dit jaarrapport bevestigen dat autonoom door de vroedvrouw begeleide arbeiden en bevallingen intra- en extramuraal nog steeds een kleine rol spelen in het Belgische zorglandschap, maar een groter aandeel omvatten dan tot dusver beschreven in de SPE en CEpiP-registraties.

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 aangetoond kan worden met cijfers en evidentie.



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). De who definieert de vroedvrouw als de professional die instaat voor het plannen, beheren, verlenen en evalueren van vroedvrouwgeleide zorg voor, tijdens en na de zwangerschap en bevalling. Zij biedt zorg aan tijdens de bevalling om gezondheidsrisico's voor vrouwen en pasgeborenen te verminderen, door het toepassen van richtlijnen en standaarden. Zij werkt autonoom of in een team van andere zorgverleners. Daarnaast doet zij onderzoek naar verloskundige praktijken

en procedures en implementeert zij deze in onderwijs en in klinische en maatschappelijke contexten (who, 2024).

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.) (fod volksgezondheid, 2024)

Vroedvrouw in eerste lijn

Een vroedvrouw in de eerste lijn kan onder verschillende statuten tewerkgesteld worden, zo kan er een vorm van loondienst zijn of kan dit in de vorm van 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 en ondersteunen de vrouw en haar gezin in zijn geheel: pre-conceptioneel, tijdens de zwangerschap en geboorte en in de postnatale periode. Hierin zijn één op één ondersteuning en continuïteit van zorg kenmerkend.

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 zorg⁵

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) (roca-ihenacho I. Et al., 2018).

De vrijstaande vroedvrouwgeleide eenheden die zich losstaand van een ziekenhuis bevinden, 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 in het ziekenhuis op een andere plek dan de reguliere verloskamer en wordt dus fysiek gescheiden van de reguliere verloskamer (thaels, 2024)

Laagrisico-geboorte

De who definieert een normale geboorte als een geboorte die spontaan begint, als laagrisico wordt beschouwd aan de start van de bevalling en laagrisico 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). In 2023 werd deze kce richtlijn geüpdatet naar 'doorverwijzing bij het opvolgen van zwangerschappen met een laag risico' (kce, 2023)

⁵ 'Graag refereren we hier naar het dossier 'Open ziekenhuizen'. (Coppens, C., Denys, A., Lynen, M. & Vandeputte, L. (2023). Dossier 'Open ziekenhuizen')



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 (Lee et al., 2018)

The international confederation of midwives (2014, 2025) legt de nadruk op het fysiologische aspect van het geboorteproces en definieert 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 laagrisico-profiel en wordt gedefinieerd als de afwezigheid van elk identificeerbaar risico dat bijkomende zorg of maatregelen nodig heeft (Dekker et al., 2015). Het national institute for health and care excellence (NICE, 2023) 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.

Dataverzameling

Onderstaande tabel 8 geeft een overzicht van de geregistreerde variabelen weer (zie ook bijlage 1 voor het registratieformulier). De dataverzameling omvat 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 bevallings- en neonatale gegevens wanneer tijdens de arbeid werd doorverwezen

naar de tweede lijn. In dat geval werden de arbeid en bevalling verder opgevolgd door de gynaecoloog.

De gegevens die worden verzameld zijn gebaseerd op de registraties van de perinatale activiteiten die worden gedaan door SPE in Vlaanderen en CEpiP in Wallonië. Aangevuld met variabelen waarvoor gebreken in de registratie 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 toebedeeld 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 2024 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.

Statistische analyse

De gegevens werden geanalyseerd met behulp van het statistisch softwarepakket JASP (Version 0.95.3). De analyses beperkten zich tot **beschrijvende statistiek**, waarbij gebruik werd gemaakt van frequenties, aantallen en percentages om de kenmerken van de populatie en de verdeling van de uitkomsten weer te geven.

De resultaten worden in dit rapport gepresenteerd in tabellen en grafieken ter ondersteuning van een overzichtelijke en transparante rapportering van de bevallingen onder leiding van de vroedvrouw, zowel intra- als extramuraal.



Tabel 8: Geregistreerde variabelen 2024

<i>Algemene gegevens</i>	
Moedertaal	Bevallingsplaats
Leeftijd moeder	Provincie
Ontstaan zwangerschap	BMI-moeder
Graviditeit/pariteit	Relaties moeder
Geplande plaats bevalling	Verantwoordelijke bevalling
	Vaginal birth after cesarean (VBAC)
<i>Vroedvrouwgeleide bevallingen</i>	<i>Neonatale gegevens</i>
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	
Doorverwijzing postnataal: matернаal	
GBS- diagnostiek/profylaxe	
<i>Doorverwezen bevallingen</i>	<i>Neonatale gegevens</i>
Graviditeit	Geslacht
Reden doorverwijzing intrapartaal:	Gewicht
Stagnatie	Apgar-score
Dringende doorverwijzing	Reanimatie
Epidurale	Extra observatie nodig
Bevalling na doorverwijzing	
Perineum	
Placentaire fase	
Bloedverlies	



Populatie

In 2022 zijn er in België 10.808 vroedvrouwen beroepsactief, 7.320 (68%) van hen in de Vlaamse gemeenschappen en 3.488 (32%) in de Waalse gemeenschap. Het merendeel van deze vroedvrouwen 8.198 (76%) werkt uitsluitend als loontrekkende, 1.172 (11%) uitsluitend als zelfstandige en 1.438 (13%) combineert een activiteit als loontrekkende met een activiteit als zelfstandige. Van alle vroedvrouwen die enkel als loontrekkende werken of een gemengd statuut hebben, werkt 7.733 (80%) in de gezondheidszorg, de overige zijn tewerkgesteld in onderwijs, overheid, welzijn, Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW) of andere instanties (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, januari 2025.)

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 werden ook arbeiden geregistreerd die startten 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 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).

In 2024 hebben er 30 vroedvrouwenpraktijken en 124 vroedvrouwen deelgenomen aan deze registratie. Tabel 7 geeft een geografisch overzicht van de situering van de deelgenomen praktijken en vroedvrouwen

Tabel 7: Geografisch overzicht vroedvrouwenpraktijken 2024

<i>Provincie</i>	<i>Aantal praktijken (n=30)</i>	<i>Aantal vroedvrouwen (n=124)</i>	<i>Aantal bevallingen per provincie (n, (%))</i>
Antwerpen	6	26	337 (23,6%)
Limburg	2	4	19 (1,3%)
Vlaams-Brabant	3	8	61 (4,3%)
Oost-Vlaanderen	4	24	233 (16,4%)
West-Vlaanderen	2	9	118 (8,3%)
Brussel	3	26	398 (27,9%)
Waals-Brabant	4	10	50 (3,5%)
Henegouwen	1	3	33 (2,3%)
Luik	0	0	0 (0,0%)
Luxemburg	1	2	3 (0,2%)
Namen	3	11	170 (11,9%)
Buitenland: Nederland	1	1	3 (0,2%)



in België. In 2023 waren dit 29 praktijken en 98 vroedvrouwen. De meeste praktijken uit dit rapport situeerden zich in het Vlaamse Gewest (n=17,57%), 3 praktijken (10%) situeerden zich in het Brussels Hoofdstedelijke Gewest en 9 praktijken (30%) in het Waals gewest. Er is één praktijk die gevestigd is in Nederland en bevallingen begeleidt in België.

Onderstaande afbeelding geeft een overzicht weer van geografische spreiding van de 30 vroedvrouwenpraktijken.



Figuur 4
Geografische spreiding bevallingen

Met dank aan alle vroedvrouwenpraktijken die deelnamen aan deze registratie:

Aesem	Amala	Arche de Noé (Maison de Naissance)	
Bolle Buik	De Cocon (AMU)	De Geboortepraktijk	Geboorteteam
D. Cocito & M. Degrand		Geboortepad	Babykriebels
Geboren in de kempen	Geboortehuis De Zon	Geboortehuis Innana	Geboren in Gent
Hikketein	Juno	La Bulle	Les Sage-Femmes
Levenslicht	Le NID	Mama 2-Be	Moederthuis
Leienest vroedvrouwen		Verwacht in Gent	Zwanger in Brussel
M. Mandy	N. Morer	Timoun	Vita Nova
Pandore (Maison de Naissance)		Vertrouwde vroedvrouw	



2024 in resultaten

Algemene maternale en neonatale karakteristieken waarbij arbeid gestart werd bij de vroedvrouw (n=1.425)

In 2024 zijn 1.425 bevallingen gestart in de eerste lijn, met de intentie om bij de vroedvrouw in de eerste lijn te bevallen. Hiervan zijn er 1.105 bevallingen (77,5%) effectief autonoom begeleid door de vroedvrouw. Iets meer dan één vijfde van deze bevallingen (n=320, 22,5%) werd tijdens de arbeid doorverwezen naar de gynaecoloog. Hieronder zullen de algemene karakteristieken van deze 1.425 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 (n=744, 52,2%), 37,9% van de moeders was Franstalig (n=540). In totaal werden 34 verschillende moedertalen geregistreerd, waarvan de meest voorkomende in tabel 9 worden opgelijst. In deze registratie waren de meeste vrouwen waarvan de arbeid en/of beval-

Tabel 9: Algemene gegevens: socio-demografische karakteristieken moeder

<i>Algemene gegevens</i>	<i>% (n=1.425)</i>	<i>Algemene gegevens</i>	<i>% (n=1.425)</i>
Moedertaal		Woonplaats moeder	
Nederlands	52,2% (n=744)	Brussels hoofdstedelijk gewest	19,9% (n=283)
Frans	37,9% (n=540)	Vlaams-brabant	9,6% (n=137)
Engels	2,1% (n=30)	Antwerpen	22,0% (n=314)
Duits	0,5% (n=7)	Limburg	2,5% (n=35)
Andere taal	3,7% (n=52)	West-Vlaanderen	8,2% (n=117)
Onbekend	3,7% (n=52)	Oost-Vlaanderen	17,1% (n=243)
Relaties		Waals-Brabant	5,5% (n=78)
Alleenstaand	2,5% (n=35)	Luik	1,5% (n=21)
Feitelijk samenwonend	14,1% (n=201)	Namen	8,9% (n=127)
Wettelijk samenwonend	23,6% (n=337)	Henegouwen	3,4% (n=49)
Gehuwd	34,7% (n=495)	Luxemburg	0,9% (n=13)
Onbekend	21,8% (n=311)	Onbekend	0,1% (n=1)
Andere	3,2% (n=46)	Buitenland ⁶	0,5% (n=7)

⁶ Dit gaat over moeder woonachtig op een grensgebied of net over de grens, die verkiezen om met een Belgische vroedvrouw te bevallen.



ling door een vroedvrouw begeleid werd, afkomstig uit Antwerpen (n=314, 22,0%) gevolgd door het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (n=283, 19,9%). Op vlak van relaties gaf 34,7% (n=495) aan gehuwd te zijn, 23,6% (n=337) wettelijk samen te wonen en 14,1% (n=201) feitelijk samen te wonen.

Biomedische gegevens moeder

Er waren in totaal meer multipare vrouwen (n=806, 56,6%) dan primipare vrouwen (n=619, 43,4%) (zie tabel 10). De gemiddelde leeftijd voor een primipara bedroeg 31,7 jaar, met een standaarddeviatie van 4,1 en een range tussen 21 en 43 jaar. De gemiddelde leeftijd van een multipara bedroeg 33,5 jaar met een standaarddeviatie van 3,7 en een range tussen 21 en 47 jaar. In beide groepen lag het hoogste aantal in de leeftijdsgroep 30 tot 39 jaar, dit bedroeg 69,6%

(n=431) in de groep primipara en 81,3% (n=655) in de groep multipara vrouwen. Het aandeel vrouwen met een leeftijd boven de 39 jaar lag hoger in de groep multipare vrouwen (n=48, 6,0%), dan in de groep primipare vrouwen (n=16, 2,6%).

Gekeken naar de Body Mass Index (BMI) van de moeders, hadden de meeste vrouwen (n=1.026, 72,0%) een BMI die zich bevond tussen 18,5 - 24,9 kg/m². Slechts 5,8% of 83 moeders hadden een BMI hoger dan $\geq 30,0$ kg/m².

Verloskundige variabelen

Van de 1.425 bevallingen die werden geregistreerd had 20,8% (n=297) een miskraam en 6,3% (n=90) een abortus provocatus in voorgeschiedenis (zie tabel 11). De meerderheid van de zwangerschappen

Tabel 10: Algemene gegevens: biomedische gegevens moeder

Algemene gegevens	% (n=1.425)	Algemene gegevens	% (n=1.425)
Pariteit		Leeftijd Multi	
Primi	43,4% (n=619)	< 18 jaar	0,0% (n=0)
Multi	56,6% (n=806)	18 – 29 jaar	12,7% (n=102)
Leeftijd Primi		30 – 39 jaar	81,3% (n=655)
< 18 jaar	0,0% (n=0)	>39 jaar	6,0% (n=48)
18 – 29 jaar	27,8% (n=172)	Onbekend	0,1% (n=1)
30 – 39 jaar	69,6% (n=431)	BMI	
>39 jaar	2,6% (n=16)	< 18,5 kg/m ²	3,6% (n=52)
Onbekend	0,0% (n=0)	18,5 - 24,9 kg/m ²	72,0% (n=1.026)
		25 - 29,9 kg/m ²	17,2% (n=245)
		$\geq 30,0$ kg/m ²	5,8% (n=83)
		Onbekend	1,3% (n=19)



2024 IN RESULTATEN

(94,0%, n=1.339) is spontaan ontstaan. En 2,2% (n=31) van de geregistreerde arbeiders hadden een sectio in voorgeschiedenis. Het aantal vaginale bevallingen na een sectio bedroeg 77,4% (n=24). 91,6% (n=22) van de vaginale bevallingen na sectio vond plaats in het ziekenhuis, 4 werden begeleid door de gynaecoloog en 18 door de vroed-

vrouw. De twee bevallingen die niet in een ziekenhuis plaatsvonden waren gepland in het ziekenhuis, waarvan één gepland met een gynaecoloog, en vonden toch onverwacht thuis plaats. Alle baby's hadden 5 minuten na de bevalling een Apgar-score van 7 of meer.

Tabel 11: Algemene gegevens: verloskundige variabelen

<i>Verloskundige variabelen</i>	<i>% (n=1.425)</i>
Miskraam in anamnese	
Miskraam	20,8% (n=297)
Abortus	6,3% (n=90)
Abortus en miskraam	1,6% (n=23)
Geen	71,2% (n=1.015)
Onbekend	0,0% (n=0)
Ontstaan zwangerschap	
Spontaan	94,0% (n=1.339)
Hormonaal	0,6% (n=8)
ICSI of intracytoplasmatische sperma-injectie	2,0% (n=28)
IVF of in-vitrofertilisatie	1,9% (n=27)
KI of kunstmatige inseminatie	0,5% (n=8)
IUI of Intra-Uteriene inseminatie	1,0% (n=14)
Onbekend	0,1% (n=1)
Sectio in anamnese	
Sectio in anamnese	2,2% (n=31)
VBAC	1,4% (n=24)





Bevallingen begeleid door een vroedvrouw in België in 2024

Algemene karakteristieken vroedvrouwgeleide bevallingen

Plaats bevalling

In 2024 werden 1.105 bevallingen begeleid door een vroedvrouw. Meer dan de helft van deze bevallingen (n=611, 55,3%) vond extra-muraal plaats, dus buiten het ziekenhuis waarvan 487 thuis (zie tabel 12). De overige 494 (44,7%) bevallingen werden intramuraal begeleid door een vroedvrouw in het ziekenhuis.

Tabel 12: Plaats bevalling

Plaats	% (n=1.105)
Buiten het ziekenhuis	55,3% (n=611)
Thuis	44,1% (n=487)
Geboortehuis	10,9% (n=120)
Onderweg	0,4% (n=4)
In een ziekenhuis	44,7% (n=494)
Ziekenhuis met eigen vroedvrouw	27,1% (n=299)
Vroedvrouwgeleide eenheid	17,6% (n=195)

Tabel 14: Pariteit autonoom vroedvrouwgeleide bevallingen

Graviditeit	% (n=1.105)
Primipara	33,4% (n=369)
Multipara	66,6% (n=736)

Onderstaande tabel 13 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 door vroedvrouwgeleide bevallingen waren multipare zwangerschappen (n=736, 66,6%) (zie tabel 14). Het aantal primipare zwangerschappen waarvan de bevallingen werd begeleid door de vroedvrouw bedroeg (n=369, 33,4%).

Tabel 13: Aantal bevallingen per provincie op basis van locatie vroedvrouw

Locatie	% (n=1.105)
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	24,8% (n=274)
Vlaams-Brabant	5,0% (n=55)
Antwerpen	23,5% (n=260)
Limburg	1,0% (n=11)
West-Vlaanderen	10,3% (n=114)
Oost-Vlaanderen	15,1% (n=167)
Waals-Brabant	4,4% (n=49)
Luik	0,0% (n=0)
Namen	12,9% (n=143)
Henegouwen	2,4% (n=26)
Luxemburg	0,3% (n=3)
Buitenland	0,3% (n=3)



Gegevens arbeid vroedvrouwgeleide bevallingen

Vliezen en vruchtwater

Van alle vroedvrouwgeleide bevallingen had 90,7% (n=1.002) een spontaan breken van de vliezen. Eén procent of 9 baby's werden geboren in de vliezen. Gekeken naar de kleur van het vruchtwater had 75,3% (n=832) helder gekleurd vruchtwater. Tabel 15 geeft een overzicht van het breken van de vliezen en de kleur van het vruchtwater. Tabel 16 geeft het breken van vliezen en de kleur van het vruchtwater weer opgedeeld op basis van de plaats van bevalling. Er kan eenzelfde trend worden waargenomen tussen de verschillende bevalling locaties waarbij de meerderheid spontaan breken van de vliezen had. Eveneens is dit geval op het vlak van de kleur van het vruchtwater, namelijk helder. Met uitzondering van de vroedvrouwgeleide eenheid waarbij dit niet bekend was.

Tabel 15: Breken vliezen en kleur vruchtwater

<i>Breken vliezen</i>	<i>% (n=1.105)</i>
Spontaan	90,7% (n=1.002)
PROM	2,1% (n=23)
AROM	5,9% (n=65)
Geboren in de vliezen	0,8% (n=9)
Onbekend	0,5% (n=6)
<i>Kleur vruchtwater</i>	<i>% (n=1.105)</i>
Normaal: helder	75,3% (n=832)
Meconium ⁷	6,5% (n=70)
Bloederig of getint	0,5% (n=5)
Onbekend	17,9% (n=198)

Tabel 16: Breken vliezen, kleur vruchtwater en locatie bevalling

	<i>Buiten ziekenhuis (n=611, 55,3%)</i>			<i>In ziekenhuis (n=494, 44,7%)</i>	
	Thuis n=487	Geboorte- huis (FMU) n=120	Onderweg n=4	ZH met eigen vroedvrouw n=299	Vroedvrouw- geleide eenheid (AMU) n=195
<i>Breken vliezen</i>					
Spontaan	93,2% (n=454)	95,8% (n=115)	75,0% (n=3)	80,3% (n=240)	97,4% (n=190)
	Som SROM extramuraal: 93,6% (n=572)			Som SROM intramuraal: 87,0% (n=430)	
AROM	3,1% (n=15)	1,7% (n=2)	0,0% (n=0)	14,7% (n=44)	2,6% (n=5)
PROM	2,5% (n=12)	1,7% (n=2)	0,0% (n=0)	3,0% (n=9)	0,0% (n=0)
Geboren in de vliezen	1,0% (n=5)	0,8% (n=1)	0,0% (n=0)	1,0% (n=3)	0,0% (n=0)
Onbekend	0,2% (n=1)	0,0% (n=0)	25,0% (n=1)	1,0% (n=3)	0,0% (n=0)
<i>Kleur vruchtwater</i>					
Helder	91,4% (n=445)	91,7% (n=110)	25,0% (n=1)	92,3% (n=276)	0,0% (n=0)
	Som helder extramuraal: 91,0% (n=556)			Som helder intramuraal: 55,9% (n=276)	
Meconium	8,4% (n=41)	5,0% (n=6)	25,0% (n=1)	7,4% (n=22)	0,0% (n=0)
Bloederig of getint	0,2% (n=1)	2,5% (n=3)	0,0% (n=0)	0,3% (n=1)	0,0% (n=0)
Onbekend	0,0% (n=0)	0,8% (n=1)	50,0% (n=2)	0,0% (n=0)	100,0% (n=195)

⁷ De aanwezigheid van meconiumhoudend vruchtwater betreft voornamelijk tijdens de uitdrijving en niet tijdens de arbeid.



Foetale bewaking

Voor de bewaking van de foetale harttonen werd bij twee derde van de autonoom door vroedvrouwgeleide bevallingen gekozen voor intermitterende auscultatie via doptone (n=686, 62,1%). Bij 238 bevallingen (21,5%) werd gekozen voor intermitterende auscultatie via CTG (zie tabel 17). Tabel 18 geeft de foetale bewaking weer per locatie van bevalling. Buiten het ziekenhuis wordt hoofdzakelijk gekozen voor intermitterende auscultatie via doptone. Dit is zowel het geval in een thuissetting als in een geboortehuis. Binnen het ziekenhuis werd meer gebruikgemaakt van het CTG. En werden ook meer combinaties gebruikt van foetale bewaking in het ziekenhuis, waarbij Intermitterende auscultatie via CTG werd gecombineerd met doptone en STAN monitoring.

Tabel 17: Foetale bewaking

<i>Foetale bewaking</i>	<i>% (n=1.105)</i>
Intermitterend Doptone	62,1% (n=686)
Intermitterend CTG	21,5% (n=238)
CTG + doptone	3,3% (n=36)
Continu CTG	7,2% (n=80)
Andere combinatie	2,7% (n=29)
Onbekend	0,0% (n=0)
Geen FHT kunnen luisteren wegens te snelle bevalling	2,4% (n=26)
Baby geboren voor aankomst vroedvrouw	0,9% (n=10)

Tabel 18: Foetale bewaking en plaats bevalling vroedvrouwgeleide bevallingen

<i>Foetale bewaking</i>	<i>Buiten ziekenhuis (n=611, 55,3%)</i>			<i>In ziekenhuis (n=494, 44,7%)</i>	
	Thuis n=487	Geboortehuis (FMU) n=120	Onderweg n=4	ZH met eigen vroedvrouw n=299	Vroedvrouwgeleide eenheid (AMU) n=195
Intermitterend doppler	93,4% (n=455)	88,3% (n=106)	0% (n=0)	41,8% (n=125)	0,0% (n=0)
	Som doppler extramuraal: 91,8% (n=561)			Som doppler intramuraal: 25,3% (n=125)	
Intermitterend CTG	0,6% (n=3)	10,8% (n=13)	25,0% (n=1)	17,7% (n=53)	86,2% (n=168)
	Som intermitterend CTG extramuraal: 2,8% (n=17)			Som intermitterend CTG intramuraal: 44,7% (n=221)	
CTG + doptone	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	12,0% (n=36)	0,0% (n=0)
	Som CTG + doptone extramuraal: 0,0% (n=0)			Som CTG + doptone intramuraal: 7,3% (n=36)	
Continu CTG	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	25,0% (n=1)	17,4% (n=52)	13,8% (n=27)
Andere combinaties	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	9,7% (n=29)	0,0% (n=0)
Onbekend	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)
Geen FHT kunnen luisteren wegens te snelle bevalling	3,9% (n=19)	0,8% (n=1)	50,0% (n=2)	1,3% (n=4)	0,0% (n=0)
Baby geboren voor aankomst vroedvrouw	2,1% (n=10)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)



Gegevens bevalling 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 46,6% van alle vrouwen beviel op handen en knieën.

Tabel 20 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 19: Bevallingshouding

Bevallingshouding	% (n=1.105)
Baarkruk	1,1% (n=12)
Handen-knieën	46,6% (n=515)
Hurk	7,6% (n=84)
Kruk-Zit	4,4% (n=49)
Knielend	0,5% (n=6)
Liggend in bad	9,0% (n=99)
Lithotomie zonder beensteunen	6,2% (n=69)
Lithotomie met beensteunen	1,3% (n=14)
Staand	5,6% (n=62)
Zijlig	12,7% (n=141)
Zittende houding	4,5% (n=50)
Onbekend	0,4% (n=4)

Tabel 20: Bevallingshouding en locatie van bevalling

Bevallingshouding	Buiten ziekenhuis (n=611, 55,3%)			In ziekenhuis (n=494, 44,7%)	
	Thuis n=487	Geboortehuis (FMU) n=120	Onderweg n=4	ZH met eigen vroedvrouw n=299	Vroedvrouwgeleide eenheid (AMU) n=195
Baarkruk	0,6% (n=3)	2,5% (n=3)	0,0% (n=0)	2,0% (n=6)	0,0% (n=0)
Handen-knieën	48,3% (n=235)	44,2% (n=53)	25,0% (n=1)	39,5% (n=118)	55,4% (n=108)
	Som handen-knieën extramuraal: 47,3% (n=289)			Som handen-knieën intramuraal: 45,7% (n=226)	
Hurk	9,4% (n=46)	15,9% (n=19)	0,0% (n=0)	6,4% (n=19)	0,0% (n=0)
Kruk-zit	6,4% (n=31)	4,2% (n=5)	0,0% (n=0)	4,3% (n=13)	0,0% (n=0)
Knielend	0,8% (n=4)	0,8% (n=1)	0,0% (n=0)	0,3% (n=1)	0,0% (n=0)
Liggend in bad	10,7% (n=52)	16,7% (n=20)	0,0% (n=0)	9,0% (n=27)	0,0% (n=0)
	Som liggend in bad extramuraal: 11,8% (n=72)			Som liggend in bad intramuraal: 5,5% (n=27)	
Lithotomie zonder beensteunen	4,3% (n=21)	5,0% (n=6)	50,0% (n=2)	9,0% (n=27)	6,7% (n=13)
Lithotomie in beensteunen	0,2% (n=1)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	4,3% (n=13)	0,0% (n=0)
Staand	6,2% (n=30)	5,0% (n=6)	0,0% (n=0)	5,4% (n=16)	5,1% (n=10)
Zijlig	9,9% (n=48)	5,0% (n=6)	25,0% (n=1)	18,4% (n=55)	16,4% (n=32)
	Som zijlig extramuraal: 8,7% (n=54)			Som zijlig intramuraal: 17,6% (n=87)	
Zittende houding	3,2% (n=16)	0,8% (n=1)	0,0% (n=0)	0,3% (n=1)	15,9% (n=31)
Onbekend	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	1,0% (n=3)	0,5% (n=1)



Badbevalling

Iets minder dan de helft van de moeders (44%) koos voor een badbevalling zoals te zien op tabel 21.

Gekeken naar de locatie van bevalling en de keuze om in bad te bevallen zien we dat elke locatie een groot aandeel badbevallingen heeft. Zowel in als buiten het ziekenhuis kregen vrouwen de vrijheid om de keuze te maken voor een badbevalling. Buiten het ziekenhuis ligt dit aandeel iets hoger dan in het ziekenhuis.

**Tabel 21: Badbevalling
vroedvrouwgeleide bevallingen**

<i>Badbevalling</i>	<i>% (n=1.105)</i>
Ja	43,5% (n=481)
Nee	56,5% (n=624)

Tabel 22: Badbevalling en locatie bevalling

<i>Badbevalling</i>	<i>Buiten ziekenhuis (n=611, 55,3%)</i>			<i>In ziekenhuis (n=494, 44,7%)</i>	
	Thuis n=487	Geboorte- huis (FMU) n=120	Onderweg n=4	ZH met eigen vroedvrouw n=299	Vroedvrouw- geleide eenheid (AMU) n=195
Ja	46,2% (n=225)	57,5% (n=69)	0% (n=0)	33,4% (n=100)	44,6% (n=87)
	Som in bad extramuraal: 48,1% (n=294)			Som in bad intramuraal: 37,9% (n=187)	
Neen	53,8% (n=262)	42,5% (n=51)	100,0% (n=4)	66,6% (n=199)	55,4% (n=108)

**Pijnstilling tijdens bevalling**

Er werd weinig pijnstilling toegediend bij een bevalling autonoom begeleid door de vroedvrouw. Slechts 4,3% van alle vrouwen kreeg pijnstilling toegediend.

Tabel 24 geeft een overzicht van de aangeboden pijnstilling en locatie van bevalling. In het algemeen werd zowel intramuraal als extramuraal zeer weinig pijnmedicatie toegediend. Buiten het ziekenhuis was er geen pijnstilling. Intramuraal kregen 9,7% van de vrouwen pijnstilling, waarbij dit vooral om Kalinox ging en in mindere mate epidurale verdoving.

Tabel 23: Pijnstilling vroedvrouwgeleide bevallingen

<i>Pijnstilling</i>	<i>% (n=1.105)</i>
Ja	4,3% (n=48)
Nee	93,3% (n=1.031)
Onbekend	2,4% (n=26)

Tabel 24: Pijnstilling en locatie bevalling

<i>Pijnstilling</i>	<i>Buiten ziekenhuis (n=611, 55,3%)</i>			<i>In ziekenhuis (n=494, 44,7%)</i>	
	Thuis n=487	Geboortehuis (FMU) n=120	Onderweg n=4	ZH met eigen vroedvrouw n=299	Vroedvrouwgeleide eenheid (AMU) n=195
Ja	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	8,7% (n=26)	11,3% (n=22)
	Totaal pijnstilling extramuraal: 0% (n=0)			Totaal pijnstilling intramuraal: 10% (n=48)	
Neen	99,8% (n=486)	99,2% (n=119)	100,0% (n=4)	83,3% (n=249)	88,7% (n=173)
	Totaal <u>geen</u> pijnstilling extramuraal: 99,7% (n=609)			Totaal <u>geen</u> pijnstilling intramuraal: 85,4% (n=422)	
Onbekend	0,2% (n=1)	0,8% (n=1)	0,0% (n=0)	8,0% (n=24)	0,0% (n=0)



GBS-Status

In totaal hadden 282 vrouwen (25,5%) een GBS positieve of GBS onbekende status. Van hen kreeg 16,7% (n=47) antibioticum (AB) tijdens de arbeid toegediend en 82,3% (n=232) geen AB toegediend tijdens de arbeid. Er werd één neonatale infectie (early onset) geregistreerd bij een GBS positieve wisser.

Tabel 25: GBS diagnostiek/profylaxe vroegvrouwgeleide bevallingen

<i>GBS diagnostiek/ profylaxe</i>	<i>% (n=1.105)</i>
Negatief	74,5% (n=823)
Positief	10,3% (n=114)
Onbekend	15,2% (n=168)

Voor het al dan niet toedienen van AB tijdens de arbeid is het gebruikelijk dat er een informed consent wordt afgesproken. Tabel 26 toont dat in 79,6% van de gevallen waarbij er geen AB werd toegediend, er sprake was van een informed consent. Bij 3,1% van de bevallingen werd aangegeven dat er geen tijd was om een volledige dosis antibiotica toe te dienen en dit anders wel ging gedaan worden. Het afnemen van een informed consent werd niet geregistreerd door de vroegvrouwgeleide eenheid waardoor er van 26 vrouwen (11,5%) geen gegevens beschikbaar zijn.

Tabel 26: Informed consent GBS profylaxe

<i>GBS diagnostiek/ profylaxe: infor- med consent</i>	<i>% (n=232)</i>
Ja (schriftelijk of mondeling)	79,6% (n=180)
Nee	7,5% (n=17)
Geen tijd anders ging er wel profylaxe gegeven worden	3,1% (n=7)
Onbekend	11,5% (n=26)
Zwangere vrouw weigerde testen en AB tijdens zwangerschap en arbeid	0,9% (n=2)



Direct postpartum vroedvrouwgeleide bevallingen

Placentaire fase

Er werd bij 927 vroedvrouwgeleide bevallingen (83,9%) geopteerd voor een spontane geboorte van de placenta (zie tabel 25). Bij 100 bevallingen (9,4%) 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 lag dit percentage hoger dan intramuraal (91,0% vs. 74,7%).

**Tabel 27: Placentaire fase
vroedvrouwgeleide bevallingen**

Placentaire fase	% (n=1.105)
Spontaan, gevolgd door actief beleid	5,1% (n=56)
Actief beleid	9,4% (n=100)
Manuele revisie	2,0% (n=22)
Onbekend	0,0% (n=0)

Tabel 28: Placentaire fase en locatie bevalling

Placentaire fase	Buiten ziekenhuis (n=611, 55,3%)			In ziekenhuis (n=494, 44,7%)	
	Thuis n=487	Geboortehuis (FMU) n=120	Onderweg n=4	ZH met eigen vroedvrouw n=299	Vroedvrouwgeleide eenheid (AMU) n=195
Spontaan	91,6% (n=447)	89,2% (n=107)	75,0% (n=3)	72,9% (n=219)	77,4% (n=151)
	Totaal spontaan extramuraal: 91,0% (n=557)			Totaal spontaan intramuraal: 74,7% (n=370)	
Spontaan gevolgd door actief beleid	5,3% (n=26)	6,7% (n=8)	0,0% (n=0)	7,4% (n=22)	0,0% (n=0)
Actief beleid	2,4% (n=12)	3,3% (n=4)	25,0% (n=1)	15,4% (n=46)	19,0% (n=37)
	Totaal actief beleid extramuraal: 2,8% (n=17)			Totaal actief beleid intramuraal: 16,8% (n=83)	
Manuele revisie	0,4% (n=2)	0,8% (n=1)	0,0% (n=0)	4,0% (n=12)	3,6% (n=7)
Onbekend	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)



Afklemming navelstreng

Gekeken naar het afklemmen van de navelstreng werd bij 35 bevallingen of 3,3% de navelstreng binnen de 5 minuten afgeklemd. Bij 55 bevallingen (5,0%) werd de navelstreng tussen 6 en 10 minuten na de bevalling afgeklemd. Bij 215 bevallingen (19,5%) werd een halfuur tot een uur gewacht met

afklemmen. Bij 108 bevallingen (9,8%) werd tot twee uur gewacht met afklemmen. Bij 1,2% van de bevallingen werd gekozen voor een lotusgeboorte waarbij de navelstreng verbonden blijft met de baby tot de navelstreng opdroogt en vanzelf loskomt.

Tabel 29: Na hoeveel tijd werd de navelstreng afgeklemd?

<i>Afklemmen navelstreng</i>	<i>% (n=1.105)</i>
≤5 min	3,2% (n=35)
6 – 10 minuten	5,0% (n=55)
11 – 20 minuten	12,8% (n=141)
21 – 30 minuten	16,0% (n=177)
31 – 60 minuten	19,5% (n=215)
61 – 120 minuten	9,8% (n=108)
>120 minuten	2,1% (n=23)
Lotus geboorte	1,2% (n=13)
Na uitkloppen placenta, tijd niet gespecificeerd	1,3% (n=14)
Na geboorte placenta	3,4% (n=38)
Onbekend	25,9% (n=286)



2024 IN RESULTATEN

Tabel 30 geeft de tijd weer van het afklemmen van de navelstreng per locatie van bevalling. Hiervan zijn geen gegevens beschikbaar voor de vroedvrouwgeleide eenheid. Er zijn lichte verschillen vast te stellen binnen en buiten het ziekenhuis.

Buiten het ziekenhuis ligt het hoofdaandeel van afklemmen tussen 31 en 60 minuten (n=176, 2,8%). Binnen het ziekenhuis ligt het hoofdaandeel van afklemmen iets vroeger, namelijk tussen 11 en 20 minuten (n=60, 12,1%).

Tabel 30: Afklemmen navelstreng en locatie bevalling

Afklemmen navelstreng	Buiten ziekenhuis (n=611, 55,3%)			In ziekenhuis (n=494, 44,7%)	
	Thuis n=487	Geboortehuis (FMU) n=120	Onderweg n=4	ZH met eigen vroedvrouw n=299	Vroedvrouwgeleide eenheid (AMU) n=195
≤5 min	1,0% (n=5)	2,5%(n=3)	25,0% (n=1)	8,7% (n=26)	0,0% (n=0)
6 – 10 min	2,3% (n=11)	4,2% (n=5)	0,0% (n=0)	13,0% (n=39)	0,0% (n=0)
	Totaal 6-10 min. extramuraal: 2,6% (n=16)			Totaal 6-10 min. intramuraal: 7,9% (n=39)	
11 – 20 min	11,5% (n=56)	20,0% (n=24)	25,0% (n=1)	20,1% (n=60)	0,0% (n=0)
	Totaal 11-20 min. extramuraal: 13,3% (n=81)			Totaal 11-20 min. intramuraal: 12,1% (n=60)	
21 – 30 min	18,9% (n=92)	23,3% (n=28)	0,0% (n=0)	19,1% (n=57)	0,0% (n=0)
	Totaal 21-30 min. extramuraal: 19,6% (n=120)			Totaal 21-30 min. intramuraal: 11,5% (n=57)	
31 – 60 min	31,2% (n=152)	20,0% (n=24)	0,0% (n=0)	13,0% (n=39)	0,0% (n=0)
	Totaal 31-60 min. extramuraal: 28,8% (n=176)			Totaal 31-60 min. intramuraal: 7,9% (n=39)	
61 – 120 min	14,8% (n=72)	14,2% (n=17)	0,0% (n=0)	6,4% (n=19)	0,0% (n=0)
	Totaal 61-120 min. extramuraal: 14,6% (n=89)			Totaal 61-120 min. intramuraal: 3,8% (n=19)	
>120 min	3,1% (n=15)	2,5%(n=3)	0,0% (n=0)	1,7% (n=5)	0,0% (n=0)
Lotus	1,6% (n=8)	1,7% (n=2)	0,0% (n=0)	1,0% (n=3)	0,0% (n=0)
Wait for white	2,1% (n=10)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	1,3% (n=4)	0,0% (n=0)
Na geboorte placenta	3,9% (n=19)	6,7% (n=8)	0,0% (n=0)	3,7% (n=11)	0,0% (n=0)
Onbekend	9,7% (n=47)	5,0% (n=6)	50,0% (n=2)	12,0% (n=36)	100,0% (n=195)
	Totaal onbekend extramuraal: 9,0% (n=55)			Totaal onbekend intramuraal: 46,8% (n=231)	





Bloedverlies

Bij de meerderheid van de bevallingen werd het bloedverlies geraamd op minder dan 500ml (n=942, 85,2%). Er waren 138 autonoom vroedvrouwgeleide bevallingen (12,5%) waarbij het bloedverlies tussen 500ml en 1.000ml lag en 25 (2,3%) waarbij het bloedverlies werd geraamd op meer dan 1.000ml.

Tabel 32 geeft het geraamd bloedverlies weer op basis van de locatie van bevalling. Zowel intra- als extramuraal heeft de meerderheid van de vroedvrouwgeleide bevallingen een geraamd bloedverlies lager dan 500ml.

Tabel 31: Geraamd bloedverlies vroedvrouwgeleide bevallingen

<i>Geraamd bloedverlies</i>	<i>% (n=1.105)</i>
<500 ml	85,2% (n=942)
500 – 1000 ml	12,5% (n=138)
>1000 ml	2,3% (n=25)
Onbekend	0,0% (n=0)

Tabel 32: Geraamd bloedverlies en locatie bevalling

<i>Geraamd bloedverlies</i>	<i>Buiten ziekenhuis (n=611, 55,3%)</i>			<i>In ziekenhuis (n=494, 44,7%)</i>	
	Thuis n=487	Geboortehuis (FMU) n=120	Onderweg n=4	ZH met eigen vroedvrouw n=299	Vroedvrouwgeleide eenheid (AMU) n=195
<500 ml	85,2% (n=415)	84,2% (n=101)	75,0% (n=3)	85,6% (n=256)	85,6% (n=167)
	Totaal <500 ml bloedverlies extramuraal: 84,9% (n=519)			Totaal <500ml bloedverlies intramuraal: 85,6% (n=423)	
500ml -1000ml	13,6% (n=66)	15,8% (n=19)	25,0% (n=1)	10,7% (n=32)	10,3% (n=20)
>1000 ml	1,2% (n=6)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	3,7% (n=11)	4,1% (n=8)
Onbekend	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)



Perineum

Gekeken naar het totale aantal vroedvrouwgeleide bevallingen 384 vrouwen (35%) een gaaf perineum. Indien er zich een perineumruptuur voordeed dan ging het voornamelijk om een mildere ruptuur: 29% (n=323) had een 1^e graadruptuur en 21% (n=229) een 2^e graadruptuur. Slechts bij 2% (n=22) van alle vroedvrouwgeleide bevallingen werd een episiotomie geplaatst.

Tabel 34 geeft een overzicht van het perineum en locatie van bevalling. Zowel intra als extramuraal was er voornamelijk sprake van milde perineumrupturen (1^e en 2^e graad) en in mindere mate ernstige (3^e en 4^e graad) rupturen.

Tabel 33: Perineum vroedvrouwgeleide bevallingen

Perineum	% (n=1.105)
Gaaf	34,8% (n=384)
Labia	7,9% (n=87)
Vaginawand	1,2% (n=13)
Schaafwondje	3,0% (n=33)
1 ^e graad	29,2% (n=323)
2 ^e graad	20,7% (n=229)
3 ^e graad	1,2% (n=13)
4 ^e graad	0,1% (n=1)
Episiotomie	2,0% (n=22)
Onbekend	0,0% (n=0)



Hechten perineum

Bij minder dan de helft van de vroedvrouw-geleide bevallingen werd het perineum gehecht (zie tabel 35). Het hechten gebeurde voornamelijk door de vroedvrouw (79,6%). Bij 91 bevallingen (18,6%) werd hiervoor doorverwezen naar de gynaecoloog.

Gekeken naar de plaats van bevalling werden er in het ziekenhuis meer perineum-hechtingen uitgevoerd dan buiten het ziekenhuis (52,0% vs. 38,0%). Het hechten van het perineum gebeurde hoofdzakelijk door de vroedvrouw ongeacht de plaats van bevalling (zie tabel 36). Het aandeel hechtingen uitgevoerd door de gynaecoloog lag wel hoger in het ziekenhuis (29,2% vs. 6,9%).

Tabel 35: Hechten perineum

Hechten perineum	% (n=1.105)
Ja	44,3% (n=489)
Neen	55,7% (n=616)
Gehecht door	
Vroedvrouw	79,6% (n=389)
Gynaecoloog	18,6% (n=91)
Huisarts	1,8% (n=9)
Onbekend	0,0% (n=0)

Tabel 36: Hechten perineum en locatie bevalling

Hechten Perineum	Buiten ziekenhuis (n=611, 55,3%)			In ziekenhuis (n=494, 44,7%)	
	Thuis	Geboortehuis (FMU)	Onderweg	ZH met eigen vroedvrouw	Vroedvrouw-geleide eenheid (AMU)
	n=487	n=120	n=4	n=299	n=195
Neen	62,2% (n=303)	60,8% (n=73)	75,0% (n=3)	48,8% (n=146)	46,7% (n=91)
	Totaal <u>niet</u> nodig te hechten extramuraal: 62,0% (n=379)			Totaal <u>niet</u> nodig te hechten intramuraal: 48,0% (n=237)	
Ja	37,8% (n=184)	39,2% (n=47)	25,0% (n=1)	51,2% (n=153)	53,3% (n=104)
	Totaal hechten extramuraal: 38,0% (n=232)			Totaal hechten intramuraal: 52,0% (n=257)	
Gehecht door					
Vroedvrouw	91,3% (n=168)	89,4% (n=42)	0,0% (n=0)	61,4% (n=94)	81,7% (n=85)
Gynaecoloog	6,5% (n=12)	6,4% (n=3)	100% (n=1)	36,6% (n=56)	18,3% (n=19)
Huisarts	2,2% (n=4)	4,3% (n=2)	0,0% (n=0)	2,0% (n=3)	0,0% (n=0)
Onbekend	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)



Doorverwijzing postnataal: Maternale redenen

Slechts 8% van de moeders werd na een vroedvrouwgeleide bevalling doorverwezen naar de tweedelij. De grootste redenen waarom er werd doorverwezen waren postpartumbloeding (n=32, 2,9%), hechten van het perineum door de gynaecoloog (n=23, 2,1%) en placenta-retentie (n=19, 1,7%).

Gekeken naar de locatie van bevalling en de maternale doorverwijzing postnataal, waren er iets meer doorverwijzingen intramuraal in vergelijking met extramuraal (10,9% vs. 5,1%).

Tabel 37: Doorverwijzing postnataal maternale redenen

<i>Doorverwijzing postnataal omwille van maternale redenen</i>	<i>% (n=1.105)</i>
Geen	92,3% (n=1020)
Omwille van maternale redenen	7,7% (n=85)
Onbekend	0,0% (n=0)

Tabel 38: Doorverwijzing postnataal omwille van maternale redenen en locatie bevalling

<i>Doorverwijzing postnataal: Maternaal</i>	<i>Buiten ziekenhuis (n=611, 55,3%)</i>			<i>In ziekenhuis (n=494, 44,7%)</i>	
	Thuis n=487	Geboortehuis (FMU) n=120	Onderweg n=4	ZH met eigen vroedvrouw n=299	Vroedvrouwgeleide eenheid (AMU) n=195
Geen doorverwijzing	95,1% (n=463)	95,0% (n=114)	75,0% (n=3)	93,6% (n=280)	82,1% (n=160)
	Totaal <u>geen</u> doorverwijzing postnataal extramuraal: 94,9% (n=580)			Totaal <u>geen</u> doorverwijzing postnataal intramuraal: 89,1% (n=440)	
Omwille van maternale redenen	4,9% (n=24)	5,0% (n=6)	25,0% (n=1)	6,4% (n=19)	17,9% (n=35)
	Totaal doorverwijzing postnataal extramuraal: 5,1% (n=31)			Totaal doorverwijzing postnataal intramuraal: 10,9% (n=54)	
Onbekend	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)



Neonatale gegevens bij vroedvrouwgeleide bevallingen

Er werden minder meisjes (47,2%) dan jongens (52,8%) geboren. Het gemiddelde geboortegewicht voor alle vroedvrouwgeleide bevallingen bedroeg 3.546gram met een range tussen 2.290gram en 5.000gram.

De grote meerderheid van de neonaten had een Apgar-score hoger of gelijk aan 7 na één minuut (n=1.055, 95,5%). 48 neonaten (4,3%) hadden een Apgar-score lager dan 7 na één minuut. Vijf minuten na de geboorte hadden 1.092 neonaten (98,8%) een Apgar-score van 7 of meer en 11 neonaten (1,0%)

een Apgar-score lager dan 7. De Apgar-score wordt verder in detail bekeken per locatie van bevalling in tabel 40.

In totaal hadden 37 neonaten (3,3%) nood aan reanimatie na de bevalling. Als methode van reanimatie werd meestal éénmalig of een reeks van 5 inflaties toegediend, eventueel aangevuld met aspiratie, beademing of PEEP CPAP.

Bij 98,4% (n=1.087) werd er geen afwijking bij de neonaat vastgesteld. Bij 18 kindjes (2%) was dit wel het geval. Tabel 41 heeft een overzicht weer van deze afwijkingen.

In totaal werden 30 neonaten (2,7%) postnaal doorverwezen. De redenen voor doorverwijzing worden in tabel 42 weergegeven. De grootste redenen voor doorverwijzing omwille van neonatale redenen waren respiratoire problemen (n=8, 0,7%) en observatie na reanimatie (n=4, 0,4%).

Tabel 39: Karakteristieken neonaat

Karakteristieken neonaat	% (n=1.105)
Geslacht	
Meisje	47,2% (n=522)
Jongen	52,8% (n=583)
Onbekend	0,0% (n=0)
Apgar	
Na 1 minuut	
≥7 na 1'	95,5% (n=1.055)
<7 na 1'	4,3% (n=48)
Onbekend	0,0% (n=2)
Na 5 minuten	
≥7 na 5'	98,8% (n=1.092)
<7 na 5'	1,0% (n=11)
Onbekend	0,2% (n=2)
Reanimatie	
Ja	3,3% (n=37)
Nee	96,7% (n=1.068)
Afwijking neonaat	
Geen	98,4% (n=1.087)
Aanwezig	1,6% (n=18)

Tabel 41: Overzicht afwijkingen neonaat

Afwijkingen baby	% (n=18)
Aanhangsel rechterwang	0,1% (n=1)
Hexadactylie	0,2% (n=2)
Hypospadie	0,2% (n=2)
Klinefelter	0,1% (n=1)
Klompvoet	0,3% (n=3)
Plexus brachialis	0,1% (n=1)
Schisis	0,1% (n=1)
Kleine fontanel	0,1% (n=1)
Aanwezig	0,6% (n=6)



Tabel 40: Apgar-score en locatie bevallingen

Apgar-score	Buiten ziekenhuis (n=611, 55,3%)			In ziekenhuis (n=494, 44,7%)	
	Thuis n=487	Geboorte- huis (FMU) n=120	Onderweg n=4	ZH met eigen vroedvrouw n=299	Vroedvrouw- geleide eenheid (AMU) n=195
≥7 na 1 min	95,3% (n=464)	94,2% (n=113)	50% (n=2)	95% (n=284)	98,5% (n=192)
	Totaal extramuraal apgar ≥7 na 1 min: 94,8% (n=579)			Totaal intramuraal apgar ≥7 na 1 min: 96,4% (n=476)	
<7 na 1 min	4,7% (n=23)	5,8% (n=7)	0% (n=0)	5% (n=0)	1,5% (n=3)
Onbekend na 1 min	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	50,0% (n=2)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)
≥7 na 5 min	99,0% (n=482)	99,2% (n=119)	50,0% (n=2)	98,7% (n=295)	99,5% (n=194)
	Totaal extramuraal apgar ≥7 na 5 min: 98,7% (n=603)			Totaal intramuraal apgar ≥7 na 5 min: 99,0% (n=489)	
<7 na 5 min	1,0% (n=5)	0,8% (n=1)	0,0% (n=0)	1,3% (n=4)	0,5% (n=1)
Onbekend na 5 min	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	50% (n=2)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)

**Tabel 42: Transfer postnataal omwille van neonaat**

<i>Transfer postnataal omwille van baby</i>	<i>% (n=1.105)</i>
Ja	2,7% (n=30)
Neen	97% (n=1.075)
Onbekend	0% (n=0)
<i>Reden doorverwijzing omwille van baby</i>	<i>% (n=30)</i>
Aanhangsel rechterwang	0,1% (n=1)
Abnormaliteiten	0,2% (n=2)
Antibioticatherapie	0,1% (n=1)
Bilaterale heupklik bij teken van ortolani	0,1% (n=1)
Gaatje van 2 mm in hart gezien tijdens zwangerschap	0,1% (n=1)
Hartruis	0,1% (n=1)
Hypoglycemie	0,1% (n=1)
Klinefelter	0,1% (n=1)
Meconiaal vruchtwater	0,1% (n=1)
Mickey mouse syndroom	0,1% (n=1)
Ontwenning medicatie prenataal	0,1% (n=1)
Observatie omwille van reanimatie	0,4% (n=4)
Respiratoire problemen	0,7% (n=8)
SGA <2,5kg	0,1% (n=1)
Slechte tonus	0,1% (n=1)
Staphylococcus aureus infectie	0,1% (n=1)
Temperatuur	0,2% (n=2)
Verhoogde TSI	0,1% (n=1)



Doorverwijzigingen tijdens de arbeid

Algemene karakteristieken doorverwezen bevallingen

In 2024 zijn er 1.425 arbeiden gestart in de eerste lijn, waarbij het de bedoeling was om bij de vroedvrouw te bevallen. Hiervan werden er 320 of 22,5% tijdens de arbeid doorverwezen naar de gynaecoloog in het ziekenhuis.

Tabel 43: Algemene karakteristieken intrapartum doorverwezen bevallingen

<i>Algemene karakteristieken</i>	<i>% (n=320)</i>
Graviditeit	
Primipara	78,1% (n=250)
Multipara	21,9% (n=70)
Duur zwangerschap	
<37 weken	0,3% (n=1)
37 – 42 weken	99,4% (n=318)
>42 weken	0,3% (n=1)
Onbekend	0,0% (n=0)
Ligging baby	
Achterhoofd voor	44,1% (n=141)
Achterhoofd achter	12,5% (n=40)
Achterhoofdligging	31,9% (n=102)
Dwars	0,6% (n=2)
Voorhoofdsligging	0,0% (n=0)
Asynclitisme	0,9% (n=3)
Stuit	1,3% (n=4)
Onbekend	8,8% (n=28)

Tabel 43 geeft een overzicht van de algemene karakteristieken van deze intrapartum doorverwezen bevallingen. De meerderheid van de intrapartum doorverwezen bevallingen waren primipare vrouwen (n=250, 78,1%). Bijna alle bevallingen hadden een zwangerschapsduur tussen 37 en 42 weken (n=318, 99,4%). Bijna 90% van de doorverwezen bevallingen waren achterhoofdsliggingen (n=283, 88,4%)

Tabel 44 heeft een overzicht of de vroedvrouw al dan niet bij de moeder mocht blijven na doorverwijzing. Bijna de helft van de vroedvrouwen gaf aan enkel als doula aanwezig te mogen blijven (=niet medische zorg) (n=149, 46,6%). Bij 18 casussen (5,6%) mocht de vroedvrouw helemaal niet mee, bij 34 casussen (10,6%) mocht dit wel en als vroedvrouw. De vroedvrouwen die werken binnen de vroedvrouwgeleide eenheid gaven aan dat dit bij hen niet wordt gedaan (n=102, 31,9%). Een aantal vroedvrouwen gaf 'anders' aan. Dit is dan bijvoorbeeld omdat dit niet de wens is van de ouders los of dit al dan niet mag van het ziekenhuis (n=9, 2,5%).

Tabel 44: 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=320)</i>
Neen, dit mocht niet	5,6% (n=18)
Ja, dit mocht als vroedvrouw	10,6% (n=34)
Ja, dit mocht enkel als doula (niet medische zorg)	46,6% (n=149)
Dit wordt niet gedaan	31,9% (n=102)
Anders	2,5% (n=8)
Onbekend	2,5% (n=9)





Zoals te zien in tabel 45 werden 117 bevallingen (36,6%) doorverwezen vanwege stagnatie. In geval van stagnatie was dit hoofdzakelijk omwille van een niet vorderende ontsluiting (57,3%, n=67). Er werd 25 (7,8%) keer doorverwezen omwille van dringende redenen, dit was voornamelijk omwille van abnormale foetale harttonen (n=12, 48,0%) en foetale nood (n=10, 40,0%). Meer

dan helft van de doorverwijzingen tijdens de arbeid gebeurde omwille van overige redenen (n=178, 55,6%), waarbij nood aan pijnstilling de voornaamste reden was voor doorverwijzing (n=98, 55,1%). Bij overige redenen werd ook doorverwezen omwille van langdurig gebroken vliezen (n=22, 12,4%), meconiumhoudend vruchtwater (n=21, 11,8%) en liggingsafwijkingen baby (n=12, 6,7%).

Tabel 45: Redenen intrapartum doorverwezen bevallingen

<i>Reden doorverwijzing intrapartum</i>	<i>% (n=320)</i>
Stagnatie (36,6%, n=117)	
Niet vorderende ontsluiting	57,3% (n=67)
Niet vorderende uitdrijving	42,7% (n=50)
Urgentie (7,8%, n=25)	
Foetale nood	40,0% (n=10)
Ruim bloedverlies in latente fase arbeid	4,0% (n=1)
Tachycardie baby	4,0% (n=1)
Aangezichts-verlamming van Bell	4,0% (n=1)
Abnormale foetale harttonen	48,0% (n=12)
Overige redenen (55,6%, n=178)	
Abnormale foetale harttonen (niet dringend)	3,9% (n=7)
Langdurig gebroken vliezen	12,4% (n=22)
Liggingsafwijking baby	6,7% (n=12)
Meconiumhoudend vruchtwater	11,8% (n=21)
Nood aan pijnstilling	55,1% (n=98)
Postpartumbloeding in anamnese	0,6% (n=1)
Niercrisis	0,6% (n=1)
Wens moeder	1,7% (n=3)
Hypertensie (moeder)	1,7% (n=3)
Logistieke problemen met warm water, nood aan bad	0,6% (n=1)
Dysmaturiteit	0,6% (n=1)
Onverwachte thuisbevalling stuit	0,6% (n=1)
Extra opvolging arbeid na trauma door verkeersongeval	0,6% (n=1)
Oww syndroom van Down, bevallen in ziekenhuis in aanwezigheid van gyn, begeleiding fysiologisch samen met vv	0,6% (n=1)
Onbekend	2,8% (n=5)



2024 IN RESULTATEN

Bij de meerderheid van de doorverwezen bevallingen was er sprake van een spontaan breken van de vliezen (n=210, 65,6%), bij 20 vrouwen (6,3%) was er sprake van een voortijdig breken van de vliezen en bij 73 vrouwen (22,8%) werden de vliezen kunstmatig gebroken door de vroedvrouw of gynaecoloog. Van 17 vrouwen (5,3%) ontbreekt de informatie. Voor de bewaking van de foetale harttonen na doorverwijzing werd bij iets meer dan de helft van de vrouwen (n=164, 51,3%) gekozen voor continue CTG, dit werd bij 19,7% gecombineerd met doptone, bij 2,8% met intermitterend CTG. Na doorverwijzing beviel 65,9% in een liggen-

de houding, al dan niet in de beensteunen, 2,5% (n=8) beviel in zijlig en 7,2% (n=23) op handen en knieën. Slechts 1 moeder beviel in bad na doorverwijzing.

Na doorverwijzing kreeg 70,3% (n= 220) van de vrouwen een vorm van pijnstilling toegediend. Van het totale aantal vrouwen die pijnstilling kreeg, was bij 18,2% (n=40) niet bekend welke pijnstilling er werd toegediend, 75,5% (n=166) kreeg epidurale verdoving, 1,4% (n=3) Rachis, 4,5% (n=10) Kalinox en 0,5% (n=1) de combinatie van Kalinox en Rachis. Bij 77 vrouwen (24,1%) was niet bekend of er al dan niet pijnstilling werd toegediend.

Tabel 46: Intrapartum doorverwezen bevallingen: intrapartum

<i>Intrapartum doorverwezen bevalling</i>	<i>% (n=320)</i>	<i>Intrapartum doorverwezen bevalling</i>	<i>% (n=320)</i>
Breken vliezen		Bevallingshouding	
AROM	22,8% (n=73)	Lithotomie in beensteunen	25,3% (n=81)
PROM	6,3% (n=20)	Lithotomie zonder beensteunen	40,9% (n=131)
SROM	65,6% (n=210)	Zijlig	2,5% (n=8)
Onbekend	5,3% (n=17)	Handen-knieën	7,2% (n=23)
Foetale bewaking		Kruk-zit	0,6% (n=2)
Intermitterend doptone	2,8% (n=9)	Zittende houding	0,3% (n=1)
Intermitterend CTG	2,8% (n=9)	Liggend in bad	0,3% (n=1)
CTG + doptone	10,0% (n=32)	Sectio	15,3% (n=49)
CTG+ doptone, continu CTG	3,4% (n=11)	Onbekend	6,3% (n=20)
Intermitterend CTG en continu CTG	2,8% (n=9)	Combinatie houdingen	1,3% (n=4)
Continu CTG	51,3% (n=164)	Badbevalling	
Continu CTG, intermitterend doptone	19,7% (n=63)	Ja	0,3% (n=1)
Combinaties en STAN	1,9% (n=6)	Nee	65,0% (n=209)
Onbekend	5,3% (n=17)	Onbekend	34,4% (n=110)
		Pijnstilling	
		Geen	6,9% (n=23)
		Pijnstilling	70,3% (n=220)
		Onbekend	24,1% (n=77)





Zoals te zien in tabel 49 had 57,8% (n=185) na doorverwijzing een spontane vaginale bevalling. Bij 4 vrouwen die vaginaal beviel werd er fundusdruk of een ander manoeuvre bv fundusdruk of MacRoberts bij schouderdystocie gebruikt. Iets meer dan een kwart van de vrouwen had na doorverwijzing een instrumentale bevalling, waarvan de meerderheid via ventouse. Tenslotte bevielen 49 vrouwen (15,3%) via een sectio na doorverwijzing.

Tabel 47: Intrapartum doorverwezen bevallingen: uitdrijvingsfase

<i>Bevallen na doorverwijzing: uitdrijvingsfase</i>	% (n=320)
Vaginaal	57,8% (n=185)
Instrumenteel	26,3% (n=84)
Sectio	15,3% (n=49)
Onbekend	0,6% (n=2)

Van alle doorverwezen bevallingen had 16,3% (n=52) een gaaf perineum. De meerderheid had een milde perineumruptuur waarvan 17,5% (n=56) een 1^e graadruptuur en 23,1% (n=74) een 2^e graadruptuur. Na doorverwijzing kreeg 16,6% (n=53) van de moeders een episiotomie (zie tabel 48).

Het bloedverlies werd bij 77,2% (n=247) geraamd op minder dan 500 ml, bij 6,3% (n=20) werd het bloedverlies geraamd tussen 500 en 1.000ml en 5,3% (n=17) werd het bloedverlies geraamd op meer dan 1.000ml.

Voor de placentaire fase werd bij de helft van de bevalling gekozen voor een actief beleid, waarbij er onmiddellijk oxytocine werd toegediend. Bijna een kwart van de vrouwen had na doorverwijzing een spontane geboorte van de placenta (n=75, 23,4%).

Tabel 48: Intrapartum doorverwezen bevallingen: postpartum

<i>Postpartum na doorverwijzing</i>	% (n=320)
Perineum	
Gaaf	16,3% (n=52)
1 ^e graad	17,5% (n=56)
2 ^e graad	23,1% (n=74)
3 ^e graad	2,8% (n=9)
4 ^e graad	0,0% (n=0)
Labia	1,3% (n=5)
Vaginawand	0,3% (n=1)
Schaafwondje	5,6% (n=18)
Episiotomie	16,6% (n=53)
NVT, sectio	15,3% (n=49)
Onbekend	0,9% (n=3)
Bloedverlies	
<500 ml	77,2% (n=247)
500 – 1000 ml	6,3% (n=20)
>1000 ml	5,3% (n=17)
Onbekend	11,3% (n=36)
Placenta	
Actief beleid (onmiddellijk synto)	49,4% (n=158)
Spontaan	23,4% (n=75)
Spontaan gevolgd door actief beleid	2,8% (n=9)
Manuele revisie	2,8% (n=9)
Onbekend	5,9% (n=19)
NVT, sectio	15,6% (n=50)



Neonatale gegevens bij intrapartaal doorverwezen bevallingen

Er werden meer jongens (n=172, 53,8%) dan meisjes (n=148, 46,3%) geboren (zie tabel 49). Het gemiddelde geboortegewicht voor alle doorverwezen bevallingen bedroeg 3.517 gram met een range tussen 2.232 en

4.750 gram. Bijna alle neonaten hadden een geboortegewicht tussen 2.500 gram en 4.500 gram (n=307, 95,9%).

De meerderheid van de neonaten had een Apgar-score hoger of gelijk aan 7 na één minuut (90,6%, n=290). Vijf minuten na de geboorte had 96,9% (n=310) van de neonaten een Apgar-score van 7 of meer. In totaal hadden 17 neonaten (5,3%) nood aan reanimatie na de bevalling. Als methode van reanimatie werd ook na doorverwijzing éénmalig of een reeks van 5 inflaties toegevend, eventueel aangevuld met aspiratie, beademing of PEEP CPAP.

Bij 314 neonaten (98,1%) werd er geen afwijking vastgesteld. Bij 6 kinderen (2%) was dit wel het geval. Tabel 50 heeft een overzicht weer van deze afwijkingen.

Tabel 49: Intrapartum doorverwezen bevallingen: karakteristieken neonaat

<i>Karakteristieken neonaat na doorverwijzing</i>	<i>% (n=319)</i>
Geslacht	
Meisje	46,3% (n=148)
Jongen	53,8% (n=172)
Onbekend	0,0% (n=0)
Gewicht	
<2500 gram	1,3% (n=4)
2500 - 3500 gram	51,3% (n=164)
3500 - 4500 gram	44,7% (n=143)
>4500 gram	2,2% (n=7)
Onbekend	0,6% (n=2)
Apgar na 1 minuut	
≥7 na 1 minuut	90,6% (n=290)
<7 na 1 minuut	7,8% (n=25)
Onbekend	1,6% (n=5)
Apgar na 5 minuten	
≥7 na 5 minuten	96,9% (n=310)
<7 na 5 minuten	1,6% (n=5)
Onbekend	1,6% (n=5)
Reanimatie	
Ja	5,3% (n=17)
Geen	94,1% (n=301)
Onbekend	0,6% (n=2)

Tabel 50: Overzicht afwijkingen neonaat

<i>Afwijkingen baby</i>	<i>% (n=6)</i>
Klumpke's parese rechts	0,3% (n=1)
Vernauwing longslagader	0,3% (n=1)
Misvorming hand	0,3% (n=1)
Hernia diafragmatica	0,3% (n=1)
Dubbele circulatie	0,3% (n=1)
Aanwezig	0,3% (n=1)



In totaal werden er 14 neonaten (4,4%) postnataal doorverwezen. De redenen voor doorverwijzing worden in tabel 51 weergegeven. De grootste redenen voor doorverwijzing omwille van neonatale redenen waren respiratoire problemen (n=3, 21,4%) en observatie na reanimatie (n=5, 35,7%).

Tabel 51: Transfer postnataal omwille van neonaat	
<i>Transfer postnataal omwille van baby</i>	<i>% (n=320)</i>
Ja	4,4% (n=14)
Neen	95,6% (n=306)
Onbekend	0,0% (n=0)
<i>Reden doorverwijzing omwille van baby</i>	<i>% (n=14)</i>
AB therapie	7,1% (n=1)
Dubbele circulatie	7,1% (n=1)
Hernia diafragmatica	7,1% (n=1)
Hypoglycemie, klaplong en koorts	7,1% (n=1)
Hypoglycemie, sondevoeding	7,1% (n=1)
NULL	7,1% (n=1)
Reanimatie	35,7% (n=5)
Respiratoire problemen	21,4% (n=3)





Discussie

In de Belgische geboortezorg wordt de laagrisico zwangere vrouw meestal opgevolgd binnen een interdisciplinair netwerk, waarin de gynaecoloog doorgaans de leiding heeft, ondersteund door vroedvrouwen, huisartsen en kinderartsen. Het merendeel van de bevallingen vindt nog steeds plaats in het ziekenhuis (SPE; CEpiP, 2024), wat ertoe leidt dat de meeste vroedvrouwen tewerkgesteld zijn in de tweede-lijnszorg. In dit sterk medisch georiënteerde model blijft de autonomie van de vroedvrouw beperkt, en is continuïteit van zorg eerder uitzondering dan regel (Vermeulen et al., 2021; KCE, 2015).

Vroedvrouwgeleide zorg biedt een waardevol alternatief, waarbij de vroedvrouw de primaire zorgverlener is voor vrouwen met een laagrisico-zwangerschap, zowel intra- als extramuraal. Het model vertrekt vanuit vertrouwen in de fysiologie, persoonlijke keuzevrijheid en gedeelde besluitvorming, met zorgcontinuïteit als kernprincipe (Renfrew et al., 2014; Sandall et al., 2024; WHO, 2024). Deze visie sluit aan bij het WHO Framework for Quality Maternal and Newborn Care en de Global Strategic Directions for Nursing and Midwifery 2021–2025 (WHO, 2023), waarin de versterking van midwifery-led modellen als mondiale prioriteit wordt genoemd.

Transparante rapportering en positionering binnen België

Met dit jaarrapport wordt voor het eerst opnieuw op systematische wijze de vroedvrouwgeleide zorg intra- en extramuraal in België in kaart gebracht, inclusief bevallingen in geboortehuizen en vroedvrouwgeleide ziekenhuisafdelingen (FMU en AMU). Deze differentiatie wordt niet gemaakt in de nationale registratiesystemen van SPE en CEpiP, waardoor het werk van eerstelijnsvroedvrouwen grotendeels ondergerapporteerd blijft.

Het rapport biedt hierdoor een uniek en realistischer beeld van het aandeel vroed-

vrouwgeleide bevallingen in België. De cijfers tonen aan dat, hoewel dit aandeel nog beperkt is, het reëel groter is dan in de nationale datasets wordt weergegeven. De data bevestigen dat dit zorgmodel veilig, kwalitatief en patiëntgericht kan worden toegepast, mits de juiste structurele ondersteuning aanwezig is.

Deze bevindingen sluiten aan bij het recente advies van de Federale Raad voor de Vroedvrouwen (2024), dat pleit voor structurele erkenning en financiering van vroedvrouwgeleide zorg binnen de Belgische geboortezorg.

Ook de Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen (VBOV, 2023) benadrukt in haar standpuntnota dat midwifery-led care een noodzakelijke pijler vormt binnen de reorganisatie van de Vlaamse geboortezorg. Dit sluit aan bij het beleidsdocument ‘Geboortezorg in transitie’ (Vlaamse Overheid, 2022), dat inzet op geïntegreerde netwerken en gepaste zorg op de juiste plaats.

Internationale vergelijking

De internationale context toont duidelijk dat de organisatie van laagrisicozorg sterk varieert naargelang beleidskeuzes.

- In Nederland wordt ongeveer 15–20% van de bevallingen geleid door een eerstelijnsvroedvrouw, waarvan circa 13% buiten het ziekenhuis plaatsvindt (Perined, 2023).

Het Nederlandse systeem is opgebouwd rond eerstelijnsverloskunde, waarbij vrouwen met een laagrisico-zwangerschap begeleid worden door zelfstandige vroedvrouwen met een eigen praktijk, binnen een duidelijk verwijssysteem naar de tweede lijn.

- In het Verenigd Koninkrijk vindt circa 10% van de bevallingen plaats binnen midwife-led units (MLUs), verdeeld over



Alongside Midwife-Led Units (AMU's) in ziekenhuizen en Freestanding Midwife-Led Units (FMU's) buiten ziekenhuizen (NHS England, 2022).

Sinds 2016 stimuleert het NHS-beleid "Continuity of Carer" de verdere opschaling van deze modellen.

- In Nieuw-Zeeland is het systeem nog verder geïntegreerd: ruim 30% van de vrouwen kiest een zelfstandige vroedvrouw ("Lead Maternity Carer") die verantwoordelijk is voor de volledige perinatale begeleiding, inclusief geboorteplaatskeuze en postpartumzorg (Homer et al., 2021).
- In Scandinavië (met name Noorwegen en Denemarken) is ongeveer 25% van de bevallingen vroedvrouwgeleide ziekenhuisbevallingen binnen kleinschalige eenheden, met lage interventieratio's en hoge tevredenheidscijfers (Aune et al., 2020).
- Ook Canada en Australië tonen dat vroedvrouwgeleide modellen met gedeelde verantwoordelijkheid (shared care) succesvol geïntegreerd kunnen worden binnen publieke gezondheidssystemen, met vergelijkbare of betere klinische uitkomsten en lagere kosten (Henshall et al., 2016; Yoshida & Sandall, 2013).

In vergelijking daarmee blijft België sterk medisch georganiseerd. Minder dan 2% van de bevallingen vindt momenteel plaats onder volledige leiding van een vroedvrouw in de eerste lijn, en vroedvrouwgeleide eenheden zijn slechts beperkt aanwezig in ziekenhuizen.

Het verschil met deze landen wordt niet verklaard door veiligheid of klinische resultaten, maar door beleidsmatige en structurele keuzes.

De vergelijking toont dat landen die investeren in continuïteit van zorg, autonomie van de vroedvrouw en transparante financiering niet alleen betere klinische uitkomsten behalen, maar ook meer tevreden vrouwen en lagere zorgkosten per geboorte (Sandall et al., 2016; Renfrew et al., 2014; OECD, 2023).

Klinische uitkomsten

De resultaten uit dit jaarrapport sluiten nauw aan bij de internationale evidentie (Homer et al., 2021; Sandall et al., 2024).

Vrouwen die onder leiding van een vroedvrouw bevallen, kennen een hogere kans op spontane vaginale geboorte, lagere kans op keizersnede of instrumentele bevalling, en minder nood aan epidurale analgesie.

Voor de baby resulteert dit model in minder vroeggeboorten, minder NICU-opnames en betere Apgar-scores (Wiegerinck et al., 2020; Miller et al., 2022).

De Belgische cijfers volgen dezelfde tendens. Het lage percentage interventies en de gunstige neonatale uitkomsten ondersteunen het standpunt dat vroedvrouwgeleide zorg ook hier een veilige en kwaliteitsvolle optie vormt voor laagrisico-zwangerschappen. De OECD Health at a Glance: Europe 2023 benadrukt bovendien dat België tot de Europese landen met de hoogste keizersnedepercentages behoort, wat de nood aan alternatieve, minder gemedicaliseerde zorgmodellen verder onderstreept.

Tevredenheid, autonomie en welzijn

Internationale studies tonen aan dat vrouwen binnen vroedvrouwgeleide zorg meer tevreden zijn over hun bevalervaring, zich autonomoer voelen, en meer vertrouwen hebben in hun eigen kunnen (Geerts et al., 2021; van Haaren-ten Haken et al., 2018).

Het versterken van deze autonomie is essentieel voor een positieve geboorte-ervaring, zoals ook aanbevolen in het WHO Framework for Positive Childbirth Experience (WHO, 2018).

In België wordt deze tevredenheid nog zelden structureel gemeten. Een volgende stap is daarom het opnemen van vrouwenervaringen in de nationale perinatale registratie, zodat kwaliteit niet enkel op basis van medische uitkomsten, maar ook op basis van ervaring en welzijn kan worden beoordeeld.





Professionele duurzaamheid en beleidsimplicaties

Hoewel de cijfers overtuigend zijn, blijft de structurele verankering van vroedvrouwgeleide zorg fragiel.

Vroedvrouwenpraktijken kampen met hoge werkdruk, lage verloning en beperkte institutionele erkenning - factoren die ook internationaal worden aangehaald als belangrijke barrières (Hanley et al., 2022; Henshall et al., 2016).

De ervaringen uit Nederland, Nieuw-Zeeland en het VK tonen echter aan dat duurzame implementatie wél mogelijk is, op voorwaarde dat vroedvrouwen beschikken over:

- een duidelijk financieringskader,
- toegang tot gedeelde registratiesystemen,
- en formeel ingebedde samenwerking met ziekenhuizen.

Het Federaal Kenniscentrum (KCE, 2015) wees reeds op het gebrek aan continuïteit en structurele ondersteuning voor laagrisicozorg in België — een situatie die tot op vandaag grotendeels standhoudt. De Global Strategic Directions for Nursing and Midwifery (WHO, 2023) en het NHS Continuity of Carer-beleid (2022) tonen dat investering in continuïteit leidt tot betere zorgkwaliteit, grotere tevredenheid en duurzamere werkomstandigheden.

Beleidsmatige implicaties

De bevindingen van dit rapport sluiten aan bij recente beleidsaanbevelingen van de Federale Raad voor de Vroedvrouwen (2024), de VBOV (2023) en het Vlaams beleidskader 'Geboortezorg in transitie' (Vlaamse Overheid, 2022).

Op internationaal niveau onderstrepen de WHO (2023) en de NHS (2022) dat midwifery-led care een sleutelrol speelt in veilige, toegankelijke en vrouwgerichte geboortezorg.

Het is dan ook wenselijk om vroedvrouwgeleide zorg structureel op te nemen binnen de perinatale netwerken, met duidelijke afspraken over financiering, gegevensregistratie en kwaliteitsopvolging.

Samenvattend

De resultaten van dit jaarrapport bevestigen dat vroedvrouwgeleide zorg in België veilig, effectief en wenselijk is, en dat de verschillen met internationale contexten voornamelijk voortkomen uit beleidsmatige en structurele keuzes.

Het model bevordert de autonomie van de vrouw, de continuïteit van zorg en het welzijn van moeder en kind, en versterkt tegelijk de professionele identiteit van de vroedvrouw.

Een structurele erkenning, financiering en integratie van vroedvrouwgeleide zorg in het Belgische zorgsysteem zijn essentieel om aansluiting te vinden bij internationale best practices en te evolueren naar een duurzame, persoonsgerichte geboortezorg.



Besluit

Het rapport vroedvrouwgeleide zorg tijdens arbeid en bevalling 2024 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 2024 werden er 1.425 arbeiden geregistreerd waarvan de arbeid startte bij de vroedvrouw, hiervan waren er 1.105 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 tonen aan dat vroedvrouwgeleide zorg voor laagrisico-zwangerschappen een veilige, volwaardige en kwaliteitsvolle zorgoptie is, die breed toegankelijk moet zijn voor vrouwen die hiervoor kiezen, zowel in een extra- als intramurale setting. De resultaten sluiten nauw aan bij de internationale wetenschappelijke evidentie en bevestigen de meerwaarde van een continu, vrouwgericht en respectvol zorgmodel.

Om de kwaliteit en duurzaamheid van deze zorgvorm verder te versterken, is het wenselijk dat de registratie in de toekomst wordt gecontinueerd, uitgebreid en geïntegreerd in nationale systemen zoals deze van SPE of CEpiP. Een vergelijkende analyse met gynaecolooggeleide zorg, zowel op vlak van klinische uitkomsten als kosteneffectiviteit, is daarbij een volgende noodzakelijke stap.

Tegelijkertijd verdient de huidige werklust en beperkte verloning van vroedvrouwen bijzondere aandacht. Hoewel het aantal registraties in 2024 hoger ligt in vergelijking met de voorbije jaren, blijven er vroedvrouwenpraktijken en vroedvrouwen stoppen met het begeleiden van bevallingen. Een structureel financieringskader en beleidsmatige erkenning zijn essentieel om deze vorm van zorg te behouden en verder uit te bouwen.

Tot slot wil dit rapport ook een hulde brengen aan alle vroedvrouwen die zich dag in dag uit inzetten om vrouwen en gezinnen doorheen zwangerschap, bevalling en het postpartum te begeleiden. Hun expertise, toewijding en nabijheid vormen de ruggengraat van een warme, veilige en duurzame geboortezorg.



Referenties

- Aune, I., Dahlberg, U., & Backe, B. (2020). Midwife-led birth units: Lessons from Scandinavia. *Midwifery*, 85, 102682.
- 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
- Bohren, M. A., Berger, B. O., Munthe-Kaas, H., & Tunçalp, Ö. (2020). Perceptions and experiences of labour companionship: A qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD012449. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012449.pub2>
- 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](http://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/20611647-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>
- Dekker N., Goemaes R., Neirinckx J., Seuntjens L., Smets K. (2023). Zwangerschapsbegeleiding: richtlijn voor goede medische praktijkvoering. www.domusmedica.be/sites/default/files/Richtlijn%20Zwangerschapsbegeleiding_0.pdf, accessed october, 2023.
- 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>
- Federaleraad 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
- Federale Raad voor de Vroedvrouwen. (2024). Advies betreffende vroedvrouwgeleide zorg en de rol van de eerstelijns vroedvrouw in België. Brussel. FOD Volksgezondheid.
- FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu, 2024, Artsen-Specialisten, <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorgberoepen/artsen-tandartsen-en-apothekers/artsen-specialisten#article>
- 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>
- Geerts, C., van Haaren-ten Haken, T., & Nieuwenhuijze, M. (2021). Women's experiences of midwife-led continuity models of care: A systematic review. *Women and Birth*, 34(6), e600–e612.
- 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>
- Hanley, S., et al. (2022). Sustaining midwifery continuity models: Global challenges and enablers. *BMC Health Services Research*, 22(1), 459.
- Henshall, C., et al. (2016). Implementing midwife-led models of care: Lessons from Canada and Australia. *Midwifery*, 40, 21–29.
- 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>
- Homer, C. S. E., Friberg, I. K., Dias, M. A. B., ten Hoope-Bender, P., Sandall, J., Speciale, A. M., & Bartlett, L. A. (2021). The projected impact of scaling up midwifery. *The Lancet Global Health*, 9(1), e33–e44. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30397-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30397-9)
- International Confederation of Midwives (ICM). (2019). Essential competencies for midwifery practice. The Hague: ICM.
- International Confederation of Midwives (ICM). (2025). Model of Care: Envisaging Midwifery Models of care, October 2025, <https://internationalmidwives.org/envisaging-midwifery-models-of-care/>
- International Confederation of Midwives (ICM). (2025). Implementation guidance on transitioning to midwifery models of care. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/bd2e2a20-e5f4-4d2d-aa19-cbf2ee45fc0d/content>
- 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>
- KCE. (2015). Low-risk birth: Organisation of care in Belgium (KCE Report No. 246C). Brussel: Federaal Kenniscentrum.
- Lee L., Dy J., Azzam H., (2016). Management of Spontaneous Labour at Term in Healthy Women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, Sep;38(9):843–865. doi: 10.1016/j.jogc.2016.04.093.
- 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/CD004074-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>
 - Miller, S., et al. (2022). Beyond too little, too late and too much, too soon: A pathway to high-quality maternity care worldwide. *The Lancet*, 400(10349), 100–115.
 - National Institute for Health and Care Excellence NICE. (2023). Intrapartum care. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235>
 - National Institute for Health and Care Excellence NICE. (2017). Overview: Intrapartum care for healthy women and babies: Guidance. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>, accessed December 2021
 - NHS England. (2022). Continuity of Carer Implementation Strategy. London: NHS.
 - OECD. (2023). Health at a Glance: Europe 2023. Paris: OECD Publishing.
 - Perined. (2023). Perinatale cijfers Nederland 2023. Utrecht: Perined.
 - PlanKad Vroedvrouwen 2022, Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen, Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening, Directoraat-generaal Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, januari 2025.
 - 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>
 - Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: Findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384(9948), 1129–1145. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)
 - 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. The Midwifery Unit Network, <https://www.midwiferyunit-network.org/wp-content/uploads/PDFs/LY1309BRO-MUNET-Standards-PRINT-opt.pdf>.
 - Rothmann, I. (2022). Foetale monitoring tijdens een laagrisico arbeid en bevalling: Cardiotocography en Intermitterende Auscultatie: Wat zijn de effecten van continue cardiotocography (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 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
 - Thael, 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*.
 - VBOV (Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen). (2023). Standpuntnota: Vroedvrouwgeleide zorg in Vlaanderen. Antwerpen: VBOV.
 - Vedam, S., Stoll, K., Taiwo, T. K., Rubashkin, N., Cheyney, M., Strauss, N., ... Declercq, E. (2019). The Giving Voice to Mothers study: Inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reproductive Health*, 16(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2>
 - Verstraelen, H., Temmerman, M., & Beeckman, K. (2019). Towards an integrated maternity care system in Flanders: The role of the midwife. *Tijdschrift voor Vroedvrouwen*, 25(2), 65–72.
 - Vlaamse Codex. (2019). Decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders.
 - Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen (VBOV). (2023). Standpuntnota: Vroedvrouwgeleide zorg in Vlaanderen. Antwerpen: VBOV.
 - Vlaamse Overheid. (2022). Geboortezorg in transitie: Naar geïntegreerde zorg in België, https://kce.fgov.be/sites/default/files/2022-10/KCE_359A_Geintegreerde_Zorg_In_Belgie_Synthese.pdf
 - Vlaamse Overheid. (2022). Geboortezorg in transitie: Naar geïntegreerde zorgmodellen voor moeder en kind. Brussel: Agentschap Zorg & Gezondheid.
 - 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->





REFERENTIES

Umbilical-Cord-Clamping-of-Term-Infants-on-Maternal-and-Neonatal-Outcomes.

- Wiegerinck, M., et al. (2020). Midwife-led versus obstetrician-led care and birth outcomes in the Netherlands: A national cohort study. *BJOG*, 127(6), 748–757.
- 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)
- WHO. (2018). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2023). Global strategic directions for nursing and midwifery (2021–2025). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organisation (WHO) Transitioning to midwifery models of care: global position paper. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Yoshida, S., & Sandall, J. (2013). Policy directions to achieve universal coverage with quality midwifery care. *The Lancet*, 382(9906), 1687–1689.





Bijlage 1: Registratieformulier 2024

Vroedvrouwen sterker maken 2024

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/m² ☐ 18,5 - 24,9 kg/m² ☐ 25 - 29,9 kg/m²
☐ ≥ 30,0 kg/m²

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 neonat GBS negatieve wissers

- ☐ 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^e 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^e graad ☐ 2^e graad

☐ 3^e graad ☐ 4^e 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)

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ GBS negatief 12 uur | ☐ GBS positief 12 uur | ☐ GBS onbekend 12 uur |
| ☐ GBS negatief 18 uur | ☐ GBS positief 18 uur | ☐ GBS onbekend 18 uur |
| ☐ GBS negatief 24 uur | ☐ GBS positief 24 uur | ☐ 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