



**Arteveldehogeschool**  
Katholiek Hoger Onderwijs Gent  
Bachelor in de Vroedkunde  
Campus Brusselsepoort  
Brusselsepoortstraat 93, BE-9000 Gent

## **THUIS OF IN HET ZIEKENHUIS; HOE BEVALT HET BIJ DE BUREN?**

Nederland en België vergeleken

Promotor: Mw. H. De Meyer  
Mw. V. Laureys

Academiejaar: 2008 – 2009

Bachelorproef voorgedragen door:  
Daphne BERGKOTTE - VAN DER PUTTEN  
Eva BRUNEEL  
tot het bekomen van de graad van Bachelor in de  
Vroedkunde.





**THUIS OF IN HET ZIEKENHUIS;  
HOE BEVALT HET BIJ DE BUREN?**  
Nederland en België vergeleken

Promotor: Mw. H. De Meyer  
Mw. V. Laureys

Academiejaar: 2008 – 2009

Bachelorproef voorgedragen door:  
Daphne BERGKOTTE - VAN DER PUTTEN  
Eva BRUNEEL  
tot het bekomen van de graad van Bachelor in de  
Vroedkunde.

Titel bachelorproef: **Thuis of in het ziekenhuis; hoe bevalt het bij de burens?**  
*Nederland en België vergeleken*

Promotiejaar: 2009

Naam student: Daphne Bergkotte- van der Putten en Eva Bruneel

Naam externe promotor: Hanne De Meyer

Naam interne promotor: Véronique Laureys

---

Drie trefwoorden: bevallen, Nederland, België.

In Nederland bevalt 33,4% (2006) van alle zwangeren thuis, ten opzichte van België waar 98,9% (2006) in het ziekenhuis bevalt. In deze bachelorproef zijn de verschillen in geschiedenis, cultuur, wetgeving, opleiding en praktijk tussen beide landen weergegeven.

Door beide landen te vergelijken zijn ook de verschillen tussen een thuis- en een ziekenhuisbevalling beschreven. Uit literatuuronderzoek is bewezen dat er bij een thuisbevalling minder medisch wordt ingegrepen dan bij een ziekenhuisbevalling. Ook is thuis bevallen veilig bij laagrisicozwangeren, mits er aan een aantal voorwaarden wordt voldaan. Om koppels in België te sensibiliseren voor thuis bevallen is er een praktische folder gemaakt over dit onderwerp.

# Inhoudsopgave

Voorwoord Daphne.....	8
Inleiding.....	10
DEEL I.....	11
Literatuurstudie.....	11
1. Geschiedenis .....	12
1.1 Geschiedenis van de verloskunde in de Nederlanden voor 1830.....	12
1.2 Geschiedenis van de verloskunde in België na 1830.....	13
1.3 Geschiedenis van de verloskunde in Nederland na 1830.....	14
1.4 Verschillen en overeenkomsten.....	14
2. Zorgstelsel.....	16
2.1 Opbouw zorgstelsel in België.....	16
2.1.1 Thuis en in het ziekenhuis.....	16
2.1.2 Zorgmodellen.....	17
2.1.3 Medicalisering van de geboorte.....	18
2.1.4 Mutualiteiten.....	19
2.2 Opbouw zorgstelsel in Nederland.....	20
2.2.1 Thuis en in het ziekenhuis.....	20
2.2.2 Zorgmodellen.....	21
2.2.3 Het sociaal, vrouwgeoriënteerd zorgmodel.....	21
2.2.4 Zorgverzekering.....	22
2.3 Verschillen en overeenkomsten.....	23
3. Wetgeving.....	24
3.1 Wetgeving omtrent vroedkunde in België.....	24
3.2 Wetgeving omtrent verloskunde in Nederland.....	24
4. Opleiding.....	26
4.1 Opleiding vroedkunde België.....	26
4.2 Opleiding verloskunde Nederland.....	27
4.3 Verschillen en overeenkomsten .....	28
5. Het beroepsprofiel.....	29
5.1 Beroepsprofiel van de Belgische vroedvrouw.....	29
5.2 Beroepsprofiel van de Nederlandse verloskundige.....	30
5.3 Verschillen en overeenkomsten.....	32
6. Plaats van bevallen, thuis of in het ziekenhuis.....	33
6.1 Is thuis bevallen veilig?.....	33
6.1.1 Risicoselectie.....	33
6.1.2 Verschil in mortaliteit en morbiditeit bij een normale zwangerschap/bevalling.....	34
6.1.3 Wetenschappelijk onderzoek omtrent de veiligheid van de thuisbevalling.....	35
6.2 Plaats van bevallen, thuis of in het ziekenhuis.....	36
6.2.1 De thuisbevalling: waarom willen vrouwen thuis bevallen? Waarom kiezen vrouwen voor een thuisbevalling?.....	36

6.2.2	Waarom willen vrouwen in een ziekenhuis bevallen? Waarom kiezen vrouwen voor een ziekenhuisbevalling?.....	37
6.2.3	Algemene verschillen tussen een thuis- en een ziekenhuisbevalling.....	38
6.2.4	Hoe tevreden zijn vrouwen die thuis bevallen in vergelijking met vrouwen die in het ziekenhuis bevallen?.....	57
6.3	Wie kiest er voor een thuisbevalling in België? Wie kiest er voor een ziekenhuisbevalling?	60
6.4	Wie kiest er voor een thuisbevalling in Nederland? Wie kiest er voor een ziekenhuisbevalling?.....	61
7.	Verschil tussen een thuis- of een ziekenhuisbevalling.....	63
7.1	België.....	63
7.1.1	De arbeid, thuis en in het ziekenhuis .....	63
7.1.2	De bevalling, thuis en in het ziekenhuis.....	64
7.2	Nederland.....	66
7.2.1	De arbeid, thuis en in het ziekenhuis .....	66
7.2.2	De bevalling, thuis en in het ziekenhuis.....	66
7.3	WHO Baby Friendly Hospital.....	66
8.	Algemene verloskundige verschillen tussen Nederland en Vlaanderen .....	68
8.1	Algemene verloskundige verschillen.....	68
8.1.1	Totaal aantal geboortes Nederland- Vlaanderen.....	68
8.1.2	Thuisbevallingen.....	69
8.1.3	Sectiopercentage.....	69
8.2	Perinatale sterfte.....	70
DEEL II	.....	72
Praktijkdeel	.....	72
Praktijkdeel	.....	73
Algemeen besluit	.....	75
Bijlagenlijst	.....	81
<b>Bijlage I</b>	Verloskundig Vademecum 2003	
<b>Bijlage II</b>	Nationale Richtlijn Prenatale Zorg	
<b>Bijlage III</b>	KB 91	
<b>Bijlage IV</b>	Competenties van de Nederlandse verloskundige	

## Voorwoord Daphne

Het schrijven van deze bachelorproef was een lang en soms moeizaam proces. Bij deze wil ik dan ook een aantal mensen bedanken zonder wie de thesis nooit zo stand zou zijn gekomen. Ten eerste wil ik mijn collega- student vroedvrouw Eva bedanken met wie ik de bachelorproef geschreven heb. De samenwerking heeft onze band versterkt en in ons vroedvrouw zijn hebben we elkaar gevonden!

Daarnaast de onuitputtelijke steun van mijn man die telken male weer heeft meegedacht, gelezen, gediscussieerd en ondertussen zelf een halve vroedvrouw is geworden. Ook wil ik Petra bedanken voor het toestaan van fotomateriaal voor ons praktijkdeel en de spellingscorrecties die ze maakte. Jurrian die ons zo geholpen heeft iets moois te maken van onze folder, zonder hem was dat nooit zo gelukt!

En daarnaast natuurlijk mijn ouders en mijn vrienden die me gedurende de hele opleiding zijn blijven motiveren en steunen op zoveel verschillende manieren; bedankt!

Als laatste wil ik onze interne promotor Mevrouw Véronique Laureys en onze externe promotor Mevrouw Hanne De Meyer bedanken. De kritische reflecties en de persoonlijke begeleiding waren zeer waardevol, ik heb diep respect voor deze vroedvrouwen.

Daphne Bergkotte- van der Putten



## Voorwoord Eva

Wie ik als eerste wil bedanken is Daphne; medestudiegenoot, maar door de jaren heen meer dan ooit vriendin. Het verdiepen in de literatuur, het (her)schrijven van hoofdstukken, het nadenken over alternatieven, ... Samen is het toch steeds leuker, zo is gebleken.

Daarnaast wil ik onze interne en externe promotoren, Véronique Laureys en Hanne De Meyer bedanken. Het steeds opnieuw kritisch belichten van ons werk, zorgde maar al te vaak voor nieuwe inzichten.

Ook Jurrian krijgt mijn woord van dank. Niet alleen om ons te helpen met onze folder, maar ook voor het mee zoeken naar artikels, het trachten te volgen in mijn standpunten en bovenal er gewoon "zijn" . Als laatste wil ik ook mijn ouders bedanken, voor de onvoorwaardelijke steun tijdens de gehele opleiding en het nalezen van deze bachelorproef.

Ondergetekenden dragen de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor dit eindwerk en staan toe dat het werk in de mediatheek van de hogeschool wordt opgeslagen, geraadpleegd en gefotokopieerd.

Daphne Bergkotte- van der Putten

Eva Bruneel

Landegem, mei 2009; Gent, mei 2009.

## Inleiding

Deze bachelorproef is ontstaan uit een fascinatie voor twee buurlanden die in taal zo gelijkend zijn maar van cultuur zo wezenlijk verschillen. Hetzelfde geldt voor het verloskundige systeem in beide landen. Hoe kan het dat in Nederland zo positief tegen de thuisbevalling wordt aangekeken waar in België een woord als "onverantwoord" niet zelden de boventoon voert? Waar komen deze verschillen in cultuur vandaan en wat betekent dat in het verloskundige systeem?

Gebleken is dat door beide landen naast elkaar te zetten het onmogelijk is niet ook de thuis- en de ziekenhuisbevalling met elkaar te vergelijken.

Zo ontstaan er vier settings: de ziekenhuisbevalling en de thuisbevalling, België en Nederland. De visie van vrouwen in beide landen ten aanzien van de bevalling verschilt wezenlijk. Waar in Nederland veel meer wordt uitgegaan van een normale, natuurlijke bevalling neemt de medicalisering in België de overhand. Het is een typerend beeld van de huidige maatschappij waar technologie het gemak van de mens dient. De mens raakt steeds verder verwijderd van zijn eigen natuur zonder de consequenties altijd te willen of te kunnen dragen. Ook in de verloskunde is deze tendens duidelijk zichtbaar, een voorbeeld hiervan is de enorme toegenomen vraag naar epidurale verdoving. In Nederland wordt hier echter vele malen minder gebruik van gemaakt. Hebben de vrouwen in Nederland minder pijn bij de bevalling (wat zeer onwaarschijnlijk lijkt) of is er ook daar een geluid aan het opkomen dat de epidurale verdoving ten allen tijde beschikbaar moet zijn? Maar wat doet die epidurale verdoving dan eigenlijk met het lichaam van een barende en haar baby? In hoeverre is het baringsproces nog een instinctief gebeuren waarin een vrouw zich kan en mag overgeven aan de krachten der natuur?

Op al deze en nog vele andere vragen hebben we een antwoord proberen te vinden in de bachelorproef. Behandeld worden de geschiedenis van beide landen, beroepsprofiel, wetgeving, verschillen tussen thuis- en een ziekenhuisbevalling en algemene verloskundige verschillen. Na ieder hoofdstuk worden beide landen aan elkaar gekoppeld en worden de verschillen en/of de overeenkomsten weergegeven in de vorm van geschreven tekst of een staafdiagram.

De hoofdstukken die gaan over Nederland zijn geschreven door Eva Bruneel, van Belgische afkomst. De hoofdstukken die gaan over België zijn geschreven door Daphne Bergkotte- van der Putten, van Nederlandse afkomst. We hebben deze keuze gemaakt om zo objectief mogelijk te schrijven zonder beïnvloed te worden door onze eigen afkomst en cultuur.

Daarnaast moet nog vermeld worden dat waar in de tekst België vernoemd staat Vlaanderen kan worden gelezen.

## **DEEL I**

### **Literatuurstudie**

# 1. Geschiedenis

## 1.1 Geschiedenis van de verloskunde in de Nederlanden voor 1830

De geschiedenis van de Nederlandse en Vlaamse vroedvrouw voor de afsplitsing van België in 1830 komt voor een groot deel overeen. We gaan een stapje terug in de tijd.

Al eeuwenlang is de geboorte een vrouwenaangelegenheid. Moeder, buurvrouw, zus, vroedvrouw... Steeds waren het vrouwen die elkaar hielpen hun kind op de wereld te brengen. In verschillende geschriften uit de oudheid beschrijft men het krijgen van kinderen als een mysterie waar alleen vrouwen de sleutel van bezitten. Mannelijke verloskundigen waren een uitzondering (Vanthienen, 2006). In de vijftiende eeuw kwamen de stadsvroedvrouwen in opmars. Aangezien de moedersterfte en ook de sterfte van het ongeborn/pasgeboren kind bijzonder hoog waren, mocht de bevalling in de stad enkel nog begeleid worden door een erkende vroedvrouw, gekleed in een rood laken. Zij werden levenslang aangesteld, werden goed betaald, maar moesten altijd beschikbaar zijn. Bij rechtszaken waarbij "specifieke vrouwelijke aangelegenheden" werden behandeld, kreeg de vroedvrouw een adviserende functie. Het vak leerden zij door jarenlange "stage" bij een gevestigde stadsvroedvrouw. Rond het midden van de vijftiende eeuw verscheen het eerste in de volkstaal geschreven handboek voor gynaecologie en obstetrie in de Nederlanden, vermoedelijk geschreven door een Brugse vroedvrouw.

Nadat in 1425 in Leuven de eerste universiteit van de Nederlanden was opgericht, steeg het aantal academisch opgeleide artsen. Pas rond het midden van de zeventiende eeuw had dit invloed op de vroedvrouwen en werd de inhoud van hun beroep drastisch veranderd. Zij mocht enkel geneesmiddelen toedienen bij kraamvrouwen. Het werd haar verboden om instrumenten te gebruiken bij de bevalling. Ook was zij verplicht om bij een bevalling met complicaties er een chirurgijn bij te roepen. Rond deze periode werd ook een verplicht examen ingevoerd voor de vroedvrouwen in opleiding. In sommige steden moesten zij bijkomende lessen anatomie volgen. Meer en meer gingen de chirurgijns/vroedmeesters zich met de verloskunde bezighouden. Niet alleen werden zij geroepen bij complicaties, maar steeds vaker ook bij routinegevallen. Deze trend zette zich vooral door in de hogere kringen, waar de vroedmeesters bijzonder populair waren door het gebruik van de forceps. Zij konden hierdoor immers de pijn bij een langdurige bevalling bekorten. Toch kwam er vanuit hogere medische kringen ook kritiek op deze vroedmeesters. Er werd hen verweten enkel uit te zijn op geld en door H. van Deventer, één van de grondleggers van de wetenschappelijke verloskunde in de Nederlanden, werden zij vergeleken met beulen en varkensslachters. Maar in de achttiende eeuw vlotte de samenwerking tussen vroedvrouwen en vroedmeesters in de Nederlanden steeds beter. Waar in Frankrijk de vroedvrouwen verdrongen werden door de vroedmeesters, bleven de Nederlandse vroedvrouwen de belangrijkste personen bij het begeleiden van de fysiologische bevalling. De vroedmeesters waren dan ook van mening dat een geboorte geen ziekte was, welke gerust zonder onnodig ingrijpen kon plaatsvinden.

Midden achttiende eeuw werden er speciale vroedvrouwscholen opgericht. De vroedvrouw werd opgeleid met het oog op het begeleiden van natuurlijke geboorten, maar ook specifiek op het assisteren van de arts. Ondanks het verdelen van de taken (vroedvrouw–fysiologisch/arts–pathologisch), neemt de medicalisering inzake zwangerschap en bevalling gestaag toe tijdens de negentiende eeuw. Het bezoeken van een vrouwenarts of gynaecoloog werd een modefenomeen. Tijdens de zwangerschap kon men opgevolgd worden tot na de bevalling en steeds meer vrouwen maakten hier gebruik van. Deze maatschappelijke tendens zorgde ervoor dat in 1818 de omschrijving van het ambt van de vroedvrouw bij wet werd vastgelegd. Zij mocht assisteren bij bevallingen “welke door de natuur bewerkt of door de hand ten uitvoer gebracht” konden worden (Van Der Wurf-Bodt, 1994).

## **1.2 Geschiedenis van de verloskunde in België na 1830**

Halfweg 19<sup>e</sup> eeuw bevalt het merendeel van de vrouwen thuis, mede vanwege de angst voor de kraamvrouwenkoorts die vaak voorkwam in de kliniek. De besluitwet van 28 december 1944 betekende de start van de sociale zekerheid in België en veranderde zeer veel op het gebied van moeder en kind zorg. Moeders die ervoor kozen om in de kliniek te bevallen kregen een vergoeding voor de extra kosten gedurende de eerste 10 dagen van het verblijf in de materniteit. Deze regel was niet geldig voor thuisbevallingen. Enkel de hulp van de gediplomeerde vroedvrouw kwam in aanmerking voor terugbetaling van de mutualiteiten.

1951: De vroedvrouwen opleiding gaat aansluiten bij verpleegkunde, hoewel het beroep vroedvrouw een specialisatie werd binnen de geneeskunde. De vroedvrouw is op het beperkte gebied van de normale verloskunde bevoegd om autonoom en onder eigen verantwoordelijkheid handelingen te verrichten. Vanwege het feit dat de beide beroepen qua opleiding lange tijd erg dicht bij elkaar hebben gelegen is het niet zo raar dat vandaag de dag de autonomie van de vroedvrouw in België wat in de vergetelheid is geraakt.

1964: Er wordt een akkoord gesloten tussen vroedvrouwen en mutualiteiten. Het ereloon van zelfstandige vroedvrouwen bij een thuisbevalling wordt iets hoger genoteerd dan een bevalling in de tweede lijn gedaan door een vroedvrouw.

1992: Oprichting van Bolle Buik, het eerste geboortecentrum waar vrouwen ook thuis kunnen bevallen.

1994: Herwaardering en herstructurering van de opleiding vroedkunde onafhankelijk van de opleiding verpleegkunde. Tevens de oprichting van de beroepsorganisatie de VLOV<sup>1</sup>. Eerder werd al de NVKVV<sup>2</sup> opgericht. Het NVKVV staat voor Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen. Sinds 1959 is dit een vzw.

2008: Onderhandelingen gaande i.v.m. verlenging van de opleiding vroedkunde in Vlaanderen.

---

<sup>1</sup> VLOV: Vlaamse Organisatie van Vroedvrouwen

<sup>2</sup> NVKVV: Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen

### **1.3 Geschiedenis van de verloskunde in Nederland na 1830**

Omstreeks 1865 werd vroedkunde gedefinieerd als een medisch beroep en werd het werkdomein van de verloskundige bij wet omschreven. In 1898 werd de beroepsorganisatie voor verloskundigen opgericht. Hierdoor konden ze gemakkelijker in dialoog gaan met andere beroepsorganisaties, kregen ze inspraak op overheidsniveau en werden ze au sérieux genomen door andere beroepsgroepen. Ook vanuit de medische professie konden de verloskundigen op steun rekenen. Zij vormden dan ook geen concurrentie voor de gynaecologen, aangezien de artsen slechts weinig algemeen verloskundig werk deden (Christiaens, 2008).

In 1941 werd de ziekenhuiswet ingevoerd. Deze wet is een zeer belangrijk moment voor de positie van de Nederlandse verloskundige. De wet zorgt ervoor dat vrouwen, willen ze hun kosten vergoed zien door de ziekteverzekering, bij een zwangerschap en/of bevalling steeds een verloskundige moeten raadplegen. De verloskundige kreeg met deze wet dus de volledige bevoegdheden inzake de normale verloskunde. Op deze manier kon de eerstelijns verloskunde beschermd en in stand gehouden worden (Christiaens, 2008).

Naast de slechte naam van het ziekenhuis sinds de kraamvrouwenkoorts in de negentiende eeuw welke de populariteit zeker niet ten goede kwam, was er tot WOII ook een groot gebrek aan ziekenhuizen in Nederland. Vrouwen bevielden grotendeels thuis. Maar omstreeks 1970 daalde het aantal thuisbevallingen. Enerzijds door het groeiende tekort aan verloskundigen, waardoor de poliklinische bevalling meer populair werd. Anderzijds doordat steeds meer gynaecologen zich gingen scharen achter de mening dat de thuisbevalling een medisch onverantwoord gebeuren is. De beroepsgroep van de gynaecologen splitste zich dan ook in een groep voor- en een groep tegenstanders van de thuisbevalling. Bekende artsen, zoals G.J. Kloosterman, drukten hun stempel op de ontwikkelingen van de jaren '70. Kloosterman brengt de aandacht op het unieke Nederlandse verloskundige systeem en de uitzonderlijke begeleiding van de barendende vrouw. Daarnaast werden er allerlei actiegroepen opgericht om het tij te keren. Door middel van acties en publicaties probeerden de actiegroepen de natuurlijke geboorte te promoten, met als doel het behouden van de thuisbevalling. De acties bleken succes te hebben. Het percentage thuisbevallingen bleef stabiel en de traditie van het natuurlijk bevallen werd opnieuw stevig ingebed (Crébas, 2006).

### **1.4 Verschillen en overeenkomsten**

Één van de grootste verschillen in de geschiedenis van het verloskundige systeem tussen België en Nederland, is het snelle ontstaan van de Nederlandse beroepsvereniging voor verloskundigen. Hierdoor konden ze gemakkelijker in dialoog gaan met andere beroepsorganisaties, kregen ze inspraak op overheidsniveau en werden ze au sérieux genomen door andere beroepsgroepen. Ook de Nederlandse ziekenhuiswet uit 1941 zorgde ervoor dat de verloskundige haar eigen functie kreeg als poortwachter. Deze wet stond in groot contrast met de regeling die op dat moment in België werd doorgevoerd. De ziekenhuisbevallingen en het verblijf op de materniteit

werden door de overheid vergoed, in tegenstelling tot de thuisbevalling die door de vrouw zelf betaald moest worden, met als gevolg een stijgend aantal ziekenhuisbevallingen. Op dit moment zijn de gevolgen van deze wetgeving nog steeds te merken in zowel de Nederlandse als Belgische cultuur. Thuis bevallen is voor de doorsnee Nederlander een vanzelfsprekend iets, terwijl dit in België eerder iets ongebruikelijk is.

## **2. Zorgstelsel**

### **2.1 Opbouw zorgstelsel in België**

In België bestaat er een minder duidelijke grens tussen de eerste en de tweede lijn. Waar men in Nederland eerst moet worden doorverwezen via de huisarts of verloskundige heeft men in België direct toegang tot gespecialiseerde zorg zoals de gynaecoloog. Men noemt dit het "open access model". Meer dan 98% van alle Belgische vrouwen start met prenatale zorg bij de gynaecoloog. De meeste vrouwen zien het ziekenhuis als de meest veilige plaats om te bevallen (Christiaens, 2008).

Dit uit zich in cijfers, in 2007 werden er 69193 kinderen geboren waarvan er 694 thuisbevallingen waren (Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie [SPE], 2007). Dit komt overeen met 1%. De verloskundige zorg situeert zich dus voornamelijk in het ziekenhuis waar een structuur van duidelijke hiërarchie (Christiaens, 2008).

#### **2.1.1 Thuis en in het ziekenhuis**

In België kan men kiezen voor een thuisbevalling, een ziekenhuisbevalling of een poliklinische bevalling. Tevens bestaat er een keuze in zorgverleners. Zoals gezegd start 98% van alle vrouwen met de prenatale zorg bij de gynaecoloog, hoewel er nergens staat beschreven dat dit de gynaecoloog zou moeten zijn. Ook huisartsen en vroedvrouwen kunnen instaan voor een normale, fysiologische bevalling. In België bestaat er een Nationale Richtlijn Prenatale Zorg (Bijlage II), een richtlijn die de prenatale basiszorg van zwangere vrouwen omschrijft. Het is een document opgesteld door een interuniversitaire en multidisciplinaire werkgroep in opdracht van het Kenniscentrum voor de gezondheidszorg, het UZ Leuven, het UZ Gent en de Vrije Universiteit van Brussel. In de Nationale Richtlijn Prenatale zorg wordt geadviseerd om de prenatale zorgverlening te laten bestaan uit 10 consultaties voor een primipara en 7 consultaties voor een multipara. Deze worden voor het overgrote deel in het ziekenhuis uitgevoerd door een gynaecoloog, gevolgd door de arbeid en bevalling. De begeleiding van de arbeid gebeurt door de vroedvrouwen van het ziekenhuis, de verlossing wordt in de meeste gevallen gedaan door de arts, soms ook door de vroedvrouw. Dit alles in samenwerking met andere dienstdoende van het ziekenhuis zoals anesthesisten en pediaters. Na de bevalling blijft men over het algemeen 4 à 5 dagen in het ziekenhuis waarna men opvolging van de kraamtijd kan krijgen door vroedvrouwen of door de huisarts. Uit gesprek met mijn externe promotor is gebleken dat veel mensen de weg naar de vroedvrouw die thuis nazorg voorziet niet vinden.

Hoe lang men recht heeft op nazorg en wat er vergoed wordt is afhankelijk van de mutualiteit. Waar ook voor gekozen kan worden is de pre-, per en post partum begeleiding te laten doen door zorgverleners in de eerste lijn; huisartsen en vroedvrouwen. Er wordt ook samengewerkt met kinesisten, deze staan echter niet in voor de medische begeleiding. In België bestaan er ongeveer 42 (VLOV, 2009) verloskundige praktijken waar ofwel solo, duo of met meerdere zorgverleners



wordt gewerkt. In sommige praktijken verzorgt de arts de prenatale consultaties, begeleidt de vroedvrouw de arbeid en wordt de verlossing door de arts gedaan. In andere praktijken worden de prenatale consultaties en bevallingen ook door de vroedvrouw uitgevoerd.

Als laatste kan er gekozen worden voor een poliklinische bevalling. De zorg wordt dan verleend door ofwel de gynaecoloog ofwel door een vroedvrouw/arts uit de eerste lijn.

### 2.1.2 Zorgmodellen

Hoe de zorg wordt georganiseerd weerspiegelt de kernwaarden van de samenleving (Davis-Floyd, 2001). In België spreekt men van een medisch model. Men benadrukt de risico's die verbonden zijn met de zwangerschap en bevalling. Vanuit dit standpunt is het beter om veel te behandelen dan te weinig. Om alle risico's uit te sluiten ziet men een hoog-technologische omgeving voorzien van alle apparatuur als de meest veilige omgeving. Er is minder aandacht voor sociale steun of een vrouw-georiënteerde ideologie, zoals we die in Nederland aantreffen (Christiaens, 2008). Denis Walsh<sup>3</sup> spreekt ook over een sociaal en een biomedisch model. De verschillen tussen deze twee zijn opgesomd in volgende kolom: (aldus overgenomen uit bovenstaand boek, vertaald naar het Nederlands)

#### *Sociaal model*

De hele persoon- fysiologie, psychosociaal,  
spiritueel  
Respect en bekrachtiging  
Relationeel, subjectief  
Omgeving staat centraal  
Normale anticipatie  
Technologie dient  
Verschillen worden gevierd  
Intuïtie, volgen wat het gevoel  
zegt  
Zelfverwezenlijking

#### *Biomedisch model*

Reductionisme- krachten,  
passage, "passeerder"  
Controle en managen  
Expertise en objectief  
Omgeving in de periferie  
Pathologische anticipatie  
Technologie is de partner  
Homogenisatie  
Kwantitatief onderzoek,  
objectieve feiten  
Veiligheid

Een benadering vanuit de tweede kolom, het biomedische model, leidt tot een medicalisering van zorg, en dus een medicalisering van de geboorte.

---

<sup>3</sup> Denis Walsh, auteur van het boek: Evidence- based care for normal labour and birth

### 2.1.3 Medicalisering van de geboorte

Waar men in Nederland tegen de zwangerschap en geboorte aankijkt als een fysiologisch proces, ligt in België meer nadruk op de pathologie. De geboorte wordt in België beschouwd als een onvoorspelbare en risicovolle gebeurtenis (Christiaens, 2008). Zoals mijn externe promotor de opmerking maakte: "Men verwacht verlost te worden en niet zelf te bevallen." Men bevalt over het algemeen in een klinische omgeving wat de verwachting scheidt dat een bevalling per definitie goed moet gaan. Indien dit niet het geval is wordt de arts beschuldigd en zijn gerechtelijke procedures het gevolg. Veel artsen dekken zichzelf in met onnodige interventies als gevolg. Het medicaliserings-proces wordt hierdoor bevorderd (Christiaens, 2008) wat zich o.a. uit in verschillend cijfermateriaal. Het aantal interventies in België ligt hoger (SPE, 2006) dan het aantal interventies in Nederland. Hierop wordt verder ingegaan in hoofdstuk 8. Een ander nadeel van medicalisering is het feit dat het individu meer afhankelijk wordt van de zorgverlener en er minder beroep gedaan wordt op de eigen verantwoordelijkheid. Zoals W. Christiaens (2008) zegt: "De medicaliseringstheorie veronderstelt een asymmetrische arts- patiënt relatie met een dominante medische expert aan de ene kant en een passieve patiënt aan de andere kant." Toch werken patiënten ook actief mee aan de medicalisering in functie van hun eigen behoeften, mijn inziens is een voorbeeld hiervan de toegenomen vraag naar epidurale verdovingen de afgelopen tien jaar. Uit eigen ervaring heb ik ondervonden dat voornamelijk artsen vrouwen aanmoedigen hierin. Tevens is het mij opgevallen dat zeer veel vrouwen en hun partners de vraag stellen de bevalling te laten induceren. In België wordt regelmatig om niet- medische redenen aan deze vraag gehoor gegeven. Dit uit zich in cijfermateriaal, in Vlaanderen worden 26,1% van alle zwangere vrouwen geïnduceerd (SPE, 2006). Hierop zal later nog worden ingegaan. Op deze manier werken de patiënten hun eigen medicalisering in de hand. De vraag die het bij mij persoonlijk oproept is in hoeverre vrouwen en hun partners correct worden geïnformeerd als het gaat om de mogelijke gevolgen die inducties en epidurale verdovingen met zich mee kunnen brengen. In het UZ van Gent heeft men in 1998 duidelijke richtlijnen opgesteld over het inductiebeleid. Er wordt een "informed consent" document ingevoerd, dat moet ondertekend worden door de arts en de patiënt. In dit document staat beschreven dat arts en patiënt een gesprek hebben gevoerd over voor- en nadelen van inductie, dat er niet meer electief geïnduceerd wordt voor de 41<sup>e</sup> zwangerschapsweek en dat het desondanks toch de wens is van de patiënte geïnduceerd te worden voor de 41<sup>e</sup> zwangerschapsweek. Het resultaat was een daling van inducties van 40% in 1997 tot 23% in 2003. Hieruit blijkt hoe belangrijk het is dat koppels zeer goed worden geïnformeerd ten einde een goede keuze te kunnen maken.

Michel Odent<sup>4</sup> is een Franse gynaecoloog die de geboorte ziet als een natuurlijk en fysiologisch proces. Hij stelt dat er in de huidige maatschappij een gebrek aan interesse is voor het verband tussen omgevingsfactoren en de fysiologie van het geboorteprocess. Dit is een groot tekort in

---

<sup>4</sup> Michel Odent was hoofd van de verlosafdeling in het Pithiviers state hospital (1962-1985) en oprichter van het Primal Health Research Centre in London. Hij introduceerde in de jaren '70 het concept van de onderwaterbevalling en het huiselijk inrichten van verloskamers.

deze tijden van de medicalisering van de arbeid en bevalling. De medicalisering heeft in die mate een uitwerking op de baring, dat de vrouw zich niet veilig voelt in haar eigen lichaam. De ziekenhuisomgeving kan remmend werken op het gevoel zich te kunnen overgeven aan het instinctieve in haar lichaam. De vrouw kan het gevoel hebben dat ze "bekeken" wordt waardoor ze zich niet durft te laten gaan. Ook kan ze angstig worden van alle medische apparatuur die blijkbaar nodig is om de bevalling tot een goed einde te brengen. Verschillende zorgverleners tijdens een bevalling kunnen ervoor zorgen dat de vrouw zich niet op haar gemak voelt.

Al deze zaken stimuleren de neocortex die een negatieve feedback heeft op de paleocortex. Dit is het gebied in de hersenen waar het instinctieve zich bevindt. Hoe meer de neocortex gestimuleerd wordt hoe meer catecholamines worden vrijgegeven. Deze hebben hun werking op de paleocortex en laten de productie van oxytocine dalen met als gevolg een vermindering van weeën. Persoonlijk wil ik hieraan toevoegen dat dit een mogelijkheid is. Er zijn ook vrouwen die zich juist veiliger voelen in een ziekenhuisomgeving die meer is gemedicaliseerd. Een groot nadeel van de medicalisatie van de geboorte is het feit dat de ene interventie leidt tot de andere interventie. Een vrouw die geïnduceerd wordt heeft meer nood aan pijnstilling. Dit geeft meer kans op een kunstverlossing wat leidt tot een episiotomie of een sectio met alle complicaties die zich daarbij kunnen voordoen. Dit wordt de cascade van interventies genoemd (Walsh, 2007).

#### **2.1.4 Mutualiteiten**

België baseert zich op het solidariteitsprincipe. Dit wil zeggen dat de gehele samenleving meebetaalt aan de gezondheidszorg. De rijkere betalen meer dan de armen. Iedereen is verplicht een (beperkte) bijdrage te betalen aan de overheid, daarnaast moet men zich aansluiten bij een mutualiteit om recht te hebben op terugbetaling van de gezondheidszorg. De verloskundige zorg wordt in Vlaanderen altijd (gedeeltelijk) terug betaald, ongeacht de plaats van bevallen of wie de zorgverstrekker is. Voor een thuisbevalling wordt in Vlaanderen alles terug betaald, voor een ziekenhuisbevalling moet men een gedeelte zelf betalen. Dit wordt het remgeld genoemd (Gilleir, 2007).

##### *Welke prestaties levert de vroedvrouw?*

De vroedvrouw mag volgens KB.91 de prenatale controles uitvoeren binnen de fysiologie van de zwangerschap. Een vroedvrouw mag op voorschrift van een arts ook risicozwangerschappen opvolgen (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering [RIZIV], 2008). Een uitzondering hierop vormt het mogen uitvoeren van echografieën. Dit is wel al opgenomen in KB.91, maar kent nog geen uitvoeringsbesluiten. Het zal een grote meerwaarde zijn voor het beroep van de vroedvrouw indien ze ook deze bevoegdheden zal hebben (zie hoofdstuk 3).

De eerste prenatale consultatie moet minimaal 60 minuten duren, alle volgende consultaties minimaal 30 minuten. 12 Verstrekkingen per zwangerschap worden terugbetaald met inbegrip van twee bezoeken thuis.

Prenatale lessen of GVO kunnen ook door de vroedvrouw worden gegeven, zowel individueel als in een groep. De lessen moeten minimaal 60 minuten duren; 12 individuele sessies, 15 sessies in een groep van 2 tot en met 5 koppels, 24 sessies in een groep van 6 tot en met 10, of een combinatie van deze (Reyns & Vervloet, 2007).

## **2.2 Opbouw zorgstelsel in Nederland**

De gezondheidszorg is in Nederland georganiseerd volgens het hiërarchisch model. Dit houdt in dat er een strikte scheiding is tussen de zorg in de eerste en de tweede lijn. Er is met andere woorden een doorverwijzing nodig van de verloskundige of de huisarts om toegang te kunnen krijgen tot de tweede lijn.

Binnen de verloskundige zorg houdt dit model in dat de zwangere vrouw als eerste contact opneemt met de verloskundige en/of huisarts binnen de eerste lijn. Deze begeleidt de fysiologische zwangerschap, bevalling en kraamperiode. Indien er sprake is van pathologie tijdens de perinatale periode, is de verloskundige of huisarts verplicht deze vrouw en/of pasgeborene door te sturen naar de tweede lijn, in het bijzonder naar de gynaecoloog en/of pediater (Christiaens, 2008). Er is in Nederland dus sprake van de verloskundige als "poortwachter" naar de tweedelijns verloskundige.

De risicoselectie en eventuele doorverwijzing gebeurt aan de hand van het verloskundig vademecum of de verloskundige indicatielijst (VIL). Dit is een wetenschappelijk onderbouwde indicatielijst die werd samengesteld door de Commissie Verloskunde, een overlegplatform van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, de Landelijke Huisartsen Vereniging en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (zie verder) (Verloskundig Vademecum, 2003).

Door dit hiërarchische model worden bepaalde zorgtrajecten terugbetaald en andere slechts gedeeltelijk. Zo wordt een bevalling in het ziekenhuis enkel volledig terugbetaald indien er een medische indicatie voor is. Een vrouw met een probleemloze zwangerschap en bevalling kan gerust in het ziekenhuis bevallen, maar wordt verwacht de kosten voor het gebruik van de verloskamer zelf te betalen. Daarnaast is zij verplicht poliklinisch te bevallen. Poliklinisch bevallen, wat onder eerste lijn wordt geclassificeerd, aangezien men met de eigen verloskundige of huisarts zal bevallen, komt neer op een soort van daghospitalisatie. Men heeft niet de keuze om langer in het ziekenhuis te blijven indien daar geen medische indicatie voor bestaat. Wanneer de bevalling goed verlopen is, zullen moeder en kind dan ook weer naar huis moeten, waar de kraamverzorgster de verzorging verder zal zetten.

### **2.2.1 Thuis en in het ziekenhuis**

In Nederland start 77,3% van de vrouwen hun prenatale zorg in de eerste lijn. Meer dan 3/4<sup>e</sup> van dit totaal start bij de verloskundige, een minderheid bij de huisarts. Slechts 22,7% van de Nederlandse vrouwen start haar zorgtraject bij de gynaecoloog. Van de groep vrouwen die de

prenatale zorg in de eerste lijn starten, worden er tijdens de zwangerschap 29,9% doorverwezen naar de tweede lijn en tijdens de baring nogmaals 11,8%. In totaal doorlopen er dus ongeveer een kleine 40% van de vrouwen het traject volledig in de eerste lijn. Daarvan bevallen er 33,4% thuis en 11% poliklinisch. Zoals reeds vermeld in hoofdstuk 1 (*1.3 Geschiedenis van de verloskunde in Nederland na 1830*) daalde het percentage thuisbevallingen rond de jaren '70 snel van 68,5% naar iets boven 30% in 2002. Sinds 2002 is het percentage gestabiliseerd rond die 30% (Christiaens, 2008). De cijfers uit 2006 geven een percentage van 33,4% thuisbevallingen (Jaarboek Perinatale Zorg, 2006). Het aantal poliklinische bevallingen, wat ook onder eerste lijn wordt verstaan, is de laatste vijftien jaar wel toegenomen met 5%. Dit ging niet ten koste van het aantal thuisbevallingen, wel ten koste van het aantal klinische bevallingen.

### **2.2.2 Zorgmodellen**

Zoals eerder in hoofdstuk 2.1.2 Zorgmodellen werd beschreven bestaat er enerzijds het sociaal zorgmodel en anderzijds het biomedisch model. In Nederland spreken we van het sociaal of, op verloskundig gebied, vrouwgeoriënteerd model. In plaats van de risico's verbonden met zwangerschap en bevalling te beklemtonen, wordt de nadruk gelegd op de normaliteit van het bevallen. Waar in het medisch model de zwangere vrouwen als passieve patiënten worden benaderd, wordt in het vrouwgeoriënteerd model de nadruk gelegd op het actief betrekken en het individueel benaderen van de vrouw. Ondanks de studies die aantonen dat het gebruik van medische technologie bij de zwangere vrouw de controle over haar eigen lichaam ontnemt, stellen we toch vast dat heel veel vrouwen die medische controle opzoeken. Ondanks het feit dat Nederland internationaal gekend is voor het hoge aantal thuisbevallingen en het lage percentage obstetrische ingrepen (Christiaens, 2008), zien we dat er toch een stijging merkbaar is van de vraag naar medische omkadering (Van Der Hulst, 2007).

### **2.2.3 Het sociaal, vrouwgeoriënteerd zorgmodel**

De twee zorgmodellen worden voor een groot deel verbonden aan risico's. Het medische model zal de zwangerschap en geboorte steeds als een risico beschouwen tot het tegendeel bewezen is en we dus met andere woorden terugkijken op de geboorte (Walsh, 2007). Het vrouwgeoriënteerde zorgmodel is van mening dat risicoselectie mogelijk is. Zoals eerder al aangehaald gebeurt deze risicoselectie aan de hand van het verloskundig vademecum. Door een juiste risicoselectie en een goede verstandhouding tussen artsen en verloskundigen/huisartsen, creëer je volgens de vrouwgeoriënteerde ideologie het correcte zorgmodel. Binnen de Nederlandse verloskunde is het vrouwgeoriënteerd model in heel veel gebieden terug te vinden. Zo ook bij het bekijken van de internetsites van de verschillende verloskunde-opleidingen. De Verloskunde Academie van Amsterdam en Groningen schrijft trots te zijn op de eenzame uitzondering die Nederland vormt binnen de westerse wereld door de vele thuisbevallingen die er plaatsvinden. Op de internetsite van de Verloskunde Academie Rotterdam staat het volgende geschreven: "In Nederland vinden we zwangerschap een normale, gezonde situatie en bevallen

kun je dus ook gewoon thuis.” Ook de beroepsorganisatie KNOV<sup>5</sup> legt bijzonder veel nadruk op de zelfstandigheid van de verloskundige binnen het begeleiden van de fysiologische zwangerschap en bevalling.

## 2.2.4 Zorgverzekering

In Nederland geldt een verzekeringsplicht. Dit houdt in dat iedere Nederlandse burger verplicht moet verzekerd zijn door middel van een basispakket. Indien men wel verzekeringsplichtig maar toch niet verzekerd is, loopt men het risico een fikse boete te moeten betalen en zelf in te moeten staan voor medische kosten. In Nederland bestaat er ook een aanvullende verzekering. Zo kan je bijbetalen voor verschillende verzekeringspakketten waardoor bijvoorbeeld alternatieve geneesmiddelen, extra tandheeskunde, enz. ook terugbetaald worden. Omtrent zwangerschap en bevalling vergoedt de zorgverzekeraar het volgende binnen het basispakket:

Tabel 1: Basispakket zorgverzekering

Consultatiebureau	100% vergoed
Echoscopisch onderzoek	100% vergoeding van de eerste en tweede echo
Prenatale screening	100% vergoed indien medische noodzaak of vrouwen vanaf 36 jaar (consult, combinatietest, echo)
Klinische bevalling (medische noodzaak)	100% vergoed
Poliklinische bevalling (medische noodzaak)	100% vergoed
Poliklinische bevalling (geen medische noodzaak)	niet 100% vergoed
Thuisbevalling	100% vergoed, inclusief voor- en nazorg (partusassistentie max. drie uur na bevalling)
Kraamzorg in ziekenhuis (medische noodzaak)	100% vergoed
Kraamzorg in ziekenhuis (geen medische noodzaak)	niet 100% vergoed
Kraamzorg thuis	100% vergoed, min. 24u tot max. 80u, max. 10 dagen (minus eigen bijdrage van 3,70€ per uur)

Bron: Kiesbeter.nl wijst u de weg in de zorg (2009)

<sup>5</sup> KNOV: Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen

Hieruit blijkt duidelijk het hiërarchische model zoals eerder beschreven. De terugbetalingsregeling stimuleert de weloverwogen zorg die door middel van de poortwachtersfunctie, die de verloskundige in eerste lijn vertegenwoordigt, verkregen wordt.

### **2.3 Verschillen en overeenkomsten**

- België > open access model

Nederland > hiërarchisch model

Waar men in Nederland eerst moet worden doorverwezen via de huisarts of de verloskundige, heeft men in België direct toegang tot gespecialiseerde zorg zoals de gynaecoloog. De Nederlandse verloskundige is dan ook de "poortwachter" van de tweedelijns verloskundige zorg.

- België > biomedisch model

Nederland > sociaal of vrouwgeoriënteerd model

Het medische model zal de zwangerschap en geboorte steeds als een risico beschouwen tot het tegendeel bewezen is, in tegendeel tot het sociale zorgmodel dat van mening is dat risicoselectie mogelijk is.

- België > terugbetaling van zowel thuis- als ziekenhuisbevalling

Nederland > in alle gevallen terugbetaling van de thuisbevalling, maar enkel volledige terugbetaling van een ziekenhuisbevalling die plaatsvond om medische redenen. Indien deze niet om medische redenen plaatsvindt, moet de vrouw het gebruik van de accommodatie zelf betalen.

## **3. Wetgeving**

### **3.1 Wetgeving omtrent vroedkunde in België**

In België is de vroedvrouw bevoegd om de fysiologische zwangerschap, arbeid en bevalling te begeleiden. De vroedvrouw heeft hierin een eigen autonomie. Wanneer er een situatie zich voordoet dat er een pathologische situatie ontstaat, moet er worden samengewerkt met een arts die de verantwoordelijkheid overneemt. Op 1 februari 1991 is het Koninklijk besluit betreffende de uitoefening van het beroep van vroedvrouw opgesteld, met daarin alle rechten en plichten van de vroedvrouw. Hierin werden aanpassingen gedaan waar sinds 8 juni 2007 een aantal belangrijke wijzigingen aan toegevoegd of zullen in de toekomst worden toegevoegd: het voorschrijven van geneesmiddelen, preventie van problemen met de bekkenbodemp voor, tijdens en na de bevalling, het mogen uitvoeren van functionele echo's, de verplichting permanente vorming te volgen en het onderhouden van een epidurale verdoving. In bijlage wordt het hele KB vermeld. Hierin zal duidelijk worden dat een aantal voorstellen nog niet goedgekeurd zijn maar in wetsontwerp aanwezig zijn.

Het spreekt voor zich dat het een uitdaging is alle vroedvrouwen zodanig op te leiden dat ze aan deze extra bevoegdheden kunnen voldoen.

### **3.2 Wetgeving omtrent verloskunde in Nederland**

Wanneer een verloskundige in het bezit is van een getuigschrift van een Nederlandse opleiding (of een daaraan gelijkgesteld diploma), kan zij zich laten registreren in het BIG-register of het register van Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg. Zo kan de verloskundige de wettelijke beschermde titel van "verloskundige" voeren. Wanneer de verloskundige zich heeft laten registreren, kan zij op eigen gezag zelfstandig handelingen uitvoeren binnen haar deskundigheidsgebied. Hierbij gelden er twee voorwaarden:

- 1) De verloskundige is alleen bevoegd die handelingen uit te voeren die behoren tot het in de Wet omschreven deskundigheidsgebied van de verloskundige. Dit betekent dus dat een bepaald aantal voorbehouden handelingen behoren tot haar deskundigheidsgebied.
- 2) De verloskundige moet ook bekwaam zijn, dat wil zeggen de nodige kennis en ervaring hebben, om de voorbehouden handeling naar behoren te verrichten wanneer zij besluit de voorbehouden handeling uit te voeren. Niet bekwaam is niet bevoegd (Beroepsprofiel van de verloskundige, 2005).

De voorbehouden handelingen liggen vast in de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) en worden als volgt algemeen beschreven:



“Het verrichten van handelingen op het gebied van de verloskunde en andere handelingen, gericht op het bevorderen en bewaken van het normale verloop van de zwangerschap, de bevalling en de kraambedperiode, evenals op het voorkomen van afwijkingen bij de vrouw of het kind, door het inschatten van het verloskundige risico bij een vrouw gedurende haar zwangerschap, bevalling en kraambedperiode, het vertalen van het verloskundige risico in verloskundig beleid en het op basis daarvan verlenen van raad en bijstand, alsmede het waar nodig consulteren van dan wel verwijzen naar een arts.” (Beroepsprofiel van de verloskundige, 2005)

Meer specifiek schrijft de Wet BIG het volgende: (Wet BIG, 2009)

- Heelkundige handelingen: episiotomieën zetten; laesies van perineum en labium hechten
- Verloskundige handelingen: leiden van de natuurlijk verlopende baring en geboorte placenta; vaginaal onderzoek verrichten, met of zonder apparatuur, uitwendig opheffen van liggingsafwijkingen, vliezen breken tijdens de bevalling
- Catheteriseren: urine afnemen door middel van catheterisatie; inbrengen van infuus
- Injectie: toedienen van specifieke door de minister aangewezen lokale anesthesie bij episiotomie en hechten; het toedienen van door onze minister aangewezen geneesmiddelen via een injectie
- Puncties: hielprik; bloedafname bij de vrouw via een punctie

In een ziekenhuissetting kan deze lijst uitgebreid worden. De Wet BIG stelt namelijk dat een verloskundige ook voorbehouden handelingen kan doen, welke niet aan haar beroep zijn vastgelegd. Dit kan enkel onder de volgende voorwaarden:

- er moet sprake zijn van een opdracht van een zelfstandig bevoegde (de opdrachtgever)
- er moeten zo nodig aanwijzingen gegeven worden
- de mogelijkheid van tussenkomst moet verzekerd zijn
- er moet, zo nodig, toezicht gehouden worden (Wet BIG, 2009)
- de opdrachtnemer moet bekwaam zijn de voorbehouden handeling uit te oefenen.

Dit zorgt ervoor dat de klinische verloskundige steeds meer de werking op de afdeling verloskunde zal leiden in nauwe samenwerking met de obstetricus.

## 4. Opleiding

### 4.1 Opleiding vroedkunde België

Een enorm gemis aan de opleiding in België is het feit dat er, ondanks de verplichte drie weken stage in de eerste lijn, nog altijd erg weinig aandacht gegeven wordt aan de zelfstandige begeleiding van de geboorte in een setting als de thuisgeboorte.

Zoals Denis Walsh in zijn boek zegt, is de begeleiding van de thuisgeboorte een essentiële vaardigheid die iedere vroedvrouw zou moeten bezitten. Het begeleiden van een thuisgeboorte vergt vele andere vaardigheden dan het begeleiden van de bevalling in een meer klinische omgeving. Letterlijk zegt hij hierover: "If the qualification of midwifery means anything, it is the skill to facilitate normal birth at home, a skill that needs consolidating on registration through exposure and experience in one's early years of practice."

Vroedvrouwen die nu in België in de eerste lijn werkzaam zijn worden veelal na de opleiding extra begeleidt door ervaren collega's. Mijn voorstel zou zijn om in de opleiding meer aandacht te geven aan het begeleiden van de thuisbevalling. Dit kan zich uiten in langere verplichte stages in de eerste lijn, ik denk aan een minimum van 15 weken. Hierbij is het noodzakelijk dat de opleiding wordt uitgebreid. Voor mij zou het meest ideale zijn een opleiding van 4 jaar waar in het laatste jaar de nieuwe competenties behaald kunnen worden en er meer aandacht gaat naar het kunnen begeleiden van de bevalling in de thuissituatie. Tevens ligt er in de opleiding zeer weinig nadruk op de autonomie van de vroedvrouw. Tijdens stages blijkt telkens weer hoe weinig geboortes een vroedvrouw helemaal zelfstandig en onder eigen verantwoordelijkheid begeleidt. Als studente zijn er zeer weinig mogelijkheden de geboorte geheel zelfstandig te begeleiden. Hierdoor wordt de vaardigheid van het begeleiden van de vrouw tijdens de uitdrijvingfase minder snel bereikt. Persoonlijk denk ik dat het een uitholling betekent van het beroep van vroedvrouw indien deze niet zelf de fysiologische zwangerschappen en partussen kan begeleiden. Het zou een grote meerwaarde aan de opleiding geven indien hier meer aandacht aan zou worden geschonken. In een vierjarige opleiding zou ook meer aandacht gegeven moeten worden aan het begeleiden van de zwangerschap waarbij de nadruk meer gelegd moet worden op risico-screening en beleidvoering.

Structuur van de opleiding aan de Artevelde Hogeschool in Gent (overgenomen en aangepast van de folder, Bachelor in de vroedkunde 2009- 2010):

- *Semester 1 en 2 (eerste schijf)*

De eerste schijf (= jaar) is opgebouwd rond de normale menselijke voortplanting en bestaat uit vijf onderwijsmodules. Elke module bevat één tot vier opleidingsonderdelen rond een specifiek thema. Er worden 9 weken stage gelopen op een materniteit waar eerder aangeleerde vaardigheden eigen gemaakt kunnen worden.

- *Semester 3 en 4 (tweede schijf)*

De modules van de tweede schijf bestuderen de bedreigde menselijke voortplanting. De student loopt vijftien weken stage waarvan zes weken op een verloskamer. Daar wordt de theoretische kennis van het eerste jaar geïntegreerd in de praktijk. Daarnaast loopt de student telkens drie weken stage op een kraamafdeling, een gynaecologische afdeling en een dienst neonatologie of raadpleging.

- *Semester 5 en 6 (derde schijf)*

De derde schijf legt de nadruk op integratie en toepassing van aangeleerde inzichten en vaardigheden. De normale verloskunde en de taak van de vroedvrouw in de eerste lijn krijgen daarbij bijzondere aandacht. Er wordt ingegaan op de vruchtbaarheid, de menselijke voortplanting en het ouderschap. De student loopt 21 weken stage zodat de student als afgestudeerde onmiddellijk inzetbaar is in de praktijk van de vroedvrouw. De realisatie van de bachelorproef toont aan dat de student een thema uit het studiedomein of de beroepsuitoefening van de vroedvrouw op een wetenschappelijke manier kan analyseren.

## **4.2 Opleiding verloskunde Nederland**

De opleiding tot verloskundige in Nederland bestaat sinds 1994 uit een vierjarige opleiding. Ze is te volgen aan vier hogescholen in Amsterdam, Rotterdam, Maastricht en Groningen. Een middelbare opleiding met daarin scheikunde en biologie is een vereiste om te mogen starten aan de opleiding. Daarnaast wordt in Nederland, in tegenstelling tot België, het aantal studenten die elk jaar aan de opleiding beginnen beperkt aan de hand van een selectieprocedure. Deze procedure houdt een sociale intelligentietest, het schrijven van een motivatiebrief en een selectiegesprek met een medewerker van de opleiding in. Op basis van de scores van deze drie onderdelen, wordt een student al dan niet toegelaten.

De opleiding heeft als uiteindelijke doel de student klaar te stomen voor het zelfstandig werken binnen een verloskundige praktijk. De nadruk ligt dan ook enkel op zwangerschap, geboorte en kraambed. Deze worden beschouwd als normale, gezonde processen, maar daarnaast wordt natuurlijk ook de mogelijke pathologie gedoceerd om een goede risicoselectie te kunnen uitvoeren.

De programma's van de vier opleidingen hebben over het algemeen dezelfde opbouw:

- Het eerste jaar is een oriëntatiejaar, waarin het beroep van de verloskundige maar ook de normale zwangerschap, baring en kraambed uiteengezet worden. De studenten lopen reeds stage in een verloskundige praktijk;
- Het tweede jaar wordt grotendeels gevuld met pathologie. Het beheersen van de kennis rondom de complicaties, maar ook het herkennen ervan komen meer op de voorgrond. Er wordt opnieuw stage gelopen in de verloskundige praktijk, maar ook in de verloskamer van het ziekenhuis;
- In het derde jaar besteedt men aandacht aan het complete plaatje: hoe ga je in de praktijk om met al deze verworven kennis? Opnieuw worden de stages verdeeld over de verloskundige praktijk en het ziekenhuis;

- Het vierde jaar bouwt verder op het verwerven van inzicht in het volledige zorgplan. Ook wordt er in het vierde jaar aan een afstudeeronderzoek gewerkt en besteedt men aandacht aan het "echte werk". De stages: verloskundige praktijk en ziekenhuis.

Naast de opleiding tot verloskundige, kan men zich bijscholen tot klinisch verloskundige. Deze eenjarige opleiding is bedoeld om verloskundigen die reeds werken als klinisch verloskundige (= intramuraal) verder bij te scholen in de tweedelijnszorg. Onderwerpen omtrent risico's bij moeder en kind, foetale bewaking, afwijkend verloop van de baring, en dergelijke komen uitvoerig aan bod.

### **4.3 Verschillen en overeenkomsten**

Beide diploma's geven het recht om in Europa het beroep van vroedvrouw/verloskundige uit te voeren. Echter, de verschillen zijn enorm. Er is een verschil in duur van de opleiding, in Nederland is de opleiding vier jaar, in België duurt de opleiding drie jaar. Hoewel er stemmen zijn opgegaan de opleiding in België te verlengen naar vier jaar is dit vooralsnog niet gelukt. Het is tegenwoordig haast onmogelijk om als Belgische afgestudeerde vroedvrouw aan het werk te kunnen in Nederland, een land wat door zijn visies aangaande zwangerschap en bevalling een grote aantrekkingskracht uitoefent op buitenlandse afgestudeerden. In het jaar 2000 heerste er een enorm tekort aan verloskundigen in Nederland. Men is toen gestart met het aanbieden van een applicatiecursus om de tekorten uit andere opleidingen uit het buitenland (waaronder de opleiding uit België) op te kunnen vangen. Het slagen voor de applicatiecursus gaf de garantie dat men aan het werk kon als verloskundige in de eerste lijn in Nederland. Ondertussen is de applicatiecursus weer afgeschaft omdat het tekort aan verloskundigen is opgeheven; de opleidingen in Nederland hebben grotere capaciteiten nu. Het geeft echter wel weer dat men in Nederland vindt dat verloskundigen uit het buitenland onvoldoende zijn opgeleid te werken in de eerste lijn. Dit komt ook door het feit dat het beroep in beide landen in het ziekenhuis vaak een andere inhoud heeft. De verloskundige in Nederland neemt de medische begeleiding voor, tijdens en na de bevalling op zich. Veel van de taken die door de vroedvrouwen in het ziekenhuis in België worden uitgevoerd zijn weggelegd voor de Obstetrisch Verpleegkundige in Nederland. Het enige wat zij niet doet is het uitvoeren van specifieke verloskundige handelingen zoals touchers, amniotomie etc. Een extra opleiding tot klinisch verloskundige zoals die wordt aangeboden in Nederland bestaat niet in België.

## 5. Het beroepsprofiel

### 5.1 Beroepsprofiel van de Belgische vroedvrouw

Doordat de geboorte in België gemedicaliseerd wordt heeft dat een invloed op het beroep van de vroedvrouw. Artsen zijn de sleutelfiguren in de perinatale zorg en hebben de vroedvrouwen op dit terrein vervangen. In de meeste ziekenhuizen werken vroedvrouwen onder de supervisie van artsen (Christiaens, 2008). Zoals staat geciteerd in de VLOV, jaargang 13 nummer 5: "de Belgische vroedvrouw wordt in Europa dikwijls gezien als de uitvoerende obstetrische verpleegkundige". Dit zou het echter niet moeten zijn, de Belgische vroedvrouw heeft, ondanks de tekortkomingen in de opleiding, veel meer in haar mars. Vroedvrouwen, niet alleen de Belgische, zijn uitermate geschikt de fysiologie van de bevallingen te bewaken. Niet omdat ze enkel de fysiologie als troef in handen heeft. De vroedvrouw zou per definitie geduld moeten hebben. Ze maakt de omstandigheden optimaal voor een vlotte bevalling door een rustige en veilige omgeving te creëren. Ze biedt warmte en een psychische opvolging en begeleiding. Ze geeft de vrouw het vertrouwen dat ze de baring aankan. De verleiding tot invasief medisch ingrijpen is minder groot omdat die mogelijkheden beperkt zijn. De grootste troef die de vroedvrouw voor handen heeft is geduld.

Uit onderzoek is gebleken dat er minder nood aan pijnstilling is, er minder interventies plaats vinden, er minder neonatale reanimaties plaatsvinden en vrouwen meer tevreden zijn wanneer de zorg in laag- risico settings werd gegeven door een vroedvrouw (Walsh, 2007). Meer en meer wordt duidelijk dat ook de Belgische vroedvrouwen deze zorg op zich willen nemen, meer autonomie wensen en datgene willen doen waartoe ze zouden moeten worden opgeleid; het zelfstandig uitvoeren van de prenatale consultaties, begeleiden van arbeiden, fysiologische bevallingen en post- partum zorg. Een en ander wordt duidelijk wanneer we kijken naar de uitgebreidere bevoegdheden van de vroedvrouwen en de herstructurering van de opleiding (zie hoofdstuk 3 en 4).

De Nationale raad voor de vroedvrouwen en in het bijzonder de Werkgroep "Beroepsprofiel" heeft een aantal kerncompetenties uitgeschreven die ook als leidraad voor de opleiding van de Artevelde Hogeschool gelden:

- *Competentie 1:* De vroedvrouw begeleidt en bewaakt autonoom en globaal de gezonde vrouwen en pasgeborenen vanaf de bevruchting, vóór, tijdens en na de geboorte en bevordert de integratie van het gezin.
- *Competentie 2:* In het verloskundig-medische domein en het neonatologisch-medische domein begeleidt de vroedvrouw de vrouw en het kind in verhoogd risico situaties, in samenwerking met en verwijzend naar gynaecologen, neonatologen en andere specialisten. In het domein van de reproductieve geneeskunde voert zij de haar toevertrouwde medische handelingen uit en is zij actief betrokken bij de pre- en postnatale opvolging van moeder en kind.

- *Competentie 3:* De vroedvrouw situeert de vrouw in haar familiale en sociale context. Zij herkent psychosociale crisissituaties. Zij begeleidt koppels met vruchtbaarheidsproblemen tijdens de medische behandeling.
- *Competentie 4:* De vroedvrouw heeft een taak in de seksuele en relationele vorming van jongeren. Zij stimuleert en bevordert de gezondheid van de vrouw, de moeder, het kind en het gezin. Zij informeert koppels met vruchtbaarheidsproblemen.
- *Competentie 5:* De vroedvrouw neemt haar verantwoordelijkheid op voor de organisatie van haar werk alsook voor haar werkdomein. Zij werkt als actief lid samen in de hele structuur.
- *Competentie 6:* De vroedvrouw neemt actief deel aan de bewaking en de bevordering van de kwaliteit van zorg en draagt bij tot de ontwikkeling ervan.
- *Competentie 7:* De vroedvrouw streeft naar een op evidentie gebaseerde praktijkvoering vanuit een kritische reflectie op het eigen handelen. De vroedvrouw bezit leervaardigheden en attitudes die bijdragen tot levenslange professionalisering.
- *Competentie 8:* De vroedvrouw coacht, als deel van een interdisciplinair team, studenten en collega's om als professionele vroedvrouw in de gezondheidszorg te functioneren en op die manier een optimale perinatale zorgverlening te garanderen.

## 5.2 Beroepsprofiel van de Nederlandse verloskundige

Binnen het beroepsprofiel van de Nederlandse verloskundige wordt er duidelijk enorm veel aandacht besteed aan de zelfstandigheid van de verloskundige. In de eerste lijn mag de verloskundige zelfstandig handelen, in de tweede lijn werkt de verloskundige onder de verantwoordelijkheid van een gynaecoloog. In Nederland werken er veel meer verloskundigen binnen de eerste lijn dan binnen de tweede lijn (zie fig. 1). Daarom ook het belang van het toespitsen van het beroepsprofiel op de eerstelijns verloskundige.



Fig. 1: Verloskundigen werkzaam in Nederland

Bron: Wiegers, van der Velden, Hingstman, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheid [NIVEL], 2005

Het centrale thema van het vorige beroepsprofiel (1990) was de cliëntgebonden zorg. Hieronder verstaan we: (Beroepsprofiel van de verloskundige, 2005)

- de begeleiding van vrouwen met een normaal verlopende zwangerschap, baring en kraamtijd. De verloskundige doet dat zelfstandig en onder eigen verantwoordelijkheid;
- de onderkenning, inschatting en afweging van medische en niet-medische risico's;
- (in geval van twijfel) consultatie van de gynaecoloog en zo nodig overdracht.

In het huidige beroepsprofiel komen er enkele onderwerpen bij. Zo gaat men ook de Evidence Based Medicine behandelen, waarbij de nadruk wordt gelegd op het kritisch nadenken over de bijdrage van de evidence tot een betere zorgverlening. Ook de preconceptionele counseling komt naar voren als een grote verandering ten opzichte van het vorige beroepsprofiel. Net zoals in België leeft dit onderwerp ook in Nederland. Door middel van preconceptionele counseling kan een zwangerschap immers op een optimale manier plaatsvinden, voor zowel moeder als kind.

Het beroepsprofiel omschrijft drie domeinen waarin de verloskundige zou moeten handelen:

- de reproductieve zorg;
- professionalisering van het beroep;
- organisatie van verloskundige zorg.

Deze subdomeinen worden in onderstaand figuur verduidelijkt.

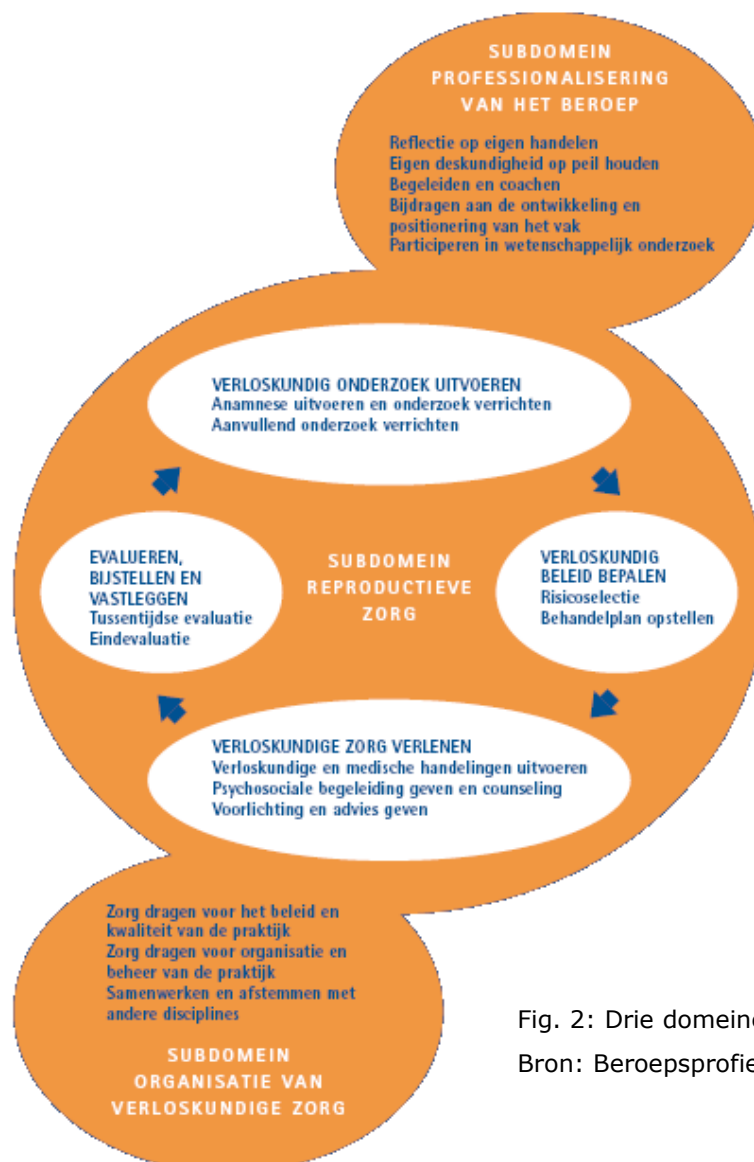


Fig. 2: Drie domeinen Nederlands beroepsprofiel  
Bron: Beroepsprofiel van de verloskundige, 2005

Hieruit kunnen we afleiden dat de reproductieve zorg en dus ook het cliëntgerichte thema, zoals deze in het beroepsprofiel uit 1990 beschreven stond, nog steeds centraal staat. De organisatie van de verloskundige zorg en de professionalisering van het beroep dragen vanaf de zijlijn bij tot een meer kwalitatieve zorg binnen de reproductieve fase.

Binnen deze drie domeinen kan de verloskundige verschillende rollen vervullen. De verschillende competenties werden dan ook ingedeeld aan de hand van deze rollen. De volgende indeling wordt gebruikt:

- Medisch professional: expert op het gebied van de reproductieve zorg;
- Coach en begeleider: begeleiden van cliënten, beginnend verloskundigen en studenten;
- Voorlichter en counselor: toerusten van anderen;
- Casemanager: samenwerken en afstemmen in de ketenzorg;
- Innovator: bijdragen aan de permanente ontwikkeling van de kwaliteit van het vakgebied;
- Praktijkmanager: zorgen dat alles reilt en zeilt.

Binnen deze onderdelen werden de competenties geschikt. Zo staat onder medisch professional o.a. beschreven dat de verloskundige besluitvaardig en zelfstandig moet zijn, de verloskundige als voorlichter moet inlevingsvermogen hebben, als casemanager moet zij kunnen samenwerken enz... (de volledige lijst competenties werd bijgevoegd als Bijlage IV)

### **5.3 Verschillen en overeenkomsten**

Het grootste verschil tussen het Nederlandse en Belgische beroepsprofiel is het verschil in benaderen van de eerste en tweede lijn. In het Nederlandse beroepsprofiel wordt er een duidelijk onderscheid gemaakt tussen de eerste en de tweedelijns verloskundige. In België gebruiken zowel de vroedvrouw in de eerste lijn als de vroedvrouw in de tweede lijn hetzelfde beroepsprofiel. Zowel het Nederlandse als het Belgische beroepsprofiel beklemtonen allebei de verantwoordelijkheid(szin) van de vroedvrouw. De rol die de vroedvrouw vervult tijdens de reproductieve cyclus, maar ook de educatie en informatieverstrekking worden in beide versies aangehaald (Christiaens, 2008).



## 6. Plaats van bevallen, thuis of in het ziekenhuis

### 6.1 Is thuis bevallen veilig?

Uit literatuur is reeds vele keren gebleken dat een thuisbevalling minstens even veilig is als een ziekenhuisbevalling. Hierbij moet er wel sprake zijn van

- een goede prenatale begeleiding en de daarbij horende risicoselectie waarbij een vrouw met eventuele complicaties doorverwezen wordt naar een arts
- de aanwezigheid van België: twee vroedvrouwen of een vroedvrouw en een huisarts  
Nederland: een verloskundige en een kraamverzorgster
- de mogelijkheid tot transport tijdens/na de baring
- het aanwezige materiaal om een vrouw en/of neonatus met complicaties op te vangen.

#### 6.1.1 Risicoselectie

Een grondige risicoselectie is bijzonder belangrijk om een thuisbevalling veilig te laten verlopen. Voor, tijdens en na de bevalling moet er steeds aan risicoanalyse gedaan worden. Hiervoor heeft men in Nederland het Verloskundig Vademecum (2003) (Bijlage I) opgesteld, wat een hulpmiddel is omdat het duidelijke richtlijnen creëert op vlak van het verwijsbeleid. Ook in België gebruikt men deze indicatielijst, door gebrek aan een alternatief.

Er bestaan zes categorieën:

1. Pre-existente aandoeningen, niet gynaecologisch  
Vb. epilepsie, multiple sclerose, astma, ...
2. Pre-existente aandoeningen, gynaecologisch  
Vb. besnijdenis, niet te verwijderen IUD, bekkenafwijking, ...
3. Obstetrische anamnese  
Vb. sectio, post-partumpsychose, dysmaturiteit, ...
4. Ontstaan/vastgesteld tijdens de zwangerschap  
Vb. anemie, zwangerschapshypertensie, alcohol-/druggebruik, ...
5. Ontstaan tijdens de bevalling  
Vb. niet vorderende uitdrijving, meconiaal vruchtwater, noodzaak tot pijnbestrijding, ...
6. Ontstaan tijdens de kraamperiode  
Vb. abnormaal bloedverlies, psychose, opname-indicatie kind, ...

Daarnaast is er aan de hand van lettercodes aangeduid wie de meest geschikte zorgverlener is om in die specifieke situatie hulp te bieden.

A eerstelijns verloskundige zorg

B overleg van de situatie is noodzakelijk tussen de verloskundige en de arts

C tweedelijns verloskundige zorg

D verplaatste eerstelijns verloskundige zorg: de verantwoordelijkheid ligt bij de verloskundige, maar de bevalling gebeurt in het ziekenhuis, om het risico wat transport veroorzaakt tijdens de baring te vermijden.

Op basis van deze indicatielijst zal een verloskundige (of huisarts) moeder en/of kind primair (begin van de zwangerschap) of secundair (tijdens zwangerschap, bevalling of postpartum) doorverwijzen.

Ook in België bestaat er een richtlijn, de Nationale Richtlijn Prenatale Zorg, maar deze specificeert zich enkel en alleen op de prenatale verloskundige zorg. Deze richtlijn werd opgesteld met de bedoeling de basis prenatale zorg te beschrijven en vormt zo een leidraad voor zowel gynaecoloog als eerstelijns vroedvrouw. De doelstellingen van de Nationale Richtlijn Prenatale Zorg trachten enerzijds bij te dragen tot kwaliteitsverbetering van de prenatale zorg en anderzijds de verschillen in de prenatale zorg in België te reduceren door meer rekening te houden met de evidence based klinische praktijkrichtlijnen (Nationale Richtlijn Prenatale zorg, 2006)(Bijlage II).

### **6.1.2 Verschil in mortaliteit en morbiditeit bij een normale zwangerschap/bevalling**

#### **Maternale outcome**

- Er is een significant verhoogde kans op interventies bij een ziekenhuisbevalling. Hierbij spreken we over (Wagner, 2000)

- inductie
- stimulatie en optimalisatie
- episiotomie
- kunstverlossing (forceps en vacuümextractie)
- sectio
- epidurale of andere medicamenteuze pijnstilling

- Onderzoek toonde ook aan dat er een significant verhoogde kans is op 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> graads-rupturen bij een ziekenhuisbevalling (Wagner, 2000).

#### **Neonatale outcome**

- Er kon nooit eerder een echt goede vergelijking gemaakt worden in het perinataal sterftcijfer tussen de thuis- en de ziekenhuisbevalling. Dit kwam vooral door het verschil van de risicogroepen in beide situaties. In de thuissituatie heb je enkel laag-risico zwangeren, terwijl het ziekenhuis ook hoog-risico zwangeren incalculeert. Recent onderzoek laat ons toe het perinatale sterftcijfer tussen de thuis- en de ziekenhuisbevalling toch te vergelijken. Een grootschalige studie uit Nederland heeft onderzoek gedaan naar het perinatale sterftcijfer naar aanleiding van de slechte outcome van Nederland in vergelijking met andere Europese landen wat betreft het perinatale sterftcijfer. In deze studie werd elke vorm van hoog-risico niet bij de studie betrokken. Dit onderzoek wordt verder beschreven in hoofdstuk 8.2 "Perinatale sterfte".

We kunnen uit de resultaten van de studie concluderen dat een thuisbevalling net zo veilig is als een ziekenhuisbevalling (steeds met betrekking op laag-risico zwangeren) wat betreft de perinatale sterfte (de Jonge, A., van der Goes, B., Ravelli, A., Amelink-Verburg, M., Mol, B., Nijhuis, J., et al., 2009).

### **6.1.3 Wetenschappelijk onderzoek omtrent de veiligheid van de thuisbevalling**

- World Health Organization (WHO) (1997): We kunnen de laag-risico zwangere vertellen dat zij mag kiezen waar zij wil bevallen. Daar waar zij zich het meest veilig voelt. De plaats waar zij bevalt zou een plaats moeten zijn waar alle attentie en zorg gefocust is op haar behoeften en veiligheid.
- Wiegers, T.A. (1998): Wanneer men bij multiparae een ziekenhuisbevalling met een thuisbevalling kon vergelijken, werd beschreven dat niet vorderende ontsluiting, perineumrupturen, episiotomiën, medicatie tijdens de placentaire fase, placentaretentie, postpartumbloedingen en bloedtransfusies vaker voorkwamen bij een geplande ziekenhuisbevalling.
- Wagner, M. (2000): Thuis bevallen is perfect veilig, wanneer de zwangere tot de groep van meer dan 80% laag-risico zwangeren behoort. Het belangrijkste voordeel van thuis bevallen is dat de vrouw de controle over het geboorteproses zelf in handen heeft.
- Royal College of Midwives (2002): Er is geen evidence om een thuisbevalling een minder veiligere optie voor laag-risico zwangeren te verklaren.
- Walsh, D. (2007) laat in zijn boek "Evidence-based care for normal labour and birth" blijken dat hij het steeds weer herhalen van de reeds gekende argumenten over de veiligheid omtrent thuis bevallen wat moe wordt. Hijzelf is overtuigd door verschillende studies, oa. van Tew et al. (1998) en Campbell et al. (1997), die aangetoond hebben dat een thuisbevalling even veilig is als een ziekenhuisbevalling voor laag-risico zwangeren. Daarom is het des te vervelender te moeten luisteren naar het stereotype antwoord van de criticasters omtrent een zeldzame catastrofe tijdens een thuisbevalling.
- Kitzinger, S. (2001): een grootschalig onderzoek van Tew et al. toonde aan dat significant minder vrouwen die een thuisbevalling hadden gepland ingeleid werden, een episiotomie of ruptuur hadden. De bevalling eindigde ook significant minder in een kunstverlossing. Hieruit kunnen we de conclusie trekken: "Een thuisbevalling is voor een bepaalde groep vrouwen een aanvaardbaar alternatief voor een ziekenhuisbevalling en leidt tot minder medische ingrepen."
- de Jonge et al. (2009): De conclusie van deze studie is dan ook dat de geplande thuisbevalling binnen een goed georganiseerd verloskundig systeem, waarbij deze keuze gesteund wordt door

goed opgeleide vroedvrouwen, er een goed transportsysteem bestaat en er goede risicoselectie gebeurt, als even veilig als een geplande ziekenhuisbevalling kan beschouwd worden (de Jonge et al., 2009).

## **6.2 Plaats van bevallen, thuis of in het ziekenhuis.**

### **6.2.1 De thuisbevalling: waarom willen vrouwen thuis bevallen?**

#### **Waarom kiezen vrouwen voor een thuisbevalling?**

Uit een studie uit Zweden (Lindgren, Hildingsson, Radestad, 2006) blijkt dat er vier hoofdredenen zijn voor vrouwen om thuis te willen bevallen.

1. De wens om de bevalling natuurlijk en ongestoord te laten verlopen. Er heerst een vertrouwen in de het natuurlijke proces zoals dat al duizenden jaren plaats vindt. De geboorte op zich wordt gezien als een positieve gebeurtenis waar ook pijn bij hoort (Lindgren et al., 2006). Deze benadering is een meer positieve benadering.
2. De wens om de bevalling zelf onder controle te hebben en invloed te hebben op het geboorteproces. Een angst welke alle vrouwen uit de studie uitspraken was de angst dat elke verantwoordelijkheid en beslissingsrecht uit handen zou worden gegeven indien ze zouden kiezen voor een ziekenhuisbevalling. Men wilde niet afhankelijk zijn van de zorgverleners uit het ziekenhuis maar terug kunnen vallen op het recht om zelf beslissingen te kunnen nemen (Lindgren et al., 2006). Thuis is er meer ruimte om zelf te kiezen, in houding, manier van bevallen, mogelijkheid op ieder moment in bad te gaan enzovoort. Ze kunnen hun eigen geboorteproces veel beter managen, zonder medische interventies. Dit strookt tegen de gedachte van sommige artsen dat zij het recht hebben het geboorteproces te sturen (Borquez & Wieggers, 2006). Dit is meer een negatieve benadering.
3. Doordat het koppel de vroedvrouw zelf kan kiezen ervaren ze een gevoel van veiligheid. Dit gevoel van veiligheid versterkt aangezien ze de vroedvrouw goed kennen. Ook belangrijk blijkt de continuïteit die een zelfde zorgverlener biedt ten tijde van arbeid en bevalling. Elk koppel uit de studie had de vroedvrouw al een aantal keer ontmoet voor de daadwerkelijke bevalling. Er ontstaat een vertrouwensband welke moeilijker gerealiseerd kan worden in een ziekenhuis setting waar een continue wisseling van diensten gebeurt. Omdat de vroedvrouw bij het koppel thuis komt is er meer aandacht voor het koppel als individu met eigen wensen en verlangens. Bovendien is er thuis geen mogelijkheid tot pijnbestrijding in de vorm van medicatie. Er moet op een andere manier met pijnbestrijding worden omgegaan. Men gaat bijvoorbeeld wandelen, wiegen met de heupen op een bal, geeft een massage, spreekt geruststellende woorden of kalmeert. Dit vraagt een actievere houding van de vroedvrouw wat de relatie en de vertrouwensband bevordert (Borquez et al., 2006). De vertrouwensband die ontstaat met de vroedvrouw biedt een groot voordeel op emotioneel vlak. Vooral belangrijk bleek dat de

vroedvrouw op dezelfde golflengte moest staan met de aanstaande ouders (Lindgren et al., 2006).

Dit alles wil natuurlijk niet zeggen dat vroedvrouwen werkzaam in het ziekenhuis geen goed werk zouden doen. Ook in het ziekenhuis doen vroedvrouwen hun uiterste best vrouwen gerust te stellen, een vertrouwensband op te bouwen, mogelijkheden aanreiken om met de pijn om te gaan. De structuur van het ziekenhuis maakt deze taak vaak moeilijker. Het zou beter zijn indien er per parturiënte een vroedvrouw beschikbaar kon zijn. Dit is op dit moment vanwege vele financiële en logistieke redenen niet haalbaar...

4. Zich thuis voelen in hun eigen omgeving wat een gevoel van veiligheid en relaxatie schept (Longworth, Ratcliffe, Boulton, 2001). Het is gemakkelijker thuis te ontspannen. Uiteraard bevorderen deze gevoelens een goed weeënpatroon en voorspoedige uitdrijving. Bovendien ontbreekt de stress op welk moment van de arbeid moet worden nagedacht over verplaatsing naar het ziekenhuis (Borquez et al., 2006). Ook dit is meer een positieve benadering.

### **6.2.2      Waarom willen vrouwen in een ziekenhuis bevallen? Waarom kiezen vrouwen voor een ziekenhuisbevalling?**

1. De overtuiging dat zorgverleners de beste beslissingen nemen ten voordele van de moeder en het kind tijdens de arbeid en bevalling (Longworth et al., 2001).

2. Het ziekenhuis is een schone en klinische omgeving, voor velen wordt zo'n omgeving ervaren als de beste plaats om een kind ter wereld te brengen (Longworth et al., 2001). Hierin spelen ook praktische overwegingen mee; in het ziekenhuis wordt er geen beroep gedaan op de moeder als verzorgster, zij wordt zelf verzorgd en hoeft zich niet druk te maken om het huishouden of andere kinderen. Bevallen in het ziekenhuis wordt daarom als "gemakkelijk" ervaren. (Borquez et al., 2006)

3. Het gevoel van veiligheid die een ziekenhuis met zich mee kan brengen. Het kan erg geruststellend werken voor mensen dat in een ziekenhuis alles voorhanden is indien er zich een noodsituatie zou voordoen (Longworth et al., 2001).

4. De mogelijkheid ten allen tijde pijnstilling te verkrijgen in de vorm die men wenst, waaronder de epidurale verdoving (Longworth et al., 2001).

5. Mensen willen niet altijd zelf de verantwoordelijkheid dragen, het ziekenhuis lijkt garant te staan voor een gezond kind, dit is echter een illusie. Niemand kan ooit de garantie geven dat een kind gezond is, noch in de thuissituatie noch in het ziekenhuis.

6. In Nederland wordt 26,1% van het aantal vrouwen die thuis in partu zijn alsnog doorverwezen naar het ziekenhuis (Jaarboek Perinatale zorg Nederland, 2006). Dit percentage doorverwijzingen in partu is hoog en kan een reden zijn om niet thuis te willen bevallen.

### **6.2.3 Algemene verschillen tussen een thuis- en een ziekenhuisbevalling**

Een thuisbevalling gaat over kracht geven aan de vrouw haar bevalling aan te kunnen en gelijkheid in relatie met de zorgverleners. Bij een thuisbevalling zijn er meer mogelijkheden om de bevalling op een spirituele, gevoelige manier te ervaren (Walsh, 2007). Hoewel een ziekenhuisomgeving deze ervaringen niet uitsluit zijn ze veel moeilijker te verwezenlijken in de klinische omgeving die het ziekenhuis met zich mee brengt. De cultuur van een ziekenhuisomgeving is vaak een hardere cultuur waar wat lacherig gedaan kan worden over zaken als spiritualiteit en verhoogde gevoeligheid. Zoals ik een hoofdvroedvrouw hoorde zeggen in een groot ziekenhuis in Vlaanderen: "Wij liggen niet wakker van mindere aandacht voor het koppel in het geval van een normale geboorte, we hoeven hun handen niet vast te houden. Pas in situaties waarin er iets mis gaat met de geboorte moeten wij er kunnen zijn, die mensen hebben ons wel nodig." Dit staat haaks tegenover mijn overtuiging en beleving dat iedere bevallingservaring in wezen een traumatische ervaring kan zijn mits er geen goede begeleiding tegenover staat. Iedere vrouw heeft recht op een competente, liefhebbende zorgverlener tijdens haar bevalling ten einde de kracht van de baring te kunnen doorstaan.

#### **Lavement**

In vele ziekenhuizen wordt er standaard een lavement aangeboden om ervoor te zorgen dat er geen ontlasting meer meekomt tijdens het persen. Waarschijnlijk stimuleert een lavement contracties en zou het hoofdje gemakkelijker indalen. Een lavement wordt ook verondersteld besmetting en dus infectie van moeder naar kind te voorkomen (World Health Organization [WHO], 1997). Wagner schrijft echter in zijn onderzoek dat het geven van een lavement geen enkele wetenschappelijke meerwaarde heeft (Wagner, 2001). Er is bovendien een zeker risico dat de darm beschadigt (WHO, 2007). Daarnaast heeft het geven van een lavement geen invloed op de duur van de arbeid, neonatale infecties noch infecties ter hoogte van het perineum. Veel vrouwen zouden een lavement als onaangenaam ervaren (WHO, 1997).

Vaak komt er toch nog wat stoelgang mee tijdens het persen ondanks het lavement. Dit kan komen door het feit dat er onvoldoende hoeveelheid van het lavement gegeven werd of doordat het lavement op het verkeerde moment werd toegediend. Bovendien maken veel vrouwen hun darmen toch leeg op het moment dat de weeën opkomen. Enkel zou het een psychologisch effect kunnen hebben daar sommige vrouwen zich kunnen schamen om stoelgang te maken tijdens het persen. Dit is het enige voordeel en alleen dan kan het gebruik van een lavement gerechtvaardigd zijn (WHO, 1997).

Het uitvoeren van een lavement wordt door veel vrouwen als onaangenaam ervaren. Na de baring komt de stoelgang moeilijker en trager op gang dan indien er geen lavement zou zijn gegeven. In een thuissituatie wordt er aan vrouwen de keuze gelaten of ze al dan niet een lavement willen.

## **Voeding**

Zeer veel ziekenhuizen hanteren het beleid dat er niet of heel weinig gegeten mag worden tijdens de arbeid. Dit beleid vindt zijn oorsprong in jaren '40 toen Dr. Curtis Mendelson eten tijdens de arbeid linkte aan het aspiratie syndroom. Dit zou een verhoogde maternale morbiditeit als gevolg hebben. In die tijd was het echter meer vanzelfsprekend een sectio uit te voeren onder algemene anesthesie. Algemene anesthesie is een indicator voor aspiratie morbiditeit. Tegenwoordig worden echter de meeste sectio's uitgevoerd onder regionale anesthesie. Bovendien zijn de anesthesie technieken zodanig verbeterd dat de incidentie van aspiratie- morbiditeit vele malen verminderd is. Een interessant gegeven is dat in de periode van 1983- 1992 het aantal fatale aspiraties tijdens sectio's in Nederland 0.018 promille bedroeg (0.001 promille als alle bevallingen worden meegerekend). In Nederland wordt in de meeste gevallen de keuze al dan niet te eten overgelaten aan de vrouw in arbeid zelf. Het cijfer van 0.018 promille is vergelijkbaar met de VS en Groot- Brittannië waar het beleid veel strenger is ten aanzien van eten tijdens de arbeid (Daninck, 2009). Het is zelfs zo dat vasten de maagsapproductie en daardoor het maagsapvolume verhoogt wat het risico op aspiratie juist doet toenemen (Daninck, 2009). De vraag mag dan ook gesteld worden of het beleid van niet eten in de arbeid herzien moet worden. Een feit is dat bevallen zwaar werk is wat veel energie kost. Het myometrium van de baarmoeder gebruikt glucose om te kunnen contraheren. Indien er een glucosetekort ontstaat door parturiënten niets of heel weinig te laten eten gaat het lichaam over op het verbranden van een andere energiebron: vetten. Dit zorgt ervoor dat het lichaam in ketose gaat. Er is sprake van concentratieverlies, misselijkheid en een slechte adem. De arbeid blijkt langer bij vrouwen die in ketosis zijn (Daninck, 2009; Laureys, 2008). Een vrouw in arbeid kiest vaak zelf voor een lichte maaltijd, naarmate de arbeid vordert vermindert de wens om te eten. Uit onderzoek is gebleken dat vrouwen die hiervan worden onthouden grotere stressniveaus ervaren. Naast het feit dat het een hydraterend, nuttioneel en comfort- effect heeft, geeft het zelf kunnen bepalen of er al dan niet gegeten mag worden een gevoel van controle te hebben. Worden ze hiervan onthouden dan ervaart 27% de beperking van voedselinname en 57% de beperking van vochtinname als gematigd tot erg stressvol (Simpkin, 1986; Daninck, 2009). Wanneer een koppel kiest om thuis te bevallen zal er geen beperking ten aanzien van de inname van vocht of voedsel worden opgelegd. Hierbij moet vermeld worden dat er bij een thuissituatie per definitie sprake is van een fysiologische geboorte waar de kans op een sectio en dus op een aspiratie- pneumonie veel minder groot is. Toch kan ook in een ziekenhuissetting bij een normale, fysiologische arbeid worden overwogen de vrouw zelf te laten kiezen of ze al dan niet eet/drinkt.

## **Aantal vaginale onderzoeken**

Een vaginaal onderzoek wordt gedaan zowel bij een thuisbevalling als bij een klinische bevalling in het ziekenhuis. Een vaginaal onderzoek is nuttig om de zgn. POVASI te beoordelen; de portio, ontsluiting en de evolutie ervan, verstrijking, de aard van het voorliggend deel, de stand van het caput en de indaling. Hoewel het een betrouwbaar middel is om de mate van ontsluiting vast te stellen, moet er wel rekening worden gehouden met een marge van 1 centimeter. Het toucher blijft een subjectieve beoordeling. De vraag is echter: hoe vaak moet dit onderzoek worden uitgevoerd? De KNOV schrijft in het artikel; Niet Vorderende Ontsluiting dat touchers uitgevoerd

om de twee uur geen meerwaarde hebben. Het is voldoende om elke 4 uur (tenzij er een indicatie is om vroeger te onderzoeken) een toucher uit te voeren om zo de evolutie te kunnen beoordelen. Indien er sprake is van niet vorderende ontsluiting kan dit een indicatie zijn om vaker een vaginaal onderzoek te doen. Het is dan een hulpmiddel om te weten of er al dan niet een interventie moet plaats vinden (KNOV, 2006).

De frequentie van inwendige onderzoeken in België verschilt in vergelijking met thuis of in een ziekenhuis, er is hier echter nog geen wetenschappelijk onderzoek naar gedaan. Thuis is een vroedvrouw zelf verantwoordelijk, ze hoeft enkel de evolutie van de ontsluiting voor zichzelf te beoordelen. In een ziekenhuis in België is de dienstdoende gynaecoloog verantwoordelijk en moet de vroedvrouw niet alleen voor zichzelf de evolutie beoordelen maar ook voor haar supervisor. Dit resulteert in meer onderzoeken om de arts op de hoogte te kunnen stellen. Mijn ervaring is, dat er om de twee uur, of zelfs om het uur wordt getoucheerd. Wanneer een vrouw volledige ontsluiting heeft moet er nog vaker worden onderzocht. Aangezien een vroedvrouw in het ziekenhuis in België de uitdrijving uit handen geeft moet er op tijd gebeld worden naar de arts. Niet te vroeg en niet te laat. Mijn bedenking is dat dit zich uit in het doen van vaginale onderzoeken waarvan verder het nut betwijfeld kan worden.

Herhaald onderzoek is een ingrijpende interventie die als zeer pijnlijk ervaren kan worden. Het is een inbreuk op de privacy en intimiteit (Warren, 1999).

De situatie in Nederland is anders aangezien de verloskundige daar zelf de uitdrijving begeleidt en meerdere onderzoeken in de laatste fase niet nodig zijn.

Naast het vaginaal onderzoek is het observeren van het gedrag van de vrouw een belangrijke parameter om te beoordelen "hoe ver" ze is. Een observatie die niet mag worden vervangen door het gebruik van medische apparatuur of het verrichten van een inwendig onderzoek. Palpatie van de buik en intermitterend luisteren van de foetale harttonen zijn eveneens belangrijk in de beoordeling. Het gebruiken van al deze observatie middelen kunnen het inwendig onderzoek doen verminderen tot het moment waarop er echt noodzaak toe bestaat.

### **Pijnstilling tijdens arbeid en bevalling**

Voor ieder mens is de pijnervaring een andere belevenis die wordt gekleurd door eigen ervaringen, achtergrond en opvoeding. De pijn varieert uiteraard tijdens het verloop van de bevalling. Hoe de pijn wordt ervaren beïnvloedt het gevoel van de vrouw ten aanzien van haar bevalling. Zowel direct na de geboorte als op lange termijn worden er emotionele en psychologische aspecten aan de pijnervaring verbonden.

Tijdens de arbeid wordt pijn bepaald door verschillende factoren:

- de emotionele toestand die de pijndrempel bepaalt
- de contracties van de uterus die pijn veroorzaken
- het foetale caput wat op een bepaald moment in de arbeid druk uitoefent op de bekkenbodern
- het oprekken van de cervix, de ligamenten van de baarmoeder en het oprekken van het perineum.



Een groot verschil tussen een thuis- en een ziekenhuisbevalling zijn de manieren van omgaan met pijnstilling. In een thuissituatie is er geen mogelijkheid om pijn te bestrijden door gebruik te maken van medicatie. Er wordt teruggevallen op andere, vaak effectieve manieren van pijnbestrijding. Hieronder wordt verstaan; ademhalingstechnieken, ontspanningstechnieken, massage, warmte, warm water (bad of douche), muziek, bewegingsvrijheid, vrijheid in houdingen, psychische ondersteuning, rust, aanmoediging, acupressuur, aromatherapie.

### *De functie van pijn*

Pijn tijdens de arbeid is een belangrijk signaal van het lichaam. Als reactie op de pijn zal een vrouw in beweging komen wat maakt dat de foetus "zijn weg zoekt". Door te bewegen verandert het bekken voortdurend van positie wat als voordeel heeft dat het hoofd meer plaats krijgt om in te dalen. Bewegen voorkomt malposities.

Tijdens de uitdrijvingsfase voelt de vrouw door de pijn hoe hard of hoe zacht ze kan persen. De pijn van het snijden van het caput maakt dat de vrouw veel meer gecontroleerd perst en zo worden grote rupturen voorkomen.

Daarnaast produceert een vrouw in arbeid als reactie op pijn endorfines die een pijnstillend effect hebben. Deze endorfines komen tevens bij de baby terecht waardoor het kind ook minder pijn voelt. Zo wordt bij een natuurlijke bevalling de pijn niet alleen verminderd bij de moeder maar ook bij het kind! (Moons & Geerdens, 2001). In het geval van een natuurlijke, fysiologische bevalling is er om die reden geen extra pijnstilling nodig buiten de hier boven beschreven manieren. Bovendien is een natuurlijke, fysiologische geboorte een diepe, levensverrijkende ervaring waar in de rest van het leven enorm veel kracht uit kan worden gehaald.

Het feit dat bovengenoemde manieren van pijnstilling in de thuissituatie worden toegepast wil niet zeggen dat dit niet kan of haalbaar is in een ziekenhuis omgeving. Echter, in een klinische omgeving wordt er snel gegrepen naar pijnbestrijding in de vorm van medicatie zoals de epidurale verdoving. In België bevalt 66,60% van alle vrouwen onder epidurale verdoving tegenover 31,7% in 1991 (SPE, 2007). Deze enorme toename is deels te wijten aan de vraag van vrouwen om te kunnen bevallen met een ruggenprik. Waar komt deze toename in vraag vandaan?

Veel vrouwen leven in grote angst en onzekerheid naar de bevalling toe. In de huidige maatschappij staan mensen erg ver van hun oorspronkelijke natuur af. Bij ziekten en pijn wordt er automatisch gezocht naar verlichting in de vorm van pijnstilling en overmatig gebruik van antibiotica. Pijn, waaronder ook de baringspijn, is een niet meer geaccepteerd onderdeel van de samenleving. Een veel gehoord argument is dat er tegenwoordig toch niet meer zo geleden hoeft te worden om een kind te baren. Doordat vele vrouwen vervreemd zijn van de baringspijn heerst er grote angst. Angst voor de pijn doet pijn alleen maar toe nemen. In plaats van mee te gaan met de pijn wordt er verzet tegen de pijn. Dit heeft een tegenovergesteld effect. Een goede voorbereiding heeft echter een positief effect. Een betere voorbereiding geeft vertrouwen in het eigen kunnen, het onbekende is minder angstaanjagend. Uit onderzoek is gebleken dat vrouwen met een goede voorbereiding op voorhand minder nood hebben aan epidurale verdoving, ze zijn meer tevreden over hun bevalling en zijn rustiger tijdens hun bevalling (Van der Hulst, 1996)

Ook zijn artsen niet weigerachtig ten opzichte van het geven van een epidurale verdoving daar het relatief veilig is en de bevalling voor de clinicus een stuk vergemakkelijkt. Wagner zegt hierover: "Barenden met een epidurale verdoving zijn meer "meegaand", hetgeen de voorkeur is van de gynaecologen." (Moons et al., 2001). Eventueel noodzakelijk ingrijpen, wordt een stuk gemakkelijker. De vrouw kan bevallen in lithothomie houding wat een goed overzicht geeft en rug besparend is voor de zorgverlener. De bevalling kan meer "gepland" worden doordat het eenvoudig is de weeën te versterken via een infuus.

Maar is deze epidurale verdoving nu wel echt zo veilig in het geval van een laagrisico bevalling? De volgende drie onderzoekers; Anim- Somuah M., Smyth R. en Howell C. hebben in 2005 een groot onderzoek gepubliceerd met als titel: Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Deze drie onderzoekers hebben 21 studies waar 6664 vrouwen aan hebben deelgenomen naast elkaar gezet.

De volgende conclusies werden getrokken:

- Epidurale verdoving leidt tot een verhoging van het aantal kunstverlossingen (zie ook het volgende puntje) (Anim- Somuah M., Smyth R., Howell C., 2005).
- Er treedt een verlenging op van de 2<sup>e</sup> fase van de arbeid. De moeder voelt in vele gevallen haar persweeën niet meer opkomen en moet volgens instructie persen. Dit kan resulteren in ernstige gevolgen voor de bekkenbodem. Tevens wordt er om die reden meer gebruik gemaakt van een forceps of vacuüm- verlossing (Anim- Somuah et al., 2005).
- De studie vermeldt dat er geen bewijs te vinden is dat de epidurale verdoving meer risico geeft op een sectio. Echter, in de bedenkingen wordt vermeld dat er geen significant verschil zou zijn, maar dat dit niet betekent dat er geen melding gemaakt van moet worden naar aanstaande ouders. Er is nl. wel een verhoogd risico op een sectio, het risico is echter te klein om significant te zijn (Anim- Somuah et al., 2005). Dit wil dus niet zeggen dat er geen verhoogd risico is! Volgens Kitzinger (2002) is het aantal sectio's echter twee keer zo hoog.
- Vaak is er bijkomende stimulatie van weeën nodig in de vorm van intra- veneus toedienen van oxytocine (Anim- Somuah et al. 2005).
- Een mogelijk gevolg van de epidurale verdoving is een bloeddrukval bij de moeder. Een verlies van meer dan 20% van de tensie van de moeder resulteert vaak in daling van de bloedtoevoer van moeder naar de foetus (Anim- Somuah et al., 2005). De foetus komt hierdoor in hypoxie, wat zich uit in verlaagde harttonen op het CTG. Zodoende is continu bewaking van de foetale harttonen noodzakelijk.
- Aangezien de moeder niet meer kan rondlopen is ze ook niet meer in staat om zelfstandig naar het toilet te gaan. Hierdoor zal ze moeten worden gekatheteriseerd (Anim- Somuah et al., 2005) wat meer urineweg infecties als gevolg heeft.
- Geen bewegingsvrijheid heeft ook als nadeel dat er sneller malposities van het foetale hoofd ontstaan. Uit het onderzoek is gebleken dat er een relatie bestaat tussen epidurale verdoving en malposities van het foetale hoofd (Anim- Somuah et al., 2005).
- Bij de moeder is er vaker sprake van intra- partale koorts wat gevolgen heeft voor de baby. Deze doet veelal ook temperatuurstijgingen wat resulteert in meer neonatale opnames en antibiotica gebruik (Anim- Somuah et al., 2005).
- Enkele nadelige effecten op de vrouw zijn; jeuk, duizeligheid en bibberen (Anim- Somuah et al., 2005).

- Hoofdpijnklachten vanwege het doorprikken van de dura mater is ook vermeld. Een blood patch is dan nodig (Anim- Somuah et al., 2005).
- Er is een grotere nood aan resuscitatie gemeld bij de neonatus van vrouwen die gebruik hebben gemaakt van de epidurale verdoving (Anim- Somuah et al., 2005).
- De eerste uren na de geboorte zijn er meer pasgeborenen met een laag bloedsuiker gehalte (Anim- Somuah et al., 2005).
- Uit onderzoek (Geerdens, 2002) blijkt dat bij een pasgeborene handbewegingen voorkomen die de moederborst lijken te masseren. Deze masserende bewegingen geven een erectie van de tepel en aureola wat het aanhappen vergemakkelijkt en het melk let- down reflex meer effectief wordt. Bovendien worden er door het zuigen oxytocines vrijgegeven wat baarmoedercontracties veroorzaakt in de post-partum periode wat post-partum bloedingen doet voorkomen. Het hechtingsproces wordt tevens gestimuleerd wegens het vrijkomen van oxytocines ofwel het "liefdeshormoon". Echter, baby's waarvan de moeder een epidurale verdoving kreeg maakten veel minder, of van heel korte duur, masserende bewegingen. Het is bewezen dat deze kinderen veel meer huilden, hun temperatuur hoger was en ze zeer weinig zuigbewegingen vertoonden in vergelijking met baby's van moeders die zonder epidurale verdoving waren bevallen. De eerste borstvoeding is hiermee verstoord wat de bovengenoemde voordelen teniet doet en het verdere verloop van de borstvoeding moeilijker wordt.
- De eerste maand na de geboorte zijn er nadelige effecten van de epidurale verdoving merkbaar bij kinderen. Vanwege het feit dat de medicatie de navelstreng passeert is gebleken dat deze kinderen minder alert en wakker zijn. Bovendien reageren ze minder goed op hun moeder (Moons et al., 2001).
- Vrouwen met een epidurale verdoving voelden zelf wel pijnvermindering maar hun kinderen niet. De natuurlijke endorfines die bij een fysiologische bevalling vrijkomen worden niet geproduceerd in het geval van een epidurale. "Ingrijpen op de pijn bij de moeder door een ruggenprik kan dus pijn veroorzaken bij het kind." (Moons et al., 2001) Samen met oxytocine zorgen endorfines ook voor een groot bindingsgevoel bij moeder en kind. Endorfine is een opiaat die een bepaalde vorm van afhankelijkheid creëert wat het hechtingsproces versterkt. Zonder endorfines zal het hechtingsproces langzamer op gang komen (Moons et al., 2001).
- Een niet onderzocht, maar mijn inziens belangrijk gegeven is de kostprijs voor de maatschappij die een epidurale verdoving met zich meebrengt. Uiteraard is deze vorm van pijnstilling vele malen duurder dan de niet medicamenteuze methodes.
- Een ander heel belangrijk punt is de opmerking dat de lange termijneffecten van een epidurale verdoving op de neonatus onbekend zijn (Anim- Somuah et al., 2005).
- Een opmerkelijk feit wordt beschreven in een ander onderzoek. Hier werden de herinneringen van vrouwen beschreven ten aanzien van pijn tijdens de arbeid en bevalling. Het blijkt dat vrouwen die gekozen hadden voor een epidurale verdoving de pijn als meer intens hebben ervaren dan vrouwen die niet kozen voor een epidurale verdoving. Zelfs 5 jaar na de bevalling herinneren de vrouwen met epidurale verdoving de pijn als meer intens dan de zonder epidurale verdoving bevallen vrouwen (Waldenstrom & Schytt, 2008). Opmerkelijk, aangezien ze toch beduidend minder pijn zullen hebben ervaren dan de vrouwen die zonder ruggenprik zijn bevallen!

Afhankelijk van de prenatale voorbereiding zijn de risico's en nadelen al dan niet bekend bij de aanstaande ouders. Mijn voorstel zou zijn om alle aanstaande ouders de juiste en volledige (!) informatie te geven zodat er een weloverwogen beslissing gemaakt kan worden.

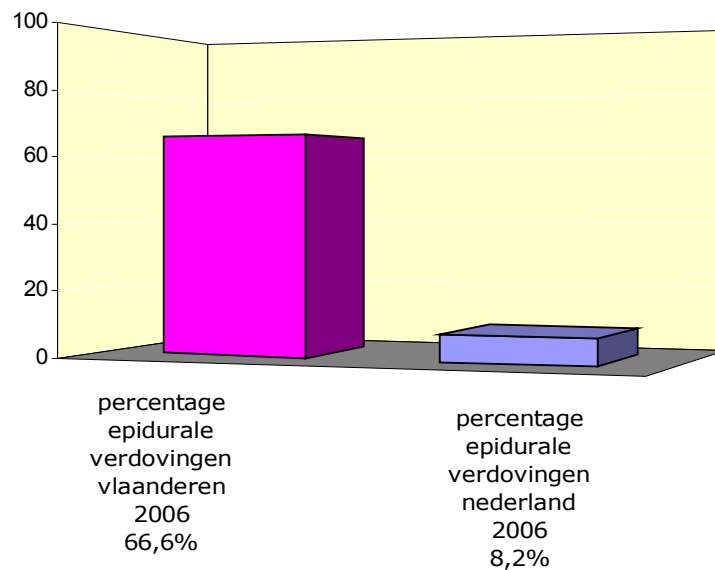


Fig. 3: Epidurale verdoving: Vlaanderen/Nederland

Zoals in de grafiek duidelijk wordt krijgen veel meer vrouwen in Vlaanderen een epidurale verdoving dan in Nederland. Een verklaring hiervoor ligt in het feit dat er in Nederland meer vanuit wordt gegaan dat iedere vrouw in een normale situatie de baringspijn aankan. Toch heerst er ook in Nederland een verwoede discussie over het al dan niet kunnen verkrijgen van een epidurale verdoving. In vele ziekenhuizen kan een vrouw in partu nog altijd niet op ieder moment een epidurale verdoving verkrijgen. Dit stuit op veel verzet. Naar aanleiding daarvan werd er een conceptierichtlijn omtrent pijnbestrijding opgesteld. Deze richtlijn stelt verschillende richtlijnen voor zoals: (Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie [NVA] en Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie [NVOG], 2008)

- de verschillende groepen zorgverleners dienen te erkennen dat adequate pijnbehandeling tijdens de baring op verzoek van de barendende vrouw geen luxe, gunst of punt van discussie is, maar vanzelfsprekende en noodzakelijke zorg
- iedere barendende vrouw dient op haar verzoek een adequate vorm van pijnbestrijding te kunnen krijgen, 24 uren beschikbaarheid van een anesthesist wordt dan ook ten zeerste aangeraden
- de richtlijn geeft epidurale verdoving de voorkeur boven andere vormen van pijnstilling zoals

**Entonox:** dit is beter bekend als lachgas, N<sub>2</sub>O. Entonox heeft slechts een beperkte effectiviteit in de behandeling van pijn tijdens de partus. Het is enkel bij een kortdurende toepassing veilig voor moeder en kind. Entonox kan namelijk schade berokkenen bij het kind wanneer de moeder er te lang aan blootgesteld wordt. De werkgroep raadt het gebruik van lachgas op de verloskamer dan ook niet aan als pijnbehandeling.

**Pethidine:** dit is een opiaat welke intraveneus, intramusculair of subcutaan toegediend kan worden. De pijnstillende werking hangt af van de intensiviteit van de pijn, dus bij zeer sterke pijn is de werking zeer beperkt. Pethidine kan misselijkheid, braken, sedatie en neonatale ademdepressie direct na de geboorte veroorzaken.

**Remifentanil:** dit is een relatief eenvoudig en snel toe te dienen synthetisch opiaat welke vaak patiënt-gecontroleerd intraveneus toegediend wordt. Remifentanil heeft geen gevolgen naar de neonaat toe, maar kan bij een overdosering binnen de 60 seconden een ademstilstand veroorzaken. Daarom mag Remifentanil enkel toegediend worden onder volledige monitoring van moeder en kind en is een vereiste dat er direct kan beademd worden indien nodig (materiaal + gespecialiseerd personeel). De richtlijn raadt dan ook aan om verder onderzoek af te wachten vooraleer conclusies te trekken omtrent Remifentanil als geschikte pijnbestrijding.

De richtlijn moet momenteel nog doorgevoerd worden.

## **Inductie**

De definitie van inductie van de NVOG<sup>6</sup> luidt als volgt:

“Onder inductie van de baring wordt verstaan het kunstmatig op gang brengen van de baring in het tweede en derde trimester van de zwangerschap. Inductie van de baring is geïndiceerd wanneer voortbestaan van de zwangerschap om foeto- en/of maternale redenen ongewenst is. Inductie van de baring gaat echter ook gepaard met een verhoogd risico op maternale en perinatale morbiditeit en mortaliteit.” (NVOG, 2006).

Als er sprake is van inductie zou er altijd sprake moeten zijn van een bepaalde vorm van pathologie. Deze pathologie bestaat over het algemeen uit een abruptio placentae, voortijdig breken van de vliezen, seroniteit, foetale nood en pre-eclampsie (Rayburn & Zhang, 2002). In België wordt er echter zeer vaak geïnduceerd zonder dat daar een medische noodzaak voor is. Dit wordt een electieve inductie genoemd. Het is zeer zelden dat een zwangerschap wordt uitgedragen tot 42 weken. Veelal wordt er geïnduceerd op vraag van de vrouwen om de reden “dat ze het beu zijn”. Het kunnen plannen van de geboorte komt het koppel, de familie en de zorgverlener vaak erg goed uit. De website van de VVOG<sup>7</sup> zegt hierover: “Een “niet-medisch geïndiceerde inductie” kan gebeuren met het

oog op zekere logistieke voordelen die zowel de medische opstelling als de schikkingen van de zwangere kunnen betreffen. Het is een aanvaarde methode voor het beëindigen van een zwangerschap à terme, als zij wordt uitgevoerd volgens de regels van de kunst na overleg en met de toestemming van de zwangere. Zij kan echter gepaard gaan met een licht verhoogde morbiditeit.” (VVOG, 1999).

Ook wordt een gunstige Bisshop score veel als reden van inductie opgegeven (Rayburn et al., 2002).

Daarnaast beweren sommige gynaecologen dat na 41 weken de functie van de placenta zo ver

---

<sup>6</sup> NVOG: Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

<sup>7</sup> VVOG: Vlaamse Vereniging Obstetrie en Gynaecologie

afneemt dat het niet verantwoord zou zijn af te wachten tot 42 weken. Volgens de Nederlandse Verloskundige Indicatielijst wordt er gesproken van seroniteit na 42 weken. Pas dan zou de functie van de placenta afnemen. In Nederland wordt er veel minder geïnduceerd en mogen vrouwen over het algemeen hun zwangerschap tot 42 weken uitdragen. In de 43<sup>e</sup> week wordt de functie van de placenta nagegaan en de foetale conditie goed in de gaten gehouden. In overleg met het koppel wordt er besloten hoe en wanneer er zal worden geïnduceerd.

#### *Hoe te induceren?*

Volgende tabel is overgenomen van de werkgroep verloskunde van de VVOG uit de consensus; Inductie van de baring, 1999.

Tabel 2: Overzicht inductie methoden

Overzicht inductie methode
<ol style="list-style-type: none"><li>1) uitsluiten contra-indicaties</li><li>2) evaluatie van de cervix d.m.v. Bishop score</li><li>3) uitkiezen inductie techniek<ol style="list-style-type: none"><li>a) bij rijpe cervix : - amniotomie en/of - oxytocine of prostaglandines</li><li>b) bij onrijpe cervix: - prostaglandines</li></ol></li><li>4) evaluatie verloop van de arbeid</li><li>5) bewaking van de foetus en van de parturiënte</li></ol>

Bron: Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (1999). *Consensus: Inductie van de baring*. Utrecht.

Er bestaan tevens een aantal niet-farmacologische technieken. Deze omvatten het strippen van de vliezen, tepelstimulatie en mechanische cervixdilatatie. Strippen van de vliezen is een techniek meestal toegepast op 41 weken zwangerschap om seroniteit te voorkomen. Het resulteert in meer spontane baringen en minder inducties zonder toename van maternale of neonatale infecties. Tepelstimulatie resulteert in een significante reductie van het aantal zwangeren dat na 72 uur nog niet in partu is vergeleken bij geen interventie bij zwangeren met een rijpe cervix (NVOG, 2006).

#### *Risico's van chemische inductie*

Het induceren van een fysiologische zwangerschap kan problemen tijdens de arbeid en bevalling veroorzaken. Veel van de volgende uitkomsten zijn gebaseerd op een onderzoek uitgevoerd in Vlaanderen in 1997, gepubliceerd in 2002 in het tijdschrift *American Journal Obstetry Gynecology*.

- Door te induceren worden er geen natuurlijke endorfines aangemaakt die tijdens een natuurlijke baring zorgen voor pijnstilling. Uit onderzoek is gebleken dat vrouwen die worden geïnduceerd hierdoor vaker een epidurale verdoving ontvangen. Dit leidt op zijn beurt weer in een minder efficiënte arbeid (Wagner, 2000).
  - Geïnduceerde vrouwen bevallen vaker via een kunstverlossing, er is een toename van schouderdystocie en meer vrouwen ondergaan een sectio (Cammu, Martens, Ruysinck, Amy, 2002).
  - Meer baby's worden opgenomen op de neonatale afdeling vanwege foetale nood bij vrouwen die zijn geïnduceerd. Bovendien is er een verhoogde kans op neonatale hyperbilirubinemie (Wagner, 2000).
  - Vrouwen die worden geïnduceerd bevallen vaker overdag tijdens werkuren en significant minder tijdens de nacht (Cammu et al., 2002).
  - De WHO zegt over inductie: voor het gemak mag een geboorte niet worden opgewekt, enkel wanneer er sprake is van een medische noodzaak mag er worden overgegaan tot inductie van de arbeid. De richtlijn is een maximum van 10%.
- Ook hier is het weer van belang dat koppels goed worden geïnformeerd over de mogelijke risico's van inductie.

Een verschil in de consensus over inductie van de NVOG en de VVOG is dat op de website van de NVOG in Nederland ook niet- farmacologische manieren van inductie vermeld worden. Deze ontbreken in de consensus van de VVOG. Bovendien spreekt de NVOG van een verhoogde morbiditeit en mortaliteit bij inductie, de VVOG spreekt van een licht verhoogde morbiditeit en mortaliteit.

Opvallend is het feit dat er in 2006 meer inducties plaatsvonden in Nederland dan in Vlaanderen (zie fig. 4). Verwacht zou worden dat meer inducties zouden plaatsvinden in Vlaanderen vanwege het soepeler beleid ten aanzien van het induceren. Een reden hiervoor kan liggen in het feit dat in Nederland ook niet- farmacologische manieren van inductie worden meegerekend.

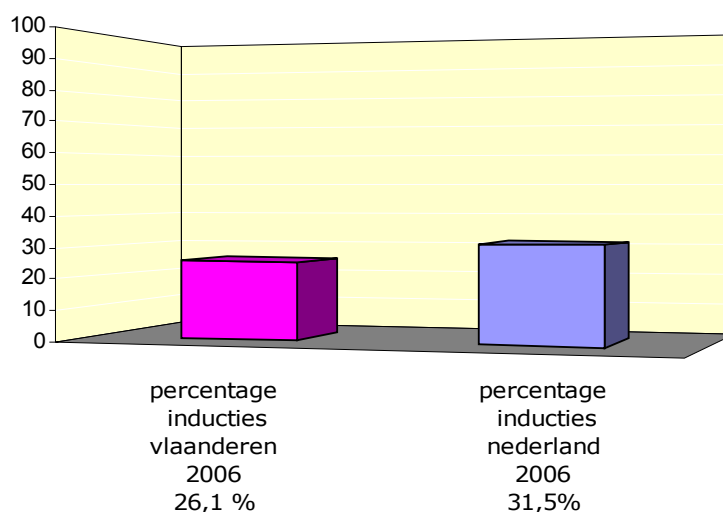


Fig. 4: Inductiepercentage Vlaanderen/Nederland

## **Amniotomie**

Onder amniotomie wordt verstaan: het breken van de vliezen. Amniotomie wordt gebruikt voor verschillende doeleinden.

Een amniotomie kan worden gedaan om de baring in te leiden. Dit gebeurt veelal bij een gunstige Bishop score en er is een minimale ontsluiting vereist.

Een andere reden om een amniotomie uit te voeren is om de arbeid te optimaliseren wanneer er sprake is van niet- vorderende ontsluiting. Door de vliezen te breken wordt er een extra hoeveelheid aan prostaglandines vrijgegeven wat voor een stimulans kan zorgen in de weeën activiteit. Bovendien drukt het hoofd van de baby nadat het vruchtwater is afgelopen tegen de cervix wat de ontsluiting sneller kan doen gaan. Het is bewezen (KNOV, 2006) dat de eerste fase 20 tot 60 minuten korter duurt wanneer men de vliezen breekt. De WHO zegt dat er echter pas gesproken kan worden van niet- vorderende ontsluiting wanneer er in de eerste fase 8 uren verstrijken zonder evolutie in de ontsluiting of verandering van de cervix. Eerder ingrijpen in deze fase is niet wetenschappelijk verantwoord, ook al zorgt het breken van de vliezen in de eerste fase voor een verkorting van eerste fase (Wagner, 2000).

Het breken van de vliezen is ook een manier om te controleren of de baby al dan niet meconium heeft geloosd in het vruchtwater. Op deze wijze kan de foetale conditie beoordeeld worden.

Een laatste reden voor amniotomie is het willen plaatsen van een inwendige elektrode, eveneens om de foetale conditie te beoordelen. Dit kan aangewezen zijn indien er het vermoeden bestaat dat er een pathologie kan ontstaan tijdens de arbeid.

Het bewaren van de vliezen heeft echter veel belangrijke fysiologische voordelen. De contracties zijn na het breken van de vliezen veel feller en dus veel pijnlijker. Indien de weeën sterk genoeg zijn is er dus geen enkele reden te vliezen te breken. De vruchtzak geeft een grotere druk op de cervix waardoor de ontsluiting vlotter verloopt. Bovendien is de baby op een natuurlijke manier beschermd tegen infecties. Ook geeft het vruchtwater een goede bescherming tegen de grote druk waarmee weeën gepaard gaan. De navelstreng en de placenta komen niet onder die grote druk te staan waardoor een goede zuurstof doorvoer gewaarborgd blijft (Wagner, 2000).

Er is tevens een risico verbonden aan het breken van de vliezen. Er is meer kans op een infectie, zeker als de vliezen vroeg in de arbeid gebroken worden en er nog vele uren overeen gaan voordat de baby geboren zal worden. Er doet zich vaker foetale stress voor (Wagner, 2000). Daarnaast is er het risico op een navelstrengprolaps indien het hoofd nog niet volledig ingedaald was. Ook bestaat er een grotere kans op een loslating van de placenta.

In een ziekenhuis worden de vliezen tijdens de arbeid echter vaak gebroken zonder dat daar een echte reden toe is. Het is een invasieve ingreep die als zeer vervelend wordt ervaren door vele vrouwen aangezien de weeën daarna veel feller en dus veel pijnlijker zijn. In een thuissituatie



worden de vliezen zelden onnodig gebroken. Het kind kan dan geboren worden "met de helm op".

## **Houdingen tijdens arbeid en bevalling**

### *Arbeid*

Elke vroedvrouw weet dat de juiste houding een belangrijke rol kan spelen tijdens het geboorteproces. Als de vrouw verschillende houdingen aanneemt tijdens de arbeid/bevalling kan dit een positief effect hebben op (Simkin, P., Ancheta, S., Tuyl, T. van, 2003):

- de aanpassing van het bekken ten opzichte van de vorm en de ruimte
- de frequentie, duur en effectiviteit van de weeën
- een optimale hoek gevormd door middel van de as van de baby's ruggengraat en de as van het geboortekanaal (= 'Drive-Angle')
- de zwaartekracht
- een betere zuurstofvoorziening voor de baby
- verkeerde ligging zoals A.a.a (achterhoofd achter-ligging), asynclitisme, deflexie...

Een verhoogde mobiliteit tijdens de arbeid doet ook de vraag naar pijnstilling dalen, kort de duur van de arbeid in, zorgt voor minder foetale stress... (Walsh, 2007).

De houding waarbij de vrouw zich het meest comfortabel voelt, is in de meeste situaties de meest geschikte houding. Daarom is het belangrijk om als vroedvrouw de vrouw aan te moedigen van houding te veranderen en de houding te zoeken die op dat moment het meest bij haar past.

Ook het bewegen tijdens de arbeid is belangrijk. Door het bewegen van het bekken, veranderen de bekkenbeenderen continu ten opzichte van elkaar, wat de baby kan helpen zich in een goede positie te manoeuvreren (Simkin et al., 2003). Onderzoek heeft ook uitgewezen dat bewegen tijdens de arbeid de vraag naar pijnstilling doet dalen en de vrouw nadien meer tevreden doet terugkijken op haar bevalling (Walsh, 2007).

Ondanks de vele voordelen van bewegen en verschillende houdingen uitproberen, zien we in het ziekenhuis dat de houding vaak beperkt blijft tot het liggen in bed. Het bed staat dan ook in de meeste arbeidskamers centraal. Toch zie je op meer en meer arbeidskamers ook een zitbal verschijnen, welke de vroedvrouw kan aanreiken om zo een verticale positie in combinatie met beweging aan te moedigen. In vernieuwde verlosafdelingen zien we ook steeds vaker een douche en/of relaxatiebad verschijnen, waardoor de vrouw ook "uit bed" gehaald wordt.

Maar de vaginale onderzoeken en continue electro-foetale monitoring zorgen er des te meer voor dat de vrouw uiteindelijk in bed blijft liggen.

### *De bevalling*

In het ziekenhuis bevalt het overgrote gedeelte van de vrouwen in gynaecologische houding. Deze houding heeft als enige voordeel dat de geboortebegeleider een beter zicht heeft op de uitdrijving en het perineum. Dit "voordeel" is evengoed een nadeel, aangezien daardoor de

verleiding veel groter is om actief beleid te voeren tijdens de geboorte wanneer dit niet steeds nodig is. Andere nadelen van deze houding zijn:

- door het vena-cava-syndroom en bloeddrukverlaging bij de moeder vermindert de zuurstoftoevoer naar de baby, waardoor deze tussen de weeën door niet ten volle kan recupereren
- het brengt de baby in een ongunstige hoek om geboren te worden, aangezien er tegen de zwaartekracht in moet geperst worden, versterkt door de kromming van het baringskanaal naar boven toe ter hoogte van de bekkenuitgang
- de beweeglijkheid van het bekken wordt belemmerd
- de gynaecologische houding wordt door vrouwen vaak als een stressvolle houding ervaren, waarbij zij zich bekeken voelen (Simkin et al., 2003)

Naast de gynaecologische houding zien we dat in sommige ziekenhuizen de mogelijkheid bestaat om op de baarkruk te bevallen. Ook het bevallingsbad doet op steeds meer verlosafdelingen zijn intrede. Jammer genoeg zien we dat veel vrouwen niet genoeg op de hoogte zijn van deze alternatieven, waardoor de meerderheid nog steeds op de gynaecologische stoel bevalt.

Opnieuw zou de keuze aan de vrouw moeten gelaten worden in welke houding zij het liefst wil bevallen. Daarbij valt op dat verticale houdingen vaak de voorkeur genieten, vooral bij vrouwen die al eerder in een verticale positie zijn bevallen (De Jonge et al., 2004). Verticale houdingen hebben dan ook verschillende voordelen: (De Jonge et al., 2004)

- de tweede fase van de arbeid duurt minder lang
- er worden minder episiotomieën geplaatst
- de vrouw kan gemakkelijker in de juiste richting meeduwen
- minder bloeddrukdalingen en een beter zuurstoftoevoer naar de baby, waardoor de foetale harttonen meer optimaal blijven
- een optimale beweeglijkheid van het bekken

Het enige nadeel wat aan deze positie wordt verbonden is een verhoogde hoeveelheid bloedverlies (>500ml), maar het is niet duidelijk of dit verschil te wijten is aan het meer accuraat opmeten van het bloedverlies in verticale positie (Walsh, 2007).

#### *De ruit van Michaëlis (Wickham, 2002; Geerdens, 2003)*

De ruit van Michaëlis wordt gevormd door vier punten op de onderrug:

- de plaatsen waar de spieren en banden van de lendenen en de bekkenstreek zich vasthechten aan de achterste bovenste darmbeendoorn vormen de linkse en rechtse uitwendige hoeken van de ruit
- het rugvlak van het sacrum en de bovenste achterste hechting van de bilspieren vormen de onderste hoek van de ruit
- de laatste lumbale werveldoorn vormt de bovenste hoek van de ruit

Tijdens de uitdrijvingsfase speelt deze ruit een belangrijke rol. Op het moment dat de uitdrijving begint beweegt de ruit van Michaëlis tot 2cm naar achter en zwaaien de ossae illiae naar buiten. Er verschijnt als het ware "een buil" op de onderrug van de moeder. Daarnaast ziet men vaak dat de vrouw zich opwaarts zal strekken en een stevig voorwerp zal willen vastgrijpen, haar lichaam naar voren zal laten zakken en haar knieën zal uitrollen, haar rug zal krommen en gaat wiegen

met haar onderlichaam. De uitzetting duurt gewoonlijk maar enkele minuten, tot de voeten van de baby geboren zijn.

Maar hoe valt deze beweging te verklaren?

Op dit moment is er nog geen voldoende onderzoek gedaan naar de ruit van Michaëlis. De verklaring is dan ook nog altijd hypothetisch. Momenteel gaat men ervan uit dat de achterkant van het hoofd van de baby in contact komt met een zenuwplexus vooraan in het bekken.

Sommigen linken deze plexus aan de Ferguson-reflex of aan het G-punt, Michel Odent (1987) spreekt dan weer over het foetaal ejectiereflex.

De ruit van Michaëlis zal door bepaalde houdingen niet bewegen namelijk:

- in ruglig met de benen opgetrokken
- wanneer de vrouw haar handen in de knieholten heeft en haar benen zo naar haar buik toe optrekt
- een epidurale verdoving verstoort de bezenuwing waardoor de prikkeling geblokkeerd wordt

Tabel 3: Bekkenmaten voor en na beweging ruit van Michaëlis

Normaal	Dwars	Schuin	Voorachterwaarts
Bekkeningang	13cm	12cm	11cm
Bekkenholte	12cm	12cm	12cm
Bekkenuitgang	11cm	12cm	13cm
Na beweging ruit van Michaëlis			
Bekkeningang	15cm	14cm	13cm
Bekkenholte	14cm	14cm	14cm
Bekkenuitgang	13cm	14cm	16cm

Bron: Mayes Midwifery, 2006<sup>8</sup>; Geerdens, 2003

<sup>8</sup>Henderson, C., Macdonald, S., *Mayes Midwifery. A textbook for Midwives*. 13<sup>th</sup> edition, London, Ballière Tindall, 2006. 1277 blz.

## **Geïnstrueerd persen versus spontaan persen**

“Een vrouw kan een kind krijgen, zonder dat ze het bewust naar buiten perst. Dan doet haar baarmoeder het werk.” (Kitzinger, 2001)

### *Geïnstrueerd persen*

Bij geïnstrueerd persen krijgt de vrouw instructies omtrent

- het tijdstip van het persen (wanneer starten/stoppen)
- hoe lang ze moet persen
- in welke houding ze moet persen
- hoe ze moet ademen tijdens het persen
- welk geluid ze (niet) mag maken tijdens het persen
- hoe hard ze moet persen
- in welke richting ze moet duwen
- het wegduwen van de vingers van de geboortebegeleider tijdens een vaginaal onderzoek (Walsh, 2007)

De vrouw zal meestal in de gynaecologische stoel gepositioneerd zitten, moet haar hoofd wat opheffen, kin op de borst brengen, knieën naar de schouders toe trekken en tijdens een contractie persen door middel van de adem te blokkeren (Valsalva manoeuvre) en naar onderen te duwen. Er wordt niet steeds gewacht op spontane persdrang (WHO, 1997).

Het geïnstrueerd persen, zoals deze in het ziekenhuis vaak toegepast wordt, is niet de beste manier van persen tijdens de uitdrijvingsfase. Wetenschappelijk onderzoek wees uit dat persen volgens het Valsalva manoeuvre (= poging lucht uit het lichaam te persen terwijl men de adem inhoudt) in combinatie met de lithotomiehouding of gynaecologische houding vooral nadelen heeft.

Deze nadelige effecten zijn:

- snellere uitputting van de vrouw
- meer kunstverlossingen
- een hoger percentage episiotomieën en rupturen
- nadelig effect op de bekkenbodemspieren, in het bijzonder urinaire stressincontinentie, door de snelle rek van het baringskanaal, de bekkenbodemspieren en de ligamenten (Simkin et al., 2003; Walsh, 2007)
- door het vena-cava-syndroom vermindert de zuurstoftoevoer naar de baby
- een toename van het CO<sup>2</sup>-gehalte in het bloed tot de vrouw opnieuw naar adem hapt
- het brengt de baby in een ongunstige hoek om geboren te worden aangezien er tegen de zwaartekracht in geperst moet worden
- wordt door vrouwen vaak als een stressvolle houding ervaren, waarbij zij zich bekeken voelen (Simkin et al., 2003)

## *Spontaan persen*

- er wordt gewacht op spontane persdrang (Kitzinger, 2001)
- de vrouw mag haar ademhalingspatroon zelf bepalen
- de vrouw kiest zelf wanneer zij meeduwt, vaak is dit wanneer de contractie op zijn hoogste punt is
- er wordt geen houding aangebracht; de vrouw kiest zelf in welke houding zich zij het meest comfortabel voelt om mee te duwen (WHO, 1997)
- er is een open glottis; de vrouw mag geluid maken tijdens het persen
- de vrouw volgt de signalen van haar eigen lichaam; zij duwt wanneer haar lichaam dit aangeeft
- de geboortebegleiter geeft geen instructies, enkel aanmoediging (Simkin et al., 2003; Walsh, 2007)

Reeds vele onderzoeken toonden de effectiviteit van het spontaan persen aan. De zuurstoftoevoer van moeder naar kind blijft gedurende het persen optimaal, de bekkenbodemspieren worden gespaard en het perineum kan geleidelijk aan oprekken. Vaak zal men spontaan een verticale positie aannemen tijdens de uitdrijving, aangezien vele vrouwen ervaren dat deze houdingen de persdrang bevorderen en richtinggevend werken. Bovendien helpt ook de zwaartekracht bij een verticale houding een handje mee (Simkin et al., 2003; Walsh, 2007). Daarnaast wordt bij het spontaan persen gewacht op persdrang. Deze wordt gestimuleerd door de Ferguson-reflex. Deze reflex ontstaat door de druk van het voorliggend deel van de baby op de spieren van het perineum. De aanwezige oxytocinereceptoren ter hoogte van het perineum zorgen voor een extra stoot oxytocine, waarop er sterkere contracties en onweerstaanbare persdrang zullen volgen (Kitzinger, 2001; Geerdens, 2005).

Hoe lang mag de uitdrijvingsfase duren?

Zolang zowel moeder als kind in goed conditie zijn en er is progressie te zien bij het indalen van het hoofd van de baby, is er geen reden tot ingrijpen. De WHO geeft als richtlijn dat de uitdrijvingsfase twee uur bij nulliparae en 1 uur bij multiparae mag duren (WHO, 1997).

## **Scheren**

Scheren hoort in vele ziekenhuizen tot de standaard procedure. Het schaamhaar wordt volledig of gedeeltelijk ter hoogte van het perineum weggeschoren wanneer de vrouw in de gynaecologische stoel geïnstalleerd wordt. Redenen voor het scheren zijn:

- de kans op een infectie verkleinen bij een eventuele ruptuur of episiotomie
- het hechten gemakkelijker te maken

Uit verschillende wetenschappelijke onderzoeken is echter gebleken dat het scheren van de pubis en/of het perineum een overbodige handeling is. De kans op infectie wordt niet verkleind door het schaamhaar te scheren. Daarnaast kunnen er door het scheren kleine wondjes ontstaan rondom de haarfollikeltjes, welke geïrriteerd kunnen raken (Romney, 1980). De vrouwen die geschoren werden, klagen na de ingreep vooral van vervelende jeuk. Zij ervaren het scheren als vervelend (Romney, 1980; Basevi et al., 2000).

Hieruit kunnen we concluderen dat het wegscheren van het schaamhaar een overbodige handeling is die geen enkele meerwaarde biedt voor zowel moeder als kind.

## **Episiotomie**

Al te vaak wordt een episiotomie routinematig toegepast. Enkele redenen, welke in praktijk worden gezegd, maar daarom niet steeds wetenschappelijk zijn onderbouwd, zijn:

- wanneer de huid niet meer doorbloed wordt (witverkleuring) en als gevolg daarvan zal inscheuren
- wanneer de vrouw ongecontroleerd perst
- kans op totaal ruptuur
- routineprocedure
- kunstverlossing (ventouse/forceps)
- totaalruptuur bij een vorige partus
- preventie van trauma's ter hoogte van de bekkenbodemspieren en urinaire incontinentie
- verkorten van de uitdrijvingsfase omwille van te weinig geduld
- verkorten van de uitdrijvingsfase omwille van foetale nood

Maar is het routinematig plaatsen van een episiotomie omwille van bovenstaande redenen wel evidence based?

Het idee dat een episiotomie zou bijdragen tot het verkleinen van de kans op een derde of vierde graads ruptuur is door verschillende studies reeds achterhaald (Walsh, 2007). Men beschrijft in recente studies dat de kans op een totaalruptuur verhoogt bij het plaatsen van een episiotomie. Ook de World Health Organization beschrijft dat de kans op een anterior perineaal trauma verhoogt bij het plaatsen van een episiotomie (WHO, 1997). Dat maakt een totaalruptuur in de anamnese net een tegenindicatie tot het plaatsen van een episiotomie (Walsh, 2007).

Daarnaast is ook de reden "ter preventie van urinaire incontinentie" reeds weerlegd. Uit onderzoek blijkt dat een episiotomie geen betere uitkomst geeft wat betreft urinaire incontinentie tot 3 jaar postpartum (WHO, 1997). Volgens Saltore et al. (2004) vermindert een episiotomie de sterkte van de bekkenbodemspieren en leidt het volgens Bick et al. (2002) tot meer pijn ter hoogte van het perineum en tot meer gevallen van dyspareunie (Walsh, 2007).

Volgens Dannecker et al. (2004) leiden al deze gegevens tot de volgende conclusie: een episiotomie mag enkel en alleen geplaatst worden bij foetale nood, om zo de uitdrijvingsfase te verkorten (Walsh, 2007).

De zorg omtrent het perineum verschilt enorm naargelang wie de geboorte begeleidt. Uit een studie van Shorten et al. (2002) op 2891 vrouwen blijkt dat het episiotomiepercentage, welke 26% bedroeg bij de 'obstetrische groep', 5 keer lager was bij de vrouwen van wie hun geboorte begeleid werd door een vroedvrouw. Ook het percentage rupturen lag tot 7% hoger bij de obstetrische groep, dan bij de groep van de vroedvrouwen. Een intact perineum werd in 31,9% van de gevallen bereikt binnen de obstetrische groep, ten opzichte van 60% in de groep waarbij de geboortebegeleider een vroedvrouw was (Shorten et al., 2002).

De verschillen in de benadering van geboorte tussen een gynaecoloog en een vroedvrouw worden door deze cijfers opnieuw in de verf gezet. De obstetrische aanpak omvat vaak stimulatie tijdens arbeid/uitdrijving, epidurale analgesie, een gynaecologische houding, geïnstrueerd persen, kunstverlossingen, ... Dit alles veroorzaakt spanning ter hoogte van het perineum, waardoor de kans op een ruptuur en een episiotomie vergroot wordt (Wagner, 2000). De aanpak van de vroedvrouw houdt vaak andere methodes in: perineummassage, warmtekompresen, baden, het zacht laten meerekken van het perineum door controle te bewaren over het hoofd tijdens de uitdrijving dmv. gecontroleerd en zacht persen, ...

Daarnaast is ook de baringshouding die tijdens de uitdrijving wordt aangenomen een belangrijke factor. Wanneer de vrouw in een verticale houding bevalt, is het praktisch bijna onmogelijk een episiotomie te plaatsen (Walsh, 2007). Deze houdingen worden door vroedvrouwen zeer vaak toegepast.

Als laatste zou ik ook de invloed van de episiotomie op de Ferguson-reflex willen aanhalen. Deze reflex ontstaat door de druk van het voorliggend deel van de baby op de spieren van het perineum. De aanwezige oxytocinereceptoren ter hoogte van het perineum zorgen voor een extra stoot oxytocine, waarop er sterkere contracties en onweerstaanbare persdrang zullen volgen (Kitzinger, 2001; Geerdens, 2005). Het plaatsen van een episiotomie zal dit proces stilleggen, door de simpele reden dat de oxytocinereceptoren op dat moment worden doorgeknipt (Geerdens, 2005).

### **Continue electro-foetale monitoring versus intermitterende auscultatie**

Het beluisteren van de foetale harttonen tijdens de arbeid gebeurt in de eerste lijn op een heel andere manier dan in de tweede lijn.

In de eerste lijn gebruikt men intermitterende auscultatie. Bij intermitterende auscultatie wordt aangeraden de foetale harttonen vanaf de start van de actieve fase van de arbeid elke 15 tot 30 minuten één volle minuut te beluisteren. Tijdens de uitdrijvingsfase van de arbeid raadt men aan de foetale harttonen iedere 5 minuten of na elke perswee te controleren. Elke controle duurt minstens één volle minuut. Daarnaast moet tijdens het beluisteren van de harttonen ook de maternelle pols genomen worden. Dit om verwarring te vermijden indien de foetale harttonen niet optimaal zijn (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [RCOG], 2001).

Binnen het ziekenhuis wordt het meest frequent de continue electro-foetale monitoring toegepast, zowel bij laag- als bij hoogrisico zwangeren. Dit houdt in dat de vrouw gedurende het grootste gedeelte van haar arbeid continu door middel van een toco- en tachymeter aan de monitor is verbonden. Daarnaast krijgt bijna iedere vrouw een 30-tal minuten monitoring bij opname. Dit enerzijds om te controleren hoe het met de harttonen van de baby is, anderzijds om de frequentie van het aantal contracties te registreren en mede met een vaginaal onderzoek te controleren of deze vrouw in arbeid is.

Er zijn reeds vele studies gedaan naar het nut van de continue electro-foetale monitoring, maar de studies geven geen eenduidige conclusies. Neem nu de systematische review van Thomson, A. & Sarrechia, M. (2009). In deze review werden verschillende grote studies met elkaar vergeleken zoals de studie van MacDonald et al. (1985), Ventzileos et al (1993), Mires (2001), Albers (2001), Alfirevic (2006), ...

Hierbij zien we dat men ons het antwoord op de vraag welke de meest effectieve en efficiënte manier van monitoring bij vrouwen met een laag obstetrisch risico is, moet schuldig blijven. Resultaten uit de ene studie, spreken de andere studies dan weer tegen en omgekeerd. Vragen die steeds opnieuw gesteld worden zijn:

*Is de duur van de arbeid langer bij continue electro-foetale monitoring dan bij intermitterende auscultatie?*

Uit de review van Thomson et al. (2009) blijkt dat de studie van MacDonald (1985) een kortere duur in de arbeid rapporteert, maar dit toeschrijft aan het frequenter vaginaal onderzoeken, bv. om de scalpelectrode te plaatsen, en daardoor dus het produceren van meer prostaglandines die de duur positief beïnvloedt. Zowel Herbst et al. (1994) als Impey et al. (2003) tonen dan weer aan dat er geen significante verschillen zijn tussen de duur van de arbeid bij continue electro-foetale monitoring of intermitterende auscultatie. Enkele studies, zoals deze van Vintzileos et al (1993) beschrijft een langere duur van de arbeid bij continue electro-foetale monitoring (Thomson et al., 2009).

*Ligt het sectiopercentage hoger bij continue electro-foetale monitoring dan bij intermitterende auscultatie?*

Uit verschillende studies blijkt dat het sectiopercentage bij vrouwen begeleid door middel van continue electro-foetale monitoring hoger ligt dan bij vrouwen waarbij intermitterende auscultatie werd toegepast. Toch tonen andere studies dan weer aan dat er geen significant verschil is tussen beide groepen. Er zijn opnieuw zeer verschillende uitkomsten bij de verschillende studies (Thomson et al., 2009). Hieruit concludeert Thomson et al. (2009) dat er ondanks de associatie tussen een hoger sectiopercentage met continue electro-foetale monitoring, hierover geen duidelijke evidence is.

*Is de neonatale uitkomst bij continue electro-foetale monitoring dezelfde als bij intermitterende auscultatie?*

Intermitterende auscultatie wordt in verschillende onderzoeken geassocieerd met een hoger aantal neonatale convulsies. Toch concluderen Thomas et al. (2009) in hun review dat hier geen duidelijke evidence is. Wat wel een eenduidig resultaat geeft in deze review is dat er geen significant verschil is in Apgar-scores tussen beide groepen. Ook het aantal opnames op de NICU (Neonatal Intensive-Care Unit) is niet significant hoger of lager bij intermitterende auscultatie of continue electro-foetale monitoring (Thomas et al., 2009; RCOG, 2001; Withiam-Leitch et al., 2006).

Daarnaast stelt Denis Walsh (2007) zich de vraag of we niet meer zouden moeten stilstaan bij de impact van de continue foetale monitoring. Wanneer een vrouw niet goed ingelicht wordt over de werking van het apparaat, kan deze voor veel extra stress zorgen, met de gevolgen van dien. Ikzelf heb bedenkingen bij de invloed die het CTG-toestel op de bewegingsvrijheid van de vrouw uitoefent. Er is sporadisch een "mobiele" monitor aanwezig op een verlosafdeling waarbij de



vrouw wel kan bewegen. Maar indien deze niet beschikbaar is, is de vrouw zeer vaak aan het bed gekluisterd tijdens de monitoring. Op deze manier wordt de bewegingsvrijheid van de vrouw enorm beperkt met de gevolgen, zoals onder "Houdingen tijdens arbeid en bevalling" beschreven, van dien.

#### **6.2.4 Hoe tevreden zijn vrouwen die thuis bevallen in vergelijking met vrouwen die in het ziekenhuis bevallen?**

De plaats van bevallen heeft een enorme impact op de ervaring van de bevalling. De plaats van bevallen kan het verschil betekenen tussen een verrijkende of een getraumatiseerde ervaring (Walsh, 2007). De vraag die hierbij ontstaat is: hoe tevreden zijn vrouwen die thuis bevallen in vergelijking met andere vrouwen die in het ziekenhuis bevallen?

Om hierop een antwoord te kunnen geven verwijs ik naar een onderzoek uitgevoerd in Nederland door Heather A. Borquez en Therese A. Wieggers, in opdracht van het Nivel (Netherlands Institute for Health Services Research). Zij hebben een studie uitgevoerd naar de tevredenheid van moeders die poliklinisch of thuis zijn bevallen. Het doel van de studie was te onderzoeken of er een relatie bestaat tussen de ervaring van de geboorte in relatie met de omgeving.

193 Vrouwen hebben deelgenomen aan het onderzoek waarvan 129 vrouwen thuis en 64 vrouwen poliklinisch zijn bevallen. Enkel de vrouwen die zijn bevallen zonder complicaties zijn uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek.

De eerste uitkomst van het onderzoek vermeldt dat er geen verschil is in uitkomst tussen de twee groepen en hun algemene ervaring met de bevalling. Wel zeggen de vrouwen uit de groep van de thuisbevalling vaker dat ze hun tweede kind wederom thuis zouden willen krijgen. Dit is wellicht te verklaren vanwege het feit dat meer multipara's hun kinderen thuis krijgen aangezien ze meer vertrouwd zijn met bevallen op zich en minder angst hebben. Dit is ook een typerend kenmerk van vrouwen die in eerste plaats kiezen voor een thuisbevalling. Het zijn vaak vrouwen die veel vertrouwen hebben in zichzelf en hun lichaam. Ze zien bevallen als een natuurlijk proces waar zo min mogelijk moet worden ingegrepen. De vroedvrouw speelt een grote rol in het proces van geboorte, zowel thuis als in het ziekenhuis. Opvallend is dat de vrouwen uit het onderzoek zowel thuis als in het ziekenhuis zeer tevreden waren over de zorg die de vroedvrouw hen geboden heeft tijdens de bevalling. De vrouwen die thuis bevielen kenden hun vroedvrouw wel beter dan de vrouwen die poliklinisch zijn bevallen. Deze continuïteit aan zorg wordt door veel vrouwen als belangrijk ervaren. Tegenwoordig hebben al vele landen een officieel beleid rond maternele zorg welke is gebaseerd op de "three C's": Continuity, choice, control (Walsh, 2007). Dit zou een officieel beleid moeten vormen overal ter wereld. Doordat een vroedvrouw in geval van een thuisgeboorte bij het koppel in hun eigen omgeving komt maakt dat er meer aandacht voor het koppel is als individu met eigen wensen en verlangens. Zo blijkt uit de studie dat vrouwen die thuis willen bevallen meer vrijheid wensen. Ze willen ruimte om zelf te kunnen kiezen, in houding, manier van bevallen, mogelijkheid op ieder moment in bad te gaan enzovoort. Deze vrouwen willen het recht om hun eigen geboorte proces te "managen", zonder medische interventies.

Samengevat komen er uit de studie van Borquez en Wiegers een aantal dingen naar voren:

#### *De keuze van geboorteplaats*

- Poliklinisch: van de 64 vrouwen koos 30% voor het ziekenhuis omdat ze er een veilig gevoel hadden. 27% vond het praktisch om poliklinisch te bevallen (geen troep, geen andere kinderen), 14% vond het fijn dat er artsen aanwezig konden zijn indien nodig.
- Thuis: 34% van de 129 vrouwen gaf aan thuis te willen bevallen omdat ze dat een vertrouwde omgeving vonden. 26% vond het thuis comfortabeler en gezelliger. 22% wilde graag in haar eigen omgeving zijn met haar eigen spullen. 17% associeert een thuisbevalling met meer vrijheid en ervaart de omgeving meer als familiair. 16% vermeldt dat ze de vorige keer een positieve ervaring had en daarom opnieuw wil thuis bevallen.<sup>9</sup>

#### *Positieve aspecten van de omgeving van geboorte*

- Poliklinisch: 28% vond dat ze veilig waren omdat alles voorhanden was indien er iets verkeerd zou gaan. 23% omschreef de zorg die ze hadden gekregen als goed. 16% vond het fijn over een eigen kamer en badkamer te beschikken. 14% vond de omgeving van het ziekenhuis kalmerend en een geruststellend gevoel gevend.
- Thuis: 50% van de vrouwen vond het fijn in haar eigen omgeving met haar eigen spullen te zijn. 33% vond haar huis geruststellend, een plek waar ze op terug kon vallen. 20% heeft het als prettig ervaren zelf te kunnen kiezen wat ze wilden. 17% vond het erg gemakkelijk thuis te zijn, oudere kinderen kunnen gewoon door slapen en er moest geen transfer naar het ziekenhuis plaats vinden. 15% vond het thuis kalmerend en niet stresserend.

#### *Negatieve aspecten van de omgeving van geboorte*

- Poliklinisch: 32% van de vrouwen hebben niet geantwoord op de vragen en 14% gaven als antwoord: "niets". 15% vond het ziekenhuis oncomfortabel en 12% vond het vervelend dat de vroedvrouw of arts zeer druk leek. 9% vond het vervelend dat ze na de bevalling na 2 uur weer naar huis moesten, dit hoort bij een poliklinische bevalling in Nederland. 8% vond het vervelend dat ze tijdens de bevalling naar het ziekenhuis moesten rijden.
- Thuis: 9% van de vrouwen die thuis bevielen vond het vervelend dat er geen medische hulp, naast de vroedvrouw, beschikbaar was. 8% vond hun huis te klein met te weinig plaats voor de barende vrouw, haar partner en de vroedvrouw(en)/ kraamverzorgster.

---

<sup>9</sup> N.B.: dit is tezamen meer dan 100 %, waarschijnlijk omdat enkele vrouwen meerdere redenen aandroegen.

Tabel 4: Scores van de plaats van geboorte

Scores van de plaats van geboorte: *	Poliklinische bevallingen (n=64)	Thuisbevallingen (n= 129)	Mann- Whitney U Test	P
Algemene score	4.0	4.7	1390.500	<0.001
Veiligheid	4.4	4.6	3333.000	0.021
Mate van intimiteit	3.0	4.7	1136.000	<0.001
Vertrouwen	3.5	4.9	1180.000	<0.001
Comfort	3.7	4.4	2298.500	<0.001
Juiste keuze	4.3	4.5	3478.500	0.167
Vreemd	1.6	1.1	2634.000	<0.001
Veroorzaker van angst	1.2	1.1	3520.00	0.021

\* de deelnemers werd gevraagd: "beschrijf alstublieft uw gevoel over de plaats waar u bent bevallen." (een score van 1= laagst mogelijke score= helemaal niet mee eens; een score van 5= de hoogst mogelijke score= helemaal mee eens.)  
Mann- Whitney U Test: significantie voor p: <0.05.

Bron: Borquez, H.A., Wiegers, T.A., (2006). A comparison of labour and birth experiences of woman delivering in a birthing centre end at home in the Netherlands.

De uiteindelijke conclusie van deze studie is dat de mensen die thuis zijn bevallen minder pijn hebben ervaren tijdens de arbeid en uitdrijving, ze hebben minder medicatie gekregen om de pijn aan te kunnen, ze kenden hun vroedvrouw beter en vonden de plaats van geboorte beter dan de groep die in het ziekenhuis bevallen zijn. Deze laatste groep vrouwen hebben het ziekenhuis echter gekozen vanuit de behoefte aan een gevoel van veiligheid.

De thuisbevallen groep vond het een groot voordeel dat ze thuis in hun eigen omgeving konden zijn wat ze als zeer vertrouwd en veilig hebben ervaren. Dit bewijst inderdaad dat de omgeving effect heeft op de beleving van geboorte. Vrouwen die graag thuis willen bevallen zijn zeer tevreden indien ze dat ook kunnen. Vrouwen die graag in het ziekenhuis bevallen, blijken ook tevreden. Het is het beste een vrouw en haar partner de vrije keuze te geven in de plaats waar zij hun kind ter wereld willen brengen.

### **6.3 Wie kiest er voor een thuisbevalling in België? Wie kiest er voor een ziekenhuisbevalling?**

De thuisbevalling in België is een niet gangbaar gebeuren. De koppels die in België kiezen voor een thuisbevalling worden als alternatief bestempeld waarbij een hoop kritiek vanuit de omgeving te verwachten valt. Waar steeds meer mensen voor kiezen is het volgen van de arbeid thuis en begeleiding van de bevalling in het ziekenhuis, samen met een vroedvrouw veelal werkzaam in de eerste lijn.

Qua leeftijd zit er geen verschil tussen vrouwen die thuis of in het ziekenhuis bevallen. Wel vinden we een verschil in opleidingsniveau, Belgische vrouwen die thuis bevallen zijn beter opgeleid dan Belgische vrouwen die in het ziekenhuis bevallen. Ze beschikken, ondanks de hogere opleiding, over een lager inkomen en zijn minder vaak beroepsactief. Ze zijn minder normconform, dus meer geneigd om af te wijken van de gevestigde orde. Dit verklaart waarom ze een lager inkomen genieten ondanks het hogere opleidingsniveau. Ze hebben een meer reflexieve houding, waardoor de norm van het tweeverdienerschap en materieel succes gemakkelijker te relativeren valt (Gilleir, 2007). In die zin kunnen we zeggen dat de mensen die in België thuis bevallen dit doen uit een vorm van protest tegen de gevestigde orde. Denis Walsh zegt hierover in zijn boek *Evidence-based care for normal labour and birth*: "Choosing a home birth within a society where the home birth is less than 1 per cent in some places is a political statement." We zouden ons kunnen afvragen of dat het geval is in België waar inderdaad niet meer dan 1% van alle geboortes (SPE, 2007) thuis plaats vond. Het lijkt dat het systeem van thuis bevallen in België eerder is ontstaan als tegenreactie op de medicalisering van de geboorte. Dit in tegenstelling tot Nederland waar de thuisbevalling een geïnstitutionaliseerd onderdeel van het verloskundig zorgsysteem is.

Het merendeel van alle koppels kiezen in België dus voor een ziekenhuisbevalling. Men heeft een groot vertrouwen in de alwetendheid van de arts, temeer daar het hele culturele systeem gebaseerd is op een duidelijke structuur van hiërarchie. In Vlaanderen heerst een masculiene cultuur waar overleg tussen meerderen en minderen niet voor de hand ligt. Communicatie verloopt van "boven naar onderen", wat zich uit in een gevoel van onuitgesproken respect voor diegene die je meerdere is op de ladder van de hiërarchie (Permentier, 2004). Bij de thuisbevalling echter wordt het koppel begeleid door medici met wie een meer gelijkwaardige relatie ontstaat (Gilleir, 2007). Dit kan ook een reden zijn voor vrouwen om te kiezen voor een thuisbevalling teneinde te ontsnappen aan de medische structuur van het ziekenhuis met bijhorende hiërarchie. Ongeveer 30% van alle vrouwen die in het ziekenhuis bevallen overweegt op een bepaald moment in de zwangerschap om thuis te bevallen (Gilleir, 2007). Hiervan moet 6% afzien wegens medische complicaties. De overige 24% verkiest een ziekenhuisbevalling op argumenten die volgens onderzoek van Gilleir alle terug te voeren zijn op onvoldoende steun uit de omgeving of gebrek aan informatie. Gilleir stelt dat de thuisbevalling slechts is weggelegd voor de enkele vrouwen die erin slagen een bepaalde sociale weerstand te overwinnen. In die zin is het de vraag of er in België sprake is van een vrije keus voor de plaats van bevalling.

## 6.4 Wie kiest er voor een thuisbevalling in Nederland? Wie kiest er voor een ziekenhuisbevalling?

In Nederland is thuis bevallen een heel normaal gebeuren. De thuisbevalling zit in de Nederlandse cultuur verweven, waardoor men niet raar opkijkt wanneer een vrouw thuis bevalt. 33,4% van de Nederlandse vrouwen bevalt thuis (Jaarboek Perinatale Zorg, 2006).

### - Pariteit

Van de vrouwen die in 2002 thuis bevielen, was 68,3% (Landelijke Verloskundige Registratie) multipara. Dit hoge percentage multiparae bij thuis bevallen vrouwen wordt onderstaand verduidelijkt.

Multiparae die in de eerste lijn starten met verloskundige zorg zijn reeds een "geselecteerde groep" omwille van hun obstetrische voorgeschiedenis. Eventuele problemen tijdens een vorige zwangerschap en/of bevalling vormen immers een belangrijke reden om een vrouw door te sturen naar de tweedelijns zorg. Primiparae daarentegen hebben nog niet eerder een zwangerschap of bevalling doorgemaakt, waardoor zij per definitie een "ongeselecteerde groep" vormen op obstetrisch vlak. Door deze vorm van selectie starten er in verhouding meer primiparae dan multiparae hun zwangerschapszorg in de eerste lijn (Anthony et al., 2005). Dit resulteert ook in het gegeven dat primiparae tijdens zowel zwangerschap als bevalling vaker doorverwezen worden naar de tweede lijn dan multiparae, aangezien zij zich in de ongeselecteerde groep bevinden. Primiparae zullen dus minder vaak dan multiparae de kans krijgen om de bevalling thuis te starten/eindigen. Daarnaast blijkt uit onderzoek dat over het algemeen multiparae een grotere voorkeur hebben om thuis te bevallen in vergelijking met primiparae (Anthony et al., 2005).

### - Leeftijd

De leeftijd zullen we steeds in verband moeten brengen met de pariteit, aangezien deze afhankelijk zijn van mekaar. De meeste primiparae welke thuis aan de bevalling starten, bevinden zich in de leeftijdscategorie tussen de 25 en 29 jaar. Bij multiparae is deze leeftijdscategorie tussen de 30 en 34 jaar (Anthony et al., 2005).

### - Etniciteit

In vergelijking met Nederlandse zwangeren, waar 60% (LVR) van de zwangeren thuis met de baring start die onder leiding van een verloskundige aan de baring beginnen, gaan niet-Nederlandse zwangeren (die wel in Nederland gehuisvest zijn) veel minder thuis aan de baring starten. Het percentage ligt bij niet-Nederlandse zwangeren op 31% (LVR). Hierbij voltooide 23,3% (LVR) van deze vrouwen de bevalling ook thuis, terwijl dit percentage bij de Nederlandse zwangeren 56,9% (LVR) is (Anthony et al., 2005).

### - Stedelijke/landelijke woonplaats

Er is duidelijk een verband tussen de graad van urbanisatie en de plaats van de bevalling. Hoe minder verstedelijkt het gebied, hoe hoger het percentage thuisbevallingen (Anthony et al., 2005). Het percentage poliklinische bevallingen is daarentegen hoger in de verstedelijkte gebieden.

### - Sociaal economische status

We kunnen stellen dat zwangeren met een lage sociaal economische status minder vaak voor zwangerschapszorg in de eerste lijn en ook minder vaak voor een thuisbevalling kiezen. Dit resulteert in een laag percentage thuisbevalling, een hoog percentage poliklinische bevallingen en ook een hoger percentage klinische bevallingen.

Ook zwangeren met een hogere sociaal economische status kiezen vaker voor een klinische bevalling. We zien dus ook minder thuisbevallingen en meer (poli-)klinische bevallingen, maar deze tendens is minder sterk zichtbaar als bij een lagere sociaal economische status (Anthony et al., 2005).

40% van de Nederlandse vrouwen die thuis bevallen heeft een hogere educatie genoten.

86,8% heeft werk op het moment dat zij thuis bevallen.

- Burgerlijke stand

Bijna alle vrouwen die thuis bevallen (98,8%) zijn gehuwd of samenwonend. Dit wil dus zeggen dat iets meer dan 1% van de Nederlandse vrouwen welke thuis bevallen op het moment van de geboorte geen partner heeft.

## **7. Verschil tussen een thuis- of een ziekenhuisbevalling**

### **7.1 België**

#### **7.1.1 De arbeid, thuis en in het ziekenhuis**

Het grote vraagstuk voor alle koppels is uiteraard; "wanneer ben ik in arbeid?".

In België zijn er verschillende mogelijkheden om de arbeid te volgen. De opties waar een koppel uit kan kiezen zijn:

- De arbeid volgen thuis, waarop men een bepaald moment naar het ziekenhuis moet gaan om aldaar de bevalling voort te zetten. Voor velen lijkt dit een veilige optie. Het probleem wat zich hier echter voor doet is dat er op een bepaald punt beslist moet worden wanneer men naar het ziekenhuis vertrekt. Deze beslissing kan stress met zich mee brengen wat als gevolg kan hebben dat de weeënactiviteit tijdelijk vermindert. Meestal geeft men vanuit het ziekenhuis het advies pas naar het ziekenhuis te komen als de vrouw "goed in arbeid is". Het criterium voor goed in arbeid is: weeën die pijnlijk zijn, gedurende een uur om de 5 minuten. Daarnaast wordt men verteld te komen als de vliezen gebroken zijn, als het vruchtwater niet helder is, ruim helder bloedverlies heeft en altijd als men zich ongerust maakt. De tendens die is waar te nemen (hoewel er geen wetenschappelijk onderzoek over bestaat maar wel een veel gehoorde "klacht" van vroedvrouwen uit het ziekenhuis) is dat veel koppels te vroeg naar het ziekenhuis komen. Men wil dan niet meer naar huis met als gevolg dat de arbeid vele uren lijkt te duren.

- Een alternatief dat meer en meer succes heeft is de arbeid thuis te laten begeleiden door een vroedvrouw. Dit heeft als voordeel dat er meer psychische en medische ondersteuning is, ook speelt de vroedvrouw een grote rol in de besluitvorming wanneer er naar het ziekenhuis moet worden gegaan. Meestal besluit men naar het ziekenhuis te vertrekken als de vrouw 6 à 7 cm ontsluiting heeft bij een primipara, en 4 à 5 cm ontsluiting bij een multipara. Een nadeel hiervan is dat de bevalling in het ziekenhuis over het algemeen verder wordt overgedragen aan de medische staf daar. Er is minder continuïteit van zorg, wat ten nadele werkt van het koppel. Ook staan in België nog niet alle ziekenhuizen open voor samenwerking met vroedvrouwen uit de eerste lijn. In Gent en omgeving is er geen enkel ziekenhuis waar een vroedvrouw uit de eerste lijn welkom is om de bevalling onder eigen verantwoordelijkheid verder te begeleiden. Indien een vroedvrouw in Gent en omgeving meegaat met het koppel naar het ziekenhuis kan de vroedvrouw een ondersteunende functie zijn maar de medische verantwoordelijkheid ligt bij het ziekenhuis. Er bestaan vooralsnog geen contracten tussen vroedvrouwen werkzaam in de eerste lijn en ziekenhuizen in Gent en omgeving.

Bij een thuisbevalling volgt men de arbeid thuis en aangezien er, indien er zich geen complicaties voordoen, geen transport noodzakelijk is blijft men gewoon thuis. De begeleiding gebeurt door

een vroedvrouw al dan niet tijdens de bevalling geassisteerd door een andere vroedvrouw of (huis)arts.

Op te merken valt dat er in de begeleiding tussen de arbeid thuis en in het ziekenhuis zeer veel verschillen te vinden zijn. Het grootste verschil is dat er thuis veel minder interventies plaatsvinden en dat er meer vrijheid is in het kiezen van houdingen, maken van geluid etc. Het feit dat er meer vrijheid is in een thuissituatie komt doordat het koppel zich bevindt in eigen "territorium". De vroedvrouw en/of (huis)arts die komt om de bevalling te begeleiden zijn te gast bij het gezin en zullen zich moeten aanpassen aan de regels en waarden die heersen in dat gezin. Hoe anders is dat in een ziekenhuis waar het koppel zich moet aanpassen aan de regels van het ziekenhuis. De eigenheid van een ziekenhuis kan nooit helemaal gelijk zijn aan de eigenheid van het koppel thuis.

### **7.1.2 De bevalling, thuis en in het ziekenhuis**

De rode leidraad die loopt door de thuisbevalling is het woord "rust". Rust vanuit het koppel omdat ze niet naar het ziekenhuis moeten vertrekken. Rust vanuit de vroedvrouw omdat ze geen andere dingen moeten doen dan bij het koppel blijven en waken over een goede afloop. Een vroedvrouw die thuisbevallingen begeleidt moet beschikken over een flinke portie geduld!

De bevalling thuis gebeurt in een houding zoals de vrouw verkiest. Veelal bevalt de vrouw op handen en knieën, de zij, in hurkzit of op de baarkruk. Het is zelfs mogelijk onder water te bevallen in een opblaaszwembad. De vroedvrouw of (huis)arts past zich aan de houding van de vrouw aan. Wanneer de vrouw begint te persen bij volledige ontsluiting, persdrang en een gespildraaid hoofd mag de vrouw persen op eigen gevoel. Er worden geen persinstructies gegeven tenzij het echt nodig is. De vrouw krijgt een uur om de uitdrijving te volbrengen. Vlot de uitdrijving niet dan moet er naar het ziekenhuis worden gegaan om daar de baring te eindigen. Mijn eigen bedenking hierbij is dat transport naar het ziekenhuis op dit moment in de baring een vervelende en ingrijpende gebeurtenis kan zijn.

Episiotomiën worden enkel geplaatst indien er sprake is van foetale nood, niet om de uitdrijving te bespoedigen.

De derde fase van de bevalling onderscheidt een fysiologisch of een actief beleid. Vaak is het zo dat in een thuissituatie een fysiologisch beleid gevoerd wordt, in een ziekenhuis is er meestal sprake van een actief beleid. Beide hebben voor- en nadelen:

#### *Fysiologisch beleid*

Een fysiologisch beleid tijdens de derde fase houdt in dat de placenta een uur de tijd heeft om geboren te worden. Er wordt niet ingegrepen in dit proces door tractie te geven op de navelstreng of door systematisch oxytocine in de vorm van methergine of syntocinon te geven.



Door huid op huid contact het eerste uur na de geboorte is er een fysiologische piek van oxytocine die de baarmoeder zal doen samentrekken om de placenta geboren te laten worden. Ook het psychologische aspect is hier van groot belang, het kind wordt niet bij de moeder weggehaald maar wordt verzorgd bij de moeder op de buik of dicht in de buurt. Hierdoor wordt de hechting bevorderd.

Er wordt niet direct na de geboorte afgenaveld, hiermee wordt gewacht tot de placenta is uitgeklopt. Er vloeit geen bloed van het kind naar de placenta doordat de navelstrengarteries samentrekken. De navelstrengvene blijft echter open waardoor bloed van de placenta naar het kind stroomt. Dit zorgt voor een toenemende rode bloedcellen massa, hogere hemoglobineconcentraties en hematocrietwaarden. Tevens is er een verhoogd ijzergehalte waardoor er minder nood bestaat aan bloedtransfusies de eerste zes weken. Er is een lagere incidentie van intraventriculaire bloedingen en vooral bij prematuren is er minder nood aan kunstmatige beademing (Geerdens, 2007; Laureys, 2009; Wattis, 2009) Wanneer de baby zelf begint te ademen stoppen de pulsaties van de navelstreng. Dan wordt de navelstreng afgenaveld. Het is ook mogelijk de navelstreng niet door te knippen en geboren te laten worden met de placenta.

Dit hele proces is alleen mogelijk wanneer er sprake is van een fysiologische bevalling. Ook hier is tijd en geduld weer van groot belang!

Er zijn echter ook een aantal nadelen verbonden aan het fysiologisch beleid:

- een verhoogde kans op postpartumbloeding bij de moeder
- meer kans op fysiologische geelzucht, pathologische geelzucht echter wordt niet onmiddellijk in verband gebracht met een laattijdige afnaveling.
- er kan een polycythemie optreden maar die zonder ernstige gevolgen is (Laureys, 2009).

#### *Actief beleid*

Er wordt geen uur afgewacht met de geboorte van de placenta, deze wordt vaak binnen 5 of 10 minuten geboren. Er wordt altijd profylactisch oxytocine toegediend in de vorm van syntocinon of methergine. Bij methergine is er echter meer kans op hoofdpijn, misselijkheid of hypertensie (Jacquemyn<sup>10</sup>, 2008; Laureys, 2009). De navelstreng wordt snel afgeklemd na de geboorte waarna deze wordt doorgeknipt. Er wordt tractie gegeven op de navelstreng om de placenta geboren te laten worden.

Een voordeel van het voeren van een actief beleid is dat er minder bloedverlies is tijdens de derde fase van de bevalling; er is minder risico op een post-partum bloeding. Wereldwijd is de eerste oorzaak van sterfte onder moeders nog altijd te wijten aan een post-partum bloeding, voornamelijk in niet westerse- landen. Dit is de reden waarom de WHO (1997) aanraadt om profylactisch oxytocine te geven. Preventie van post- partum bloedingen door het geven van profylactisch oxytocine wordt tevens beschreven in "het procedureboek verloskunde" van

---

<sup>10</sup> Yves Jacquemyn is hoogleraar gynaecologie- verloskunde aan de faculteit geneeskunde van de Universiteit Antwerpen

Jacquemyn.

Door het voeren van een actief beleid is de placenta snel geboren en de bevalling “achter de rug”. Voor plaatsen met een hoge werkdruk waar minder tijd is kan dit een voordeel zijn.

## **7.2 Nederland**

### **7.2.1 De arbeid, thuis en in het ziekenhuis**

In Nederland kunnen zwangere vrouwen grotendeels dezelfde keuzes maken als in België. De arbeid kan in het *ziekenhuis* opgevolgd worden. Meestal is hiervoor een medische indicatie, maar ook zonder indicatie is een zwangere vrouw welkom in het ziekenhuis om daar te bevallen. Wanneer een vrouw zonder medische indicatie in het ziekenhuis bevalt, zal zij begeleidt worden door haar eigen verloskundige of door een verloskundige uit het ziekenhuis. De verloskundige zal dan ook de bevalling begeleiden, zonder dat daar een arts aan te pas komt. Maar zoals in hoofdstuk 2.2.2 reeds beschreven werd zal de vrouw die in het ziekenhuis wil bevallen zonder dat daar een medische indicatie voor is, *poliklinisch* moeten bevallen en zal zij de ‘huur’ voor de accommodatie van de verloskamer zelf moeten betalen.

Ook het grootste gedeelte van de *arbeid thuis* volbrengen en in het ziekenhuis bevallen is een optie. Maar nog steeds kiest ruim 30% van de Nederlandse vrouwen voor een *thuisbevalling*.

### **7.2.2 De bevalling, thuis en in het ziekenhuis**

Een groot verschil tussen de Belgische en Nederlandse thuisbevalling, is de aanwezigheid van een kraamverzorgster in de Nederlandse setting. In België zien we dat de assistentie van een tweede vroedvrouw/huisarts ingeschakeld wordt op het moment van de geboorte. In Nederland zal de kraamverzorgster voor, tijdens en na de bevalling de verloskundige assisteren. Wanneer deze het te druk heeft om de barende vrouw bij te staan tijdens de arbeid, zal de kraamverzorgster zeer vaak deze taak op zich nemen. Ook na de bevalling zal de kraamverzorgster de algemene zorg van moeder en kind op zich nemen.

## **7.3 WHO Baby Friendly Hospital**

Veel fysiologische ideeën die worden toegepast in de Belgische en Nederlandse thuissituatie, worden ook toegepast in ziekenhuizen die het Baby- friendly Hospital Initiative dragen.

De WHO en UNICEF hebben in 1991 het Baby- friendly Hospital Initiative gelanceerd. Dit initiatief wil materniteiten meer bagage geven om borstvoeding te beschermen, te promoten en te begeleiden.

Er zijn 10 vuistregels in het Baby- friendly Hospital Initiative, een voorwaarde tot het verkrijgen van het label is het naleven van deze 10 vuistregels:

- 1) Een borstvoedingsbeleid op papier, dat standaard bekend gemaakt wordt aan alle betrokken medewerkers;
- 2) Alle betrokken medewerkers leren de vaardigheden aan, die noodzakelijk zijn voor het uitvoeren van dat beleid;
- 3) Alle zwangere vrouwen worden voorgelicht over de voordelen en de praktijk van borstvoeding geven;
- 4) Moeders worden binnen een uur na de geboorte geholpen met borstvoeding geven;
- 5) Aan vrouwen wordt uitgelegd hoe ze hun baby moeten aanleggen en hoe zij de melkproductie in stand kunnen houden, zelfs als de baby van de moeder gescheiden moet worden;
- 6) Pasgeborenen krijgen geen andere voeding dan borstvoeding, noch extra vocht, tenzij op medische indicatie;
- 7) Moeder en kind mogen dag en nacht bij elkaar op de kamer blijven;
- 8) Borstvoeding op verzoek wordt nagestreefd;
- 9) Aan pasgeborenen die borstvoeding krijgen wordt geen speen of fopspeen gegeven;
- 10) De instellingen onderhouden contacten met andere instellingen en disciplines over de begeleiding van borstvoeding, en ze verwijzen de ouders naar de borstvoedingsorganisaties.

Wereldwijd zijn er 20.000 ziekenhuizen die het certificaat bezitten. In België zou volgens de doelstellingen van het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan 2005-2010 tegen 2010 een kwart van de 124 materniteiten aan de criteria van het BFHI moeten voldoen. Naast de 13 ziekenhuizen die op dit moment het certificaat bezitten moeten tegen 2010 nog 18 ziekenhuizen het certificaat behalen (VLOV, jaargang 14 nr. 3).

Veel maatregelen zoals het huid op huid contact eerste uur na geboorte en rooming- in zijn zaken die in deze, maar gelukkig ook in vele andere ziekenhuizen worden toegepast. Een ziekenhuis in Oostende bewijst dat zelfs na een sectio huid op huid- contact en borstvoeding binnen het uur na geboorte mogelijk is. Men legt daar het kind na de keizersnede op de blote huid van de moeder waar het de kans krijgt naar de tepel te zoeken. Het is gebleken dat door deze maatregel moeders een dag eerder uit het ziekenhuis ontslagen mogen worden dan het jaar voordien toen de maatregel nog niet was ingevoerd.

Ook in Nederland bezitten reeds vele ziekenhuizen, verloskundige praktijken, consultatiebureaus en kraambureaus het certificaat van Baby Friendly Hospital. In Nederland is dit certificaat beter bekend als WHO zorg voor borstvoeding certificaat. Bij deze organisatie is een lijst te vinden van alle ziekenhuizen, kraambureaus, verloskundige praktijken, consultatiebureaus en andere organisaties die dit certificaat reeds behaald hebben. Een hoog aantal kraambureaus en jeugdzorginstellingen hebben het certificaat behaald, wat aantoont welk groot belang deze bureaus hechten aan het welslagen van borstvoeding.

## 8. Algemene verloskundige verschillen tussen Nederland en Vlaanderen

### 8.1 Algemene verloskundige verschillen

#### 8.1.1 Totaal aantal geboortes Nederland- Vlaanderen

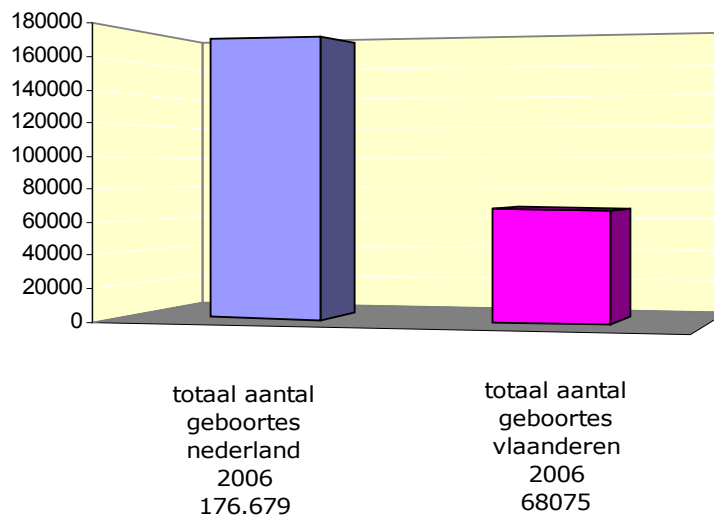


Fig. 5: Totaal aantal geboortes Nederland/Vlaanderen

Aangezien Vlaanderen een veel kleinere populatie bevat spreekt het voor zich dat er minder geboortes plaatsvonden in Vlaanderen dan in Nederland.

### 8.1.2 Thuisbevallingen

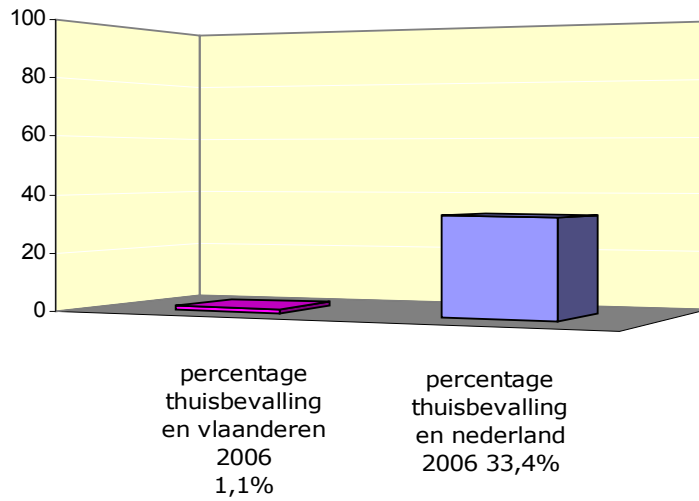


Fig. 6: Percentage thuisbevallingen Nederland/Vlaanderen

Uit dit staafdiagram blijkt duidelijk het verschil in het aantal thuisbevallingen in Nederland en Vlaanderen. In België zien we een toename in het aantal thuisbevallingen. In 2002 werden er 437 kinderen thuis geboren, in 2006 werden er 732 kinderen thuis geboren.

### 8.1.3 Sectiopercentage

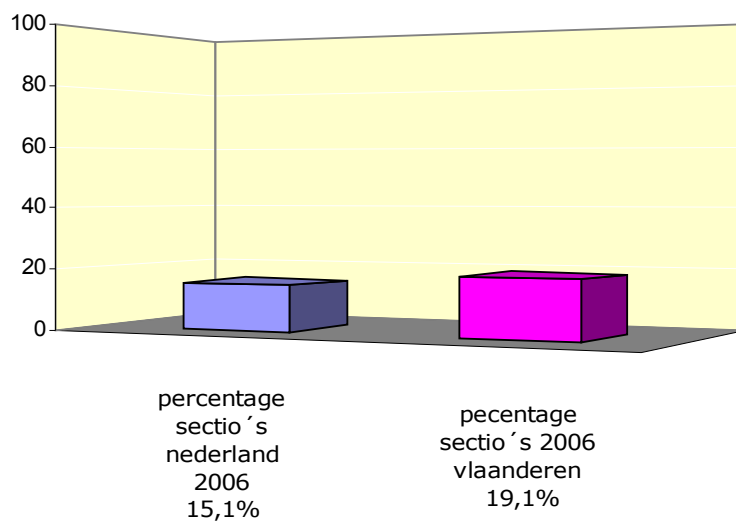


Fig. 7: Sectiopercentage Nederland/Vlaanderen

Uit bovenstaande staafdiagram blijkt dat het aantal sectio's in Vlaanderen iets hoger ligt dan het aantal sectio's in Nederland. Een directe verklaring is hier niet voor te vinden.

## 8.2 Perinatale sterfte

De definitie van de perinatale sterfte wordt als volgt gegeven in het Jaarboek Perinatale zorg in Nederland: "Sterfte voor de geboorte (dodgeboorte) of t/m 7 dagen na de geboorte, na een zwangerschapsduur van tenminste 22 weken (154 dagen) of bij een onbekende zwangerschapsduur, met een geboortegewicht van 500 gram of meer (WHO-definitie)".

Het SPE hanteert de volgende definitie: "De som van de foetale (ieder doodgeboren kind dat 500 gram of meer weegt) en de vroeg- neonatale sterfte (overlijden van een levendgeboren kind met een geboortegewicht van 500 gram of meer, voor de 8<sup>e</sup> dag na de geboorte), gedeeld door het aantal geboorten."

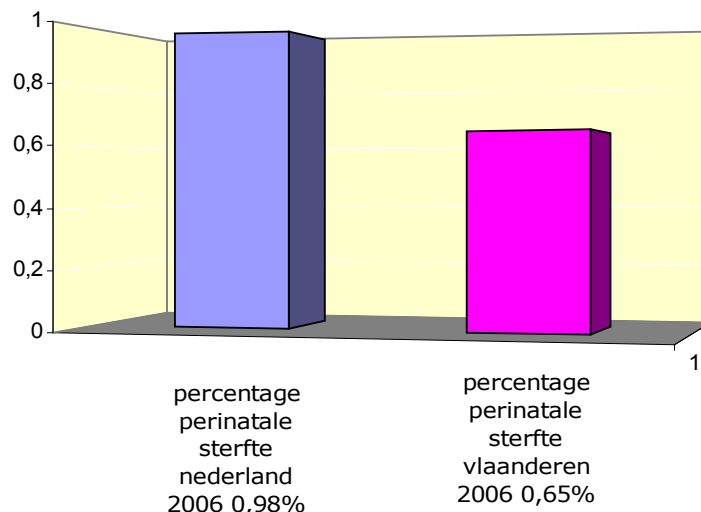


Fig. 8: Percentage perinatale sterfte Nederland/Vlaanderen

Er is dezer dagen heel wat te lezen omtrent het perinatale sterftcijfer in Nederland. In 2006 bedroeg dit namelijk 0,98%, welke bij de hoogste percentages van Europa hoorde. Aangezien Nederland bekend staat om zijn unieke verloskundige systeem en dus de vele thuisbevallingen, werd (te) snel de link gelegd tussen de thuisbevallingen en het hoge perinatale sterftcijfer. Naar aanleiding daarvan werd de veiligheid van het thuis bevallen en de eventuele link met het perinatale sterftcijfer grondig onderzocht (de Jonge et al., 2009).

De studie liep van 2000 tot en met 2006 en omvatte 529688 laag- risico geplande thuis- of ziekenhuisbevalling. Men onderzocht het verschil in perinatale mortaliteit en morbiditeit tussen een geplande thuisbevalling en een geplande ziekenhuisbevalling, steeds met betrekking op laag-risico zwangeren. De resultaten zijn geruststellend met betrekking tot de thuisbevalling in Nederland: er werden geen significante verschillen gevonden tussen de geplande thuisbevalling en de geplande ziekenhuisbevalling omtrent de intrapartale sterfte, intrapartum sterfte en neonatale sterfte binnen de eerste 24 uur, intrapartum sterfte en neonatale sterfte binnen de

eerste 7 dagen en opname op de Neonatal Intensive-care Unit (NICU). De conclusie van deze studie is dan ook dat de geplande thuisbevalling binnen een goed georganiseerd verloskundig systeem, waarbij deze keuze gesteund wordt door goed opgeleide vroedvrouwen, er een goed transportsysteem bestaat en er goede risicoselectie gebeurt, als even veilig als een geplande ziekenhuisbevalling kan beschouwd worden (de Jonge et al., 2009).

Deze resultaten kunnen een steuntje in de rug betekenen voor eerstelijns verloskundigen om de vrouw te blijven aanmoedigen om de plaats te kiezen waar zij het liefst wil bevallen.

Natuurlijk zit Nederland nu nog steeds met de vraag waar het hoge perinatale sterftecijfer vandaan komt. Factoren zoals een hogere maternale leeftijd (meer dan 20% van de moeders is ouder dan 35 jaar), een hoger percentage niet-Nederlandse moeders (welke voor een slechtere perinatale outcome zorgt), maar ook de prenatale detectie (van bv. intra-uteriene groeiretardatie) die niet steeds aan de standaardnormen voldoet worden momenteel als eventuele oorzaken aangehaald. Meer onderzoek is nodig om hier uitsluitsel over te geven (de Jonge et al., 2009).

## **DEEL II**

### **Praktijkdeel**



## Praktijkdeel

Zoals in de thesis reeds beschreven werd, overweegt 30% van alle zwangere vrouwen in België op een bepaald moment om thuis te bevallen. 6% moet hiervan afzien wegens medische complicaties. De overige 24% kiest voor een ziekenhuisbevalling op argumenten die alle terug te voeren zijn op onvoldoende steun uit de omgeving of een gebrek aan informatie (Gilleir 2007).

Om ouders te sensibiliseren en tegemoet te komen aan het feit dat er weinig informatie te vinden is, hebben we een folder gemaakt over thuis bevallen in België. Een folder vonden we praktisch, overal te verspreiden en gemakkelijk leesbaar, ondanks het feit dat tegenwoordig de meeste informatie te verkrijgen is via internet. Tevens hopen we dat door de thuisbevalling meer kenbaarheid te geven, bijvoorbeeld door middel van deze folder, de maatschappelijke weerstand in België ten opzichte van een thuisbevalling wordt verminderd. Vrouwen krijgen dan beter de kans een werkelijke keuze te maken zonder zich te moeten verantwoorden naar de omgeving.

Op de volgende bladzijde is onze folder terug te vinden.



## Algemeen besluit

Als we kijken naar de geschiedenis van beide landen kunnen we stellen dat er na 1940 grote veranderingen kwamen. De verschillende verloskundige systemen vloeien voor een groot deel voort uit de verschillen in verzekering. Waar in Nederland de thuisbevalling volledig werd terugbetaald is er in België gekozen voor een systeem waar de ziekenhuisbevalling werd terugbetaald. Mede hierdoor is het niet verwonderlijk dat in Nederland ook vandaag de dag 33,4% van de zwangeren thuis bevalt en in België slechts 1,1%.

Een groot verschil tussen beide landen is het feit dat men in Nederland eerst moet worden doorverwezen naar de tweede lijn via de huisarts of de verloskundige, die de poortwachters zijn van het verloskundige systeem. In België is er direct toegang tot gespecialiseerde zorg zoals de gynaecoloog. De verloskundige in Nederland heeft meer autonomie in tegenstelling tot de vroedkundige in België die werkt onder supervisie van een arts. Dit verschil is duidelijk merkbaar in de opleidingen in beide landen. Nederland richt zich op het opleiden van verloskundigen werkzaam in de eerste lijn, in België worden de vroedvrouw opgeleid om te werken in de tweede lijn. Het geeft weer dat er in beide landen een andere visie heerst omtrent verloskunde. In Nederland wordt uitgegaan van het sociale, vrouw- georiënteerde model. In België zien we een biomedisch model waar wordt uitgegaan van mogelijk ontstaan van pathologiën. Het is niet de vraag wat er beter is, wel is het belangrijk dat vrouwen in beide landen een keuze zouden moeten krijgen. Zowel in Nederland als in België is het te weinig mogelijk een eigen keuze te maken zonder te worden gestigmatiseerd door de maatschappij.

Meer vrouwen zouden moeten worden geïnformeerd. Enkel door volledige informatie te krijgen is het daadwerkelijk mogelijk een keuze te maken. De keuze moet worden gerespecteerd door de zorgverlener, of het nu gaat om een thuisbevalling of een ziekenhuisbevalling; het gaat om respect voor de keuzes die worden gemaakt. Vrouwen die gaan bevallen, moeten zich zo veilig mogelijk voelen in een omgeving die vertrouwen en geborgenheid uitstraalt. Thuis is dit perfect mogelijk en biedt voor vele koppels de beste omgeving om hun kind ter wereld te brengen. Maar ook in vele ziekenhuizen wordt de bevallingsruimte zo aangepast dat er een huiselijke sfeer ontstaat. De vrouw kan zich terugtrekken in zichzelf en de hormonale dans kan haar werk doen. Wanneer de pijn de grenzen van een vrouw overstijgt moet het mogelijk zijn een epidurale verdoving te krijgen. Vanwege de complicaties die de epidurale verdoving met zich mee kan brengen is het aan te bevelen ook enkel in noodsituaties de epidurale verdoving aan te bieden, zoals dat in Nederland gebeurt. Hiervoor is een goede begeleiding nodig wat in een ziekenhuis door tijdsdruk niet altijd mogelijk is. Eén patiënte per vroedvrouw/ verloskundige is het meest ideale, dit is een situatie die sneller bereikt wordt bij een thuis bevalling.

Het beroep vroedvrouw in België verdient een herwaardering. De fysiologie is het domein van de vroedvrouw, hierin zou ze meer autonomie moeten krijgen. Zoals we in Nederland kunnen zien zijn verloskundigen perfect in staat prenatale consultaties uit te voeren, naast het zelfstandig begeleiden van een vrouw in partu. Obstetrici spelen een zeer belangrijke rol in het bewaken van de pathologische zwangerschap en partus; een nauwe en professionele samenwerking is van

essentieel belang. Gelijkwaardigheid en respect zijn peilers waarop de samenwerking gebaseerd moet zijn.

Uit recent onderzoek in Nederland werd nogmaals bevestigd dat thuis bevallen veilig is voor vrouwen die een normale zwangerschap zonder complicaties hebben doorgemaakt. Deze uitkomst zou er nooit geweest zijn zonder de strenge risicoselectie voor, tijdens en na de zwangerschap. Hier zou in België meer kenbaarheid aan kunnen worden gegeven.

Een kritische noot moet nog gemaakt worden ten aanzien van deze bachelorproef. Tijdens het schrijven kwamen er continu nieuwe vragen en nieuwe discussie punten naar boven. Door tijdsdruk is het niet mogelijk geweest meer te verwerken dan hetgeen nu beschreven werd. Het is een onderwerp dat blijft intrigeren en waarbij een voortdurende dialoog zou moeten worden gevoerd.

# Literatuurlijst

## Boeken

Crébas, A. (2006). *Handboek coaching aanstaande ouders*. Assen, Van Gorcum.

Enkin, M., Keirse, M., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., et al. (2000). *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford University Press.

Henderson, C., Macdonald, S. (2006). *Mayes Midwifery. A textbook for Midwives* (13<sup>th</sup> ed.). London, Ballière Tindall.

Jacquemyn, Y. (2008). *Procedureboek verloskunde*. Leuven/ Voorburg, Accu.

Kitzinger, S. (2001). *Birth your way*. London, Dorling Kindersley Limited.

Simkin, P., Ancheta, S., Tuyl, T. van (2003). *Beter Bevallén*. Bohn Stafleu van Loghum.

Walsh, D. (2007). *Evidence- based care for normal labour and birth*. New York, Routledge.

## Artikels

Anim- Somuah, M., Smyth, R., Howell, C., (2005). Epidural versus non- epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 1-67.

Anthony, S., Amelink-Verburg, M., Offerhaus, P., van der Pal-de Bruin, K. (2005). Thuisbevallen in Nederland: Trends in de jaren 1995-2002. *Tijdschrift voor verloskundigen*, 30 (12), 20-26.

Basevi, V., Lavender, T. (2000). Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000 (4).

Borquez, H.A., Wiegers, T.A. (2006). A comparison of labor and birth experiences of woman delivering in a birthing centre and at home in the Netherlands. *Midwifery*, 2006 (22), 339-347.

Cammu, H., Martens, G., Ruysinck, G., Amy, J.J. (2002). Outcome after elective labor induction in nulliparous women: A matched cohort study. *American Journal Obstetry and Gynecology*, 186 (2), 240-244.

Daninck, S. (2009). Orale voeding voorzien aan vrouwen in arbeid, een klinisch bulletin van de ACNM. *Tijdschrift voor vroedvrouwen*, 15 (1), 11-18.

Davis- Floyd, R. (2001). The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75 (1), 5-23.

de Jonge, A., Lagro-Janssen, T. (2004). Opvattingen van vrouwen over verschillende baringshoudingen. *Tijdschrift voor verloskundigen*, 17-25.

de Jonge, A., van der Goes, B., Ravelli, A., Amelink-Verburg, M., Mol, B., Nijhuis, J., et al. (2009). Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG* 2009.

Geerdens, L. (2002). Baring zonder actief persen: de ruit van Michaëlis de sleutel voor een fysiologische baring? *Tijdschrift voor vroedvrouwen*, 9 (1), 15-19.

Geerdens, L. (2002). Temperatuurstijgingen bij epidurale analgesie: herkenning van een vreemd fenomeen. *Tijdschrift voor vroedvrouwen*, 8 (5), 240-241.

Geerdens, L. (2007). Voor- en nadelen van afwachtend (fysiologisch) beleid versus actief beleid. *Tijdschrift voor vroedvrouwen*, 8 (2).

- Gilleir, C., (2007). Thuisbevallen in Vlaanderen. Een kwestie van reflexiviteit. *Tijdschrift voor sociologie*, 28 (1).
- Johnson, K., Daviss, B. (2005). Outcomes of planned home births with certified professional midwives. Large prospective study in North America. *BMJ* 2005.
- Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen (2006) *Niet vorderende ontsluiting. Aanbevelingen voor verloskundig beleid, begeleiding en preventie*. Bilthoven: Offerhaus, de Boer, Daemers.
- Lewin, D., Fearon, B., Hemmings, V., Johnson, G. (2005). Women's experiences of vaginal examinations in labour. *Midwifery*, 2005 (21), 267-277.
- Lindgren, H., Hildingsson, I., Rådestad, I. (2005). A Swedish interview study: parent's assessment of risks in home births. *Midwifery*, 2006 (22), 15-22.
- Longworth, L., Ratcliffe, J., Boulton, M. (2001). Investigating women's preferences for intrapartum care: home versus hospital births. *Health and Social Care in the Community*, 2001 (9), 404-413.
- Moons, P., Geerdens, L. (2001). Nieuwe wegen in de vroedkunde. Het belang van een goede geboorte voor het kind! *Tijdschrift voor vroedvrouwen*, 7 (2), 41-49.
- Morison, S., Percival, P., Hauck, Y & Mc Murray, A. (1999). Birthing at home: the resolution of expectations. *Midwifery*, 15, 32-39.
- Nederlandse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie (2006). *Inductie van de baring*. Utrecht.
- Odent, M. (2002). The first hour following after birth: Don't wake the mother! *Midwifery today*, 61.
- Rayburn W.F., Zhang, J. (2002). Rising Rates of Labor Induction: Present Concerns and Future Strategies. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 100 (1), 164-167.
- Reyns, M., Vervloet, V. (2007). Kwaliteitszorg door de Belgische vroedvrouw. *Tijdschrift voor vroedvrouwen*, 13 (5), 283-284.
- Reyns, M. (2008). Baby Friendly Hospital Initiative. *Tijdschrift voor vroedvrouwen*, 14 (3), 162-165.
- Romney, M. (1980). Predelivery shaving: an unjustified assault? *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1 (1), 33-35.
- Royal College of Midwives, The. (2002). *Position Paper 25: Home Birth*. Geraadpleegd op 20 maart 2009, op <http://www.rcm.org.uk/college/standards-and-practice/position-papers/>
- Shorten, A., Donsante, J., Shorten, B. (2002). Birth position, accoucheur, and perineal outcomes: informing women about choices for vaginal birth. *Birth*, 29 (1).
- Sjöblom, I., Nordström, B & Edberg, A. (2006). A qualitative study of women's experiences of home births in Sweden. *Midwifery*, 2006 (22), 348-355.
- Thomson, A., Sarrechia, M. (2009). Continue electro-foetale monitoring tijdens de arbeid bij vrouwen met een laag obstetrisch risico: een systematische review. *Tijdschrift voor vroedvrouwen*, 15 (2), 79-86.
- Van der Hulst, L., van Teijlingen, E., Gouke, J., Eskens, M., Birnie, E., Bleker, O., P. (2007). Dutch women's decision-making in pregnancy and labour as seen through the eyes of their midwives. *Midwifery*, 2007 (23), 279-286.
- Van der Hulst, L. (1996). Je moet een stevig systeem hebben opgebouwd, wil je de thuisbevalling kunnen handhaven. *Tijdschrift voor verloskundigen*, 21 (5), 23-25.
- Van der Wurf-Bodt, C. (1994). De vroedvrouw in de late middeleeuwen en de nieuwe tijd. *Spiegel Historiae: maandblad voor geschiedenis en archeologie*, 29 (5), 202-206.

Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (1999). *Consensus: Inductie van de baring*. Utrecht.

Waelput, A., van der Hoff, I. (2005). Taakherschikking in de Verloskunde. *Tijdschrift voor verloskundigen*, 30 (5), 29-34.

Wagner, M. (2000). Technology in Birth: First do no harm. *Midwifery today*, 2000.

Waldenström, U., Schytt, E. (2008). A longitudinal study of women's memory of labour pain from 2 months to 5 years after birth. *BJOG* 2008.

Warren, C. (1999). Waarom zou ik een inwendig onderzoek doen?? *Tijdschrift voor vroedvrouwen*, 1999 5 (5), 162-163.

Wiegers, T. (1998). Home or hospital birth: A prospective study of midwifery care in the Netherlands. *European Journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 79 (2), 139-141.

Wiegers, T. (2005). Rendement van de applicatiecursus voor verloskundigen die in het buitenland zijn opgeleid. *KNOV*, 30 (11), 25-29.

Withiam-Leitch, M., Shelton, J., Fleming, E. (2006). Central Fetal Monitoring: Effect on Perinatal Outcomes and Cesarean Section Rate. *Birth*, 33 (4), 284-288.

### **Adiovisuele en elektronische bronnen**

De Hoge Raad voor de Zelfstandigen en de KMO (1991). *Koninklijk besluit betreffende de uitoefening van het beroep van vroedvrouw*. Geraadpleegd op 14 april 2009, op <http://www.hrzkmo.fgov.be>

Epstein, A., (regisseur). (2008). *The business of being born*. (speelfilm) New york

Kiesbeter.nl wijst u de weg in de zorg (2009). *Zorgverzekeringen*. Geraadpleegd op 21 januari, 2009, op <http://www.kiesbeter.nl/Zorgverzekeringen>

Permentier, L., (2004). *Vlaanderen schuift op naar Nederland*. Geraadpleegd op 14 november 2007, op <http://taalschrift.org>

Samenwerkende opleidingen verloskunde (2009). *Opleidingsplaatsen*. Geraadpleegd op 2 februari 2009, op <http://www.verloskundige.info>

Wattis, W. *Signposts for the third stage maze: Making informed choices*. Geraadpleegd op 25 april 2009, op <http://www.birthjourney.com>

Vanthienen, A. (2006). *Vroedvrouwen, het oudste beroep ter wereld?* Geraadpleegd op 11 november 2007, op <http://www.rosadoc.be>

Vlaamsartsensyndicaat (2008). *Koninklijk besluit betreffende de uitoefening van het beroep vroedvrouw*. Geraadpleegd op 4 mei 2009, op <http://www.vlaamsartsensyndicaat.be>

Vlaamse organisatie voor vroedvrouwen (2009). *Zoek een vroedvrouw in de buurt*. Geraadpleegd op 23 februari 2009, op <http://www.vlov.be>

World Health Organisation (1997). *Care in normal birth: A practical guide*. Geraadpleegd op 12 maart 2009, op <http://www.who.int>

## Brochures

*Bachelor in de vroedkunde 2009- 201.* Brochure, Gent, Artevelde Hogeschool, 2009, 3 blz.

*Beroepsprofiel van de Belgische Vroedvrouw.* Brochure, Sint Gillis, Nationale raad voor de Vroedvrouwen werkgroep Beroepsprofiel, 2006, 36 blz.

*Beroepsprofiel van de Verloskundige.* Brochure, Bilthoven, Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, 2005, 58 blz.

*De Nationale overeenkomst tussen de vroedvrouwen en de verzekeringsinstellingen.* Brochure, Brussel, Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, 2008, 5 blz.

*De Thuisbevalling in Nederland 1995-2002; Rapportage over de jaren.* Brochure, Stichting Perinatale Registratie Nederland, TNO Kwaliteit van leven, 2005, 64 blz.

*De Verloskunde in Nederland: Grote lijnen 1995-1999.* Brochure, Stichting Perinatale Registratie in Nederland, 2002, 143 blz.

*Nationale Richtlijn Prenatale zorg. Een basis voor een klinisch pad voor de opvolging van zwangerschappen.* Brochure, Brussel, Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg, 2006, 268 blz.

*Onder voorbehoud: Informatie over de bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen.* Brochure, Rijswijk, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1996, 64 blz.

*Opleidingsprofiel Bachelor in de vroedkunde.* Brochure, Brussel, Raad voor Hoger Onderwijs werkgroep vroedkunde, 2008, 36 blz.

*Richtlijn pijnbehandeling bij de bevalling.* Brochure, Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie en Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 2008, 141 blz.

*SPE Jaarverslag 2006 thuisbevalling.* Brochure, Studiecentrum Perinatale Epidemiologie 2006, 24 blz.

*SPE Jaarverslag 2007 thuisbevalling.* Brochure, Studiecentrum Perinatale Epidemiologie 2007, 24 blz.

*Perinatale Zorg in Nederland 2006.* Brochure, Stichting Perinatale Registratie Nederland, 2008, 124 blz.

*Verloskundig Vademecum 2003.* Brochure, Diemen, Commissie Verloskunde van het College voor zorgverzekeringen, 2003, 137 blz.

## Onuitgegeven werken

Christiaens, W. (2008). *Het "bevalt" anders in Vlaanderen en Nederland: Een sociologische studie van maternaal welbevinden in twee gezondheidszorgsystemen.* Gent: onuitgegeven proefschrift, Universiteit Gent, Faculteit Politieke en Sociale Wetenschappen

Laureys, V. (2008). *Perinatale zorg en begeleiding.* Gent: onuitgegeven cursus Arteveldehogeschool



## **Bijlagenlijst**

Bijlage I:	Verloskundig Vademecum 2003
Bijlage II:	Nationale Richtlijn Prenatale Zorg
Bijlage III:	KB 91
Bijlage IV:	Competenties van de Nederlandse verloskundige