



*Departement Gezondheidszorg
Bachelor in de Vroedkunde*

Midwifery-led care

Eindwerk aangeboden tot het verkrijgen van het diploma bachelor vroedkunde

Myriam Cuyt

Interne Promotor: Dhr. Vermeulen

Externe Promotor: Mv. Vansina

Academiejaar 2008-2009

Dankwoord

Nooit had ik gedacht dat ik dit op tijd klaar zou krijgen. Gelukkig heb ik daarbij op veel steun en hulp kunnen rekenen.

Om te beginnen van mijn interne promotor Mr. Vermeulen, coördinator van de opleiding vroedkunde en mijn externe promotor Mv. Vansina, zelfstandige vroedvrouw werkzaam bij Bolle Buik. Ze gaven me aan wat ik nog kon lezen, wat ik moest verduidelijken, waar ik moest bijschaven of een ander accent leggen. Het waren stimulerende gesprekken die me telkens weer een eind op weg zetten.

Voor de opleiding op zich wil ik ook graag het hele opleidingsteam danken.

Dank ook aan alle mensen uit de praktijk:

- Bollebuik en Isis, de twee stageplaatsen waar midwifery-led care in praktijk wordt gebracht,
- Albany midwifery waar we op studiebezoek mochten en wat een inspirerend buitenlands voorbeeld is,
- Vroedvrouw Sofia Goudmaecker, toen werkzaam in het Sint Pieterziekenhuis en dokter Verougstraete, gynaecoloog in het Erasmusziekenhuis voor hun interview over hun stappen in de richting van een midwifery-led care praktijk,

Ze geven me het gevoel dat mijn eindwerk meer is dan een theoretisch werkstuk en dat ik gegevens bijeen breng over een waardevol praktijkmodel dat meer kansen verdient.

Dank ook aan mijn medestudenten en vriendinnen. Ik kon op hun begrip en steun rekenen.

Ook bedank ik graag Leo Stevens, die de dt fouten eruit haalde, de komma's op de juiste plaats zette en de zinnen op orde bracht zodat u nu mijn eindwerk kan lezen en begrijpen.

Last but not least wil ik mijn gezin danken. De voorbije twee jaar en de laatste maanden nog het meest van al, hebben mijn man en mijn kinderen het mogelijk gemaakt dat ik deze studie kan beëindigen en dit eindwerk kan voorleggen. Ook al hadden ze zelf examen of schoolwerken te maken of een drukke werkdag achter de rug, er was altijd plaats voor nog een student erbij die aandacht vroeg voor de stress van haar opleiding.

Inhoudstafel

Inleiding	1
1. Ontstaan en geschiedenis van de Midwifery-led care	2
2. Definitie en eigenschappen van midwifery-led care	5
3. Modellen van midwifery-led care	7
3.1. Ziekenhuis of geboortecentrum	7
3.2. One to one of team	8
4. Midwifery-led care en medical-led model	9
4.1. Wie kiest voor midwifery-led care?	10
4.2. Interventies en outcome	11
4.3. Tevredenheid van de moeder	18
4.4. Tevredenheid van de vroedvrouw	20
5. Enkele praktijkcases	21
5.1. The Albany Midwifery Londen UK	21
5.2. Shropshire Midwife Led Unit UK	22
5.3. In-Hospital Birth Centre in Stockholm	23
5.4. Geboortehuizen in Vlaanderen	24
5.4.1. Bollebuik Leuven	25
5.4.2. Isis Tienen	26
5.5. Twee Brusselse ziekenhuizen	27
6. Naar een ideaal model?	29
6.1. Continuïteit van zorg	30
6.2. One to one of caseloading	30
6.3. Partnerschap	31
6.4. Het ideale model	31
7. Besluit	34
8. Literatuurlijst	36
Tijdschriften	36
Boeken	38
Internet	38
9. Bijlage: Classification of practices in normal birth	39

Inleiding

Als moeder ben ik twee keer thuis bevallen onder begeleiding van een vroedvrouw. Deze ervaring is me bijgebleven als zeer positief. In mijn loopbaan in de geestelijke gezondheidszorg heb ik steeds veel aandacht gehad voor sociale en emotionele aspecten van gezondheid. Deze twee sporen hebben me bij midwifery-led care gebracht als een model waar ik meer wou over weten.

De benadering van zwangerschap, geboorte en nazorg als een normale gebeurtenis, die een ‘normale’ begeleiding vraagt, trok me daarin aan.

Midwifery-led care is in België weinig bekend.. Uit vele contacten en gesprekken blijkt dat weinig vroedvrouwen en moeders van het bestaan afweten.

Om die redenen ben ik op zoek gegaan naar literatuur en praktijkgegevens over midwifery-led care. Ik wou graag weten wat midwifery-led care precies inhoudt, hoe het in zijn werk gaat, waarin het verschilt van een gewone verloskundige afdeling, of vrouwen en vroedvrouwen er tevreden over zijn en waarom het zo weinig bekend is en voorkomt.

Daarvoor heb ik heel wat literatuur doorgenomen, vooral uit de UK en Australië, de bakermat van de midwifery-led care. Belangrijk daarbij is ‘Midwifery-led versus other models of care for childbearing women’, een review van the Cochrane collaboration uit 2008. Verder heb ik een paar praktijkcases bezocht of geïnterviewd en heb ik stage gelopen in twee geboortehuizen.

Op deze vragen heeft deze zoektocht een antwoord gegeven. Ze zijn in dit werk gebundeld in 6 hoofdstukken. De eerste hoofdstukken beschrijven het ontstaan en de geschiedenis van midwifery-led care, definiëren midwifery-led care en geven de eigenschappen weer alsook de verschillende vormen van midwifery-led care in de praktijk. In een volgend hoofdstuk wordt midwifery-led care vergeleken met medical-led care op vlak van interventies, outcome en tevredenheid. Daarna komen een paar praktijkcases aan bod om tenslotte op zoek te gaan naar een ideaal model voor de praktijk in België.

1. Ontstaan en geschiedenis van de Midwifery-led care

Voorals in Engeland zijn in de 19^{de} eeuw reeds geschriften gevonden over de behoefte aan andere modellen van vroedkundige zorgen. De indruk ontstaat dan ook dat in Engeland het midwifery-led care model ontstaan is. Er is ons geen literatuur bekend die een andere oorsprong aangeeft.

Reeds in 1872 schreef William Farr, in Engeland verantwoordelijk voor de registratie van de geboortes, huwelijken en sterfgevallen dat de vrouwen van de arbeidersklasse er in grote steden behoefte hadden om zich een paar dagen terug te trekken op een veilige plek, een propere en geventileerde ruimte, voorzien van proper materiaal en met een vroedvrouw ter plekke. In de klassieke ziekenhuizen liepen de moeders in die periode een groot risico op kraamvrouwenkoorts. Dit was toen de belangrijkste oorzaak van maternele sterfte (Campbell R., et. al, 1999).

De 'Local Government Board erkende in haar jaarlijks rapport van 1918 de noodzaak voor een veilig alternatief voor thuis bevallen. Door de oorlog (gebrek aan woningen en overbevolkte steden) ontstond de behoefte aan moederhuizen. Vrouwen kwamen er onder toezicht van een geschoolde en ervaren vroedvrouw bevallen en in geval van nood was een dokter beschikbaar (Campbell R., et. al, 1999).

Nadien, in de jaren '20-'30, liep er een campagne van de Women's Co-operative Guild voor een betere maternele zorg. Daarna kwamen er meer moederhuizen in Engeland. Deze kregen in die tijd vaak kritiek omdat ze de institutionele moederzorg niet centraliseerden in grote klassieke hospitalen (Campbell R., et. al, 1999).

De laatste 50 jaren kwam in Engeland en in andere ontwikkelde landen een beweging van thuisbevalling naar ziekenhuisbevallingen. Als gevolg hiervan streden vrouwen de laatste twee decennia voor meer gediversifieerde voorzieningen in de moederzorg. Tegelijkertijd was er bij de vroedvrouwen na het verliezen van hun professionele autonomie een tendens om deze te herstellen. Dit heeft geleid tot een opleving van midwifery-led care in ziekenhuizen en een stijging van het aantal geplande thuisbevallingen (Campbell R., et. al, 1999).

In 1992 publiceerde in het Verenigd Koninkrijk het ‘House of Commons Health Committee’ haar rapport over dienstverlening betreffende zorg voor de moeder. Het rapport adviseerde ondermeer dat vroedvrouwen hun eigen ‘caseload’ zouden dragen. Met case of zaak werd hier de zwangere vrouw bedoeld. De vroedvrouw droeg de verantwoordelijkheid van de zorg voor de zwangere en haar bevalling. Vroedvrouwen moesten volgens dit rapport de kans krijgen om zelf een verloskundige afdeling te beheren en te leiden en dit zowel binnen als buiten het ziekenhuis (WHO, 1996).

Het rapport van de Expert Maternity Group “Changing Childbirth” volgde het jaar daarop met vergelijkbare aanbevelingen. Het rapport stelde in een tienstappenplan ondermeer dat tenminste 30% van de vrouwen midwifery-led care zou moeten ontvangen. Deze documenten waren de eerste stappen in de richting van een toegenomen professionele onafhankelijkheid van vroedvrouwen in Engeland. Dit was een vrij nieuw gegeven want in slechts weinig Europese landen zijn vroedvrouwen ten volle verantwoordelijk voor de zorg van de normale zwangerschap en bevalling in het ziekenhuis. In de meeste Europese landen en ook in de USA werkt de vroedvrouw in het ziekenhuis onder de verantwoordelijkheid van de arts (WHO, 1996).

Samen met deze evoluties op het vlak van visie op prenatale gezondheidszorg waren er ook economische factoren die het oprichten van midwifery-led care bevorderd hebben. In Poole en Bournemouth bijvoorbeeld, twee steden in het landelijke Dorset in Zuid-West Engeland, moesten alle bevallingen van twee naar één ziekenhuis in Poole gecentraliseerd worden. En zo ontstond in Bournemouth een midwifery-led unit, geopend in 1992 (Campbell R., et al, 1999).

Ook in andere landen is deze werkvorm opgestart. In Nederland, Oostenrijk, Duitsland, Scandinavië, Canada, Australië en Zwitserland wordt dit model aangeboden aan vrouwen met een laagrisicozwangerschap en normale bevalling. Deze ‘midwifery units’ ontstonden als reactie op de medicalisering van de normale bevalling en de toename van verloskundige interventies en als antwoord op het gebrek aan aandacht voor de sociale en emotionele behoeften van de vrouw in de traditionele aanpak. De midwifery units werden door vroedvrouwen geleid en golden als alternatief voor de begeleiding in ziekenhuizen.

In Zwitserland biedt de universitaire vrouwenkliniek van Bern sinds 2000 het midwifery-led care begeleidingsconcept aan. Cignacco E., et al, (2004).

In Australië is eind jaren 90 een verhoogde vraag naar reorganisatie van de verloskundige diensten. Deze vraag is bevorderd door een aantal bezorgdheden:

- de stijgende kost van de gezondheidszorg voor de overheid,
- een toegenomen aantal medische interventies bij zwangere vrouwen waardoor de kost nog meer stijgt,
- een maatschappelijke beweging die pleit voor de natuurlijke geboorte (Zadoroznyj M., 2000),
- Tracy S. (2005) is een pleitbezorger van deze laatste maatschappelijke beweging. Ze geeft aan dat in Australië sinds 2000 heel wat kleine moederhuizen gesloten zijn om de zorg voor de moeder te rationaliseren. In Sydney stelde men dat een ziekenhuis elk jaar een voldoende aantal bevallingen moest realiseren (minstens 2000) om een hoge kwaliteitsnorm van verzorging te kunnen aanhouden. Anders zouden vrouwen en kinderen er minder veilig zijn. In deze grotere ziekenhuizen zouden alle medici en alle technologie 24 uren op 24 beschikbaar en inzetbaar zijn indien nodig. Ondermeer het aanbieden van een epidurale verdoving zou permanent tot de mogelijkheden moeten behoren. De auteur relateert deze stelling door te stellen dat de private ziekenhuizen in Australië deze 24 op 24 dienst niet waar maken. Ook is er volgens haar onvoldoende wetenschappelijke bevestiging van de stelling. Bovendien moeten moeders die in landelijk gebied wonen zich ver van hun huis en vertrouwde omgeving verplaatsen om te bevallen. Ze beschouwt dit gebrek aan een vertrouwde omgeving als een belastende factor voor een geslaagde bevalling. Ook zouden vrouwen in deze grote centrale ziekenhuizen het gevoel hebben de controle te verliezen en overgegeven te zijn aan medicalisering en technologie.

In België is de term tot op heden weinig bekend en in de praktijk komen we deze werkwijze bijna alleen in de eerste lijn tegen, met name bij zelfstandige vroedvrouwen en geboortehuizen.

We kunnen dus besluiten dat midwifery-led care een vrij jong fenomeen is. Tijd dus voor een verkennend onderzoek van dit model, dat op het eerste gezicht de vroedvrouw een positie, een taak en een verantwoordelijkheid geeft die bij haar opleiding en profiel past en dit ten volle tot zijn recht laat komen.

2. Definitie en eigenschappen van midwifery-led care

Een korte en krachtige definitie vinden we bij Cignacco E.(2004):

“De vroedvrouwen begeleiden op eigen verantwoordelijkheid normale zwangerschappen en bevallingen, zonder er een arts bij te betrekken of te informeren.” Postpartum wordt in deze definitie niet opgenomen, vermoedelijk omdat het artikel geschreven is naar aanleiding van het oprichten van een begeleidingsconcept ‘vroedvrouwbegeleide bevalling’.

Hatem M. et.al.(2008) verstaan onder midwifery-led care “een manier van zorg verstrekken waarbij de vroedvrouw de leidende professional is in de planning, organisatie en het geven van zorg aan de vrouw, vanaf de eerste contactname tot en met de postnatale periode. De vroedvrouw draagt deze verantwoordelijkheid in partnerschap met de moeder. Midwifery-led care verstrekt zorg aan gezonde vrouwen met een laagrisicozwangerschap als een aparte unit binnen een ziekenhuis of in een geboortecentrum.

De onderliggende *filosofie* is die van fysiologie en van continuïteit van verzorging. Zwangerschap en geboorte zijn natuurlijke processen, ze behoren bij het leven. En moeders hebben de natuurlijke mogelijkheid om hun bevalling te beleven met zo weinig mogelijk (medische) interventies.

De vroedvrouw is *verantwoordelijk* voor:

- het vaststellen en inschatten van de maternele behoeften,
- de planning van haar verzorging,
- doorsturen naar andere professionals of naar tweedelijnd indien nodig.

De zorgverstrekking volgens het midwifery-led care model houdt volgens Hatem et.al volgende *taken* in:

- continuïteit van de zorgverlening,
- oog hebben voor het fysische, psychologische, spirituele en sociale welzijn van de vrouw en haar familie doorheen de zwangerschap, bevalling en postpartum,
- de vrouw voorzien van individuele gezondheidsvoorlichting, counseling en prenatale zorg,
- permanente aandacht tijdens de arbeid, geboorte en onmiddellijke postpartum periode,

- blijvende ondersteuning tijdens de postnatale periode,
- de technologische interventies beperkt houden,
- de vrouw doorverwijzen naar een gynaecoloog of andere specialist indien nodig.

Volgens het NHS-rapport (2006) heeft midwifery-led care ook een aantal *maatschappelijke effecten*:

- realiseert toegewijde faciliteiten voor laagrisicovrouwen,
- biedt vrouwen een keuze,
- biedt zorg op maat van de lokale gemeenschap en behoeften,
- ondersteunt een partnerschap tussen zorgverlener en zorgontvanger,
- voegt gefragmenteerde dienstverlening vanuit verschillende disciplines samen en maakt lokale geïntegreerde dienstverlening mogelijk,
- verlegt de nadruk van zorgverstrekking naar een sociaal zorgmodel,
- ondersteunt de eigenheid van vroedvrouwen,
- bespaart kosten.

Organisatorisch beschouwd begeleidt in sommige modellen van midwifery-led care de vroedvrouw alle vrouwen in een bepaalde geografische locatie of regio. Ze is verantwoordelijk voor alle vroedkundige zorgen bij een normale gezonde vrouw. Bij een medische of verloskundige complicatie blijft ze, in samenspraak met de andere professionele hulpverleners, de vroedkundige verzorging verstrekken. Een discussie in dit verband is of deze taak kan opgenomen worden door een team van vroedvrouwen, dan wel dat een en dezelfde vroedvrouw alle zorgen voor de moeder moet opnemen voor, tijdens en na de bevalling.

3. Modellen van midwifery-led care

Midwifery-led care komt voor in verschillende vormen. De globale benadering is in de meeste gevallen dezelfde. De verschillen doen zich voor op twee vlakken:

- de plaats waar midwifery-led care doorgaat: in een ziekenhuis of in een afzonderlijk geboortecentrum in de lokale gemeenschap,
- de continuïteit van de midwifery-led care: een moeder wordt van het eerste tot laatste moment begeleid door één en dezelfde vroedvrouw (caseload of one to one midwifery-led care) of door een team van vroedvrouwen (team midwifery-led care).

In de literatuur is hierover het volgende te vinden.

3.1. Ziekenhuis of geboortecentrum

Midwifery-led care kan aangeboden worden in een groot hospitaal, naast de gewone verloskundige afdeling. Dat betekent dat er een afdeling is voor laagrisicobevallingen, waar de vroedvrouwen de verantwoordelijkheid dragen en autonoom werken.

Midwifery-led care in geboortecentra in lokale gemeenschappen zijn kenmerkend voor de UK, waar de overheid ze installeerde als een vorm van (regionale) gezondheidszorg. Ze zijn een aanvulling op de verzorging in ziekenhuizen in grote centra. Door de schaalvergroting en rationalisatie werden kleine, landelijk gelegen ziekenhuizen gesloten en werd de verzorging gecentraliseerd in de grote ziekenhuizen. Om te voorkomen dat vrouwen zich te ver moesten verplaatsen en te ver buiten hun eigen (sociale) omgeving moesten bevallen, werden meer regionale en landelijke ‘geboortecentra’ opgericht. Meestal werden die opgericht op een locatie van waaruit een ziekenhuis bereikbaar is in geval van complicaties. Deze centra kunnen ook gekoppeld zijn aan een dokterspraktijk. De vroedvrouwen die verbonden zijn aan deze centra gaan ook naar de mensen toe voor thuisbevallingen.

Hier doen zich nog verschillen voor. In sommige landen heeft één vroedvrouw of centrum een bepaalde regio onder haar verantwoordelijkheid. In andere landen kunnen moeders vrij kiezen waar ze verzorgd worden en bevallen.

Volgens Hatem et.al.(2008) zijn beide plaatsen gelijkwaardig als men de midwifery-led care vergelijkt.

3.2. One to one of team

Eén vroedvrouw draagt de verantwoordelijkheid voor een bepaalde vrouw. Daarom spreekt men van een one to one benadering: dezelfde vroedvrouw begeleidt dezelfde vrouw. Omdat dat in de praktijk soms moeilijk te organiseren valt voor de vroedvrouw, kan ze dat in partnerschap met een andere vroedvrouw doen.

In een teambenadering deelt een team van vroedvrouwen de verantwoordelijkheid voor alle vrouwen die komen bevallen, zonder dat één vroedvrouw één vrouw specifiek opvolgt. Het werkrooster van de vroedvrouw is bepalend voor wie de vrouw begeleidt.

Volgens onderzoek van Hatem et.al.(2008) is er in het algemeen weinig of geen verschil tussen de behandelingsresultaten van de beide werkwijzen.

Wel ligt het risico op een apgarscore minder dan 7 na 5 minuten en op een verlies van de foetus of een neonatale sterfte voor 24 weken lager bij de caseload of one to one midwifery-led care dan in de teambenadering.

4. Midwifery-led care en medical-led model

In de literatuur wordt midwifery-led care vergeleken met andere zorgmodellen voor de zwangere vrouw en haar baby.

Rooks J.(1999). maakt een onderscheid tussen midwifery-led care en het medical-led model. Beide zijn gebaseerd op specifieke zienswijzen van zwangerschap en geboorte. Beide benaderingswijzen zijn valabel en belangrijk. Ze zijn eerder complementair dan competitief en ze spelen in op de verschillende behoeften en verlangens van de vrouw. Midwifery-led care ziet de zwangerschap als een kwetsbaar maar normaal deel van het leven van een vrouw. Het medisch model is ontwikkeld om om te gaan met de pathologie van zwangerschap en geboorte. De medici zouden een prioritaire verantwoordelijkheid moeten hebben voor de zorg van zwangere vrouwen met een medisch probleem, een ziekte of ernstige complicaties. De vroedvrouwen zijn expert in de normale zwangerschap en gaan om met de behoeften van de zwangere vrouw.

Binnen het medisch managementsysteem kunnen nog drie varianten omschreven worden naargelang van de zorgverstrekker. Hatem et.al.(2008):

- gynaecologen zijn aanwezig bij de geboorte. Vroedvrouwen en in sommige landen verpleegkundigen voorzien de intrapartale en postnatale zorg,
- huisartsen doen prenatale consultaties en begeleiden de bevalling met een doorverwijzing naar obstetrische specialisten indien nodig. In sommige landen is een tweede arts aanwezig Vroedvrouwen verlenen de intrapartale en onmiddellijke postnatale zorgen, maar nemen hierover geen beslissingen,
- er bestaan ook modellen van gedeelde verantwoordelijkheid onder huisdokter, arts en vroedvrouw, afhankelijk van de fase in de zwangerschap, geboorte en postnatale periode. In sommige landen, zoals Canada en Nederland, is de verantwoordelijkheid van de vroedvrouw beperkt tot de zorg voor ongecompliceerde zwangerschappen. Terwijl in andere landen zoals Frankrijk, Australië en Nieuw-Zeeland, de vroedvrouw in samenwerking met gynaecologen ook medische zorgen toedient aan vrouwen met complicaties. In sommige landen, zoals de Republiek Ierland, Iran en Libanon, verstrekt de vroedvrouw alle zorgen maar onder de leiding van gynaecologen. Deze

draagt de verantwoordelijkheid voor de vrouw tijdens haar zwangerschap, bevalling en postnatale zorg.

4.1. Wie kiest voor midwifery-led care?

Uit onderzoek blijkt dat eerder oudere vrouwen voor midwifery-led care kiezen. Ze genoten meestal ook een hogere opleiding (hogeschoolniveau). Ook hun partners zijn meestal hoger opgeleid. Ze leven meer in een niet-conventionele relatie (40.4%) dan de andere groep moeders (28.8%). Dit stelde Cignacco E.(2004) vast bij een vergelijkend onderzoek tussen 47 vrouwen in een midwifery-led care en 66 in een medisch model.

Eenzeventig procent van de vrouwen geeft aan dat de geborgen sfeer in de midwifery-led care doorslaggevend was voor hun keuze.

Vrouwen die initieel zouden kiezen voor een bevalling in een geboortehuis wendden zich in sommige omstandigheden eerder tot het midwifery-led care model omwille van het feit dat de ziekteverzekering bevallen in het geboortehuis niet dekt.

Ryan M. en Roberts C. (2005) bevestigen dat moeders die voor midwifery-led care kiezen ouder zijn, hoger opgeleid en minder afhankelijk van sociale zekerheid en uitkering. Verder hebben ze minder nood aan een vertaler en roken ze minder.

Zadoroznyi M. (2000), maakt een onderscheid tussen vrouwen die voor het eerst bevallen of moeders die bevallen van een tweede of volgend kind. Bij eerstgeborenen hebben slechts 5 van de 50 bevraagde moeders een midwifery-led care overwogen:

- de voornaamste reden om niet te kiezen voor midwifery-led care is het ontbreken van voldoende informatie en kennis over de rol van de vroedvrouw. De huisarts speelt hierin een belangrijke rol en verwijst de zwangere vrouw door naar een ziekenhuis of een private gynaecoloog. De inbreng van de vroedvrouw is dus onvoldoende bekend. De ervaring van een eerste bevalling leverde echter een verhoogde appreciatie op voor het werk van de vroedvrouw, niet in het minst omdat ze ervoeren dat de vroedvrouw al het werk deed, soms ook de bevalling,
- een andere reden is de overheersende overtuiging dat zwangerschap en geboorte potentieel gevaarlijk zijn, dus als een situatie waarmee alleen hoog getrainde specialisten kunnen omgaan,
- verder speelt het hebben van een privégezondheidsverzekering een grote rol in Australië. 82% van de vrouwen uit de middenklasse in haar steekproef hebben een

privégezondheidsverzekering. Daardoor kunnen ze vrij kiezen voor een publiek of privaat hospitaal voor zwangerschap en bevalling. Bij de arbeidstersvrouwen heeft slechts 13% deze verzekering. Zij kunnen alleen kiezen tussen de publieke ziekenhuizen in hun onmiddellijke omgeving.

4.2. Interventies en outcome

Campbell (1999) stelt dat er in het algemeen **weinig verschil in medische outcome** vastgesteld is. Een belangwekkende vaststelling van Campbell is dat de verklaring hiervoor ligt in het feit dat de onderzoekssituaties en –methodes zeer uiteenlopend zijn en er **weinig vergelijkbaar materiaal** is.

Campbell deed een vergelijkend onderzoek naar verstrekte zorgen in twee ziekenhuizen:

- midwifery-led care in het Royal Bournemouth Hospital (Engeland),
- medisch model in het Poole General Hospital.

Er was geen verschil op vlak van:

- bloedverlies van meer dan 500 ml,
- rupturen van het perineum,
- laag geboortegewicht.

Zij stelde enkel een verschil vast betreffende episiotomie en betreffende apgarscore lager dan 7 na 1 minuut:

- in midwifery-led care kwam episiotomie minder voor: 16.8% ten opzichte van 24.6%,
- in midwifery-led care kwam een apgarscore van < 7 na 1 minuut minder voor: 11.9% ten opzichte van 16.3%, evenals een apgarscore van < 7 na 5 minuten 0.8% en 2%.

Dezelfde tendens vinden we terug in de onderzoeksresultaten van experimenten in Glasgow, Leicester en Aberdeen (eveneens beschreven door Campbell R). Ook daar is geen verschil gevonden in de outcome van de baby. In alle ziekenhuizen werd enkel rekening gehouden met low risk bevallingen.

Verder was er in de midwifery-led care **minder gebruik van medische interventies** zoals:

- monitoring,
- episiotomie,
- pijnstilling,
- inductie van de arbeid.

Er waren minder baby's met foetale stress.

62% van de vrouwen in Bournemouth die bij de start van de arbeid voor midwifery-led care koos, beviel ook binnen de midwifery-led care setting. Dit percentage ligt hoger dan in ziekenhuizen in Leicester en Aberdeen waar slechts 46% in de midwifery-led care bleef.

In Leicester en Aberdeen liggen de midwifery-led care en de medische afdeling vlak naast elkaar in één en hetzelfde ziekenhuis. De overstap wordt daar dus veel makkelijker gemaakt. Niet alle transfers zullen nodig zijn geweest. Sommige transfers waren ook tijdelijk.

Omdat er weinig verschillen vastgesteld worden, in wie de bevalling begeleidt tussen midwifery-led care en medical-led care, lijkt het erop dat de **achterliggende filosofie van zorgverstrekking** en de context waarbinnen deze gebeurt belangrijk is. Campbell vraagt zich af of de discussie over wie best de zorgen verstrekt in een gewone, ongecompliceerde situatie –de vroedvrouw of de gynaecoloog- wel zo belangrijk is.

Ze concludeert eveneens dat, aangezien er weinig verschillen in outcome zijn:

- de midwifery-led care een volwaardig model is,
- dat gewaardeerd wordt door de vrouw,
- en in de opleiding van vroedvrouwen moet aanbod komen.

Cignacco E.(2004) deed een eigen onderzoek door twee vergelijkbare en onafhankelijke gelegenheidssteekproeven met elkaar te vergelijken: 47 vrouwen in een midwifery-led care en 66 in een medisch model.

Dit onderzoek bevestigt de tendens dat er bij de midwifery-led care **minder medische interventies** zijn zoals:

- episiotomieën: midwifery-led care 36.2% en medisch model 56.1%,
- bloedafnames,
- infusen plaatsen.

Een ander gegeven, dat in het onderzoek van Cignacco naar boven kwam is dat bij 40.4% van de vrouwen in een midwifery-led care zich een complicatie voordeed die leidde tot ingrijpen van een arts. In het medische model deden zich bij 51.50% van de vrouwen dergelijke complicaties voor. De auteur vindt deze 40.4% zeer hoog omdat de toelatingscriteria tot de experimenten/onderzoeken erg streng waren. Ze vermoedt dat het karakter van een pilootproject de vroedvrouw bijzonder voorzichtig maakte en dat ze bij de minste aanwijzing de hulp inriep van een arts. Ook bij Campbell is de **onmiddellijke nabijheid van een arts of**

van een medische verloskundige afdeling al een reden gebleken om daar sneller (dan nodig?) naar toe te gaan. Midwifery-led care bevallingen moesten onderbroken worden omdat

- de bevalling niet vorderde door een afwijkende stand of plaatsing,
- er zich zware variabele deceleraties voordeden,
- er meconiaal vruchtwater aanwezig was.

Het onderzoek bevestigt ook de bevinding dat er **geen verschil was in de foetale outcome** en de duur van de bevalling.

Bij midwifery-led care wordt meer gebruik gemaakt van natuurlijke geneesmiddelen en methodes zoals etherische oliën, massages, ontspanningbaden, e.d.

Het omvangrijke onderzoeksoverzicht van Hatem et.al. resumeert 11 verschillende ‘trials’ in 4 landen, in een brede waaier van omstandigheden en modellen voor gezondheidszorg. Er waren 12.276 vrouwen bij betrokken. Alle surveys omvatten midwifery-led care, zowel caseload als teambenadering, vrouwen met laag en met gemengd risico, geboortecentra en ziekenhuizen. De thuisbevalling is in het onderzoek niet opgenomen.

Vrouwen in een midwifery-led care situatie werden minder geconfronteerd met **medische ingrepen** als:

- prenatale hospitalisatie,
- regionale analgetica/anesthesie,
- instrumentele geboorte (forceps/vacuümextractie),
- een episiotomie.

Een opmerkelijk resultaat is dat men **minder foetaal verlies voor 24 weken zwangerschap** vaststelt in de midwifery-led care units. Men had hiervoor geen verklaring.

De kinderen van vrouwen, bevallen in een midwifery-led care verbleven minder lang in een ziekenhuis dan andere baby’s.

Vrouwen in een midwifery-led care situatie kwamen meer in aanraking met:

- begeleiding bij de geboorte door een gekende vroedvrouw,
- een spontane vaginale bevalling,
- borstvoedingsinitiatie,

- een hoge perceptie of inschatting van controle tijdens de arbeid.

Hiermee is aangegeven dat in een midwifery-led care men de bevalling meer als een **natuurlijk proces** beschouwt en begeleidt.

Ryan en Roberts hebben een cohortstudie gedaan en de outcome van een geboortecentrum vergeleken met die van een verloskwartier in eenzelfde ziekenhuis in Australië. In het onderzoek waren 720 vrouwen betrokken die bij het begin van de zwangerschap kozen om te bevallen in het geboortecentrum en 2963 in de verloskundige afdeling van het ziekenhuis. 185 vrouwen uit de groep van het geboortecentrum werden tijdens de arbeid overgebracht naar de verloskundige afdeling. De reden voor deze overplaatsing is in dit onderzoek niet verwerkt. Deze moeders blijven voor de verdere verwerking van de resultaten in de groep 'geboortecentrum'.

De algemene conclusie van dit onderzoek is dat er in de verloskundige afdeling **meer interventies** plaats vonden dan in het geboortecentrum, zonder negatieve outcome voor de baby's. De verschillen zijn:

- in het geboortecentrum startte de arbeid frequenter spontaan. In de verloskundige afdeling werd de arbeid 3 maal meer geïnduceerd,
- ook andere ingrepen als kunstverlossing, sectio, gebruik van pijnstillende middelen kwamen meer voor in de groep van de verloskundige afdeling,
- de derde fase van de arbeid duurde gemiddeld 21 minuten in het geboortecentrum en 12 minuten in de verloskamer,
- in de verloskamer werd tijdens de tweede en derde fase meer syntocinon toegediend (87.9%) dan in het geboortecentrum (32.8 %),
- in de verloskamer kwamen meer episiotomieën voor en in het geboortecentrum meer tweedegraadsrupturen,
- borstvoeding kwam meer voor in het geboortecentrum: 98.3 % t.o.v. 85.2%,
- de apgarscore < 7 na 1 minuut kwam minder voor in het geboortecentrum (7.2%) dan in de verloskamer (14.9%),
- in het geboortecentrum kregen de baby's minder hulp bij het ademen(PEEP en zuurstof via masker) Ze hadden minder nood aan speciale zorgen op een neonatale dienst,
- baby's van geboortecentrum-moeders moesten minder worden overgebracht naar speciale afdelingen voor baby's, zowel bij de primipara (7.7% t.o.v. 11.4%) als bij de multipara (3.7% t.o.v. 8.5%),

- de perinatale mortaliteit bedroeg 1.4 op 1000 geboortes in het geboortecentrum en 3.0 per 1000 in de verloskundige afdeling.

Waters D. et al. zijn op zoek gegaan naar bewijsmateriaal ten gunste van het midwifery-led care zorgmodel. Hiervoor werd een literatuurstudie opgezet. Meer dan 130 rapporten, hoofdstukken uit boeken en thesissen werden doorgenomen en door 21 experts gelezen: 5 actieve vroedvrouwen, 13 clinici en lesgevers en 3 vroedvrouwen academici. 72 ervan werden als relevant geselecteerd voor verdere verwerking om uiteindelijk 28 bijdragen te selecteren. Uit deze selectie wou men informatie halen om een model te ontwikkelen. Het verzamelde materiaal werd gebundeld in vier thema's:

- de aard en de inhoud van prenatale bezoeken: zie verder bij tevredenheid,
- de effectiviteit van de prenatale zorg: zie verder bij tevredenheid,
- **de waarde van de traditionele praktijk:** routine bloedonderzoek, bloedgroep en antistoffen, hepatitis B en een steriele urinetest, rubella, hemoglobine, syfilis, bloedformule worden als relevante courante onderzoeken omschreven. Voor echografie, ECTG, glucosebepaling en groep B streptokokken is geen relevantie als standaardonderzoek gevonden, uitgezonderd in speciale omstandigheden. Ook voor het wegen van de moeder is er geen evidentie dat hiermee de kwaliteit van de zorg toeneemt,
- een vergelijking van verschillende modellen: omdat de besproken onderzoeken vooral traditionele prenatale zorgpatronen (medical led-care) onderzocht, is weinig of geen bruikbaar materiaal gevonden om een nieuw zorgmodel op te bouwen. Hiermee is bevestigd wat ook Campbell reeds aangaf: er is te weinig wetenschappelijk onderbouwd vergelijkingsmateriaal.

De studie heeft geen model naar voor kunnen schuiven dat in al zijn aspecten kan ontwikkeld worden. De auteurs geven aan dat een model nooit volledig evidence-based kan zijn. In de praktijk verloopt maximum 50% van de zorg op basis van evidence. Dus ook voor een 'nieuw' model zal de ervaring van en de beoordeling door de vroedvrouw van vitaal belang blijven, of met andere woorden een balans tussen wetenschap en sensitiviteit.

Hiermee bevestigd men min of meer dat de stelling van Campbell dat **achterliggende filosofie voor zorgverstrekking** en de manier waarop de vroedvrouw werkt zeer belangrijk is.

Het 'best-practice' model dat gedeeltelijk kon ontwikkeld worden legt de nadruk op:

- continuïteit van zorg,
- keuze en controle door de vrouw,

- heldere richtlijnen voor consultaties en doorverwijzingen door de vroedvrouw.

Wel is duidelijk aangetoond dat:

- de vrouwen tevreden zijn dat ze hun prenatale zorg ontvangen van vroedvrouwen,
- het schema voor consultaties (aantal en tijdstip) flexibeler kan gehanteerd worden en meer doelgericht kan opgebouwd worden in plaats van steeds dezelfde routineschema's te volgen. De huidige schema's gaan dan ook terug naar een periode van 60 jaar geleden wanneer de noden en risico's van de zwangere heel anders lagen.

Cooke H. maakte deel uit van de Waters D. onderzoeksgroep en zij publiceerde het vervolgartikel van deze onderzoeksgroep. Daarin is een flexibel schema uitgewerkt voor prenatale zorg. Men pleit voor een 7-tal consultaties waarvan het eerste tussen week 12 en 14 doorgaat en een initiële gezondheidsindicatie geeft.

- tijdens de eerste consultaties moet men
 - inzicht verwerven in de gezondheidstoestand van de vrouw en van de mogelijke risico's,
 - een vertrouwensrelatie met de vrouw opbouwen,
 - een partnership tussen moeder en vroedvrouw ontwikkelen,
 - de rol van andere professionele hulpverleners uitleggen;
- tijdens het tweede trimester zorgen minimaal twee consultaties voor:
 - meten en monitoren van de gezondheid van moeder en foetus en de evolutie van de zwangerschap,
 - informatie en gezondheidsvoorlichting als voorbereiding op de geboorte en het ouderschap,
 - promoten en ondersteunen van actieve participatie van de vrouw in haar eigen zorg;
- in het derde trimester worden minimum vier consultaties aanbevolen met:
 - meten en monitoren van de gezondheid van moeder en foetus en de evolutie van de zwangerschap,
 - informatie en gezondheidsvoorlichting als voorbereiding op de geboorte en het ouderschap,
 - de vrouw ondersteunen in haar aanpassing aan de zwangerschap en moederschap,
 - promoten en ondersteunen van actieve participatie van de vrouw in haar eigen zorg;

Dit model opteert voor een continuïteit in midwifery care:

- richtlijnen voor risicoselectie door de vroedvrouw,

- één vroedvrouw als leidinggevende vroedvrouw en contactpersoon voor de moeder,
- consultaties door artsen zijn niet standaard voorzien,
- doorverwijzingen naar een arts komen aan de orde wanneer zich een medisch risico aandient en wordt zo laagdrempelig mogelijk georganiseerd.

Besluit

Een paar opvallende conclusies:

- er zijn meer transfers naar een medical-led care wanneer er een ziekenhuis in de onmiddellijke nabijheid gelegen is,
- bij midwifery-led care is tijdens de eerste 24 weken van de zwangerschap de foetale sterfte merkkelijk lager (de reden is niet bekend en verder onderzoek is nodig),
- er zijn verder weinig of geen verschillen tussen de beide modellen betreffende risicofactoren,
- wel wordt vastgesteld dat men in het medische model veel meer interventies doet en ingrijpende maatregelen treft dan in het midwifery-led care model, zonder evenwel een positievere invloed op de perinatale outcome,
- vergelijkingen zijn niet altijd mogelijk omdat de meeste onderzoeken in ‘gewone’ medische situaties zijn opgezet en nog te weinig in de midwifery-led care situaties,
- het feit dat beperkte medische interventie in de midwifery-led care situaties samengaat met ‘geen verhoogd risico’, is een positief signaal dat midwifery-led care een veilige werkwijze is zonder extra medische risico’s. Natuurlijk is de voorwaarde dat een goede diagnose van laag risico vrouwen wordt gemaakt,
- het is belangrijk om de zwangerschap en de bevalling als een natuurlijk proces te beschouwen en te begeleiden,
- de achterliggende filosofie van de zorgverstrekker en de manier waarop die in het dagelijks werk worden omgezet, beïnvloeden de outcome van de bevalling.

4.3. Tevredenheid van de moeder

Cignacco E. stelde vast dat vooral economische en ideologische overwegingen doorslaggevend waren bij de evaluatie door de moeder.

Moeders ervoeren de mogelijkheid om in een universitair ziekenhuis voor **midwifery-led care** te kiezen als zeer positief.

De vrouwen waren in beide modellen tevreden over de pre-, peri- en postnatale begeleiding. Bij midwifery-led care scoorde de tevredenheid in vergelijking nog hoger. De **relatie met de vroedvrouw was zeer betekenisvol**. Moeders voelden zich geborgen en gesteekt voor de geboorte. Ze kregen voldoende informatie om te participeren in de besluitvorming.

De tevredenheid van de moeders over de vroedvrouwen en hun manier van werken, was in de beide groepen groot. In beide groepen hadden ze het gevoel inspraak te hebben. Ze konden de houdingen innemen die ze verkozen. In de midwifery-led care namen de vrouwen frequenter een bad en luisterden ze meer naar hun lievelingsmuziek.

Voor midwifery-led care moeders voldeed de geboorte in 90% van de gevallen aan hun verwachting. In het medische model was dit 'slechts' 76%. De negatieve feedback ging meestal samen met het optreden van onverwachte verwikkelingen. Belangrijk is dat:

- het onderzoek startte met twee gelijkwaardige low-risk groepen,
- een vrouw bleef in de midwifery-led care onderzoeksgroep, ook als ze tijdens het proces naar de medische afdeling werd getransfereerd.

Hatem M., et. al. (2008) meent dat de tevredenheid moeilijk op een samenhangende en cijfermatige manier te onderzoeken is. Vandaar dat men veel meer kwalitatieve onderzoeken aantreft. Hatem heeft 9 studies gevonden die de tevredenheid over uiteenlopende aspecten van de geboorte nagaan. De algemene tendens is dat de **tevredenheid** over verschillende aspecten van de zorg **hoger is bij de midwifery-led care** dan in het medische model.

Waldenström U. (1998) onderzocht in een geboortecentrum de tevredenheid bij 410 moeders die antenataal, intrapartum en postpartum werden begeleid. De moeders waren in hoge mate **tevreden over de houding van de vroedvrouwen, de filosofie van de zorg en de aangename en kalme omgeving**. Dat de vroedvrouw niet altijd dezelfde was, had weinig invloed op de graad van tevredenheid. Zij concludeert dat moeders in dit geboortecentrum minder behoefte hebben aan een caseloadbenadering omwille van de andere positieve elementen van de zorg.

In het hogerop omschreven onderzoek van Waters D. et al.(2004) komt nogmaals boven dat de **continuïteit van zorg** door een vertrouwd persoon de tevredenheid positief beïnvloedt. Het krijgt ook de voorkeur op verschillende zorgverstrekkers in een teambenadering, dit is in tegenstelling met de bevinding van Waldenström U.(1998)

Ook kwam naar boven wat vrouwen **niet appreciëren** bij hun zorgverstrekkers: wachttijden, hospitaalorganisatie, het grote verschil tussen hun verwachtingen en hun ervaringen, de kwaliteit van de communicatie en hun privacy. Volgens Waters is dit vooral te wijten aan de verouderde aanpak die decennia lang niet is gewijzigd en weinig rekening houdt met de klachten van de vrouwen.

Keuze, controle en continuïteit (in het Engels de 3 C's van **choice, control en continuity**) zijn de drie belangrijkste determinanten voor een effectieve tevredenheid van de moeder.

Zadoroznyi, M., (2000) heeft onderzocht welke factoren in een grootstedelijk Australische regio bepalend zijn bij de keuze van de vrouwen voor midwifery-led care. Ze identificeert ook de gevolgen voor de rol van de vroedvrouw en van de toename van keuzemogelijkheden voor de barende. Ze bevroeg 519 vrouwen over hun keuze voor een zorgverstrekker en de plaats van die zorgverstrekking. Het ging hier uitsluitend om (4) ziekenhuizen. Daarna werden in een tweede fase 50 vrouwen verder bevroegd in een diepte-interview.

Het onderzoek geeft aan dat vrouwen hun belangrijkste **informatie over de rol van de vroedvrouw verkrijgen tijdens hun directe ervaring** ermee, vooral tijdens de bevalling. Deze ervaring leidt tot een extreem **positieve erkenning en waardering** voor het werk van de vroedvrouw. In die mate zelfs dat de meeste vrouwen aangeven dat ze voor hun volgende bevalling blij zouden zijn, begeleid te worden door een vroedvrouw.

De redenen voor hun tevredenheid zijn:

- de vroedvrouwen doen al het werk, zoals ondersteuning tijdens de arbeid. Een aantal deden ook de bevalling (17 op 50 geïnterviewden, ook al waren 10 van de 17 privépatiënten),
- de **hechte relatie** die zich tijdens de geboorte-ervaring ontwikkelt,
- ze verzorgen niet alleen de medische back-up maar ook de **continuïteit van zorg**.

Besluit

Vrouwen zijn over de gehele lijn meer tevreden in een midwifery-led care situatie. Ze voelen zich beter omringd en gesteund. De continuïteit in de zorgverlening schept vertrouwen en helpt om zelf beslissingen te nemen en de bevalling als een natuurlijke gebeurtenis te ervaren.

4.4. Tevredenheid van de vroedvrouw

Hierover is weinig materiaal te vinden.

Hundley V. et al. (1995) stellen vast dat vroedvrouwen in een midwifery-led care beter gekwalificeerd zijn, meer ervaring hebben en meer tevreden zijn over hun werk dan in een consultant-led situatie. De tevredenheid gaat samen met de autonomie en continuïteit van zorg die zij realiseren in de midwifery-led care units.

Het was een onderzoek in het Aberdeen Maternity Hospital waar moeders en vroedvrouwen werden bevraagd. Het ging om 1819 bevallingen in een midwifery-led care en 915 in een verloskundige afdeling. Het aantal vroedvrouwen is niet vermeld.

Deze bevindingen worden bevestigd in het artikel van Turnbull D. (1995): 'Changes in midwives' attitudes to their professional role following the implementation of the midwifery development unit.'

Er is bij de Europese vroedvrouwen in het algemeen weinig bewustzijn over de invloed van de protocols en de organisatorische context op hun manier van zijn en op hun manier van werken. Het bewustzijn dat er verschillende modellen bestaan en dat die een verschillende graad van outcome en van tevredenheid kunnen teweeg brengen is in het algemeen niet zo groot (Oudshoorn C. 2005).

M. Mead rapporteert (Antenatal Care in Europe, European Midwives Association, 2009) dat de vroedkundige zorgverlening in een aantal landen (Kroatië, België, Griekenland, Frankrijk en Slowakije) zorgwekkend is. Omdat de meeste normale bevallingen in deze landen niet door een vroedvrouw gebeuren en de autonomie van de vroedvrouw er gelimiteerd is, komen studenten te weinig in contact met de verschillende vroedkundige zorgmodellen.

Besluit

De onderzoeksgegevens zijn beperkt en geven aan dat een midwifery-led care leidt tot een positieve tevredenheid bij zowel moeder als vroedvrouw. Verder onderzoek en bewustwording is aangewezen.

5. Enkele praktijkcases

5.1. *The Albany Midwifery Londen UK*

In juni 2008 bezochten we met een aantal studenten van de opleiding vroedkunde het Albany Midwifery geboortecentrum.

Over dit centrum is ook een artikel van Lonneke Nieuwenhuijse (2008) verschenen in het tijdschrift voor verloskundigen van januari 2008.

The Albany Midwifery is gelegen in een buitenwijk van Londen met een multiculturele bevolking. Het is een verarmde wijk met heel wat werklozen en alleenstaande ouders, die in kleine overbevolkte woonruimtes wonen. Het centrum maakt deel uit van een ruimer wijkgezondheidscentrum en is laagdrempelig voor de inwoners van de wijk 'Peckham'.

In het centrum werken zes vroedvrouwen. Ze werken zelfstandig en worden bijgestaan door een praktijkmanager en een administratieve kracht. Ze worden betaald door de National Health Service en begeleiden elk jaarlijks 36 zwangere vrouwen, zowel hoge- als lage-risicovrouwen. Ze begeleiden de vrouwen voor, tijdens en na de bevalling (tot 28 dagen erna) en tijdens eventuele bijkomende onderzoeken en interventies.

Ze worden geadviseerd door een klinisch verloskundige van het Kings College Hospital, het ziekenhuis waarmee ze een samenwerkingsverband hebben.

45% van de vrouwen bevalt thuis, waarvan 13% waterbevallingen.

Naar onze overtuiging is dit een mooi voorbeeld van midwifery-led care waar de meeste principes aanwezig zijn.

Op basis van enkele gesprekken en het bovenvermelde artikel kunnen we volgende aandachtspunten weerhouden:

- **continuïteit van zorgverlening** is erg belangrijk. Vroedvrouwen zijn 7 dagen op 7, 24 uur op 24 stand by. Daardoor zijn ze ook geregeld een periode afwezig. Een collega

neemt hun taak dan over en ze zorgen ervoor dat een moeder door slechts 2 verschillende vroedvrouwen wordt begeleid,

- de **vertrouwensband** tussen verloskundige en vrouw acht men zeer belangrijk, gebaseerd op **wederzijds respect**,
- de vroedvrouw stimuleert de vrouwen om zelfvertrouwen op te bouwen en in hun **eigen kracht** te geloven om op een **natuurlijke wijze** te bevallen, tenminste als de omstandigheden dat toelaten en als de vrouw er zich veilig en prettig bij voelt,
- het centrum heeft de politiek om ook de **familie en vrienden** bij het gebeuren te betrekken omdat ze de nodige steun zouden geven en om tegenstrijdige informatie te voorkomen,
- de vrouwen krijgen veel (evidence based) **informatie** zodat ze zelfstandig kunnen beslissen,
- vrouwen kunnen bij hun vertrouwde vroedvrouw terecht voor prenatale, perinatale en postnatale begeleiding.

5.2. Shropshire Midwife Led Unit UK

Mohajer M. et al. beschrijven in het artikel 'Midwifery-led birthing units' in Gynaecology and Reproductive Medicine (2009) de midwifery-led birthing units in Shropshire UK.

Shropshire is een landelijk gebied. Het gebied is 1300² miles groot en telt 290.000 inwoners. Om een zo groot mogelijk gebied te bestrijken, werkt men met een centrale medical-led model in een ziekenhuis in Shrewbury en in 5 landelijk gelegen midwifery-led care centra op maximum 30 miles van Shrewbury.

Een lokaal centrum heeft 1 of 2 vaste vroedvrouwen. Ze behoren tot het team van de centrale medical-led en kunnen daar terecht voor advies en assistentie. Ze voorzien in intrapartum en postnatale zorgen en men hecht veel belang aan risicoselectie. Alleen de lagerisicomoeders kunnen in de landelijk gelegen midwifery-led care bevallen. Om die diagnose te maken, zijn er vaste afspraken en procedures. De vroedvrouwen die in de landelijke centra werken, houden permanent contact met de centrale medical-led.

De voordelen van dit model zijn:

- kwalitatieve zorgverstrekking: in de midwifery-led care centra realiseert men een hogere kwaliteitsstandaard, omdat men meer natuurlijke bevallingen en minder

sectio's doet. Men ontving hiervoor een erkenning van de All Party Parliamentary Group for Maternity Care in 2002 en 2005,

- het vermijden van onnodige tussenkomsten: in de lokale centra gaat men minder over tot overbodige medische interventies,
- de continuïteit van de zorg en de zorgverstrekker ligt hoger, wat de klinische outcome positief beïnvloedt,
- keuzemogelijkheden: deze landelijke midwifery-led care centra bieden de moeders een keuzemogelijkheid voor hun bevalling.

In 2006 is de norm voor laag risico gewijzigd van 1cm ontsluiting per uur naar 0.5 cm/uur. Vrouwen met 0.5 cm ontsluiting per uur werden vanaf dan ook als laag risico beschouwd. Dit heeft geen negatieve invloed gehad op de outcome.

Omdat men zich zorgen maakt in de veiligheid van de 'geïsoleerde' landelijke midwifery-led care eenheden heeft men gedurende 10 jaar de perinatale sterfte opgevolgd. Deze bedroeg 2/1000. Slechts één geval werd gerelateerd met de start van de arbeid in het midwifery-led care centrum.

De auteur besluit dat het model sinds 30 jaar succesvol werkt en ziet de goede samenwerking en het wederzijds respect tussen de lokale midwifery-led care vroedvrouwen en de medische staf van het consultatiecentrum als een belangrijke succesfactor.

5.3. In-Hospital Birth Centre in Stockholm

Ulla Waldenström beschrijft in het artikel 'Continuity of carer and satisfaction' (Midwifery 1998) het hospital birth centre van Stockholm.

Het geboortecentrum is sinds 1989 gevestigd in een ziekenhuis op een andere verdieping dan de verloskundige afdeling. Men heeft gestreefd naar een meer huiselijke sfeer en accommodatie. Men wil er allesomvattende zorgen verstrekken vanaf de prille zwangerschap tot 2 maanden na de geboorte. Men wil vrouw- en familiegerichte zorg verstrekken en natuurlijke geboorte aanmoedigen door het gebruik van medische technologie te beperken.

Jaarlijks bevallen 350 vrouwen in dit centrum. Ze worden begeleid door 8 voltijdse vroedvrouwen. Elke vrouw wordt zo veel mogelijk door dezelfde vroedvrouw gevolgd en begeleid. Maar aangezien ze met vaste werkschema's werken, is niet gegarandeerd dat dezelfde vertrouwde vroedvrouw ook de bevalling begeleidt. Tijdens de arbeid zijn de

vroedvrouwen verantwoordelijk en zijn zij diegene die een eventuele beslissing nemen over een transfer. De vrouwen blijven niet langer dan 24 uur postnataal en worden daarna thuis begeleid door een vroedvrouw van het team die de vrouw reeds kent.

De meeste vrouwen(83%) volgen cursussen in het geboortecentrum. Op deze momenten is het mogelijk om andere vroedvrouwen te ontmoeten aan de koffietafel, zodat ze zoveel mogelijk kennis maken met deze vroedvrouwen.

5.4. Geboortehuizen in Vlaanderen

In Vlaanderen zijn een aantal kleinschalige geboortehuizen opgericht. Het VLOV wijdt hieraan aandacht op haar website. De geboortehuizen sluiten nauw aan bij de midwifery-led care filosofie. Het geboortehuis is:

“een eerstelijnsinstelling door één of meerdere vroedvrouwen beheerd. Dit huis is voor iedereen toegankelijk zonder onderscheid van cultuur, filosofie, religie of economische status. Hier worden vrouwen zelf verantwoordelijk geacht en vrij in het nemen van hun beslissingen. Het doel van een geboortehuis is het recht te vrijwaren van ouderparen om in een midden te bevallen dat minder gemedicaliseerd is en waar gezondheidszorgen en –diensten de globale gezondheid dienen in acht te nemen. De vroedvrouwen begeleiden hen naar een natuurlijke geboorte die minder traumatiserend is voor moeder en kind en meer verrijkend voor de ouders.” (definitie opgesteld op een vergadering van de werkgroep geboortehuizen van het VLOV).

Het zijn kleinschalige centra, niet verbonden aan een ziekenhuis. Een ziekenhuis is wel binnen veilig bereik indien nodig. Vrouwen die geen risicozwangerschap hebben, kunnen hier bevallen en van alle ondersteunende diensten genieten.

Ze beogen zes principes:

- het natuurlijk verloop van zwangerschap, geboorte en kraamperiode bevorderen,
- de kwaliteit, creativiteit en continuïteit in de zorgverlening bevorderen,
- de hulpverlening centraliseren,
- een ontmoetingsplaats voor zwangere vrouwen en bevallen moeders creëren en het vertrouwen in eigen kunnen en in de natuur bevorderen,
- een veilige plaats bieden om te bevallen,
- de herwaardering van het beroep van de vroedvrouw bewerkstelligen.

In twee van deze geboortehuizen liep ik stage.

5.4.1. Bollebuik Leuven

Bij Bollebuik werken de vroedvrouwen in een zelfstandig statuut. Ze worden ondersteund door een vzw-structuur. Deze neemt een deel van de administratieve en praktische ondersteuning op zich en zorgt ook voor inhoudelijke ondersteuning en ervaringsuitwisseling. Bollebuik bestaat 15 jaar, hier werken vijf vroedvrouwen. Twee van hen zijn elk om de beurt van wacht en doen de bevallingen (zowel thuis als in het ziekenhuis), de prenatale consultaties en de postnatale zorg. De vrouwen gaan afwisselend bij beide vroedvrouwen op consultatie. Zij zorgen bij elke wachtwissel voor een systematische uitwisseling van de dossiers. Twee andere vroedvrouwen komen assisteren bij een thuisbevalling en doen de postnatale verzorgingen bij een poliklinische bevalling. De vijfde vroedvrouw verzorgt de pre- en postnatale lessen en groepen. De vroedvrouwen zijn steeds bereikbaar voor de moeders.

Hun missie is:

- het natuurlijk verloop (fysiologie) van de zwangerschap, geboorte, kraamperiode en van de borstvoeding bevorderen,
- mensen begeleiden tijdens verschillende levensfasen, met betrekking tot vruchtbaarheid, gaande van de preconceptie tot ouderschap.

Bij Bollebuik geven de vroedvrouwen aan alle moeders dezelfde informatie en ze voeren een consequent beleid inzake de toe te dienen zorgen en interventies. Ze behoeden zich voor 'gewoontegedrag' van de vroedvrouw wanneer er geen wetenschappelijke basis voor is. Zo wordt bijvoorbeeld geen routinematige urinestick aangeboden. Alleen als de vroedvrouw oordeelt dat daar een goede reden voor is, zal ze dit onderzoek uitvoeren.

Bollebuik biedt de moeders informatie en sensibilisatie via cursussen, workshops en moedergroepen als voorbereiding op de geboorte en begeleiding van het ouderschap en de borstvoeding. Het tijdschrift verschijnt vier maal per jaar en richt zich tot de betalende leden. De vzw organiseert activiteiten waarbij ze de ouders met elkaar in contact brengen. Dit kan een gezinsweekend, een wandeling, ... zijn.

De vroedvrouwen volgen bijscholing en nemen deel aan vergaderingen met andere verenigingen en hulpverleners. Ze werken nauw samen met een aantal gynaecologen, osteopaten, enz...

5.4.2. Isis Tienen

Het geboortehuis is gelegen in een vierkantshoeve waarvan een deel omgevormd is tot geboortehuis. Het andere deel is het woonhuis van de vroedvrouw-oprichtster.

Het team bestaat uit drie vroedvrouwen, die op zelfstandige basis werken. Ze werken in een beurtsysteem. Ze zijn één week van wacht, hebben één week assistentie wacht en zijn dan een week vrij. De vroedvrouw van wacht doet ook de postnatale huisbezoeken. De assistentie-wacht doet de consultaties. Ze plegen regelmatig telefonisch overleg over de vrouwen die ze in begeleiding hebben. Daarnaast zijn er teamvergaderingen waarin het beleid wordt bepaald. Isis streeft een vlotte samenwerking na met andere diensten en disciplines (pediater, kraamhulp, gynaecoloog, osteopaat, huisdokter, ...).

De consultaties gebeuren in het geboortehuis. Er wordt rustig de tijd genomen. Consultaties kunnen tot een uur duren. Er wordt veel belang gehecht aan het opbouwen van een vertrouwensrelatie. De vrouwen gaan afwisselend bij elke vroedvrouw op consultatie. Zo kennen ze de drie vroedvrouwen tegen het moment van de bevalling.

Bij vrouwen die thuis bevallen, gebeurt de prenatale consultatie vanaf 36 weken thuis.

Elke vrouw kan haar eigen formule van zorgverstrekking kiezen. Isis raadt alleszins aan om tijdens het eerste en tweede trimester een echo bij een gynaecoloog te plannen.

Vrouwen kunnen in het geboortehuis bevallen. Daarvoor is een kamer ingericht met een huiselijke inrichting, een tweepersoonsbed, een groot bad. Ook thuisbevallingen en bevallingen in het ziekenhuis behoren tot de mogelijkheden. Nogal wat vrouwen kiezen ervoor om in bad te bevallen. Voor de thuissituatie is er een plooibad voorzien.

Ook bij Isis zijn de vroedvrouwen steeds bereikbaar voor de moeders.

Isis biedt een aantal omkaderende diensten aan:

- vrouwen en hun partners kunnen gedurende een aantal dagen na de bevalling ‘volpension’ verblijven in de gastenkamer van het geboortehuis,
- prenatale cursus,
- prenatale voorbereiding en relaxatie in het water,
- affectieve voorbereiding op de bevalling of haptonomie,
- zwangerschapsyoga,
- babymassage,

- postnatale oefeningen,
- winkeltje met natuurlijke baby- en zwangerschapsproducten,
- koffiehoekje voor informele contacten.

Isis is een plek waar moeders en hun gezin graag (terug) komen, zich welkom voelen. Een moeder die tijdens mijn stage beviel getuigde als volgt: “Ik denk met grote dankbaarheid en ontroering terug aan deze droombevalling en de dagen erna in het geboortehuis. Ik wens alle vrouwen toe dat ze omringd mogen worden door hetzelfde samengaan van competentie, zorgzaamheid en liefdevolle betrokkenheid.”

5.5. Twee Brusselse ziekenhuizen

In twee Brusselse ziekenhuizen is een kiem tot midwifery-led care aanwezig. Vroedvrouwen van het eigen team kunnen er autonoom bevallingen begeleiden. Het gaat om het Sint-Pieterziekenhuis in Brussel en het Erasmus ziekenhuis in Anderlecht. In Sint Pieter nam ik een interview af van Sofia Goudmaeker, een vroedvrouw en in Erasmus van dokter Verougstraete, gynaecoloog.

Vroedvrouwen kunnen er een vrouw begeleiden van het moment dat ze zich aanmeldt tot en met de derde fase van de bevalling.

In beide ziekenhuizen is steeds een gynaecoloog beschikbaar die men in probleemsituaties kan en ook moet raadplegen. De gynaecologen staan in voor de hoogrisicobevallingen en voor de bevalling van hun privé patiënten.

Deze opportuniteit is mede ontstaan omdat men in beide ziekenhuizen een tekort aan dokters had. De dokters werken er in dienstverband. Sint Pieter is een OCMW-ziekenhuis, Erasmus een Universitair Ziekenhuis. Daardoor wordt er niet gewerkt volgens het systeem van de prestatiegeneeskunde.

In het Sint Pieter ziekenhuis verzorgen de vroedvrouwen ook sommige prenatale consultaties. Ze hebben extra aandacht voor de etnische verschillen binnen hun doelgroep. Zo is er een vroedvrouw die gebarentaal kent en zich speciaal bekommert om de doofstommen.

Sinds 2006 wisselen vroedvrouw en gynaecologen elkaar af bij de consultaties in het Erasmus ziekenhuis. Tijdens het postpartum bezoekt de gynaecoloog de vrouw op dag 1 en worden de

verdere zorgen gedragen door de vroedvrouwen. Ongeveer één week na het ontslag uit het ziekenhuis hebben moeders die borstvoeding geven een afspraak met de vroedvrouw. Dit hospitaal heeft een baby-friendly label.

In de praktijk blijkt dat de vroedvrouw minder episiotomieën uitvoert en dat er vaker gebruik gemaakt wordt van alternatieve houdingen om te bevallen.

Dokter Verougstraete besluit dat deze werkwijze ertoe bijdraagt dat iedereen zich toelegt op zijn eigen werkterrein: de vroedvrouw op de normale bevalling en de gynaecoloog op de hoogrisicobevalling.

6. Naar een ideaal model?

In onze zoektocht zijn we heel wat artikels tegengekomen die niet zo zeer onderzoeksresultaten bundelen, maar veeleer op zoek gaan naar een ideaal model en de eigenschappen van een ideaal model.

Het uitgangspunt is dat zwangerschap en geboorte natuurlijke processen zijn en dat de begeleiding en verzorging zich daar moet op afstellen. Over de definitie van een natuurlijke bevalling op zich is heel wat discussie. Hier volgt bij wijze van voorbeeld een definitie van Ian Peate et al.(2008)

Een normale bevalling is een geboorte zonder:

- keizersnede,
- epidurale anesthesie,
- kunstverlossing,
- inductie van arbeid,
- stimulatie van de arbeid,
- planning van de arbeid,
- pijnstilling d.m.v. medicatie,
- het niet toelaten van eten en drinken,
- breken van de vliezen,
- beperken van de bewegingsvrijheid,
- een ziekenhuisomgeving,
- continue ECTG,
- routine vaginaal onderzoek,
- routine episiotomie.

De WHO heeft de begeleiding van de normale bevalling en de daarmee samenhangende handelingen ingedeeld in vier categorieën, afhankelijk van hun nut, effectiviteit en schadelijkheid:

- categorie A: handelingen die aantoonbaar nuttig zijn en moeten aangemoedigd worden,

- categorie B: handelingen die duidelijk schadelijk of inefficiënt zijn en moeten vermeden worden,
- categorie C: handelingen waarvoor onvoldoende evidentie bestaat om ze aan te bevelen en die met voorzichtigheid moeten gesteld worden in afwachting van verder onderzoek,
- categorie D: handelingen die frequent ongepast worden toegediend.

De lijst van deze handelingen is in bijlage opgenomen.

Wat de zorg betreft, komen de termen continuïteit, partnerschap, one to one en caseload het meest voor.

6.1. Continuïteit van zorg

Het is goed om continuïteit van zorg te onderscheiden van continuïteit van zorgverstreker. Beide begrippen worden soms door elkaar gebruikt.

Continuïteit van zorg verwijst naar zorg die niet opgedeeld is, waar goede communicatie is binnen het zorgsysteem en waar een eenduidig beleid gevoerd wordt. De vrouw weet hierdoor wat ze kan verwachten en zal zich zekerder voelen. Het betekent dat alle zorgverstrekkers dezelfde visie en principes hanteren en van daaruit handelen, dat de ze op de hoogte zijn van de situatie van de vrouw en hier op inspelen, dat ze elkaar briefen over toegediende zorgen en medische indicatoren. Kortom de vrouw wordt als één team opgevolgd (Homer C. et.al, 2002) (Waldenström U.,1998).

Continuïteit van zorgverstreker komt overeen met one to one of caseloading (zie in 6.3.).

6.2. One to one of caseloading

De continuïteit van zorg kan een stap verder gaan naar continuïteit van zorgverlener. Met de continuïteit van zorgverlener wordt bedoeld dat hoofdzakelijk één vroedvrouw de gehele verloskundige zorg op zich neemt voor één bepaalde vrouw. Dit wordt pas gegarandeerd als de vroedvrouw een consequente authentieke houding aanneemt (Green J., 2000).

Elke vrouw wordt pre-, peri- en postnataal begeleid door dezelfde vroedvrouw. Het geeft de vroedvrouw de kans om de vrouw centraal te stellen en niet het instituut of het systeem waarbinnen ze werkt. (Lester A. 2005)

6.3. Partnerschap

Lesa M. et al. (2004) definieert partnerschap als volgt:

“A relationship of ‘sharing’ between the women and the midwife, involving trust, shared control and responsibility and shared meaning through mutual understanding.”

“Partnerschap is een relatie tussen de vrouw en de vroedvrouw waarbij er wederzijds vertrouwen is, gedeelde macht en verantwoordelijkheid en een gedeelde mening die verkregen zijn door wederzijds begrip.”

Het begrip ‘macht’ (power) wordt bij partnerschap belangrijk geacht. Alhoewel men ‘power’ ook kan vertalen als kracht, gezag, vermogen, energie en sterkte (Cadee F., 2005).

Partnerschap ontstaat doordat beide partners (vrouw en vroedvrouw) een unieke inbreng hebben in de relatie. De vroedvrouw brengt haar verworven kennis, ervaring en deskundigheid in. De inbreng van de vrouw bestaat uit (zelf)kennis, waarden, ideeën en verwachtingen. De vrouw is expert in zichzelf. Beide partners voegen ook hun intuïtie en gevoelens toe. De relatie kan gezien worden als een aan tijd gebonden vriendschap, ook een ‘professionele vriendschap’ genoemd (Cadee F., 2005) (Lesam M., 2004).

6.4. Het ideale model

Oudshoorn (2005) somt alle vereisten op waaraan een model moet voldoen:

- one to one contact tussen vroedvrouw en moeder in een continue relatie van het begin van de zwangerschap tot 6 weken na de geboorte,
- duidelijke objectieven voor de coaching van de vrouw,
- speciale aandacht voor de communicatie die partnerschap stimuleert en vrouwen stimuleert om hun eigen initiatief te volgen en zich bewust te zijn of zelf de controle in handen te nemen,
- respect voor cultuur en ontwikkelingsniveau van de vrouw, geboorte beschouwen als een sociaal, psychologisch en spiritueel gebeuren,
- counseling en coaching modellen hanteren tijdens de contacten,
- ‘meesterlijk inactief’ zijn tijdens de arbeid, je intenties duidelijk uitdrukken in woorden en lichaamstaal, alleen positieve impulsen geven, niet directief zijn.

De **Coalition for Improving Maternity Services (CIMS)**, een coalitie van individuen en nationale organisaties heeft een standaard ontworpen voor **Mother-Friendly Childbirth Initiative** (ziekenhuizen, geboortecentra, thuisbevallingen).

Ze promoten een welzijnsmodel van maternele zorg dat:

- de outcome wil bevorderen en,
- de kosten wil verminderen.

Hun evidence-based model focust op preventie en welzijn als alternatieven voor hoge kosten in screenings, diagnoses en behandelingen. Men stelt het welzijn van moeder, baby en familie centraal. Hun model van **Mother-friendly care** hanteert volgende principes:

- het geboorteprocés is een normaal, natuurlijk en gezond proces,
- empowerment van de vrouw is zeer belangrijk,
- elke vrouw heeft recht op haar autonomie,
- beperkte medische ingrepen,
- elke zorgverlener is verantwoordelijk voor de kwaliteit van haar/zijn zorgverstrekking.

Om een CIMS erkenning te bekomen moet de moedervriendelijke instelling deze principes realiseren in tien stappen. Stap 10 gaat over de 'Baby-Friendly Hospital Initiative' van de WHO-UNICEF betreffende het stimuleren van borstvoeding. Voor meer gedetailleerde informatie over deze 10 stappen verwijzen we naar www.motherfriendly.org

Een aantal ziekenhuizen en geboorthuizen in België hebben reeds het certificaat van Baby-Friendly Hospital Initiative bekomen. Dit is een onderdeel van de tien stappen naar een mother-friendly childbirth initiative. Sommige (zoals UZ Leuven) nemen ook andere elementen van de tien stappen over.

Zelf zou ik het ideale model omschrijven als een en/en verhaal.

Continuïteit, caseload, partnerschap en midwifery-led care vullen elkaar aan en vormen samen de eigenschappen van het ideale model.

Continuïteit in de zin van een filosofie die door iedereen mee gedragen wordt. Elke vroedvrouw handelt zo consequent mogelijk binnen die filosofie.

Caseload, one-to-one, geeft de mogelijkheid om een relatie op te bouwen waarbinnen wederzijds vertrouwen kan groeien en de vrouw ondersteund wordt om de natuurlijke bevalling ten volle te ervaren.

Met **partnerschap** wordt een gelijkwaardigheid nagestreefd. Vrouw en vroedvrouw zijn partners in de zwangerschap en het bevallingsproces. Zo kunnen ze elk vanuit hun eigen kracht tot een authentieke en gedeelde samenwerking en ervaring komen. De vroedvrouw

staat open voor een intens contact met de vrouw. Door haar oprechte betrokkenheid steunt zij de vrouw om voor zichzelf op te komen en zo de regie en de controle over haar eigen ervaringen te verwerven. Zij begeleidt de vrouw in het transformatieproces van zwangerschap en geboorte op een manier dat de vrouw kan zeggen: "Ik heb het zelf gedaan!"

Geerdens L.(2004) zegt: "Na de geboorte voelt een vrouw zich sterker en heeft meer voldoening als ze het zelf heeft gekund. Wat ze leerde door de arbeid en bevalling dient voor het leven. Die kracht draagt ze over op haar kind."

Deze 3 principes hebben we stevast aangetroffen in de midwifery-led care situaties. Dit kleinschalige en eenvoudige organisatorische model leent zich het meest om deze visie te realiseren. In een midwifery-led care situatie kan de vroedvrouw haar taak het best op deze wijze invullen. Zij is zelf verantwoordelijk om de zorgen op een autonome wijze te organiseren en haar kennis en kunde in te zetten. Zij heeft in dit model de mogelijkheid om ruimte te maken voor de kennis en levenservaring van de vrouw.

Al deze principes vertrekken van het uitgangspunt dat zwangerschap en bevallen natuurlijke processen zijn die bij het 'gewone' gezonde leven horen. De vroedvrouw heeft als taak om de verloskundige zorgen te geven en ondersteuning te bieden bij dit proces.

Vroedvrouwen die op een autonome manier (al dan niet in dienstverband) hun beroep kunnen uitoefenen en de ruimte krijgen om deze principes in een midwifery-led care model uit te werken zullen volgens mij gedreven zijn, met overtuiging en enthousiasme werken. Deze arbeidsvreugde straalt af op de vrouwen. Dit is een basis om vertrouwen te geven en te krijgen en om een goede begeleiding te kunnen bieden. Vrouwen zullen op hun beurt tevreden zijn.

Mijn overtuiging wordt gesterkt door het besluit van verschillende studies. Er zijn minder interventies, de outcome is hetzelfde en bij een alternatief model is er een grotere tevredenheid van de vrouwen.

7. Besluit

Midwifery-led care is een manier van zorg verstrekken waarbij de vroedvrouw de leidende professional is in de planning, de organisatie en het leveren van zorgverlening aan de vrouw en dit vanaf de eerste contactname tot en met de postnatale periode. De vroedvrouw draagt deze verantwoordelijkheid in partnerschap met de moeder.

Midwifery-led care verstrekt zorg aan gezonde vrouwen met een laagrisicozwangerschap in een perifeer ziekenhuis, een afdeling naast de gewone verloskundige afdeling in een groot ziekenhuis, in een kleinschalig centrum, een geboortehuis of bij de moeder thuis.

De onderliggende filosofie is die van normaliteit en van continuïteit van verzorging. Zwangerschap en geboorte zijn natuurlijke processen, ze behoren bij het leven. En moeders hebben de natuurlijke mogelijkheid om hun bevalling te beleven met zo weinig mogelijk (medische) interventies.

Dit model van zorgverstrekking wordt in een aantal landen toegepast, zij het op beperkte schaal. Vooral in de UK en Australië is dit model het meest ingeburgerd.

In een midwifery-led care worden alleen vrouwen met een laag risico toegelaten. Eens deze diagnose en selectie gemaakt, scoren midwifery-led care modellen goed tot zeer goed op medisch vlak en ze kunnen de vergelijking met een hospitaalbevalling makkelijk doorstaan. Opmerkelijk is dat dat gebeurt met minder medische ingrepen. Dit is kostenbesparend, verlaagt het risico op medische verwikkelingen en brengt de geboorte terug tot de essentie van een natuurlijk proces.

Bovendien blijkt uit onderzoek dat de betrokken moeders en vroedvrouwen tevreden zijn over de werkwijze. Ze appreciëren de samenwerking die al eens wordt omschreven als een korte maar intense vorm van vriendschap of partnerschap op een levensbepalend moment voor de moeder. Deze band van wederzijds vertrouwen heeft een positieve invloed op de persoonlijke ervaring en ontwikkeling van de vrouw en geeft de vroedvrouw meer arbeidsvreugde.

Waarom is dit model dan zo onbekend en weinig van toepassing?

Uit het onderzoek in het buitenland blijkt dat de voornaamste reden om niet te kiezen voor midwifery-led care het ontbreken is van voldoende informatie en kennis over de rol van de

vroedvrouw. De huisarts speelt hierin een belangrijke rol en verwijst de zwangere vrouw door naar een ziekenhuis of een private gynaecoloog. De inbreng van de vroedvrouw is dus onbekend. De ervaring van een eerste bevalling leverde echter een verhoogde appreciatie op voor het werk van de vroedvrouw, niet in het minst omdat ze ervoeren dat de vroedvrouw al het werk deed, soms zelfs de bevalling.

Een andere reden is de overheersende overtuiging dat zwangerschap en geboorte potentieel gevaarlijk zijn en dat alleen hoog getrainde specialisten hiermee kunnen omgaan.

Maar ook opleidingscentra spelen een belangrijke rol. Midwifery-led care, geboortehuizen, thuisbevalling komen in de opleiding tot vroedvrouw weinig aan bod. Dus ook de (pas afgestudeerde) vroedvrouwen zijn zich te weinig bewust van de verschillende mogelijke modellen om als vroedvrouw te functioneren. Er zijn hiervoor weinig of geen stagemogelijkheden en ze doen geen praktijkervaring op met dit model.

In deze context is de drempel voor een moeder om te kiezen voor een midwifery-led care bevalling zeer groot. De motivatie en overtuiging moet sterk zijn. Bij een eerste bevalling is het begrijpelijk dat vrouwen onzeker en angstig zijn en dus kiezen voor de meest bekende en vertrouwde aanpak: de traditionele ziekenhuisbevalling bij de gynaecoloog.

De gegevens die in dit werk verzameld zijn, geven voldoende overzicht, inzicht en vertrouwen om midwifery-led care als model aan te bevelen aan de moeders en vroedvrouwen. Mijn aanbeveling is dan ook dat:

- het model opgenomen wordt in de leerstof en stages van de opleiding tot vroedvrouw
- de overheid proefprojecten met midwifery-led care opzet en ondersteunt
- begeleidingscentra (zoals Kind en Gezin) en de huisarts de moeders erover informeren

Zelf blijf ik alleszins bij mijn uitgangspunt. Ik heb dit onderwerp gekozen omdat het nauw aansluit bij de werkwijze van een geboortehuis, een werkvorm waar ik mee in aanraking kwam toen ik zelf ben bevallen en die een onuitwisbare, verrijkende ervaring heeft nagelaten. Een geboortehuis was dus van bij de start van mijn studies mijn eerste optie voor een latere tewerkstelling. Daarom koos ik dit eindwerk en het heeft mijn sympathie en voorkeur bevestigd en versterkt. Als ik de kans krijg, zal ik met veel enthousiasme mijn steentje bijdragen tot praktijktoepassing van midwifery-led care.

8. Literatuurlijst

Tijdschriften

Cadee, F., (2005) Partners in de verloskundige zorg in Nieuw Zeeland. Tijdschrift voor verloskundigen, 5, p. 53-55

Campbell, R., Macfarlane, A., Hemsall, V., et al. (1999) Evaluation of midwifery-led care provided at the Royal Bournemouth Hospital. Midwifery, 15, p. 183-193

Cignacco, E., (2004) Vroedvrouw-begeleide geboorte. VLOV Tijdschrift voor vroedvrouwen, 10(3), p.151-156

Cooke, H., Waters, D., Dyer, K., et. al. (2004) Development of a best practice model of midwifery-led antenatal care. Australian Midwifery: Journal of the Australian College of midwives, 17(2), p.21-25

Freeman, L., et.al. (2004) Partnership in midwifery care in New Zealand. Midwifery, 20, p. 2-14

Geerdens, L., (2004) Mijn vroedvrouw-zijn: een visie, geen functie! VLOV Tijdschrift voor vroedvrouwen, 10(3), p.154-156

Green, J., Renfrew, M., Curtis, P., (2000) Continuity of carer: what matters to women? A review of the evidence. Midwifery, 16, p.186-196

Hatem,M., Sandall, J.,Devane, D., et.al. (2008) Midwife-led versus other models of care for childbearing women. The Cochrane Library, Issue 4

Homer, C., Davis,G., Cooke, M., et al (2002) Women's experiences of continuity of midwifery care in a randomised controlled trial in Australia. Midwifery,18, p.102-112

Hundley, V., Cruickshank, F., Milne, J., et. al. (1995) Satisfaction and continuity of care: staff views of care in a midwife-managed delivery unit. Midwifery, 11, p.163-173

Lester, A., (2005) The argument for caseload midwifery. Midirs Midwifery Digest, 15(1), p.27-30

Mohajer, M., et.al.(2009) Midwifery-led birthing units. Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine, doi:10.1016/j.ogrm.2009.03.003

Naamloos,(2006) Women's children's & community services group. Midwifery Led Care Llandough 7th June 2006. Rapport van de NHS <http://www.wales.nhs.uk/sites3/Documents/201/CardiffandValeNHSTrust-MLULLandough.pdf>

Niewenhuijse, L.,(2008) The Albany Midwifery Practice: Een inspirerend voorbeeld van casemanagement in de Engelse Praktijk. Tijdschrift voor verloskundigen, 1, p. 32-33

Oudshoorn, C.,(2005) Midwifery: The art of midwifery, past, present and future. Midirs Midwifery Digest, 15(4), p.461-468

Rooks, J., (1999) The midwifery model of care. Journal of Midwifery & Women's Health, 44(4), p.370-374

Ryan, M., Roberts, C., (2005) Labour and birth: A retrospective cohort study comparing the clinical outcomes of a birth centre and labour ward in the same hospital. Midirs Midwifery Digest, 15(4),p.503-507

Turnbull, D., Reid, M., McGinley, M., et.al. (1995) Changes in midwives' attitudes to their professional role following the implementation of the midwifery development unit. Midwifery, 11, p.110-119

Waldenström, U., (1998) Continuity of carer and satisfaction. Midwifery, 14, p.207-213

Waters, D., Picone, D., Cooke, H., (2004) Midwifery-led care: finding evidence for an antenatal model. Australian Midwifery: Journal of the Australian College of midwives, 17(2), p.16-20

Werkmeister, G., et.al. (2008) Making normal labour and birth a reality-developing a multi disciplinary consensus. Midwifery, 24, p.256-259

World Health Organisation, (1996) Care in Normal Birth: a practical guide. WHO/FRH/MSM/96.24

Zadorznyi, M., (2000) Midwife-led maternity services and consumer 'choice' in an Australian metropolitan region. Midwifery, 16, p.177-185

Boeken

Peate, I., Hamilton, C. (2008) Becoming a Midwife in the 21st Century. Engeland: John Wiley & Sons

Internet

Bolle Buik, (S.a.) Geraadpleegd op 18 februari 2009, <http://www.bollebuik.com/>

CIMS, (S.a.) The mother-friendly childbirth initiative. Geraadpleegd op 22 april 2009, <http://www.motherfriendly.org/>

Geboortehuis Isis, (S.a.) Geraadpleegd op 18 februari 2009, <http://www.geboortehuisisis.be/index.htm>

NHS, (2006) Women's children's & community services group. Midwifery Led Care Llandough 7th June 2006. Rapport van de NHS . Geraadpleegd op 8 oktober 2008, <http://www.wales.nhs.uk/sites3/Documents/201/CardiffandValeNHSTrust-MLUULlandough.pdf>

Tracy, S., (S.a.) It's happening – midwifery led maternity services at last! Geraadpleegd op 9 februari 2009, <http://www.birthinternational.com/articles/sally02.html>

Vlov, (S.a.). Geboortehuizen in Vlaanderen Geraadpleegd op 17 april 2009 <http://www.geboortehuizen.be/>

9. Bijlage: Classification of practices in normal birth

This chapter classifies the practices common in the conduct of normal childbirth into four categories, dependent on their usefulness, effectiveness and harmfulness. The classification reflects the views of the Technical Working Group on Normal Birth. Arguments for this classification are not given here; the reader is referred to the preceding chapters, which are the outcome of the reflection and debates of the Working Group, based on the best currently available evidence (numbers of chapters between brackets).

CATEGORY A

Practices which are Demonstrably Useful and Should be Encouraged

1. A personal plan determining where and by whom birth will be attended, made with the woman during pregnancy and made known to her husband/partner and, if applicable, to the family.
2. Risk assessment of pregnancy during prenatal care, reevaluated at each contact with the health system and at the time of the first contact with the caregiver during labour, and throughout labour.
3. Monitoring the woman's physical and emotional well-being throughout labour and delivery, and at the conclusion of the birth process.
4. Offering oral fluids during labour and delivery.
5. Respecting women's informed choice of place of birth.
6. Providing care in labour and delivery at the most peripheral level where birth is feasible and safe and where the woman feels safe and confident.
7. Respecting the right of women to privacy in the birthing place.
8. Empathic support by caregivers during labour and birth.

9. Respecting women's choice of companions during labour and birth.
10. Giving women as much information and explanation as they desire.
11. Non-invasive, non-pharmacological methods of pain relief during labour, such as massage and relaxation techniques.
12. Fetal monitoring with intermittent auscultation.
13. Single use of disposable materials and appropriate decontamination of reusable materials throughout labour and delivery.
14. Use of gloves in vaginal examination, during delivery of the baby and in handling the placenta.
15. Freedom in position and movement throughout labour.
16. Encouragement of non-supine position in labour.
17. Careful monitoring of the progress of labour, for instance by the use of the WHO partograph.
18. Prophylactic oxytocin in the third stage of labour in women with a risk of postpartum haemorrhage, or endangered by even a small amount of blood loss.
19. Sterility in the cutting of the cord.
20. Prevention of hypothermia of the baby.
21. Early skin-to-skin contact between mother and child and support of the initiation of breast-feeding within 1 hour postpartum in accordance with the WHO guidelines on breast-feeding.

22. Routine examination of the placenta and the membranes.

CATEGORY B

Practices which are Clearly Harmful or Ineffective and Should be Eliminated

1. Routine use of enema.
2. Routine use of pubic shaving.
3. Routine intravenous infusion in labour.
4. Routine prophylactic insertion of intravenous cannula.
5. Routine use of the supine position during labour.
6. Rectal examination.
7. Use of X-ray pelvimetry.
8. Administration of oxytocics at any time before delivery in such a way that their effect cannot be controlled.
9. Routine use of lithotomy position with or without stirrups during labour.
10. Sustained, directed bearing down efforts (Valsalva manoeuvre) during the second stage of labour.
11. Massaging and stretching the perineum during the second stage of labour.
12. Use of oral tablets of ergometrine in the third stage of labour to prevent or control haemorrhage.
13. Routine use of parenteral ergometrine in the third stage of labour.

14. Routine lavage of the uterus after delivery.

15. Routine revision (manual exploration) of the uterus after delivery.

CATEGORY C

Practices for which Insufficient Evidence Exists to Support a Clear Recommendation and which Should be Used with Caution while Further Research Clarifies the Issue

1. Non-pharmacological methods of pain relief during labour, such as herbs immersion in water and nerve stimulation.

2. Routine early amniotomy in the first stage of labour.

3. Fundal pressure during labour.

4. Manoeuvres related to protecting the perineum and the management of the fetal head at the moment of birth.

5. Active manipulation of the fetus at the moment of birth.

6. Routine oxytocin, controlled cord traction, or combination of the two during the third stage of labour.

7. Early clamping of the umbilical cord.

8. Nipple stimulation to increase uterine contractions during the third stage of labour.

CATEGORY D

Practices which are Frequently Used Inappropriately

1. Restriction of food and fluids during labour.

2. Pain control by systemic agents.

3. Pain control by epidural analgesia.
4. Electronic fetal monitoring.
5. Wearing masks and sterile gowns during labour attendance.
6. Repeated or frequent vaginal examinations especially by more than one caregiver.
7. Oxytocin augmentation.
8. Routinely moving the labouring woman to a different room at the onset of the second stage.
9. Bladder catheterization.
10. Encouraging the woman to push when full dilatation or nearly full dilatation of the cervix has been diagnosed, before the woman feels the urge to bear down herself.
11. Rigid adherence to a stipulated duration of the second stage of labour, such as 1 hour, if maternal and fetal conditions are good and if there is progress of labour.
12. Operative delivery.
13. Liberal or routine use of episiotomy.
14. Manual exploration of the uterus after delivery.