



Vlaamse
Beroepsorganisatie
van Vroedvrouwen

DOSSIER

‘Open ziekenhuizen’

Redactie:

Els Coppens

Lieselotte Vandeputte

Alexandra Denys

Margo Lynen



Voorwoord	3
Inleiding	4
Ervaringen	5
Getuigenissen van ouders:	5
Bevalverhaal L. G.	5
Ervaring van N.V. P. (partner van L., en liefdevolle vader van A., M. en H.)	5
Bevalverhaal A.	5
Reactie van vroedvrouwen	7
Reactie van een vroedvrouw werkzaam op een midwifery led unit in België	7
Reactie van een vroedvrouw werkende in een ziekenhuis	7
Feedback van een hoofdvroedvrouw	8
Reactie van ziekenhuisvroedvrouw en autonome vroedvrouw in bijberoep	8
Reactie van een gynaecoloog	9
Begrippen	10
Wetenschappelijk luik	13
Vroedvrouwgeleide zorg	13
Psychosociaal welzijn	14
Autonomie, zelfbeschikkingsrecht en keuzevrijheid van de vrouw: welke elementen beïnvloeden de vrouw in het maken van beslissingen rond het geboorteproces (en keuze van bevallingsplaats)?	15
Welke elementen dragen bij tot een meer positieve ervaring van het geboorteproces?	16
Welke elementen dragen bij tot een meer negatieve ervaring van het geboorteproces?	17
Wat zijn de gevolgen van deze negatieve ervaring?	17
Respectvolle geboorte	18
Twaalf stappen tot een veilig en respectvolle moeder-baby-familie geboortezorg	20
Juridisch luik	22
Format ‘reglement van inwendige orde’ (RIO)	22
Algemene principes	22
Afspraken rond verloskundige zorgen	23
Afspraken rond pediatrie zorgen	24
Medisch-verloskundig dossier/ perinatale registratie/perinatale audit	24
Template Samenwerkingscontract	25
Juridische aantekening inzake ‘open ziekenhuizen’ gemaakt door Jeff Keustermans (advocaat)	28
Aansprakelijkheid	28
Juridische overwegingen vanuit het standpunt van de patiënt	29
Stappenplan bij calamiteiten en incidenten	30
Bijlagen bij calamiteiten:	40
Bijlage 1: GOMIV 2016	40
Financieel luik:	43
Vroedvrouwgeleide zorg - financieel	43
Referenties	46
Colofon	50
Bijlagen	51
Bijlage 1: Achtergrondinformatie rond het psychosociaal welzijn van de zwangere vrouw	51
Bijlage 2: Plooi folder ‘Mensenrechten gelden ook in geboorte’ (“le coeur à marée basse,” 2018)	57
Bijlage 3: Link naar ‘Midwifery Unit Standards’ (Rocca-Ihenacho et al., 2020)	58
Bijlage 4: Poster Baby-Friendly-Hospital-Initiative (WHO, UNICEF, 2018)	59



Voorwoord

Elke vrouw heeft recht op kwaliteitsvolle reproductieve gezondheidszorg. Elke vrouw heeft recht op toegang tot dezelfde zorgopties. Elke vrouw heeft het recht om te bevallen waar, hoe en met wie ze dat wenst. Thuis of in het ziekenhuis? In bed, op de mat, op de kruk of in bad? Onder begeleiding van gynaecoloog of vroedvrouw? Elke keuze die ze maakt op basis van correcte en volledige informatie, rekening houdend met haar eigen leefwereld en beleving, is een goede keuze. Die vrijheid maakt deel uit van haar patiëntenrecht.

Helaas staat dit recht onder druk omdat de optie 'bevallen met je eigen vroedvrouw in het ziekenhuis' voor vele zwangere vrouwen wegvalt. Enkele ziekenhuizen beslisten om de samenwerking met eerstelijnsvroedvrouwen voor het begeleiden van bevallingen in het ziekenhuis eenzijdig op te zeggen. Bevallen met je eigen vroedvrouw in het ziekenhuis kan momenteel slechts in zes ziekenhuizen in Vlaanderen.

Een bevalling is een ingrijpende gebeurtenis en een van de meest kwetsbare momenten in het leven van een vrouw en haar directe omgeving. Wij beschouwen het als onze missie en plicht om hen gezond en veilig door dit proces te gidsen. Dit houdt in dat we hen op een laagdrempelige en toegankelijke manier respectvolle geboortezorg willen aanbieden, dat we kwaliteitsvolle zorg kunnen aanbieden die zorgt voor continuïteit in begeleiding, dat we zorg aanbieden waar er ruimte is voor de eigenheid van elke vrouw en haar omgeving zowel voor, tijdens én na de bevalling.

Doordat de optie 'bevallen met je eigen vroedvrouw in het ziekenhuis' niet overal mogelijk is, wordt het de eerstelijnsvroedvrouw onmogelijk gemaakt om continue, respect- en kwaliteitsvolle zorg aan te bieden.

Internationaal onderzoek toont aan dat bevallen met je eigen vroedvrouw de fysieke en mentale gezondheid bevordert. Vroedvrouwgeleide zorg bij vrouwen met een laag risico zwangerschap vergroot de kans op een spontane vaginale bevalling. Dit houdt in dat er minder kans is op interventies en complicaties. Continue 'one to one care' vanaf de zwangerschap creëert een vertrouwensband. De vroedvrouw leert de vrouw en haar omgeving kennen op medisch, psychisch en sociaal vlak en kan hierdoor beter inspelen op de individuele noden.

Vroedvrouwgeleide zorg ondersteunt niet alleen de fysieke en mentale gezondheid van de moeders en hun baby, er is ook maatschappelijke winst. Bevallingen met minder interventies en complicaties zorgen rechtstreeks voor besparingen binnen het gezondheidszorgsysteem en onrechtstreeks voor een meer optimale intergenerationele gezondheid.

Dit dossier heeft als doel om 'bevallen met je eigen vroedvrouw in het ziekenhuis' mogelijk te maken. Het reikt een onderbouwde basis aan voor een succesvolle samenwerking tussen eerstelijnsvroedvrouwen en het ziekenhuis en dit op zowel wetenschappelijk, juridisch als op financieel vlak.

Vanwege de VBOV werkgroep 'open ziekenhuizen'

Alexandra Denys, Els Coppens, Lieselotte Vandeputte, Margo Lynen

Contactpersonen:

Els Coppens

Els.coppens27@gmail.com

Alexandra Denys

Alexandra_denys@hotmail.com





Inleiding

Dit dossier heeft als doel de meerwaarde van de vroedvrouwgeleide zwangerschap en bevalling voor de gezonde moeder en baby in kaart te brengen en handvaten aan te reiken op operationeel vlak om dit zorgmodel mogelijk te maken binnen de muren van een ziekenhuis. Toekomstige ouders kunnen op deze manier volwaardig kiezen voor een voor hen meest geschikt zorgmodel.

De nadruk hierbij ligt op de fysiologische verloskunde waarbij de eerstelijnsvroedvrouw de vrouw doorheen haar zwangerschap, arbeid en bevalling begeleidt. Wanneer op eender welk moment in dit proces een medische indicatie optreedt waarbij beroep gedaan wordt op de gynaecoloog, wordt er buiten het bestek van dit dossier getreden. Dit dossier wil nadrukkelijk de aandacht vestigen op een samenwerking tussen de gynaecologen en de eerstelijnsvroedvrouwen, maar ook tussen de eerstelijnsvroedvrouwen en de ziekenhuisvroedvrouwen. Elke vroedvrouw die autonoom arbeid en bevalling begeleidt, wordt in dit dossier benoemd als een eerstelijnsvroedvrouw.

Dit dossier dient als standaardsjabloon en is aanpasbaar per ziekenhuis.

Het is geschreven om:

- beleidsmakers te informeren over de stappen die nodig zijn om tot vroedvrouwgeleide arbeid en bevalling te komen in een ziekenhuis.
- eerstelijnsvroedvrouwen een kader aan te reiken, zodat zij deze zorg in een ziekenhuis kunnen aanbieden indien de ouders dit wensen of indien de zorg dient overgedragen te worden aan een gynaecoloog.
- zorgverleners die op het verloskwartier werken (gynaecologen, pediaters, hoofdvroedvrouwen en vroedvrouwen) een kader aan te reiken, zodat de samenwerking met de eerstelijnsvroedvrouwen en de ouders constructief en medisch verantwoord verloopt.

Het dossier is opgebouwd uit een wetenschappelijk luik dat de meerwaarde en voordelen aantoont van vroedvrouwgeleide bevallingen voor de moeder, de baby en voor de maatschappij. In een tweede deel staan we stil bij de juridische aspecten. In een derde deel gaan we dieper in op de financiële aspecten van vroedvrouwgeleide bevallingen.



Ervaringen

In dit stuk leggen we de focus op ervaringen uit de praktijk, waarbij gepolst wordt naar wat de voordelen kunnen zijn van open ziekenhuizen en wat de valkuilen kunnen zijn.

Getuigenissen van ouders:

Bevalverhaal L. G.

‘De deskundige vroedvrouw aan mijn zijde maakte voor mij écht een verschil: ze gaf tips, advies en vooral ook gigantisch veel steun’

Op vrijdag 30 September 2022, vroeg in de ochtend, werd in alle rust en warmte in ‘de living’ van het AZ Monica ziekenhuis ons derde kindje geboren. Ik koos bewust voor een natuurlijke bevalling in de veilige omgeving van het ziekenhuis. Omringd door mijn man en een zelfstandige vroedvrouw was het voor mij een ervaring die ik aan iedereen kan aanraden. De deskundige vroedvrouw aan mijn zijde maakte voor mij écht het verschil: ze gaf tips, advies en vooral ook gigantisch veel steun. Ze weet waar ze het over heeft en zette mij als moeder volledig in mijn kracht. Wij zijn het vroedvrouwenteam dat ons begeleidde enorm dankbaar. Het zijn stuk voor stuk professionals met een groot hart voor ouders én baby’s en een passie voor hun job.

Ik vind het jammer dat niet alle vrouwen in België de mogelijkheid hebben om te bevallen in het ziekenhuis met een zelfstandige vroedvrouw aan hun zijde. Want wat is er meer waard dan terugkijken op een positieve bevalling?

Ervaring van N.V. P. (partner van L., en liefdevolle vader van A., M. en H.)

Hoewel andere ziekenhuizen dichterbij gelegen waren, kozen we voor ‘de living’ van AZ Monica

Onze eerste twee kinderen werden geboren toen we in het Verenigd Koninkrijk woonden. Na twee vlotte natuurlijke bevallingen in dat land, zochten we toen de derde op komst was naar geschikte ondersteuning om op natuurlijke wijze te bevallen in België.

We kwamen terecht bij een zelfstandige vroedvrouwenpraktijk. Zij schetsten de mogelijkheden: we konden thuis, in een nabijgelegen universitair ziekenhuis, of in AZ Monica bevallen. Er waren weliswaar andere ziekenhuizen dichterbij, maar zij lieten geen zelfstandige vroedvrouwen toe en dus kozen we voor dit laatste. Het werd een prachtige bevalling in hun gedemedealiseerde bevallingskamer ‘de living’, het equivalent van een Birth Centre in London. We kijken met zoveel positieve gevoelens terug naar dit moment en we zijn ontzettend dankbaar voor de vroedvrouwen die ons ondersteund hebben in dit mooi levensmoment.

Bevalverhaal A.

Ik heb nooit getwijfeld over de begeleiding die ik wou tijdens mijn zwangerschap. Na de positieve ervaring van mijn zus met een zelfstandige vroedvrouwenpraktijk stond het voor mij vast: ik wilde ook door hen begeleid worden! Daarmee koos ik voor een aanpak die





ERVARINGEN

nog steeds als ‘alternatief’ wordt gezien: maandelijks opvolging bij de vroedvrouwen aangevuld met drie echo's. Ik had er vertrouwen in dat dit meer dan voldoende zou zijn als de natuur zijn werk deed.

De zwangerschap verliep vlot en ik was heel blij toen ik de 37 weken aantikte: ik mocht officieel bevallen met de vroedvrouwen! Er was echter nog geen teken van een nakende bevalling. Week 38 ging voorbij en ook weken 39 en 40. Nu mocht de bevalling mocht wel komen.

Er kwamen monitor-afspraken in het ziekenhuis bij. Het woord ‘inleiding’ viel. Daar had ik helemaal geen zin in! Ik probeerde van alles om mijn lichaam dat extra zetje te geven. Het mocht niet baten. Na week 41 maakte ik een afspraak bij een voetreflexologe. Mijn vriend en ik besloten dat dit onze laatste poging was om de bevalling natuurlijk op gang te laten komen. Als dit niets uithaalde, legde ik me neer bij een inleiding. Na de voetmassage was ik volledig ontspannen en tegen het avondeten voelde ik de eerste pijnlijke ‘harde buiken’ opkomen. Ik zonderde mij af en voelde: dit waren geen harde buiken maar weeën!

Tijdens elke wee stopte ons gesprek even en moedigde de vroedvrouw mij zachtjes aan

Tegen 1u 's nachts besloot ik de vroedvrouw te bellen. Wat volgde waren enkele gezellige uren. Tijdens elke wee stopte ons gesprek even en moedigde de vroedvrouw mij zachtjes aan. Om 4u had ik 2-3 cm ontsluiting. Ik maakte mijn vriend wakker en we vertrokken naar het ziekenhuis, waar een bevalkamer met bad vrij was. Met 4-5cm ontsluiting ging ik in bad. Zelig.

Uiteindelijk zou de bevalling nog tot half vier die middag duren. Hummend met een lage O-klank ving ik urenlang weeën op, steeds opnieuw zacht aangemoedigd door de vroedvrouw. Ik zat in een soort roes, waardoor ik geen besef meer had van tijd. Ik ging uit bad en opnieuw in bad. Het warme water hielp, maar stilaan raakte ik uitgeput.

De ontsluiting was een heel eind gevorderd, maar dat laatste stukje wou niet wijken. De optie van een epidurale verdoving kwam dichterbij, maar ik hield de boot nog even af. Om kwart voor drie was het genoeg geweest. Ik kwam uit bad en werd nog eens gecontroleerd. Net geen volledige ontsluiting...

Ik vond bevallen een erg mooie en krachtige ervaring en ben heel dankbaar dat ik dit op deze manier heb mogen meemaken.

Ondertussen was een collega-vroedvrouw toegekomen om haar collega af te lossen. We besloten om de anesthesist te bellen zodat ik met een epidurale verdoving even op adem kon komen. Ik draaide op het bed alvast op mijn zij in afwachting van haar komst toen ik plotseling persdrang voelde!

Het laatste randje was dan toch verstreken en ik mocht meepersen. Een kwartier later werd het hoofdje geboren en na nog twee weeën glibberde een warm lijfje in de wachtende handen van onze vroedvrouw. Eindelijk, na 41+4 dagen en een bevalling van 20 uur, mocht ik opgelucht en doodmoe, maar zonder epidurale, onze dochter in mijn armen sluiten. Welkom kleine A.!





Vreemd om op je benen te staan, zo net na een bevalling. Maar ik was ook heel blij dat ik dat kon

Terwijl onze dochter genoot van het huid-op-huidcontact met haar papa kon ik voor het eerst naar toilet. Vreemd om op je benen te staan, zo net na een bevalling. Maar ik was ook heel blij dat ik dat na een net ontweken epidurale gewoon kon.

Als ik terugkijk op de bevalling moet ik toegeven dat die best zwaar was. Aan het eind was ik écht doodop en tijdens de korte persfase heb ik de handen van mijn vriend en de vroedvrouw tot moes geknepen. Toch dacht ik al snel: dit zou ik nog eens willen doen. Ik vond bevallen een erg mooie en krachtige ervaring en ben heel dankbaar dat ik dit op deze manier heb mogen meemaken. Vertrouwen op de natuur en de kracht van mijn lichaam voelen, dat is hoe ik de bevalling wou beleven. En dankzij de begeleiding van de vroedvrouwen is dit gelukt!

Reactie van vroedvrouwen

Reactie van een vroedvrouw werkzaam op een midwifery led unit in België

Werken in een Midwife-Led Unit

Een woordje vanuit Le Cocon, Universitair Ziekenhuis Erasmus, Anderlecht

Ik spreek voor mijn team als ik zeg dat we enorm trots zijn op onze job en ons geboortehuis. Dit is een job die ik elke dag met passie en liefde uitvoer, en die me het gevoel geeft iets waardevols te betekenen voor de koppels die we begeleiden. Eén van de belangrijkste aspecten die me bij mijn werk als vroedvrouw in een intramuraal geboortehuis aanspreken, is de autonome manier van werken. Het voelt alsof we als een zelfstandige vroedvrouw kunnen werken, zonder loon onzekerheid. De 'universitaire sfeer' die in ons ziekenhuis hangt, zorgt ervoor dat elke medewerker gestimuleerd wordt om te blijven nadenken, evidence-based practice na te streven, intern én extern samen te werken en innovatieve ideeën uit te werken. Dit heeft gemaakt dat onze unit in 2014 zijn deuren kon openen en sindsdien een bloeiende praktijk is. Daarnaast apprecieer ik ook de fijne multidisciplinaire samenwerking met diverse professionals indien een zwangerschap/bevalling niet volledig fysiologisch verloopt. Senior gynaecologen staan dag en nacht klaar mocht er medische hulp nodig zijn. Tijdens de prenatale consultaties en lessen ter voorbereiding op de bevalling, zijn we in de mogelijkheid om tijd te nemen voor elke zorgvraag, en op deze manier de koppels beter te leren kennen. Bij arbeid en bevalling kan er één op één zorg aangeboden worden, volledige bewegingsvrijheid en vrije keuze voor de baarhouding in of uit bevalbad. Dit alles zorgt voor een hogere patiënttevredenheid en betere outcome voor moeder en kind.

Uiteraard zijn er naast onze successen ook struikelblokken, bijvoorbeeld wanneer we heel specifieke zorgvragen krijgen of wanneer gynaecologen in opleiding (nog) niet helemaal bekend zijn met ons concept. Ook met het management proberen we de banden te blijven smeden zodat onze werking ook breder bekend wordt/blijft. Vanwege de terugbetalingstarieven die momenteel gelden vanuit het RIZIV/INAMI, is het om onbegrijpelijke reden nog steeds minder interessant om in een geboortehuis te bevallen. Dit zowel voor het instituut als voor het koppel dat komt bevallen, aangezien we aan hen een supplement aanrekenen. Een andere moeilijkheid is de grote aanvraag aan stages. Na 8 jaar zijn we nog steeds uniek in België en dit zorgt uiteraard voor veel interesse. Jammer genoeg kunnen we niet elke aanvraag goedkeuren. Ten slotte is het opmaken van ons rooster ook elke maand een heikel punt. Momenteel werken we nog met een systeem van oproepbaarheid, waardoor prestaties op voorhand moeilijk te plannen zijn. Een grote flexibiliteit wordt verwacht van





elke vroedvrouw, die tegelijk haar work-life balance goed in de gaten moet houden om burn-out te voorkomen. Gelukkig worden we hierin wel goed begeleid vanuit het ziekenhuis.

Indien u meer wil weten over onze manier van werken, kunt u altijd contact opnemen met ons geboortehuis: cocon.Clini-obs@erasme.ulb.ac.be, laure.depuydt@erasme.ulb.ac.be, telefonisch +32 2 555 55 96 of op onze website www.erasme.ulb.ac.be

Publicatie: *The “Cocoon,” first alongside midwifery-led unit within a Belgian hospital: Comparison of the maternal and neonatal outcomes with the standard obstetric unit over 2 years, Birth, 2019*

Reactie van een vroedvrouw werkende in een ziekenhuis

Als vroedvrouw werkende in een ziekenhuis heb ik de afgelopen jaren al heel wat gezien en meegemaakt. En ik kan alleen maar concluderen dat een zelfstandige vroedvrouw een absolute meerwaarde is voor iedereen. Niet alleen voor de toekomstige ouder(s), maar ook voor de ziekenhuisvroedvrouw. De bevallingen met een zelfstandige vroedvrouw geven altijd zo'n rust, zo'n intimiteit die ikzelf als ziekenhuisvroedvrouw (jammer genoeg) niet kan geven. De band die wordt opgebouwd tijdens de zwangerschap is van ongekende aard. De tijd die 1 op 1 kan besteed worden tijdens de arbeid & bevalling is zo belangrijk. De geïnformeerde keuzevrijheid van een vrouw en haar partner in het hele geboorteprocess is wat mij betreft prioriteit 1. Een samenwerking met zelfstandige vroedvrouwen die een arbeid en bevalling kunnen begeleiden binnen de medische muren van een ziekenhuis is daardoor niet zomaar een klein extraatje, maar een must.

Feedback van een hoofdvroedvrouw

Ik ben altijd overtuigd geweest dat een samenwerking met externe zelfstandige vroedvrouwen binnen een materniteit een groot verschil kan maken. Ik heb enkele zaken proberen neer te schrijven, het vat zeker niet samen hoe positief ik tegenover de samenwerking sta en ik kan enkel hopen en wensen dat meer materniteiten hun deuren openstellen zodat moeders de zorg krijgen waar ze recht op hebben en de vroedvrouw zich kan en mag ontwikkelen tot de bedside vroedvrouw die verkiest om naast een parturiënte te zitten en niet naast een CTG-scherm.

De beide teams vroedvrouwen (interne en externe) versterken elkaar in hun vroedvrouw zijn. Beiden kijken ze soms met een andere bril naar de zwangere of de parturiënte, maar komen steeds tot een begeleiding op maat en vraag van de moeder/het koppel.

Door de samenwerking met de externe vroedvrouwen, blijft het intern team steeds geprikkeld om de parturiënten nauw te begeleiden en voorbeelden uit te proberen van de externe vroedvrouwen.

Door de samenwerking zijn we verrijkt op materieel en vroedkundig vlak. Onze verlosafdeling heeft nu de 'thuisverloskamer' onze 'living', we bezitten terug een baarkruk, de bevalings –en relaxatiebaden worden veel vaker gebruikt en ook de aankoop van de draadloze monitortoestellen zijn er allemaal gekomen door de stemmen van de vroedvrouwen die versterkt werden door de samenwerking met de externe vroedvrouwen. Eveneens een uitbreiding van de vroedvrouwenbezetting per shift is gekomen om de moeders een veilige en kwalitatieve begeleiding te kunnen geven. (extra vroedvrouw in de nachtshift en extra vroedvrouw met dagdienst)

Gynaecologen die jaren de vrouwen in ruglig lieten bevallen, zie ik sinds enkele jaren badbevallingen doen, stuitbevallingen, bevallingen waarbij de moeder op handen en knieën zit en zo meer. De begeleiding van de parturiënten wordt ook sterk uit handen gegeven door de gynaecologen en we hebben al vele baby's in 'de helm' geboren zien worden.





Ook de ‘gentle sectio’ is hieruit voortgekomen; hierbij wordt de nadruk vooral gelegd op de geboorte van de baby en zijn ouders minder bezig met de ‘geplande operatie’.

Dus in een notendopje gezegd, zie ik enkel voordelen in de samenwerking met de externe vroedvrouwen. Ze bewaken de rust en sereniteit in de verloskamer en bezorgen de ouders een mooie ervaring. Bevallen is natuurlijk, nabijheid van een vertrouwde vroedvrouw is belangrijk en techniek enkel als het moet!

Reactie van ziekenhuisvroedvrouw en autonome vroedvrouw in bijberoep

Als ziekenhuisvroedvrouw vind ik het een grote meerwaarde dat zelfstandige vroedvrouwen bij ons bevallingen komen doen. Ze brengen een frisse wind mee binnen. We zien de voordelen van de één-op-één begeleiding die ze kunnen bieden, van het feit dat ze hun gezinnen al goed kennen van in de zwangerschap en van de ervaring die ze hebben in het begeleiden van fysiologische geboortes. De moeders zijn goed geïnformeerd en hebben vertrouwen in het hele proces en in de vroedvrouw die hen vergezelt. De ervaring van zelfstandige vroedvrouwen helpt om bepaalde evidenties in vraag te stellen en om nieuwe mogelijkheden te zien in de praktijk.

Voor mij is dat altijd een herinnering aan de essentie van het vroedvrouw-zijn en dat motiveert mij ook bij de begeleiding van de ziekenhuispatiënten. Dat is vooral het geval bij zelfstandige vroedvrouwen die we al lang kennen en die ook het ziekenhuis en hoe wij werken goed kennen. Ik ben er dus van overtuigd dat als de samenwerking met zelfstandige vroedvrouwen goed uitgebouwd is, we veel van elkaar kunnen leren en dat die wisselwerking erg productief kan zijn, ook voor de gezinnen die bij de gynaecoloog bevallen.

Reactie van een gynaecoloog

Zolang studenten-vroedvrouw opgeleid worden om uiteindelijk zelfstandig een bevalling te kunnen uitvoeren, moeten zij daar ook als afgestudeerden de kans toe krijgen

Dankzij enkele vroedvrouwen in het Gentse die stevig in hun schoenen stonden ontwikkelden er zich hier enkele niet te onderschatten sterke vroedvrouw -praktijken

Naast thuisbevallingen boden ze ook arbeid thuis en begeleiding in het ziekenhuis aan. En door dat laatste leerden we hen snel kennen en groeide er vriendschap. Door vriendschap ontwikkelde zich een goede communicatie en door deze communicatie was niemand bang voor overleg. Vertrouwen en respect konden volgen.

Het spreekt vanzelf dat deze samenwerking de kers op de taart verdient, namelijk dat deze vroedvrouwen ook in datzelfde ziekenhuis zelfstandig hun bevalling kunnen komen doen.

Deze zomer 2022, was iedereen dan ook trots op de officiële samenwerkingsovereenkomst.

Ziekenhuisbevalling, door zelfstandige vroedvrouw werd een feit in ons ziekenhuis.

De voorwaarden zijn evident: laagdrempelig overleg mogelijk op elk moment zowel met de ziekenhuisvroedvrouw als met de artsen die er de bevallingen begeleiden zonder eigenbelang maar alleen in belang van de parturiente en haar kindje.

Bovendien is het belangrijk om afspraken op papier te zetten, juridische bescherming van alle partijen is noodzakelijk. Het is een zeer mooie uitdaging, niet alleen medisch maar ook menselijk.

Benieuwd waar we na 1 jaartje zullen staan.





Begrippen

De vroedvrouw

De gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen van 10 mei 2015 bepaalt dat de houder van een beroepstitel van vroedvrouw instaat voor het opvolgen van normale zwangerschappen, het verrichten van normale bevallingen en het verlenen van de eerste zorg aan pasgeboren en gezonde zuigelingen (Belgisch Staatsblad, 2015)¹. Het beroeps- en competentieprofiel van de Belgische vroedvrouw definieert de Belgische vroedvrouw als de gezondheidszorgbeoefenaar die medische verloskundige zorg verleent tijdens preconceptie, zwangerschap, arbeid, bevalling, kraambed en eerste levensfase van het kind. Bij een normaal verlopend reproductief en perinataal proces werkt de vroedvrouw autonoom. De vroedvrouw voert, op basis van klinisch onderzoek, verloskundige handelingen uit, ze begeleidt de bevalling en schrijft de noodzakelijke onderzoeken en geneesmiddelen voor. Zij promoot, ondersteunt en begeleidt de borstvoeding. De vroedvrouw detecteert fysische en psychosociale risico's bij moeder en kind en verwijst indien nodig door naar een arts of een andere gezondheidsbeoefenaar. In dringende gevallen stelt zij de noodzakelijke medische handelingen in afwachting van medische hulp. Bij pathologie handelt de vroedvrouw in samenwerking met de arts en onder diens verantwoordelijkheid. De vroedvrouw kan haar beroep uitoefenen in elke setting, waaronder thuis, de gemeenschap, ziekenhuizen, instellingen of gezondheidsdiensten (Federale raad voor de vroedvrouwen, 2016).

Eerstelijnsgezondheidszorg

Eerstelijnszorg wordt gedefinieerd als de zorg en ondersteuning die zich richt op personen die behoefte hebben aan laagdrempelige, breed toegankelijke, ambulante en generalistische zorg en ondersteuning voor gezondheids- of welzijnsgerelateerde problemen, zowel van fysieke, psychologische als sociale aard, die worden aangeboden door eerstelijnszorgaanbieders, al dan niet na verwijzing door een andere zorgaanbieder (van Orshoven, 2019).

Zorgverstrekkers in de eerste lijn

De zorgverstrekkers die actief zijn in de gezondheidssector in de eerste lijn zijn onder andere: apothekers, diëtisten, huisartsen, kinesitherapeuten, psychologen, tandartsen, logopedisten, (thuis)verpleegkundigen, vroedvrouwen, zorgkundigen, ergotherapeuten, podologen, verzorgenden, sociaal werkers (CELZ, 2017).

Tweedelijnsgezondheidszorg

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

Vroedvrouw in de eerste lijn

Een vroedvrouw in de eerste lijn heeft een gedeeltelijk of volledig zelfstandig statuut. Zij begeleidt de normale, laagrisico zwangere vrouw voor, tijdens en na de bevalling. Zij werkt hoofdzakelijk extramuraal of buiten een ziekenhuissetting. Sommige zelfstandige vroedvrouwen begeleiden autonoom thuisbevallingen of bevallingen in een geboortehuis. In sa-

¹ Gecoördineerde wet 28 juni 2015 Betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen, BS 18 juni 2015, 35172



menspraak met sommige ziekenhuizen is het mogelijk dat eerstelijnsvroedvrouwen bevallingen begeleiden in het ziekenhuis. Er zijn ook eerstelijnsvroedvrouwen die enkel vrouwen pre- en/of postnataal begeleiden (de Koster, 2016). Indien er sprake is van een vroedvrouwgeleide eenheid, werken de vroedvrouwen autonoom, binnen de muren van het ziekenhuis. Vroedvrouwen die autonoom bevallingen doen, worden in dit document benoemd als eerstelijnsvroedvrouw. Eerstelijnsvroedvrouwen kunnen dus met name zowel binnen als buiten het ziekenhuis tewerkgesteld zijn.

Vroedvrouw in de tweede lijn

Dit zijn de vroedvrouwen die in loondienst werken in een ziekenhuis. Andere benamingen: interne ziekenhuis vroedvrouwen of tweedelijnsvroedvrouwen. Zij werken intramuraal of in een ziekenhuissetting. Hier werken vroedvrouwen voornamelijk uitvoerend en steeds onder supervisie van de gynaecoloog, zowel voor het fysiologische luik als voor het luik pathologie. (Federale raad voor de vroedvrouwen, 2016).

Vroedvrouwgeleide zorg

Sandall et al. (2016) definieert vroedvrouwgeleide zorg als het zorgmodel waarbij de vroedvrouw de leidende professional is, in het plannen, organiseren en het uitvoeren van zorg en dit vanaf het moment van een eerste contactname tot en met het einde van de postnatale periode. En dit binnen een multidisciplinair netwerk van consultaties en verwijzingen naar en van andere betrokken zorgverleners.

Edmonds et al. (2020) omschrijft vroedvrouwgeleide zorg als een op evidentie gebaseerde strategie van verloskundige zorg. De universele filosofie van vroedvrouwen legt de nadruk op de zorg die de normale fysiologische zwangerschap en bevalling bevordert. Het natuurlijke vermogen van vrouwen wordt hierbij ondersteund om een bevalling te beleven met een minimum aan en/of geen routine-interventies. Het is een zorgmodel waarbij de vroedvrouw de primaire zorgverstrekker is bij het verlenen van zorg voor een laagrisico zwangerschap.²

Vroedvrouwgeleide eenheid

Een vroedvrouwgeleide eenheid is de uit het Engels vertaalde term voor een Midwifery-led unit. Dit is het zorgmodel waarbij de vroedvrouw de primaire zorgverstrekker is voor zwangere vrouwen met een laag risico. Dit in tegenstelling van het standaard artzgeleide zorgmodel. Er kunnen twee types van vroedvrouwgeleide eenheden worden beschreven, namelijk eenheden die zich binnen de ziekenhuismuren bevinden en deze losstaand van ziekenhuizen. Deze laatste vorm kennen we het best als geboortehuis (Edmonds et al., 2020). In 2014 opende in België de eerste vroedvrouwgeleide eenheid binnen een ziekenhuis, 'de cocon', die zich vestigde binnen het Erasmusziekenhuis in Brussel (Anderlecht). Het doel van deze eenheid is om vrouwen met een laagrisico zwangerschap de keuze te geven voor een vroedvrouwgeleide zorg binnen de veilige omgeving van een ziekenhuis (Welffens et al., 2020)

Normale geboorte

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) definieert een normale geboorte als een geboorte die spontaan begint, als laagrisico wordt beschouwd aan de start van de bevalling en zo blijft tijdens de hele bevalling en geboorte. Het kind (eenling) wordt spontaan geboren in een achterhoofdsligging tussen 37 en 42 zwangerschapsweken. Na de bevalling bevinden

² Graag verwijzen we hier naar het jaarrapport Vroedvrouwgeleide zorg 2021. Vandeputte et al., 2023, 'Jaarrapport Vroedvrouwgeleide zorg tijdens de arbeid en bevalling in cijfers: 2021',



zowel moeder als kind zich in een goede conditie (World Health Organisation, 1997). De KCE richtlijn voor goede klinische praktijk bij laag risico bevalling heeft deze definitie overgenomen. Zij definiëren een geboorte als normaal wanneer zowel de arbeid als de bevalling normaal verlopen en het kind tussen 37 en 42 voldragen zwangerschapsweken spontaan geboren wordt in een vertex-positie. Bij een normale geboorte bevinden moeder en kind zich in een goede conditie (Mambourg et al., 2011).

The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (2008) geeft in een gezamenlijke beleidsverklaring een aanvulling aan deze definitie van de WHO: een normale geboorte heeft een spontaan begin, wordt als laagrisico beschouwd tijdens de arbeid en blijft zo gedurende de hele bevalling en geboorte. Het kind wordt spontaan geboren in een achterhoofdsligging tussen 37 en 42 weken zwangerschap. Een normale geboorte betekent ook het hebben van de mogelijkheid tot skin to skin-contact en borstvoeding starten binnen het uur na de geboorte (Halpern, 2009).

The International Confederation of Midwives (2014) legt de nadruk op het fysiologische aspect van het geboorteproces en definieert een normale geboorte als een bevalling die op een spontane, natuurlijke manier begint, wordt voortgezet en voltooid, en waarbij het kind spontaan geboren wordt in een vertex-positie, zonder enige chirurgische, medische of farmaceutische interventie.

Laagrisicozwangerschap

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



Wetenschappelijk luik

Vroedvrouwgeleide zorg

Het National Institute for health and Care Excellence (NICE) adviseert dat bevallen binnen een vroedvrouwgeleide eenheid (in of buiten het ziekenhuis) geschikt is voor laagrisico nulliparae omdat het aantal interventies lager ligt en de uitkomsten van de baby niet verschilt met uitkomsten op een artsgeleide eenheid. NICE adviseert dat laagrisico multipare vrouwen thuis kunnen bevallen of in een vroedvrouwgeleide eenheid, eveneens omwille van het lagere aantal interventies en omdat er geen verschil is in uitkomsten voor de baby tussen een vroedvrouwgeleide eenheid en een artsgeleide eenheid (NICE, 2017). The British Columbia college of Midwives (2020) geeft de aanbeveling dat alle vrouwen met een laagrisicozwangerschap de keuze moeten hebben om thuis of in het ziekenhuis te kunnen bevallen.

De voordelen van vroedvrouwgeleide zorg worden door verschillende bronnen gerapporteerd. Bij gezonde vrouwen met een laagrisicozwangerschap worden positieve uitkomsten waargenomen zoals een grotere kans op een vaginale bevalling, een lagere kans op epidurale anesthesie en instrumentele vaginale bevalling, alsook een kortere duur van de uitdrijvingsfase (Merz et al., 2020). De Cochrane systematische review van Sandall et al. (2016) concludeerde dat vrouwen die vroedvrouwgeleide zorg kregen, in het algemeen minder kans hadden op regionale verdoving (spinaal/ epiduraal), op een instrumentele bevalling (ventouse/forceps) of op een preterme geboorte (<37 weken) in vergelijking met vrouwen die gynaecologisch geleide zorg, huisartsgeleide zorg of een gedeeld geleide zorg kregen. Vrouwen uit de groep vroedvrouwgeleide zorg hadden over het algemeen meer kans op een spontane vaginale bevalling.

Vroedvrouwgeleide zorg in vergelijking met artsgeleide zorg wordt geassocieerd met een daling van een derde of vierde graad perineumruptuur (Sandall et al., 2016); Janssen et al., 2009), maar ook met een verminderde kans op postpartumbloedingen (Janssen et al., 2009) en een daling in het gebruik van oxytocine (Bodner-Adler et al., 2017). In de studie van Janssen et al., (2009) werden drie bevallingsgroepen, die allemaal voldeden aan de criteria om thuis te bevallen, met elkaar vergeleken. Enerzijds was er een groep met een geplande thuisbevalling bij de vroedvrouw, daarnaast was er een groep van geplande ziekenhuisbevallingen door dezelfde groep vroedvrouwen die ook thuisbevallingen doet en als laatste was er een groep artsgeleide bevallingen. Op het vlak van neonatale uitkomsten werd de groep die vroedvrouwgeleide zorg tijdens een thuisbevalling kreeg, in vergelijking met de andere groepen, geassocieerd met een verminderde kans op reanimatie na de geboorte en nood aan zuurstoftherapie binnen de 24 uur. Ook werd bij deze groep een verminderde kans op meconiumaspiratie vastgesteld (Janssen et al., 2009). Bodner-Adler et al (2017) kon geen verschillen vaststellen op het vlak van neonatale uitkomsten tussen vroedvrouwgeleide zorg en artsgeleide zorg. Wetenschappelijke evidentie toont aan dat vroedvrouwgeleide zorg voor laagrisicozwangerschappen een evenwaardige optie is.

Martin-Arribas et al. (2022) deden een prospectief cross-sectionele studie waarbij 11.537 vrouwen werden geïnccludeerd. Zij stellen in hun conclusie dat in een gemedicaliseerd zorgsysteem, waarbij 99,8% van de vrouwen bevallen in een conventionele geboorte-eenheid, vroedvrouwgeleide zorg significante positieve effecten kan hebben op maternale uitkomsten. Vrouwen die vroedvrouwgeleide begeleiding krijgen, hebben significant minder kans op het krijgen van een epidurale verdoving of hebben minder nood aan stimulatie van de arbeid, ze hebben meer kans om in een niet-lithotomie houding te bevallen, en meer kans op een spontane vaginale bevalling, minder kans op een instrumentele bevalling en minder kans op een derde of vierde graad perineumruptuur. Zij konden ook aantonen dat de groep vroedvrouwgeleide bevalling minder neonaten hadden met een Apgar-score lager



dan zeven na vijf minuten en er minder nood was aan neonatale reanimatie. Ook Ricchi et al. (2019) concludeert dat vroedvrouwgeleide zorg een betrouwbaar en veilig zorgmodel is. In hun scoping review gingen zij na of er bewijs is van de doeltreffendheid die wordt toegeschreven aan vroedvrouwgeleide zorg. Zij concludeerden dat de maternale en neonatale uitkomsten vergelijkbaar zijn met andere zorgmodellen. In hun primaire uitkomsten zien zij bij de vroedvrouwgeleide zorg een hogere frequentie van natuurlijke geboortes, waarbij er lagere aantallen zijn van regionale pijnstilling (epidurale/spinale), instrumentele bevallingen, premature bevallingen en foetale/neonatale sterftes.

De geboorteplaats heeft ook invloed op het aantal interventies dat vrouwen krijgen gedurende de arbeid en bevalling. Zo hebben verschillende studies aangetoond dat er een lager aantal interventies werden uitgevoerd tijdens de arbeid en bevalling van vrouwen met een laagrisicozwangerschap als zij hun arbeid en bevalling thuis planden. (van Haaren-ten Haken et al., 2015). Dit komt omdat vroedvrouwen minder geneigd zijn interventies uit te voeren omwille van hun fysiologische en filosofische kijk op arbeid en bevalling (van Haaren-ten Haken, 2018). Reime et al. (2004) stelden vast dat gynaecologen meer gehecht waren aan technologie en interventies in vergelijking met vroedvrouwen. Van Haaren-ten Haken et al. (2015) concludeerden dat bij zwangere vrouwen die vroedvrouwgeleide zorg thuis of in het ziekenhuis verkozen boven artsgeleide zorg, er een lager aantal medische indicaties werden vastgesteld tijdens de zwangerschap. Ook hadden vrouwen die een vroedvrouwgeleide thuis of ziekenhuisbevalling verkozen, een lager aantal inducties en geplande keizersneden in vergelijking met vrouwen die een artsgeleide bevalling verkozen. Dit suggereert dat niet enkel de geboorteplaats maar ook de attitude van de zwangere vrouw een belangrijke rol speelt in het al dan niet krijgen van medische interventies tijdens de arbeid en bevalling (Van Haaren-ten Haken, 2018). Van der Hulst et al. (2004) concludeerden dat hoe ontvankelijker een vrouw was ten aanzien van medische technologie, des te meer zij geneigd is om te opteren voor een ziekenhuisbevalling, en hoe hoger de kans was dat zij obstetrische interventies zou krijgen tijdens de bevalling. Zij suggereren dat de psychologische factoren (verwachting en perceptie) invloed hebben op de keuze die de zwangere vrouw maakt voor de plaats van bevalling, alsook op het actuele geboorteprocess. Klein et al. (2011) stelden vast dat verschillende zorgverleners - gynaecologen, huisartsen, vroedvrouwen - zorg verlenen aan een diverse populatie met een verschillende attitude en verwachting. Vrouwen die gynaecologische zorg kregen, hadden een meer gunstige attitude ten aanzien van het gebruik van geboortetechnologie en waren minder positief ten aanzien van hun rol tijdens het eigen bevalling, onafhankelijk van het semester waarin deze vrouwen zich bevonden. Vrouwen die vroedvrouwgeleide zorg kregen, waren minder positief ten aanzien van het gebruik van geboortetechnologie en waren meer positief omtrent de rol van de vrouw gedurende arbeid en bevalling.

Psychosociaal welzijn

Naast de positieve effecten op de maternale en neonatale obstetrische uitkomsten is het eveneens belangrijk om te kijken naar de effecten van (vroedvrouwgeleide) zorg op het psychosociaal vlak en stil te staan bij de factoren die al dan niet bijdragen aan een positieve of negatieve bevallingservaring. De systematische review van Webb et al. (2021) toont dat een wanverhouding tussen de verwachting van de arbeid/bevalling en de effectieve ervaring van de arbeid/bevalling een negatieve impact heeft op de tevredenheid van de vrouw. Deze wanverhouding verhoogt het risico dat de vrouw na de bevalling een posttraumatische stressstoornis ontwikkelt. Zoals eerder aangehaald is het doel van elke zorgverlener om de zwangere vrouw en haar partner centraal te stellen en haar en het toekomstige kind de beste zorg aan te bieden. Hieronder wordt een niet-exhaustief overzicht weergegeven van de relatie tussen vroedvrouwgeleide zorg en het psychosociale welzijn van de zwangere vrouw. Bijkomende informatie in bijlage 1.



Autonomie, zelfbeschikkingsrecht en keuzevrijheid van de vrouw: welke elementen beïnvloeden de vrouw in het maken van beslissingen rond het geboorteproces (en keuze van bevallingsplaats)?

Vrouwen willen graag betrokken zijn bij het maken van beslissingen rond het geboorteproces, een cruciale periode in hun leven. Deze betrokkenheid resulteert in een positief effect op de ervaring van en tevredenheid over het geboorteproces. Zorgverleners spelen een belangrijke rol bij het interpreteren van informatie. Berg et al. (2012) ontwikkelden het 'Woman Centered Childbirth Care' model waarbij de kern ligt op het centraal stellen van de zwangere vrouw met focus op de fysiologie van de bevalling. Volgens dit model gaat de vroedvrouw een partnerschap aan met de zwangere vrouw. Bij deze nauwe samenwerking staat de vroedvrouw op een niet-autoritaire manier garant voor een persoonlijke, degelijke en veilige begeleiding van de bevalling. Het model is gebaseerd op drie centrale thema's: een wederkerige relatie, een bijzondere bevallings sfeer waarin kalme en rust heerst en een gegronde kennis. Het model integreert aspecten van salutogenese omdat het de nadruk legt op het versterken van de eigen hulpbronnen van de zwangere vrouw. Het model gaat hierbij de vrouw benaderen met focus op het bevorderen van de gezondheid en welbevinden, eerder dan focus te leggen op factoren die ziekte veroorzaken. Bij deze vrouwgerichte zorg wordt er rekening gehouden met de wensen en de nood tot steun van de zwangere vrouw in plaats van het uitsluitend opvolgen van routines (Åhlund et al., 2018).

Shared decision-making (DSM) of een gedeelde besluitvorming is een manier om zwangere vrouwen te ondersteunen bij de keuzes die zij maken tijdens de zwangerschap en bevalling (Nieuwenhuijze et al., 2014). Experts (panel met vroedvrouwen, gynaecologen, docenten, onderzoekers en beleidsmakers) beschouwen het opbouwen van een relatie met de vrouw als een belangrijke professionele competentie voor een geslaagde gedeelde besluitvorming. Zwangere vrouwen moeten antenataal voorbereid worden op mogelijke onverwachte en dringende beslissingen. Er is consensus, dat tijdens de arbeid en bevalling, directe en doelgerichte communicatie noodzakelijk is bij acute situaties. Ook het bespreken van de situatie na de bevalling is belangrijk. Een open en respectvolle communicatie tussen de zwangere vrouw en de zorgverlener is essentieel en de verstrekte informatie moet accuraat, wetenschappelijk onderbouwd en begrijpelijk zijn voor de vrouw.

Een gedeelde besluitvorming kan aangevuld worden met beslissingshulpmiddelen zoals informatiefolders, video's en online tools. Beslissingshulpmiddelen verminderen het aantal besluiteloze deelnemers, verhogen de kennis van mensen over hun opties en verminderen het beslissingsconflict dat ontstaat door een gevoel van ongeïnformeerd te zijn en onzeker te zijn ten aanzien van persoonlijke waarden. Beslissingshulpmiddelen stimuleren mensen tot het aannemen van een meer actieve rol in het beslissingsproces en verhogen de accurateheid bij het inschatten van risico's (Stacey et al., 2017). Het is algemeen bekend dat vrouwen bij de beslissing omtrent hun bevallingsmethode zich laten beïnvloeden door culturele normen, familiale omstandigheden en de manier waarop risico's hen worden gepresenteerd. Beslissingshulpmiddelen met betrekking tot de bevalling kunnen helpen om informatie op een heldere objectieve manier weer te geven, waardoor vrouwen een beslissing kunnen nemen die overeenstemt met hun persoonlijke waarden en normen (Say et al., 2011) (zie ook bijlage 3: plooi folder geboorterecht 'mensenrechten gelden ook in geboorte').

Regan et al. (2013) schuift vier grote categorieën naar voor die zwangere vrouwen gebruiken om de keuze te maken bij hun bevalling ten aanzien van hun bevallingsplaats/omgeving: namelijk 1. verhalen die zij hoorden vanuit hun omgeving over geboortes of de bevallingen die zij bijwoonden, 2. prenatale lessen die zij volgden, 3. informatie die zij verkregen via zorgverleners en 4. geschreven bronnen zoals bevallingsboeken of medische tijdschriften of andere online bronnen.



Calling a decision a 'shared decision' implies that the practitioner gets a say in what the person chooses. Yet when it comes to adults, and unless there are unusual and extenuating circumstances, decision making is entirely the remit of the person whose body or health care is under discussion. Those people may consult a practitioner for information, and they might even ask for advice, but the decision is theirs.

Dr. Sara Wickham

Welke elementen dragen bij tot een meer positieve ervaring van het geboorteprocés?

De WHO (Wereldgezondheidsorganisatie) omschrijft een positieve zwangerschapservaring als het in stand houden van de fysieke en socioculturele normaliteit, een gezonde zwangerschap voor moeder en kind inclusief focus op het voorkomen en behandelen van risico's, ziektes en mortaliteit, het ondersteunen van een positieve arbeid en bevalling en het bekomen van een positief moederschap (inclusief de eigenwaarde, competenties en autonomie van de moeder) (WHO, 2016).

De WHO geeft de aanbeveling dat elke vrouw haar eigen dossier bij zich draagt om de continuïteit, de kwaliteit van zorg en haar zwangerschapservaring te optimaliseren. Ook Forster et al. (2016) duiden op het positief effect op de algemene tevredenheid bij de vrouw door het krijgen van zorg door één en dezelfde vroedvrouw doorheen de hele periode van zwangerschap, bevalling en postpartum.

Vroedvrouwgeleide zorg, waarbij een vroedvrouw of een groep vroedvrouwen een zwangere vrouw gedurende de volledige periode van zwangerschap, arbeid en bevalling alsook postpartum begeleidt, wordt enkel aanbevolen indien er degelijke opleidingsprogramma's voor vroedvrouwen zijn (WHO, 2016). De opleiding tot vroedvrouw dient te voldoen aan de huidige beroepskwalificaties inclusief de Europese directieven. Een vroedvrouw is autonoom medisch bevoegd voor het begeleiden van zwangerschap, arbeid, bevalling en postpartum bij laagrisico³. Een vroedvrouw kan ook data registreren, analyseren en rapporten schrijven over de evaluatie van dit zorgmodel (Federale raad voor de vroedvrouwen, 2016)⁴. Ook in de internationale wetenschappelijk literatuur worden verschillende standaarden vooropgesteld waaraan vroedvrouwgeleide zorg dient te voldoen (The Royal College of Midwives, 2014; The Lancet, 2014).

Als vrouwen niet op de hoogte zijn van de mogelijke alternatieven van perinatale zorg, be-

3 Gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, dd. 28 juni 2015 - Art.62

1. Zonder afbreuk te doen aan de uitoefening van de geneeskunde zoals bepaald in artikel 3 wordt onder de uitoefening van het beroep van vroedvrouw verstaan:

1 het autonoom uitvoeren van de volgende activiteiten:

a) diagnose van de zwangerschap;

b) toezicht op, zorg en advies aan de vrouw tijdens de zwangerschap, de bevalling en de periode na de bevalling;

c) het opvolgen van normale zwangerschappen, het verrichten van normale bevallingen en het verlenen van de eerste zorg aan pasgeborenen en gezonde zuigelingen;

d) preventieve maatregelen, het opsporen van risico's bij moeder en kind;

e) in dringende gevallen het verrichten van de noodzakelijke handelingen in afwachting van deskundige medische hulp;

f) gezondheidsvoorlichting en -opvoeding van de vrouw, de familie en de maatschappij;

g) prenatale opvoeding en voorbereiding op het ouderschap;

4 Het beroeps- en competentieprofiel van de Belgische vroedvrouw, dd. 15 maart 2016 - Competentie 8: kwaliteitscoördinator 'Verleent professionele, kwalitatief hoogstaande en veilige zorg en implementeert innovaties'

Kan haar persoonlijke visie op het bewaken en bevorderen van kwaliteitsvolle zorg onderbouwen, verwoorden en uitdragen naar andere professionals en beleidsmedewerkers;

Is op de hoogte van de kwaliteitsnormen en handelt hiernaar;

Profileert zich correct als vroedvrouw binnen de maatschappij;

Analyseert kritisch de zorgverlening, nieuwe tendensen en wetenschappelijke inzichten en werkt constructief mee aan de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van innovatieprojecten;

Beschikt over de kennis om beheers- en beleidstaken op te nemen.



staat de kans dat zij aangeven tevreden te zijn van de verkregen zorg, ook al ging het in dat geval om laag kwalitatieve zorg. Dit is des te meer het geval als de lokale perinatale zorgverlening beperkt is (Downe et al., 2018). De kwalitatieve systematische review van Down S. et al. (2018) ging dieper in op de vraag wat de zwangere vrouw belangrijk vindt tijdens haar arbeid en bevalling. Zij besluiten dat de meeste vrouwen over de hele wereld hopen op een arbeid en bevalling die hen in staat stelt om hun eigen fysieke en psychosociale capaciteiten te gebruiken om te bevallen van een gezonde baby. Zij willen kunnen bevallen in een klinisch, cultureel en psychologisch veilige omgeving waar zij een continuïteit ervaren in het krijgen van praktische en emotionele steun van een of meerdere zorgverleners. Zij willen begeleid worden door zorgverleners die vriendelijk zijn, die hen geruststellen en die technisch bekwaam zijn. De meeste vrouwen hechten veel waarde aan hun eigen vermogen om fysiologisch te bevallen (normaal/natuurlijk, zonder technische of farmacologische ingrepen). Dit eigen vermogen achten zij op korte en lange termijn belangrijk voor hun eigen fysieke en psychologische welzijn, alsook voor dat van hun baby en hun familie. Zij geven aan dat de bevalling mogelijk een onvoorspelbare en beangstigende gebeurtenis kan zijn, waar zij 'met de stroom mee zullen moeten gaan'. Zelfs wanneer een interventie nodig of gewenst is, willen vrouwen het gevoel van een eigen prestatie en controle behouden door betrokken te worden bij alle beslissingen.

Verschillende studies concluderen dat vrouwen die vroedvrouwgeleide zorg krijgen, een meer positieve ervaring hebben over hun bevalling in vergelijking met vrouwen die standaard zorg (artsgeleide zorg) krijgen. In de studie van McLachlan et al. (2016) scoorden vrouwen die vroedvrouwgeleide zorg kregen door eenzelfde vroedvrouw of groep vroedvrouwen, hoger op algemene positieve ervaring bij de geboorte, controle over de arbeid, fysieke coping, emotionele coping, zich trots voelen op zichzelf, zich vrij voelen om gevoelens te uiten, minder neiging om heel angstig te zijn, meer geneigd te zijn om een positieve ervaring rond pijn te hebben in vergelijking met vrouwen die begeleid werden door verschillende zorgverleners. Ook in de studie van Liu et al. (2021) werd geconcludeerd dat vrouwen over het algemeen een hoge tevredenheid hadden door het verkrijgen van vroedvrouwgeleide zorg. De hoogste tevredenheid werd gevonden bij bevallingen waarbij een vroedvrouw ook de prenatale begeleiding had gegeven, er een familielid of doula aanwezig was tijdens arbeid en bevalling, er warmtekompresen werden gebruikt, epidurale verdooving mogelijk was, er mogelijkheid was om vrij te kiezen in welke houding te bevallen en vroedvrouwen instonden voor de begeleiding in het postpartum. Ook in de studie van Mortensen et al. (2019) werden statistisch hogere tevredenheidsscores waargenomen in de groep die vroedvrouwgeleide zorg kreeg, dit was zowel het geval tijdens de zwangerschap, als tijdens het intrapartum en het postpartum.

***Welke elementen dragen bij tot een meer negatieve ervaring van het geboorteprocés?
Wat zijn de gevolgen van deze negatieve ervaring?***

Angst is nauw verbonden met de bevallingservaring van vrouwen. Vrouwen met angst om te bevallen hebben een grotere kans op een negatieve bevallingservaring. Een negatieve bevallingservaring in het verleden is de meest onderliggende reden voor bevallingsangst in de volgende zwangerschap (Larsson et al., 2019). Hoe een vrouw haar bevalling heeft ervaren, is een belangrijke uitkomst van arbeid en bevalling en heeft potentieel effect op de volgende generaties. Vrouwen die over het algemeen een negatieve ervaring hebben na de bevalling van hun eerste kind, hebben minder volgende kinderen of laten een groter tijdsinterval tussen zwangerschappen (McLachlan et al., 2016).

De ervaring die een vrouw heeft over haar zwangerschap, arbeid en bevalling, kan heel divers zijn, gaande van vreugde en voldoening tot angst en horror. Voor sommige zwangere vrouwen nemen de negatieve gevoelens het over, waardoor ze angst ontwikkelen voor de bevalling, wat gepaard gaat met gevolgen voor hun welzijn en gezondheid. Angst voor de bevalling is dan ook een belangrijke reden voor een toenemende vraag naar het krijgen van



een sectio. De gevoelens van onzekerheid die vrouwen hebben voor het geboorteproces, vormen de basis voor angst naar de bevalling toe (McLachlan et al., 2016).

Uit het onderzoek bleek dat de angst werd verlicht wanneer vrouwen werden betrokken bij het geboorteproces, wanneer zij voldoende informatie kregen van de vroedvrouw en wanneer voldoende werd aangegeven wat er allemaal ging gebeuren. De angst daalde ook wanneer zij het gevoel hadden dat er naar hen geluisterd werd, ze bevestiging kregen, gerespecteerd werden en een goede relatie konden opbouwen met hun vroedvrouw. Vrouwen die regelmatig gesprekken hadden met hun vroedvrouw, ervoeren een goede ondersteuning van hun angsten, wat een positief effect had op hun zelfbeeld. Een professionele vroedvrouw, samen met een ondersteunende familie en echtgenoot, had een helende werking op de angst voor de bevalling (Wigert et al., 2020). Ook in de kwalitatieve studie van Larsson et al. (2019) kwam het belang van vroedvrouwgeleide begeleiding bij angst voor de bevalling terug. De vrouwen met angst voor de bevalling gaven aan dat de vroedvrouwgeleide begeleiding hen een gevoel van kalmte en paraatheid had gebracht ten opzichte van de naderende bevalling. De professionaliteit van de vroedvrouw kwam herhaaldelijk naar voor als een positieve invloed tijdens de begeleiding van hun angst. Meer specifiek werd verwezen naar het vermogen van de vroedvrouw om te kunnen luisteren en de vrouw een veilig en vertrouwd gevoel te geven, alsook in het geven van informatie en strategieën om met de naderende geboorte om te gaan.

The way in which a birth unfolds has direct and indirect physical and emotional implications for the relationship between a mother and her baby and can affect how the mother feels about herself for a long time afterwards.

Dr. Nadine Edwards & Dr. Sara Wickham

Respectvolle geboorte

Aansluitend op het psychosociale welzijn van de zwangere vrouw is het belangrijk dat disrespectvolle situaties worden voorkomen. Deze kunnen leiden tot traumatische ervaringen voor de zwangere vrouw of de pas bevallen moeder. Situaties waarbij handelingen worden gesteld zonder dat er expliciet toestemming wordt gevraagd aan de zwangere vrouw, kunnen als aanvallend worden beschouwd. Oog hebben voor een respectvolle geboorte helpt om mogelijke angst of trauma's, verbonden met arbeid en bevalling, te voorkomen.

In het kader van een respectvolle geboorte en de aandacht voor het psychosociale welzijn van de zwangere vrouw is het belangrijk te verwijzen naar het 'International Childbirth Initiative' (ICI) dat twaalf stappen omschrijft om tot een veilige en respectvolle moeder-baby-familie-geboortebegleiding te komen (Lalonde & Bonaro, 2018). Dit initiatief is ontstaan in een samenwerking tussen 'The International Mother Baby Childbirth Organisation' (IMBCO) en 'The International Federation of Gynecology and Obstetrics' (FIGO). Het initiatief dat duidelijke stappen biedt, vormt een sjabloon voor het implementeren van veilige en respectvolle geboortezorg in elke praktijkomgeving. De twaalf stappen zijn gebaseerd op de volgende zes principes:

het pleiten voor rechten en toegang tot zorg.

Hierbij staat centraal dat de rechten van vrouwen en kinderen 'mensenrechten' zijn en in alle situaties en omstandigheden moeten worden gewaardeerd.

het voorzien van een respectvolle geboortezorg.

Overleg, respect en empathie voor elke vrouw en pasgeborene vormen de basis van elke





geboortezorg, ook bij complicaties. Elke moeder-baby-familie moet beschermd worden tegen respectloze of gewelddadige praktijken en inbreuken op de privacy.

het beschermen van de moeder-baby-familie-eenheid.

De moeder-baby-familie verwijst naar een eenheid die sterk verbonden is, zowel tijdens preconceptie, zwangerschap, geboorte en kindertijd en waarbij de gezondheid van elk lid invloed heeft op de andere. Door de toevoeging van 'familie' aan deze eenheid wordt het belang van echtgenoten, partners en gezinsstructuur weergegeven. Tijdens het hele proces van geboortezorg dient de moeder-baby-familie actief betrokken te worden bij de zorgverlening, waarbij de vrouw de uiteindelijke beslissing neemt.

Hierbij staat centraal: het bevorderen van welzijn, het voorkomen van ziekte en complicaties en het zorgen voor een tijdige doorverwijzing. Zwangerschap, arbeid, bevalling en borstvoedingsperiode zijn meestal normale en gezonde fysiologische processen die ondersteunende zorg en gepaste aandacht vereisen. Toegankelijke en effectieve zorg voor moeders en pasgeborenen is essentieel voor het terugdringen van maternale en neonatale morbiditeit en mortaliteit.

de ondersteuning van de autonomie en keuzes van vrouwen om een positieve geboorte-ervaring mogelijk te maken.

Continuïteit van ondersteunende zorg en aandacht voor culturele, religieuze en individuele overtuigingen en waarden van de moeder verminderen het risico op psychologische trauma's, verhogen het vertrouwen in de zorgverlener en versterken de bereidheid tot het aanvaarden van zorg en het vragen van zorg in de toekomst. Elke vrouw moet volledige, op evidentie gebaseerde informatie ontvangen, zodat zij in staat is om een weloverwogen beslissing te nemen.

Het hebben van toegang tot 'op evidentie gebaseerde prenatale voorlichting' stellen de vrouw en haar partner in staat om zich voor te bereiden en beslissingen te nemen. Vrouwen moeten een brede mogelijkheid aan keuzes aangereikt krijgen. Vrouwen met een normale laagrisicozwangerschap kunnen veilig bevallen in vroedvrouwgeleide zorgmodellen of in ziekenhuizen en geboortecentra wanneer deskundige zorg en effectieve doorverwijzing beschikbaar zijn.

het voorzien van een gezonde en positieve geboorteomgeving: de verantwoordelijkheid van zorgverleners en zorgstelsels.

Zwangerschap, geboorte en postpartum beïnvloeden de moeder-baby-familie-eenheid zowel fysiologisch als psychologisch. Het zelfvertrouwen en het vermogen van een vrouw tot het hebben van een gezonde zwangerschap en bevalling, het geven van borstvoeding en het zorgdragen voor haar kind worden beïnvloed door de omgeving waarin zij bevalt. Zorgverleners kunnen hierin het verschil maken.

Het creëren van een zorgzame en ondersteunende sfeer, het aanmoedigen van een gelijkwaardige communicatie en het realiseren van een geïndividualiseerde zorg vormen essentiële aspecten voor een respectvolle geboortezorg.

Zorgverleners dragen individueel en collectief de verantwoordelijkheid voor het verlenen van kwalitatieve zorg aan de moeder, het kind, het gezin.

Zorgsystemen zijn verantwoordelijk om een veilige omgeving te creëren die voldoet aan de noden van de zorgvrager. Tevens hebben zij de taak om goed opgeleide zorgverleners te ondersteunen opdat optimale zorg verleend kan worden: een goed uitgeruste infrastructuur, voldoende bestaafing, regelmatige bijscholingen.





het gebruik van een op evidentie gebaseerde geboortezorg met als basis het moeder-baby-familie-model

De gezondheid van moeders en hun baby hebben baat bij een op evidentie gebaseerde zorg. Elke moeder-baby-familie moet beschermd worden tegen onnodige interventies door het overmatige gebruik van medische technologie.

Het moeder-baby-familie-zorgmodel kan toegepast worden door alle zorgverstrekkers die betrokken zijn bij moeder-kind-zorg, in eender welke omgeving of situatie. (Lalonde & Bonaro, 2018).

Hieronder wordt een summier overzicht gegeven van de twaalf stappen die door het ICI worden voorgeschreven.

Twaalf stappen tot een veilig en respectvolle moeder-baby-familie geboortezorg⁵

Stap 1: zorg voor respect, waardigheid en een geïnformeerde keuze.

Behandel elke vrouw en elke pasgeborene met respect en waardigheid. Door de vrouw en haar omgeving volledig te informeren en met hen te communiceren bij de besluitvorming over de zorg voor haarzelf en de baby, en dit op een cultureel veilige en gevoelige manier, wordt het recht op een geïnformeerde keuze en het recht op weigering gewaarborgd.

Stap 2: geef veilige en betaalbare zorg met transparantie van kosten.

Respecteer het recht dat elke vrouw heeft op de toegang tot en het verkrijgen van niet-discriminerende en kosteloze of betaalbare zorg gedurende het hele geboorteproces.

Stap 3: integreer het verlenen van moeder-baby-familie-geboortezorg in de basiszorg.

Zorg voor de integratie van waarden en een op partnership gebaseerde zorg die steunt op wetenschappelijke evidentie, die gestuurd wordt door de zorgnoden en verwachtingen van de zorgvrager alsook door de zorguitkomsten en kosteneffectiviteit.

Stap 4: zorg voor continuïteit van zorg.

Informeer de moeder over de voordelen van een continue ondersteuning tijdens arbeid en bevalling, en bevestig haar recht om deze ondersteuning te verkrijgen van de zorgverleners die zij verkiest.

Stap 5: zorg voor pijnverlichtende maatregelen.

Bied medicatievrije comfort- en pijnbestrijdende maatregelen aan als een eerste veilige optie en leg uit wat de voordelen hiervan zijn voor het vergemakkelijken van het normale geboorteproces.

⁵ Zie ook: International Childbirth Initiative (icichildbirth.org)



Stap 6: voorzie op wetenschappelijke evidentie gebaseerde zorg.

Voorzie en promoot specifieke op wetenschappelijke evidentie gebaseerde praktijken waarbij bewezen is dat ze gunstig zijn voor de ondersteuning van de normale fysiologie van de arbeid, bevalling, postpartum en neonatale periode.

Stap 7: vermijd schadelijke praktijken.

Vermijd het gebruik van mogelijk schadelijke procedures waarvan onvoldoende aange-toond is dat de baten groter zijn dan de risico's door frequent of routinematig gebruik bij normale zwangerschap, bevalling, geboorte, postpartum en neonatale periode.

Stap 8: vergroot het welzijn en voorkom ziekte.

Het bevorderen van welzijn en de preventie van ziekte zijn de fundamenteën voor de verbe-tering van de gezondheid van de moeder en pasgeborene. Implementeer hiervoor educa-tieve en publieke gezondheidsmaatregelen bij de moeder-baby-familie.

Stap 9: voorzie in urgente zorg en doorverwijzing.

Voorzie de toegang tot een deskundige behandeling in het geval van dringende of levens-bedreigende complicaties. Zorg hiervoor dat personeel voldoende opgeleid is en in staat is tot het tijdig herkennen van potentieel gevaarlijke complicaties en het verstrekken van de nodige behandeling, stabilisatie en nodige transport.

Stap 10: zorg voor een ondersteunend personeelsbeleid.

Voorzie in een respectvolle en positieve werkomgeving, zodat het personeel veilig en be-schermd is, aangemoedigd wordt en in staat is om kwaliteitsvolle zorg te verlenen.

Stap 11: zorg voor continuïteit van zorg.

Zorg voor een continuïteit van zorg voor de moeder en het kind door samen te werken met alle relevante zorgverleners, instellingen en organisaties.

Stap 12: moedig borstvoeding en huid-op-huidcontact aan. Denk hierbij aan de tien stap-pen van het herziene Baby-Friendly-Hospital-Initiative (2018) omtrent het beschermen, promoten en ondersteunen van borstvoeding in geboortecentra. Zie bijlage 5





Juridisch luik

Format 'reglement van inwendige orde' (RIO)

Dit format van RIO dient als een basisdocument, en heeft als doel om op een duidelijke wijze afspraken/verantwoordelijkheden vast te leggen tussen het ziekenhuis en de eerstelijns-vroedvrouwen die op zelfstandige wijze bevallingen willen uitvoeren in dit ziekenhuis. Beide partijen kunnen hierin hun eigen accenten leggen.

Algemene principes

1. De leiding van de materniteit/het verloskwartier is toegewezen aan een arts-diensthof die werd aangewezen door de beheerder van het ziekenhuis⁶, zijnde een arts-specialist in de gynaecologie en verloskunde, verbonden aan het betreffende ziekenhuis.
2. Alle medewerkers van de materniteit/het verloskwartier hebben een belangrijke rol in het realiseren van een goede samenwerking. Daarbij is aandacht vereist van alle betrokkenen om problemen te voorkomen of tijdig te signaleren aan de arts-diensthof verloskunde en/of de hoofdvroedvrouw.
3. Elke eerstelijns-vroedvrouw die een bevalling wenst te doen in het ziekenhuis en aldus een door het ziekenhuis erkende eerstelijns-vroedvrouw wil zijn, dient hiervoor een aanvraag in te dienen bij het diensthoofd verloskunde of een andere persoon die hiervoor wordt aangesteld door het ziekenhuis. Deze persoon beoordeelt de aanvraag en zal na advies van de betrokken personen (hoofdvroedvrouw, algemeen directeur en de hoofdarts) deze aanvraag al dan niet goedkeuren. Afhankelijk van het ziekenhuis kan ervoor geopteerd worden om de samenwerking met de betreffende eerstelijns-vroedvrouw jaarlijks te evalueren.
4. Wanneer een door het ziekenhuis erkende eerstelijns-vroedvrouw een bevalling wil uitvoeren in het ziekenhuis, dient zij eerst contact op te nemen met de dienst. In geval van organisatorische moeilijkheden dient de door het ziekenhuis erkende eerstelijns-vroedvrouw zich te wenden tot het medisch diensthoofd/gynaecologie/verloskunde en/of (adjunct-)hoofdvroedvrouw.
5. De eerstelijns-vroedvrouw begeleidt autonoom op eigen verantwoordelijkheid de zwangere vrouw en verbindt zich ertoe zijn/haar beroepsaansprakelijkheid in voldoende mate te verzekeren bij een in de Europese Unie erkende verzekeringsmaatschappij. Hij/zij draagt de volledige verantwoordelijkheid voor zijn/haar medische prestaties. Een afschrift van deze verzekeringspolis wordt jaarlijks door de betrokkene aan het ziekenhuis overgemaakt. Het ziekenhuis is in geen geval aansprakelijk voor de gebeurlijke medische ongevallen van eerstelijns-vroedvrouwen. Dit geldt voor alle door de dienst erkende eerstelijns-vroedvrouwen. Het ziekenhuis exonereert zich voor de centrale ziekenhuisaansprakelijkheid.
6. Alle door het ziekenhuis erkende eerstelijns-vroedvrouwen kunnen beschikken over alle technische faciliteiten en infrastructuur van het ziekenhuis. Het ziekenhuis kan hiervoor een vergoeding aanrekenen aan de eerstelijns-vroedvrouw. Wanneer het ziekenhuis een dergelijke vergoeding wenst aan te rekenen, wordt dit steeds voorafgaandelijk aan de eerstelijns-vroedvrouw schriftelijk gecommuniceerd.
7. Deze overeenkomst wordt automatisch en van rechtswege, met een opzeggingster-

⁶ Gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen dd. 10 juli 2008 - Art.18: In ieder ziekenhuis moet de medische activiteit gestructureerd zijn.

In ieder ziekenhuis is er:

1° een [hoofdarts], die verantwoordelijk is voor de goede gang van zaken in het medisch departement; hij wordt benoemd en/of aangewezen door de beheerder;

2° een [arts-diensthof] voor ieder van de verschillende diensten van het medisch departement; hij wordt benoemd en/of aangewezen door de beheerder;



mijn, ontbonden indien de door de dienst erkende eerstelijnsvroedvrouw zich schuldig maakt aan ernstige en contractuele wanprestaties die vooraf door het ziekenhuis schriftelijk werden meegedeeld.

8. Bij calamiteiten en/of incidenten zal er een audit in het ziekenhuis gebeuren met alle betrokkenen. Zie 'stappenplan bij calamiteiten en incidenten' in dit document.

Afspraken rond verloskundige zorgen

9. De verloskunde wordt in het ziekenhuis uitgeoefend door artsen-specialisten in de gynaecologie en verloskunde, vroedvrouwen in loondienst en door het ziekenhuis erkende eerstelijnsvroedvrouwen
10. De begeleiding van de zwangerschap door de eerstelijnsvroedvrouw verloopt overeenkomstig de richtlijnen van het KCE rapport 248: 'Welke onderzoeken zijn aanbevolen bij een zwangerschap?'
11. In overeenstemming met de gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van gezondheidszorgberoepen, mogen activiteiten behorend tot de eutocie of de normale/laagrisicoverloskunde autonoom worden uitgevoerd door de door het ziekenhuis erkende eerstelijnsvroedvrouwen.
12. De eerstelijnsvroedvrouw begeleidt enkel de spontaan startende arbeid. Formele inductie is een medische interventie en kan uitsluitend door de gynaecoloog met wachtdienst worden uitgevoerd.
13. Bij opname van een parturiënte met een eerstelijnsvroedvrouw, wordt de dienstdoende vroedvrouw op verloskamer onmiddellijk en duidelijk schriftelijk ingelicht.
14. Met oog op continuïteit van zorg moet de dienstdoende vroedvrouw, de eerstelijnsvroedvrouw informeren waar en hoe hij/zij op iedereen ogenblik kan bereikt worden.
15. In de actieve fase van de arbeid of de uitdrijving mag de door de dienst erkende eerstelijnsvroedvrouw beroep doen op de aanwezigheid van de dienstdoende vroedvrouw in de verloskamer. Dit is niet verplicht; wanneer de door de dienst erkende eerstelijnsvroedvrouw in staat is om alleen de bevalling te begeleiden, is dit toegelaten. Indien er back-up gevraagd wordt aan de dienstdoende vroedvrouw op de verloskamer, blijft de verantwoordelijkheid bij de eerstelijnsvroedvrouw. Enkel wanneer er beroep gedaan wordt op de arts-specialist in de gynaecologie en verloskunde, wordt de verantwoordelijkheid overgedragen.
16. Een eerstelijnsvroedvrouw die een parturiënte begeleidt, die omwille van medische redenen bij de gynaecoloog zal bevallen, mag deze parturiënte uitsluitend psycho-emotioneel begeleiden. Alle taken behorende tot de opvolging van de arbeid en bevalling worden dan overgenomen door de dienstdoende vroedvrouw op het verloskwartier.
17. Er wordt volgens dienstprocedures of staande orders gewerkt. De vroedvrouw die daarvan wenst af te wijken, kan dit bespreken met het diensthoofd en moet die afwijking schriftelijk bevestigen.
18. Bij een verwijzing wordt steeds de gynaecoloog van wacht verwittigd en vindt er een overdracht plaats. Deze gebeurt mondeling aan de gynaecoloog en de dienstdoende vroedvrouw en wordt genoteerd in het elektronische patiëntendossier (EPD) van de parturiënte. De reden van de verwijzing wordt toegelicht en besproken door de eerstelijnsvroedvrouw met de ouders.
19. Een indicatielijst beschrijft de medische risico's waarbij de eerstelijnsvroedvrouw dient te verwijzen naar de gynaecoloog. Het is de bedoeling om een duidelijke grens te trekken tussen de activiteiten die behoren tot de eutocie (en als laagrisico worden beschouwd) en deze die behoren tot de dystocie. Naast de Belgische indicatielijst vanuit het KCE kan gebruikgemaakt worden van volgende referenties: NICE [CG190], GAIN (Guideline for admission to Midwife-led units Ireland), Verloskundige Indicatielijst (VIL).



20. De eerstelijnsvroedvrouw die de parturiënte heeft opgenomen in het ziekenhuis, is verantwoordelijk voor de leiding van de baring, van bij opname tot bij het ontslag op het verloskwartier, tenzij hij/zij beroep doet op een gynaecoloog. Bij verwickelingen in het postpartum wordt de eerstelijnsvroedvrouw steeds op de hoogte gebracht door de dienstdoende vroedvrouw.

Afspraken rond pediatrische zorgen

21. Elke pasgeborene wordt binnen de 24 uur na de geboorte onderzocht door een pedater, verbonden aan het ziekenhuis.
22. Bij ernstige pathologie van de neonat zal alleen de pediater verantwoordelijk zijn voor de verdere opvang, hospitalisatie, consultaanvragen en eventuele doorverwijzing.
23. Het diensthoofd pediatrie draagt de verantwoordelijkheid voor de pediatrische activiteit in de materniteit van het ziekenhuis.
24. De door het ziekenhuis erkende eerstelijnsvroedvrouw verbindt zich ertoe om bij elke observatie thuis die enig advies van de pediater noodzakelijk maakt, deze te contacteren en de nodige afspraken uit te voeren. De verdere opvolging van de pasgeborene, waaronder de PKU-test, gebeurt door de eerstelijnsvroedvrouw.

Medisch-verloskundig dossier/ perinatale registratie/perinatale audit

25. De eerstelijnsvroedvrouw zal ervoor zorgen dat de parturiënte een zwangerschapsdossier bij zich heeft waarop de gegevens betreffende de zwangerschap geregistreerd staan. De vroedvrouw van dienst op het verloskwartier zal deze gegevens zo snel mogelijk invoeren in het elektronische patiëntendossier van het desbetreffende ziekenhuis.
26. Voor elke bevalling dient een dossier opgesteld te worden onder toezicht van de arts of vroedvrouw die de bevalling uitvoert, op het door het ziekenhuis voorziene elektronische systeem, indien dit mogelijk is. Dit dossier bevat de essentiële gegevens uit de prenatale periode, het volledige bevallingsproces en de belangrijkste gegevens postnataal.
27. Vanuit dit elektronische systeem wordt ook het formulier voor het studiecentrum voor perinatale epidemiologie verzonden, gekoppeld aan de elektronische geboorteaangifte via e-birth.



Template Samenwerkingscontract

(ontwerp) SAMENWERKINGSOVEREENKOMST tussen

ZIEKENHUIS en

VROEDVROUW

Tussen de ondergetekenden:

Ziekenhuis

Vertegenwoordigd door...., algemeen directeur

hierna genoemd “het ziekenhuis”,

en

Naam (praktijk):

Maatschappelijke zetel:

KBO-nr.:

E-mail:

Gsm:

Riziv-nr.:

hierna genoemd “vroedvrouw”





Wordt het volgende overeengekomen:

Artikel 1

Korte samenvatting opdrachtsverklaring ziekenhuis

Korte samenvatting werking praktijk (visie, mogelijkheden, doula of niet, eventueel verwijzen naar tekst op site, geboortepan opmaken, informed consent bij weigering van bepaalde handelingen; mag uitgebreid zijn)

Sui generis karakter van de overeenkomst

Artikel 2

Doel van overeenkomst

Geen enkele arbeidsverhouding tussen beide partijen (om schijnzelfstandigheid uit te sluiten)

Artikel 3

Bevoegdheid vroedvrouw (algemeen), verwijzen naar art. 62-64 WUG en KB 1991

Artikel 4

Procedure voor aanvraag tot samenwerking door de vroedvrouw. Vroedvrouw de mogelijkheid bieden om motivering te krijgen van weigering/aanvaarding rechten en plichten.

Artikel 5

Vroedvrouw houdt zich aan verplichtingen inzake RIZIV (nomenclatuur), bevoegdheid, GDPR, fiscaliteit en sociaal recht, praktijkinformatie. Het is toegestaan voor de vroedvrouw om op haar site/visitekaartje melding te maken van deze overeenkomst.

Artikel 6

Beperkingen in tijd en ruimte (locatie) of geen anticoncurrentiebeding! (heel belangrijk)

Artikel 7 (heel belangrijk)

Omschrijving grenzen bevoegdheid/bekwaamheid van vroedvrouw

In welke situaties (indicatielijst KCE 2022 bijvoorbeeld) verwijst de vroedvrouw door? Wanneer blijft een situatie binnen de autonomie?

De vroedvrouw bepaalt indien doorverwijzing vereist is.

Dit is de essentie van de overeenkomst.

Artikel 8

Input ziekenhuis: het ziekenhuis stelt ter beschikking: infrastructuur, mailing, secretariaat, vroedvrouwen ...

Bepaling over het patiëntendossier: wie wat wanneer invult

Hoe gebeurt transfer: op appel van de vroedvrouw

Artikel 9

Financiële afspraken

Bv.:

De eerstelijns vroedvrouw staat zelf in voor computer, patiëntendossier, beroepskledij, bijscholing en opleiding, kosten woon-werk, registratie ... nodig voor de uitoefening van haar beroep.

Het ziekenhuis rekent af... (modaliteiten vastleggen, bv. % afstaan van ereloon aan ziekenhuis na facturatie)

Centrale inning door ziekenhuis?

Conventie/deconventie (mogelijkheid laten voor de vroedvrouw om gedeconventioneerd te zijn, maar aan conventietarieven te werken binnen het ziekenhuis)

Verdeelsleutels afspreken inzake tijdstip van handelingen:

Bv. bevalling partus door vroedvrouw, placenta door arts (70% - 30%)

Bv. arbeid door vroedvrouw, bevalling door arts (50% - 50%)



Tijdstip betaling vastleggen: binnen 3 maanden na betaling mutualiteit, 1 maand na factuur vroedvrouw ...

Artikel 10

In functie van artikel 7 wordt de aansprakelijkheidsverdeling omschreven.

Bv. De vroedvrouw oefent volledig autonoom haar beroep uit. Binnen de normale verloskunde is de vroedvrouw verantwoordelijk voor haar eigen handelingen.

Het ziekenhuis/gynaecoloog/arts is niet aansprakelijk voor handelingen gesteld binnen de autonomie van de vroedvrouw.

De vroedvrouw is verzekerd voor burgerlijke en strafrechtelijke aansprakelijkheid. Een bewijs van verzekering wordt als bijlage gevoegd bij deze overeenkomst.

Artikel 11

Deze overeenkomst wordt afgesloten voor ... jaar, waarna deze overeenkomst stilzwijgend verlengd wordt met telkens 1 jaar. (minstens 2 jaar eerste periode en evaluatieperiodes inbouwen, bv. na 6 maand en dan elk jaar).

Beide partijen kunnen op elk ogenblik een einde aan de overeenkomst maken mits kennisgeving betekend bij aangetekende brief aan de andere partij met inachtneming van een beëindigingstermijn van 3 maanden. De beëindigingstermijn neemt een aanvang op de eerste dag van de maand volgend op deze waarin kennis werd gegeven van de beëindiging.

Mogelijkheid bieden om bij ernstige fouten en/of tekortkomingen overeenkomst op te zeggen zonder opzegtermijn/schadevergoeding.

Artikel 12

Mocht deze overeenkomst tot een geschil leiden tussen beide partijen, dan wordt eerst getracht om het geschil op te lossen via bemiddeling.⁷

Geschillen worden beslecht door de rechtbanken van het gerechtelijk arrondissement ...

Aldus opgemaakt in twee exemplaren waarvan elk van de partijen erkent er één ontvangen te hebben,

Plaats,

De vroedvrouw

Het ziekenhuis

Algemeen directeur

⁷ Graag verwijzen we hier ook naar 'Midwifery Unit Network' dat de visie en missie heeft tot het ondersteunen en bevorderen van de ontwikkeling en de groei van vroedvrouwgeleide eenheden (geboortecentra) in heel Europa. Hun doel is om vroedvrouwgeleide zorgeenheden als belangrijkste zorgpad te installeren voor vrouwen met een laagrisicozwangerschap. Ook willen zij vroedvrouwgeleide eenheden tot een gemakkelijk toegankelijke en algemene optie maken voor vrouwen met een laagrisicozwangerschap en hun partner, en dit door middel van onderzoek, beleid, leiderschap, kwaliteitsverbetering, opleidingen, informatie, ondersteuning en netwerkactiviteiten. De recent gepubliceerde Midwifery Unit Standards (thema 3) geven een bewijsgestuurd overzicht van de visie, missie en aanpak van vroedvrouwgeleide zorgmodellen (Roccalhenacho et al., 2018). Zie ook : <https://www.midwiferyunitnetwork.org/mu-standards/>





Bijlages:

- Bewijs verzekering
- Indicatielijst: Deze kan mogelijk gebaseerd worden op de toekomstige indicatielijst vanuit KCE⁸ of een van deze referenties: 'Intrapartum care for healthy women and babies' (NICE, 2017), 'Guideline for admission to midwife-led units in Northern Ireland & Northern Ireland normal labour & birth care pathway' (Gain, 2018), 'Verloskundige Indicatielijst (VIL)' (KNOV, 2021)

dr. Marlies Eggermont ,
juridisch adviseur VBOV
13 juli 2022

⁸ Ongoing study: Study 2019-10 (HSR) Tools to support the referral between midwives and obstetricians during midwifery-led antenatal follow-up, Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), geraadpleegd via <https://kce.fgov.be/en/study-2019-10-hsr-tools-to-support-the-referral-between-midwives-and-obstetricians-during-midwifery>



Juridische aantekening inzake ‘open ziekenhuizen’ gemaakt door Jeff Keustermans (advocaat)

Aansprakelijkheid

De aansprakelijkheid van het ziekenhuis wordt in principe niet verhoogd omdat meerdere dienstverleners samenwerken. Integendeel, wanneer meerdere dienstverleners bijdragen aan een schadegeval, wordt de aansprakelijkheid verdeeld (op basis van eenieders fout of indien die niet kan worden vastgesteld, bv. in gelijke delen). Op die manier zal de verzekeringsmaatschappij van het ziekenhuis en deze van de zelfstandige vroedvrouw elk slechts een deel van de aansprakelijkheid dienen te betalen. Het hebben van een bijkomend ‘aanspreekpunt’ is op dit vlak dus geen nadeel.

Wel is het zo dat artikel 30 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen⁹ een algemene aansprakelijkheid van ziekenhuizen in het leven roept voor elke tekortkoming begaan door de aldaar werkzame beoefenaars.

Een dergelijk tekortkomen vindt plaats als de patiënt niet de kwaliteitsvolle dienstverlening verkrijgt zoals bedoeld in artikel 5 van de wet van 22 augustus 2002 (wet betreffende de rechten van de patiënt).¹⁰

Patiënten kunnen zich ingevolge deze bepaling dus altijd richten tot het ziekenhuis waarin ze werden behandeld. Dat principe geldt niet alleen voor activiteiten van (eerstelijns)vroedvrouwen, doch voor elke er werkzame beroepsbeoefenaar.

Dat impliceert dat het ziekenhuis in principe mede kan worden aangesproken voor een fout begaan door een eerstelijnsvroedvrouw in het ziekenhuis.

Een ziekenhuis heeft twee oplossingen die het cumulatief kan gebruiken om hierdoor geen nadeel te lijden.

- 1) Volgens artikel 30, laatste paragraaf, van voornoemde wet van 10 juli 2008 kan het ziekenhuis de patiënt duidelijk en voorafgaandelijk aan de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar melden dat het niet aansprakelijk is voor fouten van de eerstelijnsvroedvrouw gelet op de aard van de specifieke rechtsverhoudingen;
- 2) Indien de eerstelijnsvroedvrouw een fout begaat in het ziekenhuis, zal het ziekenhuis zich kunnen richten tot de (verzekerde) eerstelijnsvroedvrouw om zich te laten vrijwaren voor de aansprakelijkheid van het ziekenhuis veroorzaakt door die fout begaan

⁹ Gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen dd. 10 juli 2008 – Art 30:

“Ieder ziekenhuis leeft, binnen zijn wettelijke mogelijkheden, de bepalingen na van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt wat betreft de medische, verpleegkundige en andere gezondheidszorgberoepsmatige aspecten in zijn rechtsverhoudingen jegens de patiënt. Bovendien waakt ieder ziekenhuis erover dat ook de beroepsbeoefenaars die er niet op basis van een arbeidsovereenkomst of een statutaire benoeming werkzaam zijn, de rechten van de patiënt eerbiedigen. Ieder ziekenhuis waakt erover dat alle klachten in verband met de naleving van het vorig lid, kunnen worden neergelegd bij de in artikel 71 bedoelde ombudsfunctie om er te worden behandeld.

De patiënt heeft het recht om van het ziekenhuis informatie te ontvangen over de aard van de rechtsverhoudingen tussen het ziekenhuis en de er werkzame beroepsbeoefenaars. De inhoud van bedoelde informatie evenals de wijze waarop ze dient te worden medegedeeld, worden na advies van de in artikel 16 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt bedoelde commissie, door de Koning bepaald.

Het ziekenhuis is aansprakelijk voor de tekortkomingen begaan door de er werkzame beroepsbeoefenaars in verband met de eerbiediging van de in voornoemde wet van 22 augustus 2002 bepaalde rechten van de patiënt, tenzij het ziekenhuis in het kader van de informatieverstrekking bedoeld in het derde lid de patiënt duidelijk en voorafgaandelijk aan de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar heeft gemeld dat het er niet aansprakelijk voor is gelet op de aard van de in het derde lid bedoelde rechtsverhoudingen. Dergelijke melding kan geen afbreuk doen aan andere wettelijke bepalingen inzake de aansprakelijkheid voor andermans daad.” (nadruk toegevoegd)

¹⁰ Wet van 22 augustus 2002 – Art. 5:

“De patiënt heeft, met eerbiediging van zijn menselijke waardigheid en zijn zelfbeschikking en zonder enig onderscheid op welke grond ook, tegenover de beroepsbeoefenaar recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking die beantwoordt aan zijn behoeften.”



door de eerstelijnsvroedvrouw in het ziekenhuis (in de mate dat het ziekenhuis zelf of haar personeel/aangestelden (gynaecoloog, vroedvrouwen) geen fout heeft begaan). In principe zal de verzekeringsmaatschappij van de vroedvrouw de schadevergoeding die het ziekenhuis dient te betalen ingevolge artikel 30 aan het ziekenhuis terugbetalen (met uitzondering van een eventuele franchise, die de vroedvrouw zelf zal dienen te betalen). Op die manier heeft het ziekenhuis niet echt een bijkomend risico.

Het tweede element geldt ook indien van punt 1 geen gebruik gemaakt is. Dat wordt onder meer ondersteund door een clause in het ontwerp van contract tussen de eerstelijnsvroedvrouw en het ziekenhuis waarin de verantwoordelijkheden duidelijk worden opgesplitst:

“De eerstelijnsvroedvrouw behandelt de parturiënten onder haar eigen verantwoordelijkheid. Zij oefent haar medische activiteiten in dit kader volledig autonoom uit. Het ziekenhuis, noch de aldaar werkzame gynaecologen en vroedvrouwen, zijn bijgevolg verantwoordelijk voor eventuele tekortkomingen begaan door de eerstelijnsvroedvrouw.”



Juridische overwegingen vanuit het standpunt van de patiënt

Elk ziekenhuis dient te voorzien in de mogelijkheid om met een eerstelijnsvroedvrouw te bevallen, minstens dient er voor elke zwangere vrouw binnen het halfuur van haar woonplaats een ziekenhuis te zijn waar deze mogelijkheid bestaat. Een vuistregel zou kunnen zijn dat elk ziekenhuis dat én een materniteit én een spoeddienst heeft die deze dienstverlening dient mogelijk te maken.

Standpunt vanuit de patiënt:

- Voor de bedoelde prestatie bestaat een specifiek nomenclatuur-Riziv-nummer: 422225: toezicht op en de uitvoering van de verlossing door een vroedvrouw, op een werkdag in het ziekenhuis.
423500: toezicht op en de uitvoering van de verlossing door een vroedvrouw, tijdens het weekend of op een feestdag in het ziekenhuis.
- Dit impliceert dat deze prestatie officieel erkend is.

Deze prestatie is met reden op een aantal locaties ter beschikking:

Twee ziekenhuizen in Antwerpen, drie ziekenhuizen in Gent en één ziekenhuis in Tienen. Over Brussel en Wallonië zijn we nog wachtende op gegevens. Verder is er ook nog Le Cocon in Erasmus in Brussel (de enige midwifery led care in België).

- Elke patiënt dient toegang te hebben tot elke wettelijk voorziene medische prestatie.
- Er is sprake van discriminatie indien niet elke zwangere vrouw in België in feite kan gebruikmaken van deze dienstverlening, alsook wanneer dit zou afhangen van haar woonplaats.
- Anders dan bij andere medische dienstverstrekingen is het strijdig met het fundamentele recht van de patiënt op kwaliteitsvolle dienstverlening dat voor deze prestatie een langere verplaatsing vereist is dan 30 minuten¹¹.
- Gelet op het belang van de reistijd tussen de woonplaats en de plaats van bevalling dient deze prestatie bijgevolg in talrijke ziekenhuizen geleverd te kunnen worden.
- Bij gebreke aan beschikbaarheid van de prestatie in voldoende nabijheid van elke woonplaats hebben niet alle patiënten dezelfde rechten en is er sprake van discriminatie.
- Dergelijke discriminatie dient te worden weggewerkt, wat mogelijk is door de verplichting op te leggen om in deze mogelijkheid te voorzien in alle of minstens de meeste ziekenhuizen, bv. elk ziekenhuis waar én een materniteit én een spoeddienst zijn.

Jeff Keustermans
30 juni 2022
Advocaat
Lic. Rechten (KULeuven)
LL.M. (University of California, Los Angeles)

¹¹ Vgl. met de noodzaak een materniteit in de buurt te hebben, alsook een spoeddienst. Zie o.a. De Standaard, 14-15 mei 2022, Regio Limburg, p. 40, "Materniteit van ziekenhuis blijft open, nog gesprekken over voorwaarden": "Dat plan is gebaseerd op een studie van het Federaal Kenniscentrum. Dat geeft aan dat materniteiten met minder dan 557 bevallingen per jaar best zouden sluiten, behalve wanneer vrouwen door de sluiting niet meer **binnen het halfuur** bij de materniteit van een ander ziekenhuis zouden geraken." (nadruk toegevoegd)



Stappenplan bij calamiteiten en incidenten

1. Waarom een procedure voor het omgaan met incidenten en calamiteiten in de eerste en tweedelijnsverloskunde?

Dit stappenplan is een richtlijn voor het systematisch registreren, analyseren, bespreken en voorkomen van incidenten en calamiteiten in de eigen praktijk en in het ziekenhuis. Belangrijk uitgangspunt bij het bespreken van incidenten is de vraag op welke manier de incidenten vermijdbaar waren, niet of ze verwijtbaar waren. Het gaat erom samen na te gaan wat de oorzaak van het incident is en welke verbetering er nodig is om dit incident in de toekomst te voorkomen.

2. Definitie incident en calamiteit (KNOV, 2017)

Incident

In het verlenen van zorg of behandelen van patiënten kan het anders lopen dan verwacht. Dit heet een incident. Een incident wordt als volgt gedefinieerd: 'Een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis die betrekking heeft op de kwaliteit van zorg en heeft geleid, had kunnen leiden of zou kunnen leiden tot schade bij een patiënt'. (Van Driel, 2017)

Of korter geformuleerd 'Alles wat tijdens de zorgverlening niet ging zoals de bedoeling was'. Het gaat ook om 'bijna'-fouten en niet alleen om de gevallen die daadwerkelijk tot schade hebben geleid. Voorbeelden van incidenten in de verloskunde zijn:

- Vergeten vitamine K toe te dienen;
- Een episiotomie niet goed gehecht;
- Vergeten om de labo-uitslagen op te vragen;
- Verkeerde informatie in een dossier geschreven.

De gevolgen van een incident kunnen variëren van geen gevolgen tot merkbare gevolgen of ernstige gevolgen voor de patiënt. Wanneer het anders loopt dan verwacht, dan zijn daar mogelijk lessen uit te trekken om te voorkomen dat hetzelfde incident in de toekomst weer gebeurt. Openheid over incidenten en deze bespreekbaar maken, is hierbij essentieel. (Van Driel, 2017)

Calamiteit

Calamiteiten zijn ernstige incidenten waarbij een patiënt is overleden of een ernstig schadelijk gevolg ondervindt.

3. Wat te doen bij een incident/calamiteit?

3.1 Zorg voor de zorgverlener

In het geval van calamiteiten zijn niet alleen de patiënt of haar nabestaanden getraumatiseerd, maar vaak ook de verloskundige die hierbij betrokken was. Zij zal misschien behoefte hebben aan opvang en ondersteuning (Funk et al., 2017), (van der Ploeg, 2003), (Money et al., 2011), (Mead et al., 2001), (Van Driel, 2017).

- Tijdens de eerste 24 uren is het belangrijk om alle feiten van het incident op te schrijven waarbij gedachten en gevoelens verwoord worden.
- Binnen de eerste 3 dagen is het belangrijk om een collega of vertrouwenspersoon te contacteren om over het incident te praten. Hiervoor kan ook beroep gedaan worden op een peer supportgroep. (Een peer supportgroep is een groep vroedvrouwen waarbinnen



geen hiërarchie bestaat en die samenkomt met hetzelfde doel). Dat doel is het delen van traumatische gebeurtenissen en het eventueel opmerken van PTSS bij de betrokkenen).

- Het is aangewezen om binnen de eerste drie tot zes weken contact te hebben met een traumadeskundige. Zij/hij kan samen het incident doorlopen en emoties hierbij kaderen.
- De hoofdvroedvrouw van het verloskwartier organiseert een intervisie, in een veilige omgeving, geleid door een onafhankelijk persoon. Alle betrokkenen worden samengebracht met als doel lessen te trekken uit wat er gebeurd is om op die manier de kwaliteit van de verloskundige zorg te verbeteren. De moderator, een niet-betrokken persoon, ziet erop toe dat het een constructief en respectvol gesprek wordt zonder dat er verwijten worden gegeven aan de zorgverleners.

Vragen die tijdens de bespreking gesteld kunnen worden, zijn:

- Wat ging er precies mis?
- Waar lag dat aan?
- Waar lag het startpunt van de gebeurtenis?
- Is er nog een achterliggende oorzaak te vinden?
- Was dat het enige waar het aan lag?
- Zien we nog iets over het hoofd?
- Durven we de echte oorzaak wel te benoemen?
- Zou het niet kunnen liggen aan ...?

De reden dat het incident besproken wordt, is om te voorkomen dat het in de toekomst nog eens gebeurt. Uit de bespreking van het incident komen meestal verbeterpunten naar voren. Prioriteer deze verbeterpunten en spreek af hoe en wanneer de verbetering gerealiseerd gaat worden en wie hiervoor verantwoordelijk is (Van Driel, 2017).

Bij PTSS (posttraumatische stressstoornis) wordt opvolging door een psychotherapeut aanbevolen. We spreken van PTSS indien onderstaande klachten langdurig aanwezig blijven:

- Vermijden van de situatie die het trauma veroorzaakt heeft;
- Herbeleven van de gebeurtenis in nachtmerries en in flashbacks;
- Ondervinden van spanning, onrust, slaapstoornissen en concentratiestoornissen;
- Vermijden van contacten met anderen;
- Reageren door te beven, verhoogde hartslag, droge mond als je aan het trauma denkt of erover spreekt;
- ...

3.2 Zorg voor de ouders

Definitie traumatische bevallingservaring voor de bevallen vrouw

“Een traumatische bevallingservaring verwijst naar de ervaring van een vrouw met interacties en/of gebeurtenissen die rechtstreeks verband houden met de bevalling en die overweldigende verontrustende emoties en reacties veroorzaken; hetgeen leidt tot negatieve gevolgen op korte en/of lange termijn voor de gezondheid en het welzijn van de vrouw” (NVOG, 2019).

De definitie is gebaseerd op de erkenning dat:

- De ervaring van een vrouw primair is
- De kwaliteit van de interacties met de zorgverlener cruciaal is;



- Er verschillende mogelijke gebeurtenissen zijn die kunnen leiden tot een breed scala aan negatieve gevolgen voor de gezondheid en het welzijn van een vrouw
- De definitie breed genoeg moet zijn om inclusief te zijn

Trauma informed care

Trauma-geïnformeerde zorg betekent dat iemand de impact van zijn ervaring op zichzelf begrijpt. 'Hoe en waarom ik voel, reageer en denk' wordt erdoor beïnvloed: 'de zorgverlener kan ervoor zorgen dat ik me veilig voel' (Law et al., 2019). Bij trauma-geïnformeerde zorg, staat de vrouw centraal bij haar bevalling, zodat de baby zo fysiologisch mogelijk geboren mag/kan worden.

Trauma-geïnformeerde zorg heeft tot doel gevoelens van psychologische veiligheid, keuzevrijheid en controle te bevorderen. Elk contact met een vrouw en haar partner is belangrijk. Het is belangrijk dat het personeel de vrouw centraal stelt – dit kan door ervoor te zorgen dat iedereen zich gezien, gehoord en verzorgd voelt. Dit zorgmodel leunt dicht aan bij het 'woman-centered care' model of 'vrouw-geleide zorg' model (Fontein-Kuipers et al., 2018).

Trauma-geïnformeerde zorg tijdens de geboorte

De reden dat vrouwen hun bevalling als traumatisch ervaren was te vinden in een gebrek aan duidelijke communicatie en emotionele ondersteuning. De pijn of medische ingrepen bleken van minder belang, zo onderzocht Claire Stramrood. Wanneer ik vraag 'wat was het naaste aan je bevalling' hoor ik keer op keer, 'de scheiding van mijn kind'. Vaak gaat hier een rollercoaster van medische, levensbedreigende gebeurtenissen aan vooraf (Stramrood, 2022).

Aanwezig zijn als zorgverlener tijdens het proces/incident/ blijft cruciaal voor de barende. Je praat, gidst de barende en haar partner door de bevalling niet alleen fysiek maar ook mentaal en emotioneel.

Zo voorkom je de diepe eenzaamheid die gepaard gaat met trauma. 'Er was niemand voor mij', wordt nu 'ik hoorde je stem, ik voelde je hand op mijn lichaam'. Zo voelen de barende en haar partner zich toch verankerd in de chaos van het moment. Merk je dat één van de ouders niet meer 'hier en nu' aanwezig is, begint te dromen, doffe ogen heeft of weinig reageert, zorg dan voor contact via de ogen en/of verbaal of mogelijk via aanraking (Stramrood, 2022).

Trauma-geïnformeerde zorg in de kraamtijd:

In de eerste 24 uren na de geboorte blijven moeder en kind samen (indien de situatie zich daartoe leent), liefst huid op huid, (verdere uitbreiding naar de volgende dagen wordt momenteel onderzocht). Ook is het belangrijk dat de kraamvrouw en haar partner kunnen ventileren over de bevalling indien ze dat wensen. Door het stellen van open vragen stel je de ouders centraal, en bekom je een overvloed aan informatie.

Binnen de eerste drie dagen wordt er ruimte gemaakt voor het bespreken van de bevalling met allen die hierbij aanwezig waren; een ronde tafel waarbij de gynaecoloog, de vroedvrouw, de kinderarts en andere betrokkenen aanwezig zijn en waarbij de ouders centraal staan. Het is cruciaal dat de feiten besproken worden en dat tevens het emotionele stuk bevraagd wordt. Door deze 'ronde tafel' komt er vaak rust en hoeft het eigen systeem niet meer op te ruimen. Gebeurt dit niet, worden er vaak eigen verhalen gemaakt, nare dingen uitvergroot en worden aangename ervaringen ondergesneeuwd. Na chaos wil een lichaam terug naar rust en balans (stichting bevallingstrauma, 2022).

In de eerste drie – zes weken post partum kan men de vrouw/partner aanmoedigen haar/hun bevallingsverhaal op te schrijven. Zo blijven de herinneringen nog gekoppeld aan de



feiten. Belangrijk is ook dat, naast de feiten, de beleving van wat er gebeurd is uitgeschreven wordt. Tijdens dit postnataal consult is er ruimte voor reflectie over de bevalling. Blijven klachten van vermijding, concentratie, flashbacks en arousals bestaan, is verdere begeleiding nodig. Er kan doorverwezen worden naar een perinatale coach en/of naar een trauma-psycholoog (NVOG, 2019).

3.3 juridische omkadering bij een incident'

Hiervoor doen we een beroep op de GOMIV (**G**edragcode **OM**gaan met een **I**ncident binnen de **V**erloskunde) uitgewerkt door Marlies Eggermont (Universiteit Gent, Faculteit Rechtsgeleerdheid). (Eggermont, 2016)

- De GOMIV dient de belangen van de individuele zorgverlener, maar in harmonie met de belangen van de rechtzoekende schadelijders, die menen het slachtoffer te zijn van een (verloskundig) incident.
- De GOMIV omvat drie gedragsregels:
 - inzake de communicatie met de schadelijder: open communicatie
 - inzake de communicatie met deBA-verzekeraar: relevante informatie verstrekken
 - inzake de rechten van verdediging van de zorgverlener
- De GOMIV bestaat uit een stappenplan bij twee situaties:
 - bij de confrontatie met een incident zonder klacht;
 - bij de confrontatie met een incident na ontvangst van een (officiële klacht).¹²

¹² materie en wetgeving werd bijgehouden tot midden 2016





Bijlagen bij calamiteiten:

Bijlage 1: GOMIV 2016



GEDRAGSCODE OMGAAN met een INCIDENT binnen de VERLOSKUNDE (GOMIV)

De GOMIV is ontwikkeld door de werkgroep 'Create life', in overleg met de Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen (VBOV), de Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (VVOG) en medische verzekeraars. 2016

Inleiding

Afdeling 1. Aanzet

1. De 'Gedragscode OMgaan met een Incident binnen de Verloskunde' (GOMIV) is een initiatief van de werkgroep Create Life,¹³ opgericht na het congres Verloskunde in beweging II in 2014.¹⁴ Dit congres stond in het teken van het voorkomen van schadegevallen en aansprakelijkheid.¹⁵ Enkele deelnemers benadrukten de wenselijkheid van gedragsregels bij de confrontatie met een klacht van ouders of een procedure inzake medische aansprakelijkheid.

Afdeling 2. Doel

2. De GOMIV dient de belangen van de individuele zorgverlener, maar in harmonie met de belangen van de rechtzoekende schadelijders, die menen het slachtoffer te zijn van een (verloskundig) incident. Dit is een schadegeval waarbij de schade aan de patiënte zijn oorzaak vindt in een verstrekking van verloskundige zorg, voortvloeiend uit een feit dat kan aanleiding geven tot aansprakelijkheid van de zorgverlener. Het empathisch en communicatief vermogen van de zorgverlener, bijgestaan door zijn/haar BA-verzekeraar, speelt een cruciale rol in de afhandeling van het incident. De werkgroep

¹³ De leden van de werkgroep Create Life zijn: vroedvrouwen: Bernadette Bijmens (UZ Leuven), Sabine Van de Vyver (Sint-Vincentius Deinze), Betty Mervilde (Onze Lieve Vrouw van Lourdes Ziekenhuis Waregem), Nadia Yousfi (AZ Glorieux Ronse), Renilde Bastaens (Imeldaziekenhuis Bonheiden), Anne Van den Berghe (AZ Sint-Lucas Gent) en Marlène Reyns (AZ Nikolaas); - gynaecologen: dr. Bart Demyttenaere (studiedienst NVSM), dr. Ingrid Martens (AZ Sint-Lucas Gent), prof. Yves Jacquemyn (UZA en Universiteit Antwerpen), prof. Wilfried Gyselaers (ZOL en Universiteit Hasselt), prof. Hendrik Cammu (VUB en UZ Brussel), dr. Isabelle Dehaene (UZ Gent), dr. Anne De Vits (AZ Jan Palfijn Gent); - juriste: Marlies Eggermont (doctoranda Universiteit Gent en lector Arteveldehogeschool).

¹⁴ Create life is het acroniem van vier actiepunten binnen de verloskundige zorg om schadegevallen te voorkomen: 'Cardiotocography' noodzaakt 'LIFElong learning', 'REcognize' pathology, 'Act' en 'Teamwork'.

¹⁵ Universiteit Gent, 4 december 2014; De proceedings zijn gebundeld in M. EGGERMONT (ed.), *Verloskunde in beweging II: de do's-and-don'ts in het voorkomen van aansprakelijkheid*, Antwerpen, Intersentia, 2014, 232 p.



Create Life maakt zich sterk dat een adequate respons op een incident de gerechtelijke tussenkomsten kan verminderen, maar zonder belangenverlies voor de zorgverlener, de schadelijders en de BA-verzekeraar.

3. Centraal in de GOMIV staat de open disclosure cultuur bij zowel de schadelijder(s), als de collega-zorgverleners (binnen de zorginstelling en binnen de professionele beroepsorganisaties), met het oog op de preventie van gelijkaardige incidenten.

Afdeling 3. Methode

4. De Belgische Richtlijn respectvol omgaan met ernstige klinische incidenten (KUL, 2013), de Nederlandse Gedragscode Openheid Medische Incidenten (Letselschade Raad, 2012) en de Nederlandse Handreiking Klachtenregeling (KNOV, 2008) waren de voornaamste inspiratiebronnen.¹⁶ Vertrekkend vanuit de belangrijkste pijlers van deze documenten volgde de ontwikkeling van een stappenplan, enerzijds bij de confrontatie met een incident, maar nog zonder klacht, en anderzijds na de ontvangst van een (officiële) klacht. Medische literatuur, rechtsleer en rechtspraak waren de objectieve bronnen van onderzoek voor de ontwikkeling van de gedragsregels zelf: I inzake de communicatie met de schadelijder, II inzake de communicatie met de BA-verzekeraar en III inzake de rechten van verdediging van de zorgverlener.
5. Eén samenkomst met verschillende BA-verzekeraars,¹⁷ drie mondelinge overlegmomenten met verschillende leden van de werkgroep en veel schriftelijk overleg resulteerde in een eerste ontwerp.¹⁸ Aan de hand van gestandaardiseerde formulieren onderging de ontwerp tekst een proces van peer review door vroedvrouwen, gynaecologen en (jurist-)academici.¹⁹ De Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (VVOG) en de Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen (VBOV) gaven feedback op de tweede ontwerp tekst.²⁰ Verwerking van de feedback en nazicht door de werkgroep hebben geleid tot het huidige document.

Afdeling 4. Resultaten

6. Deze gedragscode bevat naast een stappenplan ook gedragsregels, waar de focus vooral ligt op communicatie, zowel met de schadelijder als met de BA-verzekeraar. Gedragsregels hebben geen bindende werking.²¹ Bij de confrontatie met medische incidenten kan het volgen van deze gedragscode een meerwaarde betekenen. Het bijwonen van (externe/interne) vormingen in samenwerking met collega-zorgverleners, verzekeraars en juridische experts in het gezondheidsrecht geniet tevens de voorkeur.

Hoofdstuk 1. Gedragscode

7. Welke concrete stappen zijn aangewezen om te nemen bij de confrontatie met een incident? Het is belangrijk een onderscheid te maken tussen twee situaties:

Afdeling 1. Meteen na het incident, zonder een klacht

¹⁶ KUL Centrum voor ziekenhuis- en verplegingswetenschap, departement maatschappelijke gezondheidszorg en eerstelijnszorg, i.s.m. GZA, Jessa ziekenhuis, OPZC Redem en ICURO/Zorgnet Vlaanderen, Richtlijn respectvol omgaan met ernstige klinische incidenten, Leuven, 2013, 21 p.; LETSELSCHADE RAAD, *Gedragscode Openheid Medische Incidenten: betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA)*, Den Haag, 2012, 36 p.; KNOV, Handreiking Klachtenregeling voor de verloskundige praktijk, Utrecht, 2008, 56 p.

¹⁷ Op 16 maart 2015 vond in Brussel een overleg plaats met Marlies Eggermont, prof. Wilfried Gyselaers en vertegenwoordigers van Amlin, 2 van Amma, KBC en Fidea. De vertegenwoordiger van Ethias was verontschuldigd.

¹⁸ De overlegmomenten van de werkgroep vonden op 19 januari 2015, 11 februari 2015 en 14 oktober 2015 plaats in de Universiteit Gent, faculteit rechten.

¹⁹ In dit formulier gaf de reviewer, naast een algemene beoordeling, een specifieke beoordeling wat betrof het doel (o.m. relevantie), de inhoud (o.m. structuur, bronnenmateriaal, toepasbaarheid) en de vorm (o.m. terminologie en bibliografie) van de tekst.

²⁰ M. EGGERMONT, "De juridische waarde van richtlijnen voor kwaliteitsvolle zorg bij de beoordeling van de aansprakelijkheid van de zorgverlener", TvG 2016, afl. 19, 1102.





1. De betrokken zorgverlener (en/of diensthoofd/hoofdvroedvrouw) **betuigt** in naam van de zorginstelling haar/zijn **spijt** voor het incident (staat volledig los van schuldkenning). Respect voor de gevoelens van de schadelijder(s) staat centraal. Een dergelijk gesprek wordt, indien wenselijk, herhaald bij ontslag. (zie GEDRAGSREGEL I)
2. De betrokken zorgverlener zorgt voor een **volledig ingevuld patiëntendossier** met een eigen opgesteld **feitenrelaas**: waarheidsgetrouwe weergave van de feiten en/of gemotiveerde afwijking van het protocol (geen subjectieve interpretatie). De betrokken zorgverlener bewaart een kopie van het patiëntendossier in de zorginstelling om indien nodig in zijn/haar verdediging te voorzien of voor intervisiemomenten.
3. De betrokken zorgverlener doet een **pro forma-aangifte** bij de **BA-verzekeraar**: deze heeft de mogelijkheid om haar rol (leider van het geding) en bijstand (psychologisch, in de communicatie met de pers) in de afhandeling van dit incident mee te delen aan de verzekerde zorgverlener. (zie GEDRAGSREGEL II)
4. De betrokken arts richt een **schrijven**, met het omstandige verloop van de feiten, inclusief follow-up en eventueel voorgestelde therapie, aan de **huisarts** van de patiënte.
5. De betrokken zorgverlener licht de **ombudsdienst** van de zorginstelling in, die desgevallend de nodige stappen onderneemt voor de financiële afhandeling van additionele kosten en de psychologische bijstand aan de schadelijders.
6. Op initiatief van het diensthoofd en/of de hoofdvroedvrouw wordt een **teamvergadering** (transparantie) georganiseerd met volgende doelstellingen:
 - het analyseren van het incident (retrospectieve risicoanalyse);
 - het formuleren van leerpunten om gelijkaardige incidenten in de toekomst te voorkomen (intervisie en kwaliteitsverbetering);
 - het bespreekbaar maken van incidenten in een open feedbackcultuur.
7. Er wordt **discreet** omgegaan met de gegevens van het incident naar niet betrokken derden toe (bijstand van de persverantwoordelijke van de zorginstelling en/of communicatieverantwoordelijke van de BA-verzekeraar).
8. Op het niveau van de zorginstelling wordt **nazorg** geboden:
 - emotionele ondersteuning/ventilatie door het diensthoofd en/of de hoofdvroedvrouw en/of psycholoog in de verwerking van het incident door de betrokken zorgverlener of het team;
 - adequate behandeling van de schade, desgevallend met doorverwijzing van de patiënt(e) (schadebeperkingsplicht).

Afdeling 2. Na het incident gevolgd door een (officiële) klacht

8. De voorbode van een klacht is vaak de vraag van de patiënte om een kopie van haar patiëntendossier te bekomen. Als wettelijke vertegenwoordiger van haar minderjarige kind kan de patiënte ook een kopie opvragen van het dossier van de baby. Bij het overlijden van de moeder of de baby kan alleen een andere beroepsbeoefenaar inzage van het patiëntendossier bekomen, op vraag van een echtgenoot, de wettelijk samenwonende partner, de partner of de bloedverwanten tot en met de tweede graad.²²
9. De kennisname van een klacht door een zorgverlener kan gebeuren via:
 - een gesprek met de schadelijder(s);
 - de ombudsdienst van de zorginstelling;
 - een (aangetekend) schrijven van de schadelijder(s), de (rechtsbijstands)verzekering of mutualiteit;
 - een (aangetekend) schrijven van de advocaat van de schadelijder(s);
 - een schrijven van het Fonds voor de Medische Ongevallen (FMO);
 - een dagvaarding bij een burgerlijke procedure;
 - de oproeping voor een verhoor door de gerechtelijke politie/onderzoeksrechter bij een strafrechtelijke procedure.

²² Art. 9, §4 Wet patiëntenrechten 2002; Onder 'beroepsbeoefenaar' wordt een zorgverlener bedoeld die opgenomen is in de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen, zoals een arts, een verpleegkundige, een vroedvrouw, een paramedicus ...



10. De volgende concrete stappen onderneemt de betrokken zorgverlener bij voorkeur.
- a. De betrokken zorgverlener zorgt voor een **volledig ingevuld patiëntendossier** met eigen opgesteld **feitenrelaas**: waarheidsgetrouwe weergave van de feiten en/of gemotiveerde afwijking van het protocol (geen subjectieve interpretatie). De betrokken zorgverlener bewaart een kopie van het patiëntendossier in de zorginstelling om in zijn/haar verdediging te voorzien of voor intervisiemomenten.
 - b. De betrokken zorgverlener doet **aangifte** van het incident aan de **BA-verzekeraar**. De betrokken zorgverlener stelt zich maximaal ter beschikking voor het verschaffen van inlichtingen aan de advocaat en/of raadsgeneesheer van de verzekeraar.²³ (zie GEDRAGSREGEL III)
 - c. Er vindt een **overleg** plaats tussen de betrokken zorgverlener (desgevallend met assistenten of studenten), het diensthoofd, de hoofdvroedvrouw en de advocaat en/of raadsgeneesheer van de BA-verzekeraar op basis van het patiëntendossier. (zie GEDRAGSREGEL II)
 - d. Indien dit nog enige meerwaarde zou hebben (enkel bij A, B, C en D), wordt een **overleg** gepland **met de schadelijder(s)** en de betrokken zorgverlener, het diensthoofd, de hoofdvroedvrouw en de jurist/advocaat van de zorginstelling. Het betuigen van spijt voor het incident (geen schuldbekenenis) staat centraal. (zie GEDRAGSREGEL I)
 - e. Op initiatief van het diensthoofd en/of de hoofdvroedvrouw wordt een **teamvergadering** (transparantie) georganiseerd met volgende doelstellingen:
 - het analyseren van het incident (retrospectieve risicoanalyse);
 - het formuleren van leerpunten om gelijkaardige incidenten in de toekomst te voorkomen (intervisie en kwaliteitsverbetering).
 Tevens worden de collega-zorgverleners, met bijstand van de jurist van de zorginstelling, ingelicht over de stand van zaken in de procedure.
 - f. Er wordt **discreet** omgegaan met de gegevens van het incident naar niet betrokken derden toe (bijstand van de persverantwoordelijke van de instelling en/of communicatieverantwoordelijke van de BA-verzekeraar).
 - g. Op het niveau van de zorginstelling wordt **nazorg** geboden:
 - emotionele ondersteuning/ventilatie door het diensthoofd en/of de hoofdvroedvrouw en/of psycholoog in de verwerking van het incident door de betrokken zorgverlener of het team;
 - juridische ondersteuning door de jurist van de zorginstelling.
 Ook de schadebeheerder van de BA-verzekeraar staat de betrokken zorgverlener bij in de juridische afhandeling van het incident.
 - h. De betrokken zorgverlener volgt de procedure van de **interne incidentenmelding** in het ziekenhuis (indien aanwezig).
 - i. De betrokken zorgverlener volgt de procedure van de **externe incidentenmelding** via de beroepsorganisatie (indien aanwezig).
 - j. Op de BA-verzekeraar rust de verantwoordelijkheid om een klacht zorgvuldig en voortvarend te beoordelen en te behandelen:

A. *Procedure bij het FMO*

De wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg voerde een ruim omschreven en streng gesanctioneerde mededelingsverplichting in voor de zorgverlener betrokken bij een incident. Het FMO kan:

- “bij alle zorgverleners die betrokken zouden kunnen zijn of bij de zorgverleners die de patiënt(e) hebben behandeld of bij elke andere persoon alle documenten en informatie opvragen die nodig zijn om de oorzaken, omstandigheden en gevolgen van de schade

²³ Art. 74, §1 Verzekeringwet 2014.



als gevolg, waarvoor de aanvraag is ingediend, te kunnen beoordelen”;²⁴

- actief meewerken als betrokken zorgverlener binnen de voorziene termijnen is een must, op straffe van het betalen van een forfaitaire vergoeding, dat buiten de dekkingsplicht van de BA-verzekeraar valt.²⁵

De BA-verzekeraar staat de betrokken zorgverlener in deze specifieke procedure met raad en daad bij.

B. Nog geen juridische procedure (dus gevallen A, B, C en D)

De BA-verzekeraar maakt zo vlug mogelijk zijn regelingsinzichten over aan de (advocaat van de) schadelijder(s) en de verzekerde zorgverlener:

- gemotiveerde afwijzing van de aansprakelijkheid van de betrokken zorgverlener;
- gemotiveerde erkenning van de aansprakelijkheid (desgevallend partieel); een minnelijke medische expertise/regeling wordt overwogen.

C. Burgerlijke of strafrechtelijke procedure

De rechtsbijstandsverzekeraar dekt de kosten van de bijstand van een advocaat.

- In een strafrechtelijke procedure verdedigt een eigen gekozen advocaat de belangen van de betrokken zorgverlener.
- In een burgerlijke procedure of de afhandeling van de burgerlijke belangen in een strafzaak heeft de verzekeraar de leiding over het geding en verdedigt de advocaat van de BA-verzekeraar de belangen van de betrokken zorgverlener (vaak geen eigen keuze van advocaat).
- De advocaat onderhoudt directe communicatie met de betrokken zorgverlener inzake het verloop en de mogelijkheden van een gerechtelijke procedure (verhoren, expertises, zittingen voor de rechtbank ...).
- De betrokken zorgverlener verschaft omstandige en correcte informatie op vraag van de advocaat voor het opstellen van conclusies en het bijwonen van expertises/zittingen. (zie GEDRAGSREGEL III)

Hoofdstuk 2: GEDRAGSREGEL I inzake het overleg met de schadelijder(s): open communicatie

11. Het toenmalige departementshoofd gezondheidszorg van het Verenigd Koninkrijk, L. Donaldson, stelde op het congres van de Wereldgezondheidsorganisatie inzake patiëntveiligheid in 2004 “*to err is human, to cover up is unforgivable*”.²⁶ Het was het Amerikaanse *Institute of Medicine* dat met haar rapport ‘*To Err is Human: Building a Safer Health System*’ (1999) het bewustzijn over medische fouten aanwakkerde.²⁷ Een *open disclosure* cultuur (open klimaat en proactieve houding) naar klachten toe staat hierbij centraal. Ook de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren adviseert artsen om bij een incident de feiten “*open, volledig en zonder enige terughoudendheid*” te

24 Art. 15 Wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, BS 2 april 2010. Indien de zorgverlener de vraag om inlichtingen van het Fonds niet beantwoordt binnen een termijn van een maand na de kennisgeving, stuurt het Fonds een herinneringsbrief. Indien de zorgverlener binnen een termijn van een maand vanaf de kennisgeving van de herinneringsbrief van het Fonds en behalve in geval van overmacht, niet antwoorde, zijn zij van rechtswege tegenover het Fonds een forfaitaire vergoeding van 500 euro per dag verschuldigd vanaf de dag die volgt op de laatste dag van de termijn, en dit tot de verzending van de gevraagde informatie en documenten, met een maximum van 30 dagen. Het Fonds kan verschuldigde bedragen bij dwangbevel invorderen.

25 Zie voor meer info <http://www.fmo.fgov.be/nl/index.html>.

26 J. FEINMANN, “You can say sorry”, *BMJ* 2009, afl. 339, 482-483.

27 Institute of Medicine, *To Err is Human: Building a Safer Health System is a report issued, november 1999*, <http://www.nationalacademies.org/hmd/~/media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf>; A. MOKDAD, J. MARKS, D. STROUP en J. GERBERDING, “Actual Causes of Death in the United States”, *JAMA* 2000, afl. 291, 1238-1245; R. KRONICK, S. ARNOLD en J. BRADY, “Improving safety for hospitalized patients. Much progress but many challenges remain”, *JAMA* 2016, online 13 juni 2016, doi:10.1001/jama.2016.7887.



bespreken met hun patiënten.²⁸ De vertrouwensrelatie kan immers omslaan in onbegrip en wantrouwen, hetgeen een officiële klacht in de hand kan werken.²⁹

12. Het Vlaams Patiëntenplatform benadrukt het belang van openheid en is voorstander van de ontwikkeling van ‘nationale richtlijnen voor open communicatie na een medisch ongeval’. Het betuigen van spijt, de patiënt informeren over (de gevolgen van) van het incident en het beleid om herhaling te voorkomen zijn de belangrijkste invalshoeken.³⁰
13. De Belgische overheid legde de minimumvereisten vast inzake informatie aan de schadelijder(s). De Wet Patiëntenrechten van 2002 bekrachtigde in de artikelen 7 en 8 het recht op informatie van de patiënt en maakte daarbij een duidelijk onderscheid tussen de diagnose-informatie of gezondheidstoestandsinformatie en de toestemmingsinformatie. De diagnose-informatie is de *“informatie die nodig is om inzicht te krijgen in zijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan”*. De toestemmingsinformatie omvat *“de inlichtingen die aan de patiënt worden verstrekt met het oog op het verlenen van diens toestemming (...) betrekking (hebben) op het doel, de aard, de graad van urgentie, de duur, de frequentie, de voor de patiënt relevante tegenaanwijzingen, nevenwerkingen en risico’s verbonden aan de tussenkomst, de nazorg, de mogelijke alternatieven en de financiële gevolgen”*.³¹
14. Sinds 2014 werd aan het hierboven weergegeven lijstje van te vermelden gegevens een bijkomende informatieplicht toegevoegd. Zorgverleners moeten de patiënt ook informeren over hun verzekeringsdekking of een andere individuele of collectieve vorm van bescherming met betrekking tot hun beroepsaansprakelijkheid.³²
15. Het is de plicht van de betrokken zorgverlener om de patiënt te informeren omtrent de *gevolgen* van een medisch incident, maar niet noodzakelijk omtrent de *oorzaken*. In de mate dat een ongeval impact heeft op de gezondheidstoestand van de patiënt en deze (al dan niet blijvend) nadelig beïnvloed wordt, omvat het recht op diagnose-informatie, het recht op informatie over de actuele (na en door het ongeval nadelig beïnvloede) gezondheidstoestand en de ‘vermoedelijke evolutie’ daarvan. Indien er bovendien een behandelingsperspectief bestaat en de nadelige gevolgen van het ongeval verminderd of beheerst kunnen worden, dan moet ook deze informatie medegedeeld worden. Dit is belangrijk vanuit het perspectief van het recht op kwaliteitsvolle zorg van de patiënt en de hulpverleningsverplichting van de zorgverlener.
16. Het recht op informatie over de gezondheidstoestand houdt niet noodzakelijk een afdwingbaar recht in omtrent de iatrogene oorzaken. Hoewel deze in beginsel meegegeeld *mogen* worden, kunnen er redenen zijn om dit minstens niet actief en spontaan te doen en zijn sommige van deze motieven te verantwoorden door de rechten van de betrokken zorgverlener of derden. Men houdt zich daarom beter aan de feiten en men spreekt zich niet uit over het handelen van collega-zorgverleners. Mogelijks zijn de oorzaken nog niet helemaal duidelijk of is er (technische) betwisting omtrent de precieze oorzaak. Misschien werd de schade veroorzaakt door samenlopende fouten of onzorgvuldigheden van meerdere zorgverleners en is niet iedereen het eens met het actief verschaffen van informatie. Een dergelijke verplichting bestaat wel indien de informatie omtrent de oorzaken (en dus mogelijk ook over de professionele fout) noodzakelijk is voor de organisatie van de (na)behandeling. De uitoefening van het recht op verdediging mag immers niet tot gevolg hebben dat aan de patiënt noodzakelijke zorgen worden onthouden. Dit zou strafrechtelijk zelfs als schuldig verzuim beschouwd kunnen

28 Nationale Raad, *Nota Symposium Aansprakelijkheid en medische ongevallen. Fault, no fault, or...?* (14 juni 2000), *TNR* 2000, afl. 89, 17.

29 P. SELLESLAGH, “Openheid na medische fout vermindert rechtszaken”, *Artsenkrant*, 15 oktober 2010, nr. 2111.

30 Vlaams Patiëntenplatform, *Nationale richtlijnen voor open communicatie na een medisch incident*, persbericht 8 september 2015, <http://vlaamspatiëntenplatform.be/blogs/persbericht-vpp-open-communicatie-na-medisch-incident>.

31 Zie nader T. VANSWEEVELT en S. TACK, “Het recht op gezondheidstoestandsinformatie en geïnformeerde toestemming” in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek gezondheidsrecht*, Volume II, Antwerpen, Intersentia, 2014, 336; S. TACK en T. BALTHAZAR, *Patiëntenrechten: informed consent in de zorgsector: recente evoluties*, Gent, Larcier, 2007, 3.

32 Art. 8/1 Wet Patiëntenrechten.





worden.³³

17. Naast de inhoud van het gesprek met de schadelijder(s) is ook de wijze van communiceren cruciaal. Het is aangewezen om het incident niet te minimaliseren of te maskeren. Schadelijders hebben doorgaans “*very well tuned bullshit sensors*” en zijn op hun hoede voor doofpotoperaties. Belangrijk is het betuigen van spijt en het mededelen van concrete acties die de zorginstelling zal ondernemen om een gelijkaardig incident te vermijden in het kader van kwaliteitsmanagement. Zich empathisch opstellen is de boodschap, zonder over te gaan tot een erkenning van aansprakelijkheid en/of toezegging inzake een schadevergoeding, hetgeen niet aan de orde is.³⁴

Hoofdstuk 3: GEDRAGSREGEL II inzake het overleg met de BA-verzekeraar: relevante informatie verstrekken

18. In het kader van de gegevensoverdracht tussen de betrokken zorgverlener en de BA-verzekeraar is het belangrijk dat de verzekerde “*zonder verwijl alle nuttige inlichtingen aan de verzekeraar verstrekt en op de vragen antwoordt die worden gesteld, teneinde de omstandigheden en de schade te kunnen vaststellen*”.³⁵ Het is natuurlijk de betrokken zorgverlener die de opportuniteit inschat van het mededelen van bepaalde gegevens, maar een goed ingevuld patiëntendossier vormt de basis.
19. De BA-verzekeraar van de betrokken zorgverlener voorziet een tegemoetkoming voor de schade ontstaan uit een onzorgvuldigheid in de verloskundige zorgverlening. De betrokken zorgverlener mag echter niet uit het oog verliezen dat het wel degelijk de verzekeraar is die de leiding neemt in de (burgerlijke) procedure en de strategie bepaalt. Dit betekent concreet dat de verzekeraar kan beslissen om schadevergoeding uit te keren, ondanks dat de betrokken zorgverlener zijn/haar aansprakelijkheid betwist en dat de verzekeraar kan weigeren om schadevergoeding uit te keren, ondanks de overtuiging van de betrokken zorgverlener dat de voorwaarden voor aansprakelijkheid voldaan zijn.³⁶
20. De erkenning van aansprakelijkheid of de toezegging van een schadevergoeding door de betrokken zorgverlener ten aanzien van de schadelijder(s) houdt geen enkele verplichting in voor de verzekeraar om tot schadevergoeding over te gaan.³⁷ Vóór de nieuwe Verzekeringswet van 2014 kon de verzekeraar zelfs weigeren om dekking te verlenen indien de zorgverlener toezeggingen deed, dit is nu niet meer het geval.

Hoofdstuk 4: GEDRAGSREGEL III inzake de rechten van verdediging van de betrokken zorgverlener

21. Het is niet vereist dat de betrokken zorgverlener actief bijdraagt aan het verzamelen van informatie, die nodig is voor het welslagen van een gerechtelijke procedure. De betrokken zorgverlener behoudt het recht om zich te verdedigen. Afhankelijk van de soort procedure zijn er verschillende mogelijkheden.

Afdeling 1. Burgerlijke procedure

33 T. BALTHAZAR, “Het spanningsveld tussen het recht op informatie van de patiënt, het recht op verdediging van de zorgverlener, de leiding van het verweer door de verzekeraar en optimale communicatie na een ongeval in de gezondheidszorg” in M. EGGERMONT (ed.), *Verloskunde in beweging II: de do’s-and-don’ts in het voorkomen van aansprakelijkheid*, Antwerpen, Intersentia, 2014, 205-206.

34 J. FEINMANN, “You can say sorry”, *BMJ* 2009, afl. 339, 482; J. LEGEMAATE, J.J. E. VAN EVERDINGEN, J. KIEVIT en J.W.M. STAPPERS, “Openheid over fouten in de gezondheidszorg”, *N. TvG* 2007, afl. 151, 319-322.

35 Art. 74, § 2 Verzekeringswet 2014.

36 Artikelen 143 *juncto* 149 Verzekeringswet 2014; P. VAN DE SYPE, “Over het leiden en lijden van de verzekeraar” in VLAAMS PLEITGENOOTSCHAP BIJ DE BALIE TE BRUSSEL (ed.), *Verzekeringen en gerechtelijke procedures*, Kalmthout, Biblio, 1996, 45.

37 Artikel 149 Verzekeringswet 2014.



22. *Actori incumbit probatio* ... In een burgerlijke aansprakelijkheidsprocedure (gericht op het bekomen van een schadevergoeding) rust de bewijslast normaliter op de eisende partij die de schadevergoeding vordert.³⁸ Het komt dus aan de schadelijder(s) toe om de feiten te bewijzen waarop de vordering is gesteund.³⁹ In elk geval zijn de notities in het patiëntendossier determinerend in de bewijsvoering.
23. De betrokken zorgverlener kan als verwerende partij zijn/haar proceshouding kiezen en kan (mits respect voor de principes van goede trouw, loyale proceshouding en proceseconomisch handelen) kiezen voor een passieve houding, hetgeen zich beperkt tot het betwisten van de bewijswaarde van de door de eisers aangevoerde feiten of tot het aanvoeren van tegenbewijzen.⁴⁰ Aangehouden bewuste passiviteit van de betrokken zorgverlener kan de rechter ertoe aanzetten om de zorgverlener te verplichten relevant bewijsmateriaal of stukken in de procedure te brengen.⁴¹
24. Het meewerken aan een expertise om een fout te onderzoeken of om schade te begroten is geen vrijblijvende mogelijkheid meer voor een procespartij. Sinds 2007 is een uitdrukkelijke medewerkingsplicht opgenomen in het Gerechtelijk Wetboek. Indien een partij niet meewerkt aan het onderzoek, “*kan de rechter daaruit de conclusies trekken die hij geraden acht*”.⁴² De medewerking houdt onder meer in dat elke partij (via de advocaat) voor de aanvang van de expertise een geïnventariseerd dossier moet bezorgen aan de gerechtsdeskundige met alle relevante stukken.⁴³ Er kan uiteraard nog betwisting bestaan over wat als relevante stukken beschouwd moet worden. De zorgverlener kan zich niet beroepen op het recht van verdediging, om niet mee te werken bij de samenstelling van de documentatiebundel dat de gerechtsdeskundige nodig heeft om zijn/haar opdracht uit te voeren.⁴⁴

Afdeling 2. Strafrechtelijke procedure

25. Een strafprocedure start meestal met een klacht bij de politie of een klacht met burgerlijke partijstelling bij de onderzoeksrechter, gericht op de veroordeling van de verdachte tot een straf én het bekomen van een schadevergoeding.
26. Er wordt steeds uitgegaan van het vermoeden van onschuld. Het is aan het Openbaar Ministerie (OM) om het bewijs te leveren van het misdrijf. Een verdachte kan niet gedwongen worden tegen zichzelf te getuigen en heeft het recht te zwijgen.⁴⁵ Bij een verhoor moet aan de ondervraagde persoon steeds meegedeeld worden dat hij niet kan verplicht worden zichzelf te beschuldigen.⁴⁶ Maar in een strafrechtelijk onderzoek wegens een medische onzorgvuldigheid verzamelt het OM meestal het bewijsmateriaal door het in beslag nemen van het patiëntendossier (als dit al niet bij de klacht van de schadelijder(s) is gevoegd),⁴⁷ gegevens verkregen via het FMO,⁴⁸ de verhoren van de betrokken partijen en het advies van de aangestelde gerechtsdeskundigen. In het kader van de eigen verdediging wordt het beroepsgeheim opgeheven en mag de in verdenking gestelde zorgverlener vrijuit spreken.⁴⁹

38 Art. 1315 BW.

39 Art. 870 Ger.W.

40 B. SAMYN, *Privaatrechtelijk bewijs: een diepgaand en praktisch overzicht*, Gent, Story Publishers, 2012, nr. 143.

41 Artikelen 871, 877 en 878 Ger.W.

42 Art. 972bis, §1 Ger.W.

43 Zie over het verloop van de medische expertise: L. CARDON en R. HEYLEN, “Rechten met betrekking tot de medische expertise” in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek gezondheidsrecht*, Volume II, Antwerpen, Intersentia, 2014, 735-815.

44 Zie over deze problematiek: W. DECLOEDT, “Overhandiging van medische gegevens op verzoek van een burgerlijke rechtbank” in L. WOSTYN, K. BOUCQUEY en F. SCHOCKAERT (eds.), *Overhandigen medische gegevens*, Gent, Academia Press, 2009, 47-55.

45 Art. 14.3.g Internationaal Pact van 19 december 1966 inzake burgerrechten en politieke rechten (BUPO-verdrag).

46 Art. 47bis Sv.

47 Zie over de inbeslagname van het patiëntendossier: T. VANSWEEVELT, “Rechten met betrekking tot het patiëntendossier”, in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek gezondheidsrecht*, Volume II, Antwerpen, Intersentia, 2014, 555-560.

48 Art. 19 Wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg.

49 A. DIERICKX, J. BUELENS en A. VIJVERMAN, “Het recht op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, het medisch beroepsgeheim en de verwerking van persoonsgegevens”, in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek*



27. Tijdens het strafonderzoek bestaat de mogelijkheid om bijkomende onderzoeksdaten te vragen, o.m. een verhoor van een betrokken persoon of een bijkomende vraag aan de gerechtsdeskundigen als blijkt dat bv. een medisch gegeven over het hoofd werd gezien. Indien de betrokken zorgverlener noch de feiten noch de kwalificatie (bijvoorbeeld onopzettelijke slagen en verwondingen) betwist, kan overwogen worden om de opschorting van de strafuitspraak te vragen voor de Raadkamer. Zo wordt een openbaar proces (met soms media-aandacht) vermeden en behoudt de zorgverlener een blanco strafblad. De opschorting impliceert echter wel een schuldigverklaring, met grondigheid van de schadevergoeding tot gevolg. Nauw overleg met de verzekeraar is opnieuw de boodschap.

Afdeling 3. Rol van de verzekeraar

28. Indien de betrokken zorgverlener strafrechtelijk of burgerlijk aansprakelijk wordt gesteld, dekt de BA-verzekeraar enkel de vergoeding van de schade. Het is de rechtsbijstandsverzekeraar die de kosten voor de bijstand van een advocaat en de gerechtskosten (onder meer de expertisekosten en rechtsplegingsvergoeding⁵⁰) voor zijn rekening neemt. In een strafprocedure staat de veroordeelde zorgverlener zelf in voor de betaling van de strafrechtelijke boete.

Besluit

29. Deze gedragscode beoogt bewustwording over de rechten en plichten van de betrokken partijen bij een incident in de verloskundige zorg. Het loont de moeite om te investeren in een open communicatie tussen zorgverlener en patiënt. De meerwaarde van een goed bijgehouden patiëntendossier mag niet uit oog worden verloren, alsook de (leidinggevende) rol van de verzekeraar bij de afhandeling van een klachtdossier. De gedragsregels zullen aangeboden worden aan de VVOG en de VBOV voor verdere implementatie. Het spreekt voor zich dat ook op niveau van de ziekenhuizen de verdere beleidsmatige verwerking een mogelijkheid is.
30. Een zorgvuldige vroedvrouw of gynaecoloog laat zich ook geregeld bijscholen. Het bijwonen van (externe/interne) vormingen in samenwerking met collega-zorgverleners, verzekeraars en juridische experts in het gezondheidsrecht geniet tevens de voorkeur.

Literatuur

- BALTHAZAR, T., "Het spanningsveld tussen het recht op informatie van de patiënt, het recht op verdediging van de zorgverlener, de leiding van het verweer door de verzekeraar en optimale communicatie na een ongeval in de gezondheidszorg" in M. EGGERMONT (ed.), *Verloskunde in beweging II: de do's-and- don'ts in het voorkomen van aansprakelijkheid*, Antwerpen, Intersentia, 2014, 201-232.
- CARDON, L. en HEYLEN, R., "Rechten met betrekking tot de medische expertise" in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek gezondheidsrecht*, Volume II, Antwerpen, Intersentia, 2014, 735-815.
- DECLOEDT, W., "Overhandiging van medische gegevens op verzoek van een burgerlijke rechtbank" in L. WOSTYN, K. BOUCQUEY en F. SCHOCKAERT (eds.), *Overhandigen medische gegevens*, Gent, Academia Press, 2009, 47-55.
- DIERICKX, A., BUELENS, J. en VIJVERMAN, A., "Het recht op de bescherming van de persoonlijk-

gezondheidsrecht, Volume II, Antwerpen, Intersentia, 2014, 643.

50 De rechtsplegingsvergoeding is een forfaitaire tegemoetkoming in de kosten en erelonen van de advocaat van de in het gelijk gestelde partij, cfr. Wet van 21 april 2007 betreffende de verhaalbaarheid van de erelonen en de kosten verbonden aan de bijstand van een advocaat, *BS* 31 mei 2007; het KB van 26 oktober 2007 legde de basis-, minimum- en maximum-bedragen vast van de rechtsplegingsvergoeding, afhankelijk van de omvang van de vordering, cfr. KB van 26 oktober 2007 tot vaststelling van het tarief van de rechtsplegingsvergoeding bedoeld in artikel 1022 van het Gerechtelijk Wetboek en tot vaststelling van de datum van inwerkingtreding van de artikelen 1 tot 13 van de wet van 21 april 2007 betreffende de verhaalbaarheid van de erelonen en de kosten verbonden aan de bijstand van de advocaat, *BS* 9 november 2007.



ke levenssfeer, het medisch beroepsgeheim en de verwerking van persoonsgegevens”, in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek gezondheidsrecht*, Volume II, Antwerpen, Intersentia, 2014, 583-701.

EGGERMONT, M. (ed.), *Verloeskunde in beweging II: de do's-and-don'ts in het voorkomen van aansprakelijkheid*, Antwerpen, Intersentia, 2014, 232 p.

EGGERMONT, M. “De juridische waarde van richtlijnen voor kwaliteitsvolle zorg bij de beoordeling van de aansprakelijkheid van de zorgverlener”, *TvG* 2016, afl. 19, 1101-1107.

FEINMANN, J., “You can say sorry”, *BMJ* 2009, afl. 339, 482-483.

INSTITUTE OF MEDICINE, *To Err is Human: Building a Safer Health System is a report issued*, november 1999, <http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20report%20brief.pdf>.

KNOV, *Handreiking Klachtenregeling voor de verloeskundige praktijk*, Utrecht, 2008, 56 p.

KRONICK, R., ARNOLD, S. en BRADY, J., “Improving safety for hospitalized patients. Much progress but many challenges remain”, *JAMA* 2016, online 13 juni 2016, doi:10.1001/jama.2016.7887.

KUL Centrum voor ziekenhuis- en verplegingswetenschap, departement maatschappelijke gezondheidszorg en eerstelijnszorg, i.s.m. GZA, Jessa ziekenhuis, OPZC Redem en ICURO/Zorgnet Vlaanderen, *Richtlijn respectvol omgaan met ernstige klinische incidenten*, Leuven, 2013, 21 p.

LEGEMAATE, J. et al., “Openheid over fouten in de gezondheidszorg”, *N.TvG* 2007, afl. 151, 319-322.

LETSELSCHADE RAAD, *Gedragscode Openheid Medische Incidenten: betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA)*, Den Haag 2012, 36 p.

NATIONALE RAAD, *Nota Symposium Aansprakelijkheid en medische ongevallen. Fault, no fault, or...?* (14 juni 2000), *TNR* 2000, afl. 89, 17.

MOKDAD, A., MARKS, J., STROUP, D. en GERBERDING, J., “Actual Causes of Death in the United States”, *JAMA* 2000, afl. 291, 1238-1245.

SAMYN, B., *Privaatrechtelijk bewijs: een diepgaand en praktisch overzicht*, Gent, Story Publishers, 2012, 576 p.

SELLESLAGH, P., “Openheid na medische fout vermindert rechtszaken”, *Artsenkrant*, 15 oktober 2010, nr. 2111.

TACK, S. en BALTHAZAR, T., *Patiëntenrechten: informed consent in de zorgsector: recente evoluties*, Gent, Larcier, 2007, 106 p.

VAN DE SYPE, P., “Over het leiden en lijden van de verzekeraar” in VLAAMS PLEITGENOOTSCHAP BIJ DE BALIE TE BRUSSEL (ed.), *Verzekeringen en gerechtelijke procedures*, Kalmthout, Biblo, 1996, 182 p.

VANSWEEVELT, T., “Rechten met betrekking tot het patiëntendossier”, in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek gezondheidsrecht*, Volume II, Antwerpen, Intersentia, 2014, 429-582.

VANSWEEVELT, T. en TACK, S., “Het recht op gezondheidstoestandinformatie en geïnformeerde toestemming” in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek gezondheidsrecht*, Volume II, Antwerpen, Intersentia, 2014, 331-428.

VLAAMS PATIËNTENPLATFORM, *Nationale richtlijnen voor open communicatie na een medisch incident*, persbericht 8 september 2015, <http://vlaamspatientenplatform.be/blogs/persbericht-vpp-open-communicatie-na-medisch-incident>.



Financieel luik:

Vroedvrouwgeleide zorg - financieel

In 2016 publiceerde de Lancet over de verontrustende trend “Beyond too little, too late and too much, too soon”. Hierbij staat ‘Too little too late’ (TLTL) voor de zorg uitgevoerd met inadequate middelen met geen of beperkte ondersteuning van evidence-based praktijkvoering. Ook zorg die wordt onthouden of niet tijdig beschikbaar is, valt hieronder. Zorg die TLTL is, wordt geassocieerd met hoge maternale mortaliteit en morbiditeit. Aan het andere spectrum wordt het fenomeen ‘too much, too soon’ (TMTS) beschreven, dat wordt beschreven als het routinematige overmedicaliseren van de normale zwangerschap en bevalling. TMTS wordt doorgaans toegeschreven aan landen met een hoog inkomen en betreft een onnodig gebruik van niet-evidence based interventies. Ook het gebruik van interventies die levensreddend zijn als ze op de juiste manier gebruikt worden, maar daartegenover schadelijk zijn wanneer ze routinematig of te veel gebruikt worden, vallen hieronder. ‘Too much, too soon’ veroorzaakt gezondheidsschade en verhoogt de gezondheidskosten onnodig (Miller et al., 2016). In België liggen de cijfers van het aantal sectio’s bijvoorbeeld behoorlijk hoger dan de aanbevolen 10%-15%. In 2021 werden 22,1% van de baby’s via een keizersnede geboren in Vlaanderen (Goemaes et al., 2022).

Verschillende bronnen rapporteren de gezondheidsvoordelen van vroedvrouwgeleide zorg, zoals eerder beschreven in het wetenschappelijke luik. Door het vermijden van onnodige interventies kunnen heel wat kosten bespaard worden.

Ryan et al. (2013) deed een systematische review waarbij gezocht werd naar bewijs voor een potentiële besparing bij een uitbreiding van vroedvrouwgeleide zorg in vergelijking met artsgeleide zorg. Voor deze literatuurreview uit het Verenigd Koninkrijk werden twaalf elektronische databases doorzocht. Hieruit bleek dat een shift richting vroedvrouwgeleide zorg een gemiddelde besparing van ongeveer 14,65 euro⁵¹ per parturiënte zou bedragen. Indien vroedvrouwgeleide zorg aangeboden zou worden aan 50% van de zwangere vrouwen in het Verenigd Koninkrijk, zou dit tot een besparing van 1,37 miljoen euro per jaar kunnen leiden. Uit de analyse variëren de mogelijke besparingen per materniteit van 298,68 euro tot een extra kost van 127,95 euro per bevalling, afhankelijk van de gebruikte veronderstellingen. Dit komt overeen met een besparing van 28,10 miljoen euro tot een extra kost van 11,99 miljoen euro⁵².

Kenny et al. (2015) deed een vergelijkende studie naar de kosteneffectiviteit tussen vroedvrouwgeleide zorgafdelingen en artsgeleide afdelingen. Via een niet-geblindeerde gerandomiseerde studie werd onderzoek gedaan naar het verschil in kosten tussen twee vroedvrouwgeleide zorgafdelingen en hun artsgeleide afdeling in Ierland. De gemiddelde zorgkost pre-, per- en postnataal voor een vrouw op een vroedvrouwgeleide afdeling was 2.598 euro in vergelijking met 2.780 euro op een artsgeleide afdeling. We zien dus een gemiddelde besparing van 182 euro per parturiënte. Het onderzoek concludeerde dat zorg van een vroedvrouwgeleide afdeling goedkoper was dan deze van een artsgeleide afdeling, alsook dat de zorg van de vroedvrouwgeleide afdeling even veilig was en leidde tot minder interventies. De data werden geanalyseerd op basis van ‘intention to treat’. In de analyse werden de kost van de zorg, de salarissen, het aantal ligdagen en de belangrijkste interventies in rekening genomen.

51 Deze bedragen werden berekend op basis van de wisselkoers in het najaar 2022.

52 We stuiten hier op een gebrek aan wetenschappelijke studies voor België, we doen dan ook een aanbeveling om voor België een simulatie van besparing op te maken om dit in kaart te brengen.



De randomized controled trial van Bernitz et al. (2012) deed een vergelijkende studie naar de kosten van een vroedvrouwgeleide zorgafdeling en deze van een standaard artsgeleide zorgafdeling binnen hetzelfde ziekenhuis in Noorwegen. Zij concludeerden dat de kosten voor vroedvrouwgeleide zorg (1.672 euro) significant lager lagen in vergelijking met de kosten voor zorgen op een standaardafdeling (1.950 euro, $p > 0,001$). Op de afdeling met vroedvrouwgeleide zorg zag men significant minder gebruik van epidurale verdovingen ($p = 0,001$) en stimulatie met oxytocine ($p < 0,001$). Men zag een significant verschil tussen de kosten voor een spontane vaginale bevalling bij vroedvrouwgeleide zorg (1.487 euro) in vergelijking met de zorg voor een spontane vaginale bevalling op een standaard afdeling (1.671 euro, $p < 0,001$).⁵³

Attanasio et al. (2020) ontwikkelde een analytisch model waarin de kosten van zorgverleners, medische procedures (epidurale anesthesie, inductie van arbeid, keizersnede en episiotomie) en gezondheidsresultaten (premature geboortes) die zouden kunnen verschillen tussen vroedvrouwgeleide en artsgeleide zorg, in rekening werden gebracht. De 10.000 gesimuleerde scenario's die zij uitvoerden, toonden aan dat vroedvrouwgeleide zorg in vergelijking met artstgeleide zorg met lagere kosten gepaard gingen. Zij stelden vast dat een bevalling voor een laagrisicozwangere onder vroedvrouwgeleide zorg gemiddeld 2.421 dollar (2.281 euro) goedkoper was dan een bevalling onder begeleiding van een gynaecoloog. De verschillen in kost zijn voornamelijk te wijten aan de gemeten lagere ratio's van preterm geboren kinderen en episiotomieën bij vrouwen uit de groep van vroedvrouwgeleide zorg in vergelijking met artsgeleide zorg. Als alle laagrisico zwangere vrouwen vroedvrouwgeleide zorg kregen in de plaats van artsgeleide zorg, zou dit leiden tot een daling in het aantal geplande keizersnedes, van het aantal vrouwen met epidurale verdoving en het aantal episiotomieën. Een simulatie van een stijging van 10% in het aandeel laagrisico zwangere vrouwen die vroedvrouwgeleide zorg zouden krijgen (van 8.9% naar 18.9%), toont aan dat er jaarlijks 627 miljoen dollar (590 miljoen euro) bespaard zou kunnen worden. Een stijging tot 40% in het aandeel vroedvrouwgeleide zorg zou jaarlijks mogelijk tot 1.949 miljoen dollar (1.836 miljoen euro) besparen.

Koto et al. (2019) deed een retrospectieve cohortstudie op basis van routinematig verzamelde klinische en administratieve data. De dataverzameling vond plaats tussen 1 januari 2013 en 31 december 2017, waarbij informatie werd verkregen van 24.662 laagrisico zwangerschappen. Er werd meer exclusief borstvoeding gegeven door vrouwen die begeleid werden in een vroedvrouwgeleid zorgsysteem. Men zag langere hospitalisaties en meer neonatale opnames in een zorgmodel onder leiding van huisartsen en gynaecologen. In de groep van vroedvrouwgeleide zorg zag men meer vaginale bevallingen, een lagere prevalentie van inductie, pijnstilling en ongeplande keizersnedes. Koto concludeerde dat vroedvrouwgeleide zorg voor verschillende gezondheidsvoordelen zorgt en dat dit zorgmodel kostenbesparend was bij laagrisicozwangerschappen.

Uit internationale literatuur kan men afleiden dat vroedvrouwgeleide zorg niet enkel voor gezondheidsvoordelen zou zorgen, maar ook nog eens kostenbesparend zou zijn. Omdat elk zorgsysteem verschillend is, is het moeilijk deze cijfers voor de Belgische situatie te vertalen. In België kan een gynaecoloog voor een bevalling op een weekday in het ziekenhuis 411,22 euro aanrekenen (zonder supplementen/erelonen), een vroedvrouw 215,33 euro (RIZIV 2022). Het spreekt voor zich dat deze vergelijking niet al te veel zegt en dat wanneer men de kosten van vroedvrouwgeleide zorg wil vergelijken met het bestaande systeem, er veel meer in rekening gebracht moet worden dan de kost van de eigenlijke bevalling. Om te weten of vroedvrouwgeleide zorg al dan niet kostenbesparend zou zijn voor het Belgische zorgsysteem, zal men ook moeten kijken naar het verschil in salarissen, de manier van bevallen, de kost van complicaties, voorgeschreven medicatie, pijnstilling, ligduur, ligdagprijis ... Ook de gevolgen op fysiek en psycho-emotioneel vlak op korte en lange termijn moeten

⁵³ Ook hier dringen we aan om met een Belgisch onderzoek dieper in te gaan op de oorzaak van de verschillen in kostprijs.



FINANCIEEL LUIK

in rekening gebracht worden.

De aanvraag om een financiële vergelijking te onderzoeken tussen artsgeleide zorg en vroedvrouwgeleide zorg in België is op 12 juli 2022 door VBOV ingediend bij KCE. Eind 2022 werd beslist dat deze studie niet werd weerhouden.





Referenties

- Agentschap Zorg & Gezondheid. (2017). CELZ beleidstekst hervorming eerstelijnszorg.
- Åhlund, S., Zwedberg, S., Hildingsson, I., Edqvist, M., & Lindgren, H. (2018). Midwives experiences of participating in a midwifery research project: A qualitative study. Women and Birth, 31(2), e115–e121. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.07.004>
- Attanasio, L. B., Alarid-Escudero, F., & Kozhimannil, K. B. (2020). Midwife-led care and obstetrician-led care for low-risk pregnancies: A cost comparison. Birth (Berkeley, Calif.), 47(1), 57–66. <https://doi.org/10.1111/BIRT.12464>
- Belgisch Staatsblad. (2015). Gecoördineerde wet Betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen. https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2015051006&table_name=wet
- Berg, M., Ólafsdóttir, Ó. A., & Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care - In Swedish and Icelandic settings. Sexual and Reproductive Healthcare, 3(2), 79–87. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2012.03.001>
- Bernitz, S., Aas, E., & Øian, P. (2012). Economic evaluation of birth care in low-risk women. A comparison between a midwife-led birth unit and a standard obstetric unit within the same hospital in Norway. A randomised controlled trial. Midwifery, 28(5), 591–599. <https://doi.org/10.1016/J.MIDW.2012.06.001>
- Bodner-Adler, B., Kimberger, O., Griebaum, J., Husslein, P., & Bodner, K. (2017). A ten-year study of midwife-led care at an Austrian tertiary care center: A retrospective analysis with special consideration of perineal trauma. BMC Pregnancy and Childbirth, 17(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/S12884-017-1544-9/TABLES/5>
- College of Midwives of British Columbia (CMBC). (2020). Place of Birth Handbook. https://www.bccnm.ca/Documents/standards_practice/rm/RM_Place_of_Birth_Handbook.pdf
- Dekker, N., Goemaes, R., Neirinckx, J., Seuntjens, L., & Smets, K. (2015). Zwangerschapsbegeleiding: Richtlijn voor Goede Medische Praktijkvoering. https://www.domusmedica.be/sites/default/files/Richtlijn%20Zwangerschapsbegeleiding_0.pdf
- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O., Bonet, M., & Metin Gü Imezoglu, A. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>
- Edmonds, J. K., Ivanof, J., & Kafulafula, U. (2020). Midwife Led Units: Transforming Maternity Care Globally. <https://doi.org/10.5334/aogh.2794>
- Eggermont, M. (2016). Gedragscode omgaan met een incident binnen de verloskunde. In Verloskunde in Beweging III: de kracht van consensus (pp. 199–213). Intersentia.
- Federale raad voor de vroedvrouwen. (2016). Het Beroeps- en competentieprofiel van de Belgische Vroedvrouw.
- Fontein-Kuipers, Y., de Groot, R., & van Staa, A. (2018). European Journal of Midwifery Woman-centered care 2.0: Bringing the concept into focus. <https://doi.org/10.18332/ejm/91492>
- Forster, D. A., McLachlan, H. L., Davey, M. A., Biro, M. A., Farrell, T., Gold, L., Flood, M., Shafiei, T., & Waldenström, U. (2016). Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: Results from the COSMOS randomised controlled trial. BMC Pregnancy and Childbirth, 16(1). <https://doi.org/10.1186/S12884-016-0798-Y>
- Funk, M., Alfred, J., Edwin, M., Handtke, O., & McGovern, P. (2017). WHO profile on mental health in development (WHO proMIND). Mental Health Policy and Service Development Department of Mental Health and Substance Abuse World Health Organisation. http://www.who.int/mental_health/policy/country/countrysummary/en/index.html
- Gain. (2018). Guideline for admission to midwife-led units in Northern Ireland & Northern Ireland normal labour & birth care pathway.
- Goemaes, R., Fomenko, E., Laubach, M., de Coen, K., Roelens, K., & Bogaerts, A. (2022). Perinatale gezondheid in Vlaanderen – Jaar 2021. <https://zeg.paddlecms.net/sites/default/files/2022-11/SPE-Perinatale%20gezondheid%20in%20Vlaanderen-2021-FINAL.pdf>





REFERENTIES

- Halpern, S. (2009). SOGC Joint Policy Statement on Normal Childbirth. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 31(7), 602. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)34236-0](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)34236-0)
- International Confederation of Midwives. (2014). Position Statement: Keeping Birth Normal. www.internationalmidwives.org
- Janssen, P. A., Saxell, L., Page, L. A., Klein, M. C., Liston, R. M., & Lee, S. K. (2009). Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, 181(6–7), 377. <https://doi.org/10.1503/CMAJ.081869>
- Kenny, C., Devane, D., Normand, C., Clarke, M., Howard, A., & Begley, C. (2015). A cost-comparison of midwife-led compared with consultant-led maternity care in Ireland (the MidU study). *Midwifery*, 31(11), 1032–1038. <https://doi.org/10.1016/J.MIDW.2015.06.012>
- Klein, M. C., Kaczorowski, J., Hearps, S. J. C., Tomkinson, J., Baradaran, N., Hall, W. A., McNiven, P., Brant, R., Grant, J., Dore, S., Brassat-Latulippe, A., & Fraser, W. D. (2011). Birth Technology and Maternal Roles in Birth: Knowledge and Attitudes of Canadian Women Approaching Childbirth for the First Time. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 33(6), 598–608. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)34908-8](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)34908-8)
- KNOV. (2017). handreiking “Omgaan met incidenten in de verloskundigenpraktijk.” <https://www.knov.nl/werk-en-organisatie/informatie/calamiteiten-en-incidenten#:~:text=Calamiteiten%20in%20de%20verloskunde%20moeten,en%20voldoende%20verbetermaatregelen%20heeft%20genomen.>
- “KNOV.” (2021). Verloskundige Indicatielijst (VIL).
- Koto, P. S., Fahey, J., Meier, D., LeDrew, M., & Loring, S. (2019). Relative effectiveness and cost-effectiveness of the midwifery-led care in Nova Scotia, Canada: A retrospective, cohort study. *Midwifery*, 77, 144–154. <https://doi.org/10.1016/J.MIDW.2019.07.008>
- Lalonde, A., & Bonaro, D. P. (2018). The International Childbirth Initiative (ICI) 12 Steps to Safe and Respectful MotherBaby-Family Maternity Care. www.internationalchildbirth.com
- Larsson, B., Hildingsson, I., Ternström, E., Rubertsson, C., & Karlström, A. (2019). Women’s experience of midwife-led counselling and its influence on childbirth fear: A qualitative study. *Women and Birth*, 32(1), e88–e94. <https://doi.org/10.1016/J.WOMBI.2018.04.008>
- Law, C., Wolfenden, L., Sperlich, M., & Taylor, J. (2019). A good practice guide to support implementation of trauma-informed care in the perinatal period. https://hubble-live-assets.s3.amazonaws.com/birth-companions/file_asset/file/1/PMH-Trauma-Informed-Care-Guide.pdf
- “le coeur à marée basse.” (2018, March). Mensenrechten gelden ook in geboorte. PlooiFolder.Rechten.
- Liu, Y., Li, T., Guo, N., Jiang, H., Li, Y., Xu, C., & Yao, X. (2021). Women’s experience and satisfaction with midwife-led maternity care: a cross-sectional survey in China. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/S12884-021-03638-3/TABLES/3>
- Mambourg, F., Gailly, J., & Zhang, W.-H. (2011). Richtlijn voor goede klinische praktijk bij laag risico bevallingen KCE reports 139A. <http://www.kce.fgov.be>
- Martin-Arribas, A., Escuriet, R., Borràs-Santos, A., Vila-Candel, R., & González-Blázquez, C. (2022). A comparison between midwifery and obstetric care at birth in Spain: A cross-sectional study of perinatal outcomes. *International Journal of Nursing Studies*, 126, 104129. <https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2021.104129>
- McLachlan, H. L., Forster, D. A., Davey, M. A., Farrell, T., Flood, M., Shafiei, T., & Waldenström, U. (2016). The effect of primary midwife-led care on women’s experience of childbirth: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(3), 465–474. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13713>
- Mead, S., Hilton, D., & Curtis, L. (2001). Peer Support: a theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2), 134–141.
- Merz, W. M., Tascon-Padron, L., Puth, M. T., Heep, A., Tietjen, S. L., Schmid, M., & Gembruch, U. (2020). Maternal and neonatal outcome of births planned in alongside midwifery units: A cohort study from a tertiary center in Germany. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/S12884-020-02962-4/TABLES/6>
- Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., Diaz, V., Geller, S., Hanson, C., Langer, A., Manuelli, V., Millar, K., Morhason-Bello, I., Castro, C. P., Pileggi,





- V. N., Robinson, N., Skaer, M., Souza, J. P., Vogel, J. P., & Althabe, F. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388(10056), 2176–2192. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)
- Money, N., Moore, M., Brown, D., Kasper, K., Roeder, J., Bartone, P., & Bates, M. (2011). Best Practices Identified for Peer Support Programs Final Subject Matter Experts Interviewed.
 - Mortensen, B., Diep, L. M., Lukasse, M., Lieng, M., Dwekat, I., Elias, D., & Fosse, E. (2019). Women's satisfaction with midwife-led continuity of care: an observational study in Palestine. *BMJ Open*, 9(11), e030324. <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2019-030324>
 - National Institute for Health and Care Excellence. (2017). Overview | Intrapartum care for healthy women and babies | Guidance | NICE.
 - Nieuwenhuijze, M. J., Korstjens, I., de Jonge, A., de Vries, R., & Lagro-Janssen, A. (2014). On speaking terms: A Delphi study on shared decision-making in maternity care. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-223/TABLES/3>
 - NVOG. (2019). Richtlijn: Bevallingsgerelateerde posttraumatische-stressstoornis (PTSS) en posttraumatische-stressstoornisklachten (PTSS-klachten).
 - Regan, M., McElroy, K. G., & Moore, K. (2013). Choice? Factors That Influence Women's Decision Making for Childbirth. *The Journal of Perinatal Education*, 22(3), 171. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.22.3.171>
 - Reime, B., Klein, M. C., Kelly, A., Duxbury, N., Saxell, L., Liston, R., Prompers, F. J. P. M., Entjes, R. S. W., & Wong, V. (2004). Do maternity care provider groups have different attitudes towards birth? *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 111(12), 1388–1393. <https://doi.org/10.1111/J.1471-0528.2004.00338.X>
 - Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., Silva, D. R. A. D., Downe, S., Kennedy, H. P., Malata, A., McCormick, F., Wick, L., & Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: Findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. In *The Lancet* (Vol. 384, Issue 9948, pp. 1129–1145). Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)
 - Ricchi, A., Rossi, F., Borgognoni, P., Bassi, M. C., Artioli, G., Foa, C., & Neri, I. (2019). The midwifery-led care model: a continuity of care model in the birth path. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 90(Suppl 6), 41. <https://doi.org/10.23750/ABM.V90I6-S.8621>
 - Rocca-Ihenacho, L., Batinelli, L., Thael, E., Rayment, J., Newburn, M., & McCourt, C. (2018). *Midwifery Unit Standards*.
 - Ryan, P., Revill, P., Devane, D., & Normand, C. (2013). An assessment of the cost-effectiveness of midwife-led care in the United Kingdom. *Midwifery*, 29(4), 368–376. <https://doi.org/10.1016/J.MIDW.2012.02.005>
 - Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.PUB5>
 - Say, R., Robson, S., & Thomson, R. (2011). Helping pregnant women make better decisions: a systematic review of the benefits of patient decision aids in obstetrics. *BMJ Open*, 1(2), e000261. <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2011-000261>
 - Sermeus, W., Vleugels, A., Vanhaect, K., Alewaters, H., Glorieux, A., van Gerven, E., Heyrman, J., Aertgeerts, B., de Lepeleire, J., & Peers, J. (2009). Onderzoek naar de toekomst van transmurale zorgpaden binnen Vlaanderen. *Katholieke Universiteit Leuven*.
 - Stacey, D., Légaré, F., Lewis, K., Barry, M. J., Bennett, C. L., Eden, K. B., Holmes-Rovner, M., Llewellyn-Thomas, H., Lyddiatt, A., Thomson, R., & Trevena, L. (2017). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.PUB5>
 - stichting bevallingstrauma. (2022). Een traumatische bevallingservaring. <https://Stichtingbevallingstrauma.Nl/>.
 - Stramrood, C. (2022). Beval Beter. <https://Bevalbeter.Nl/>.
 - The Royal College of Midwives. (2014). *High Quality Midwifery Care*.
 - van der Hulst, L. A. M., van Teijlingen, E. R., Bonsel, G. J., Eskes, M., & Bleker, O. P. (2004). Does a Pregnant Woman's Intended Place of Birth Influence Her Attitudes Toward and Occurrence of Obstetric Interventions? *Birth*, 31(1), 28–33. <https://doi.org/10.1111/j.1522-8254.2004.01471.x>





REFERENTIES

- org/10.1111/J.0730-7659.2004.0271.X
- van der Ploeg, E. (2003). Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, 40–46. https://doi.org/10.1136/oem.60.suppl_1.i40
 - van Driel, W. (2017). Omgaan met incidenten in de verloskunde praktijk: Handreiking.
 - van Haaren-ten Haken. (2018). The place to be [maastricht university]. <https://doi.org/10.26481/dis.20180518th>
 - van Haaren-ten Haken, T. M., Hendrix, M., Smits, L. J., Nieuwenhuijze, M. J., Severens, J. L., de Vries, R. G., & Nijhuis, J. G. (2015). The influence of preferred place of birth on the course of pregnancy and labor among healthy nulliparous women: A prospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0455-x>
 - van Orshoven, P. (2019). Decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders. 50234. <https://codex.vlaanderen.be/Zoeken/Document.aspx?DID=1031719¶m=inhoud&AID=1260523>
 - Webb, R., Ayers, S., Bogaerts, A., Jeličić, L., Pawlicka, P., van Haeken, S., Uddin, N., Xuereb, R. B., & Kolesnikova, N. (2021). When birth is not as expected: a systematic review of the impact of a mismatch between expectations and experiences. *BMC Pregnancy and Health*, 21(474). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03898-z>
 - Wellfens, K., Derisbourg, S., Costa, E., Englert, Y., Pintiaux, A., Warnimont, M., Kirkpatrick, C., Buekens, P., & Daelemans, C. (2020). The “Cocoon,” first alongside midwifery-led unit within a Belgian hospital: Comparison of the maternal and neonatal outcomes with the standard obstetric unit over 2 years. *Birth* (Berkeley, Calif.), 47(1), 115. <https://doi.org/10.1111/BIRT.12466>
 - WHO. (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
 - Wigert, H., Nilsson, C., Dencker, A., Begley, C., Jangsten, E., Sparud-Lundin, C., Mollberg, M., & Patel, H. (2020). Women’s experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 15(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1704484>
 - World Health Organisation. (1997). Care in Normal Birth: A practical Guide. *Birth Issues in Perinatal Care*, 121–123.





Colofon:

Titel: Dossier 'Open ziekenhuizen'

Auteurs: Els Coppens (vroedvrouw, bestuurslid VBOV), Alexandra Denys (vroedvrouw, werkgroep vroedvrouwgeleide geboorte VBOV), Margo Lynen MSc. (vroedvrouw), Lieselotte Vandeputte MSc. (vroedvrouw)

Acknowledgements: Jeff Keustermans (advocaat), dr. Marlies Eggermont (advocaat, dr. Prof. Annick Bogaerts (KU Leuven), Prof. dr. Yvonne Fontein-Kuipers (Artesis Plantijn Hogeschool Antwerpen, Vroedkunde, Universiteit Antwerpen, Faculteit Geneeskunde & Gezondheidswetenschappen, Edinburgh Napier University, School of Health & Social care), Marlene Reyns (voorzitter VBOV), Ines Rothmann MSc. (VBOV, werkgroep wetenschappelijk onderzoek), Sabine Van De Vyver (Hoofdvroedvrouw Sint-Vincentius Deinze), Laure Depuydt (vroedvrouw), Dr. Anne De Vits (Verloskundige AZ Jan Palfijn Gent), dr. Ellen Thaelts (Co-director of the Midwifery Unit Network), Martien Van Eynde (vroedvrouw), Marie-Jo Impens (vroedvrouw), Lieve Huybrechts (vroedvrouw)

We danken alle ouders, vroedvrouwen, hoofdvroedvrouwen en gynaecoloog die hun ervaringen hebben gedeeld.

Publicatiedatum: februari 2023 (1e editie)

Datum eerste herziening: November 2023

Hoe refereren naar dit document? Coppens, E., Denys, A., Lynen, M. & Vandeputte, L. (2023). *Dossier 'Open ziekenhuizen'*





Bijlagen

Bijlage 1: Achtergrondinformatie rond het psychosociaal welzijn van de zwangere vrouw

Een dynamisch proces

Vrouwen willen graag betrokken zijn bij het maken van beslissingen rond het geboorteproces, wat een belangrijke periode uit hun leven is. Zij willen verantwoordelijkheid kunnen nemen voor hun eigen gezondheid en die van hun baby. Die betrokkenheid resulteert in een positief effect op de ervaring van en tevredenheid over het geboorteproces. Vrouwen kijken daarbij naar hun zorgverstrekkers als steun bij het maken van deze keuzes. Zorgverleners spelen dan ook een belangrijke rol bij het helpen van de vrouwen bij het verkrijgen en interpreteren van informatie. Shared decision-making (DSM) of een gedeelde besluitvorming is een manier om zwangere vrouwen te ondersteunen bij de keuzes die zij maken tijdens de zwangerschap en bevalling (Nieuwenhuijze et al., 2014). Nieuwenhuijze et al. (2014) deden een studie waarin zij trachtten meer inzicht te verkrijgen in het proces van shared decision-making (DSM) tijdens de pre-, per- en postnatale zorg. Het onderzoek werd gevoerd aan de hand van de Delphi- methode en op basis van een steekproef bij 71 experts. De experts waren het eens dat geboortezorg gezien wordt als een dynamisch proces dat start antenataal en eindigt na de bevalling. Allen waren zij het met elkaar eens dat regelmatige bezoeken tijdens de zwangerschap gelegenheden bieden om een relatie op te bouwen met de zorgverlener, te anticiperen op situaties die zich kunnen voordoen en het herzien van complexe beslissingen. Zorgverleners moeten zwangere vrouwen antenataal voorbereiden op onverwachte en dringende beslissingen die tijdens de bevalling kunnen nodig zijn. Er was consensus, dat tijdens de bevalling, het voor een goede communicatie belangrijk is om kalm te blijven en tijdig informatie te geven, ook al moet deze uitleg kort zijn in acute situaties. Bovendien erkenden zij dat het belangrijk is om de situatie na de bevalling opnieuw te bespreken met de pas bevallen vrouw. (100 % consensus, gemiddelde: 6,9; SD: 0,35). Een open en respectvolle communicatie tussen de zwangere vrouw en de zorgverlener is essentieel en de verstrekte informatie moet accuraat, wetenschappelijk en begrijpelijk zijn voor de vrouw. De experts uit het onderzoek beschouwden het opbouwen van een relatie met de vrouw als een belangrijke professionele competentie voor een geslaagde shared decision-making of gedeelde besluitvorming (Nieuwenhuijze et al., 2014). In de systematische review met metasynthese van Yuill et al. (2020) wordt gesteld dat het beslissingsproces omtrent zwangerschap en geboorte een dynamisch en temporeel proces is, in die zin dat het binnen een afgebakende periode tot stand komt en zowel een beroep doet op het verleden, of dit nu persoonlijk, familiaal, sociaal of historisch is, als op de toekomst. De bevindingen uit het onderzoek wijzen op het belang van de belichaming in maternale gezondheidservaringen, vooral als het gaat om het maken van beslissingen over de zorg. Beleidsmakers en zorgverleners zouden de huidige kaders waarin keuzes kunnen worden gemaakt, kritisch moeten bekijken om er zeker van te zijn dat ze echt de ruimte bieden voor flexibiliteit in de besluitvorming (Yuill et al., 2020). Een shared decision-making kan aangevuld worden met beslissingshulpmiddelen zoals informatiefolders, video's en online tools.

Beslissingshulpmiddelen

De Cochrane systematische review van Stacey et al. (2017) (105 trials, n=31.043) deed onderzoek naar het effect van beslissingshulpmiddelen, bij mensen die een beslissing moeten nemen over een screening of een behandeling. Beslissingshulpmiddelen verminderen het aantal besluiteloze deelnemers, verhogen de kennis van mensen ten opzichte van hun opties en verminderen het beslissingsconflict dat ontstaat door een gevoel van ongeïnformeerd zijn en onzeker te zijn ten aanzien van persoonlijke waarden. Ook lijken beslissingshulpmiddelen een positief effect te hebben op de communicatie tussen de arts en de pati-



ent. Bovendien waren degenen die aan een keuzehulp waren blootgesteld even tevreden of meer tevreden over hun beslissing, het besluitvormingsproces en/of de voorbereiding op de besluitvorming in vergelijking met de gebruikelijke zorg. Beslissingshulpen stimuleren mensen tot het aannemen van een meer actieve rol in het beslissingsproces en verhogen de accuraatheid bij het inschatten van risico's (Stacey et al., 2017). Het is algemeen bekend dat vrouwen bij de beslissing omtrent hun bevallingsmethode zich laten beïnvloeden door culturele normen, familiale omstandigheden en de manier waarop risico's hen worden gepresenteerd door artsen. Beslissingshulpmiddelen met betrekking tot de bevalling kunnen vrouwen helpen door informatie op een heldere en unbiased manier te presenteren, en vrouwen helpen om een beslissing te nemen die in overeenstemming is met hun persoonlijke waarden (Say et al., 2011).

Coxon et al. (2017) deden onderzoek naar de invloed op de voorkeur, keuzes en besluitvorming in verband met de geboorteplaats bij niet-gecompliceerde zwangerschappen in het Verenigd Koninkrijk. De voorkeur van vrouwen voor een soort bevalling wordt beïnvloed door overtuigingen, ervaringen en opvoeding van vóór de zwangerschap. Zij stelden vast dat het plannen of het prefereren van een bepaalde geboorteplaats voor weinig vrouwen als een 'echte' keuze werd ervaren doordat een ziekenhuisbevalling als vanzelfsprekend werd beschouwd. Vrouwen die de voorkeur gaven om buiten het ziekenhuis te bevallen, ervoeren hun beslissing eerder als aarzelend en onzeker. De onderzoekers gaven aan dat dit geen eenvoudige 'eenmalige' beslissing was die op een specifiek tijdstip werd genomen. Vrouwen die de voorkeur gaven aan een bevalling in een ziekenhuisomgeving, gaan in vergelijking met vrouwen die meer openstaan voor een niet-ziekenhuisbevalling, hun keuze eerder als een eenvoudige of 'vanzelfsprekende' keuze ervaren. Een kernaspect in de keuze om al dan niet thuis te bevallen hing af van het feit of vrouwen zich ondersteund voelden in hun keuze door hun zorgverstrekkers, alsook of hun vroedvrouw of arts hen informatie gaf en of actief de mogelijkheid tot thuis bevallen aanbood. Vrouwen met de voorkeur voor een thuisbevalling gaven aan tegenkanting te ervaren in hun interesse om buiten het ziekenhuis te bevallen. Zo beschreven vrouwen dat thuis bevallen werd omschreven als tegencultureel, hippie of alternatief en dat zij te horen kregen dat de thuissetting niet geschikt was als de juiste plaats om te bevallen. Door deze terughoudende reactie van vrienden, familie en of zorgverleners gaven vrouwen aan dat ze dapper moesten zijn als zij hun voorkeur om thuis te bevallen wilden doorzetten. Anderen gaven aan enorm gesteund te worden in hun voorkeur om buiten het ziekenhuis te bevallen. Hoewel deze vrouwen ook aangaven deze 'risicovermijdende' socioculturele context te ervaren, leken hun voorkeuren door bepaalde factoren meer haalbaar. Zo kenden zij bijvoorbeeld iemand anders die reeds thuis was bevallen of stonden partner, familie of vrienden achter het thuisbevallingsplan, waardoor dit als 'normaal' werd beschouwd in hun omgeving (Coxon et al., 2017). De mixed-method kwalitatieve studie van Regan et al. (2013) gaf aan dat vrouwen vaak voor de zwangerschap al wisten welke geboorte zij wilden. Bijna de helft (45 %) van de laagrisico-primiparavrouwen die deelnamen aan deze studie, gaf aan te weten op welke manier zij wilden bevallen nog voor zij zwanger werden. In deze studie werd gekeken naar de factoren die van invloed zijn op de vrouw haar keuze omtrent geboorte, met het idee dat de keuze van de vrouw invloed kan hebben op de toepassing van keizersneden. Hiervoor ondervroegen zij 49 vrouwen die voor de eerste keer zwanger waren, een laagrisicozwangerschap hadden, tussen de 21 en 36 jaar waren en die zich in hun 28ste tot hun 36ste zwangerschapsweek bevonden. De vrouwen die deelnamen aan deze studie, waren hoger opgeleid, getrouwd en hadden een hoger inkomen. De meeste deelnemers uit deze studie prefereerden een natuurlijke bevalling, waarmee specifiek bedoeld werd vaginaal en zonder het gebruik van analgesie of anesthesie. 45 % van de vrouwen gaf aan dat ze voor dat ze zwanger waren al wisten welk type bevalling zij wilden. Het onderzoek bracht vier grote categorieën naar voor die zwangere vrouwen gebruikten om de keuze te maken bij hun bevalling. Dit waren verhalen die zij hoorden vanuit hun omgeving over geboortes of de bevallingen die zij bijwoonden, prenatale lessen die zij volgden, informatie die zij verkregen via zorgverleners en geschreven bronnen zoals bevallingsboeken of medische tijdschriften of andere onlinebronnen. Percepties, hoop en angst waren verweven in de verhalen van



de vrouwen. Bijna drie vierde van de vrouwen (71,2 %) gaf aan dat de invloed van verhalen uit hun omgeving zeer bepalend was in het nemen van een beslissing voor hun bevalling. Zo vertelde een zwangere vrouw dat ze een keizersnede had gepland omdat haar schoonmoeder vertelde dat haar baby, de man dus van de zwangere vrouw, iets heeft gebroken tijdens de bevalling. Ook gaven de vrouwen uit de studie aan dat de informatie uit sommige geboorteverhalen en -ervaringen soms niet strookte met de keuzes van de zwangere vrouw zelf. Zo vertelden enkele vrouwen over situaties waarin zij zich moesten distantiëren van de personen van wie de mening niet strookte met die van hen. Ook het bijwonen van een geboorte voor of tijdens de zwangerschap was een krachtige ervaring die bij velen verschillende reacties opriep. 20 % van de vrouwen noemde het bijwonen van een bevalling als een cruciale gebeurtenis die hun besluitvormingsproces heeft beïnvloed.

Prenatale lessen werd door 61,5 % van de vrouwen aangeduid als een belangrijke bron van informatie voor de geboorte. Voor al de vrouwen uit de steekproef, ook voor de vrouwen die onzeker waren over het soort geboorte dat zij wilden, gaf de informatie die ze verkregen tijdens prenatale lessen hen een idee over hoe de arbeid en bevalling zouden verlopen. Zorgverleners werden door 19,2 % van de primipara zwangere vrouwen als invloedrijk beschouwd bij het nemen van een beslissing omtrent het geboorteprocess. De vrouwen gaven ook aan dat er verschillen waren in de volledigheid van de informatie die werd verschaft door zorgverleners. Vrouwen die hun vroedvrouw raadpleegden tijdens hun prenatale consulten, gaven aan dat ze verschillende keuzes aangeboden kregen die verder besproken werden tijdens volgende sessies. Een aantal vrouwen gaf aan dat hun gynaecoloog hen hier niet echt in tegemoetkwam. Sommige vrouwen gaven aan dat ze hun hulpverlener aan het einde van hun afspraak moesten tegenhouden voor deze de kamer zou verlaten om vragen te kunnen stellen over geboortezorg. Boeken werden door 55,8 % van de vrouwen als een waardevolle bron van informatie beschouwd. Slechts 10 % van de vrouwen rapporteerde medische tijdschriften als informatiebron en 36,5 % van de deelnemers gaf aan online informatie te gebruiken in hun beslissingsproces (Regan et al., 2013).

Welke zaken dragen bij tot een meer positieve ervaring van het geboorteprocess?

In de randomised trial van McLachlan et al. (2016) werd nagegaan of de hypothese klopt dat vrouwen die die midwifery-led care krijgen een meer positieve ervaring hebben van hun bevalling in vergelijking met vrouwen die standaard zorg (arts-geleide zorg) verkrijgen. Er werden 2.314 vrouwen geïncludeerd in de studie waarvan 1.156 werden toegewezen aan de groep midwifery-care en 1.158 aan de groep standaard zorg. Uit de analyse bleek dat vrouwen uit de groep die begeleiding kregen van een vroedvrouw scoorden meer positief dan de vrouwen uit de groep die de standaard zorg kregen, op volgende aspecten uit de geboorte ervaring: algemene positieve ervaring van de geboorte (adjusted OR (AOR): 1,50; 95% BI: [1,22-1,84], controle over de arbeid (AOR: 1,48; 95% BI [1,19-1,83]), fysieke coping (AOR: 1,33; 95% BI [1,11-1,64]), emotionele coping (AOR: 1,65; 95% BI [1,10-1,61]), zich trots voelen op zichzelf (AOR: 1,65; 95% BI [1,31-2,10]), zich vrij voelen om gevoelens te uiten (AOR: 1,82; 95% BI [1,43-2,28], 81% versus 72%, $p < 0,001$), minder neiging om heel angstig te zijn (AOR: 0,78; 95% BI [0,64-0,98]) en meer geneigd te zijn om een positieve ervaring van pijn. (AOR: 1,39; 95% BI [1,10-1,75]). De vrouwen ervoeren ook een grotere ondersteuning van hun vroedvrouw (91% versus 78%, $p < 0,001$). Er werden geen statistisch significante verschillen gevonden tussen de groepen in relatie tot de steun die ze verkregen van artsen of van hun partners. De studie van Liu et al. (2021) beaamt dit. Deze cross-sectionele studie bij 4129 vrouwen die een normale bevalling hadden doorgemaakt besluit dat vrouwen over het algemeen een hoge tevredenheid hadden door het verkrijgen van vroedvrouwgeleide zorg. De hoogste tevredenheid werd gevonden bij bevallingen waarbij een vroedvrouw prenatale begeleiding had gegeven, er een familielid of doula aanwezig was, warmte kompressen werden gebruikt, epidurale verdoving mogelijk was, er mogelijkheid was om vrij te kiezen in bevallingshoudingen en vroedvrouwen instonden voor de begeleiding postpartum. Ook de studie van Mortensen et al. (2019) deed een studie naar de tevredenheid van vrouwen (observationale case-controle studie). Er werden 200 vrouwen geïncludeerd, waarbij 100



vrouwen vroedvrouwgeleide zorg kregen en 100 vrouwen artsgeleide zorg. Er werden statistische significant hogere tevredenheidslevels (MD: 0,6; 95% BI [0,35–0,83], $p < 0,0001$) waargenomen bij vrouwen uit de vroedvrouwgeleide groep (Mean sum-score: 5,2; SD: 0,86) in vergelijking met deze uit de artsgeleide groep (Mean sum-score 4,8; SD: 0,96). Deze statistisch significante verschillen in het voordeel van de groep met vroedvrouwgeleide zorg was zowel aanwezig tijdens de zwangerschap (MD:0,4; 95% BI [0,06–0,65], $p=0,021$) intrapartum (MD:0,5; 95% BI [0,14-0,87], $p=0,008$) alsook tijdens de postnatale periode (MD:0,8; 95% BI [0,53–1,16], $p < 0,0001$).

Ook het krijgen van zorg door één en dezelfde vroedvrouw doorheen de ganse periode van zwangerschap, bevalling en postpartumperiode heeft een positief effect op de ervaring van de vrouw. Forster et al. (2016) deden in hun randomized controlled trial onderzoek naar de tevredenheid over de zorg tussen vrouwen die werden toegewezen naar een caseload-groepen en vrouwen die werden toegewezen naar de standaardzorg groep. In de caseloadgroep werden de vrouwen voornamelijk begeleid door hun eigen vroedvrouw, naast de gynaecologische consulten, zowel tijdens de zwangerschap, bevallingen als in de postpartumperiode. De vrouwen uit de standaardgroep kregen zorg van verschillende vroedvrouwen en andere zorgverleners. Zij concludeerden dat de vrouwen uit de caseload groep over het algemeen hogere tevredenheidsratio's hadden tijdens de verschillende stadia van de zwangerschap, bevalling als tijdens de postpartum periode. Vrouwen uit de caseload groep gaven aan drie keer meer tevreden te zijn dan de vrouwen uit de standaard zorg (OR: 3,35; 95% BI [2,79-4,03], $p < 0,001$). Dit kwam voornamelijk doordat de vrouwen aangaven dat hen veel informatie werd gegeven, dat zij actief inbreng hadden bij het nemen van beslissingen, dat hun angsten en bezorgdheden serieus werden genomen, dat vroedvrouwen hen de zekerheid gaven dat ze zelf beslissingen konden nemen, dat vroedvrouwen minder gehaast waren en dat de vrouwen hun een veilige en competente zorg gaven. Wanneer het ging over de verkregen zorg intrapartum gaven de vrouwen ook hier aan meer tevreden te zijn dan de vrouwen uit de standaard groep. Zij gaven aan meer tevreden te zijn doordat zij het gevoel hadden dat zij actief inbreng konden geven in de beslissingen rond hun arbeid en bevalling, dat voldaan werd aan hun noden op het vlak van privacy, dat vroedvrouwen hen aanmoedigden, geruststelden en emotioneel ondersteunden. Over het algemeen waren vrouwen uit de caseloadgroep tweemaal zo tevreden waren over hun arbeid en bevalling in vergelijking met de vrouwen uit de standaard groep (OR: 2,13; 95% BI [1,78-2,56], $p < 0,001$).

Welke zaken dragen bij tot een meer negatieve ervaring van het geboorteproces? En wat zijn de gevolgen van een negatieve ervaring van het geboorteproces?

Angst is nauw verbonden met de bevallingservaring van vrouwen. Vrouwen met angst om te bevallen hebben een grotere kans op een negatieve bevallingservaring en een negatieve ervaring in het verleden is de meest onderliggende reden voor bevallingsangst in de volgende zwangerschap (Larsson et al., 2019). Hoe een vrouw haar bevalling heeft ervaren, is een belangrijke outcome van arbeid en bevalling en heeft potentieel effect op de volgende reproductie. Vrouwen die over het algemeen een negatieve ervaring hebben na de bevalling van hun eerste kind, hebben minder volgende kinderen of laten een groter tijdsinterval tot hun volgende kind (McLachlan et al., 2016). Hoe een vrouw haar zwangerschap, arbeid en bevalling beleeft kan heel divers zijn; gaande van vreugde en voldoening tot angst en horror. Voor sommige zwangere vrouwen nemen de negatieve gevoelens het over, waardoor ze angst ontwikkelen voor de bevalling, wat gepaard gaat met consequenties voor hun welzijn en gezondheid. Angst voor de bevalling is dan ook een belangrijke reden voor de stijging in vraag naar keizersnedes. De gevoelens van onzekerheid die vrouwen hebben voor het geboorteproces, vormen de basis voor de angst ten opzichte van de bevalling (Wigbert, et al., 2020). De kwalitatieve metasynthese (14 studies) van Wigert et al. (2020) geeft een beter inzicht in de ervaring van vrouwen en de angst die gepaard gaat met het geboorteproces. Een eerste thema dat werd besproken, ging dieper in op de consequenties die gepaard gaan met een traumatische geboorte-ervaring. Vrouwen die geen angst hadden als nullipara en een traumatische geboorte hadden meegemaakt, gaven aan dat



ze angst hadden voor een volgende geboorte. Hierdoor werd de tijd tussen twee zwangerschappen stressvol. Omdat vrouwen wisten wat nog ging komen, vreesden zij dat een volgende geboorte een herhaling zou vormen van het traumatische scenario bij de vorige bevalling. Vrouwen omschreven de ervaring van een pijnlijke bevalling als het gevoel te hebben in een martelkamer te zitten. Sommige vrouwen die al kinderen hadden, beschreven een bitter gevoel te koesteren ten opzichte van hun vroedvrouw. Tijdens de eerste bevalling voelden vrouwen zich niet betrokken bij het geboorteproces. Het waren de zorgprofessionals die het voor het zeggen hadden en die de focus legden op routinehandelingen en medische technieken om een veilige geboorte te garanderen. Vrouwen voelden zich dan ook niet voldoende ondersteund door hun vroedvrouw en omschreven hen zelf als emotioneel. De vroedvrouwen respecteerden de wens niet van de vrouw om deel te nemen aan het geboorteproces. Deze vrouwen gaven aan dat een moeilijke postpartumperiode volgde op deze traumatische bevalling. Vrouwen gaven aan chaos te ervaren; pijn, moeilijk slapen en nachtmerries over de bevalling. Deze sterke gevoelens deden vrouwen tweemaal nadenken voor ze nog eens zwanger wilden worden en ze hadden minder kinderen dan oorspronkelijk gewenst.

Omtrent het leven met verhalen over een traumatische bevalling vertelden vrouwen dat ze beïnvloed werden door de ervaringen van anderen. Zelfs de bevallingen die vrouwen zagen op de mainstream media, werden als schrikwekkend gezien. Vooral vrouwen die nog geen kinderen hadden, omschreven hun angst voor het onbekende, niet weten wat er ging gebeuren, omdat zij nog geen ervaringen hadden. Ze gaven aan onvoldoende kennis te hebben. Deze vrouwen, nullipara's, gaven aan dat hun omgeving geen begrip toonde voor hun angst, zij werden als 'niet-normaal' beschouwd omdat zij geen normale coping toonden. Als het ging over angst voor pijn en kwetsuren, gaven nulliparavrouwen aan veel schrik te hebben doordat ze andere vrouwen hoorden vertellen over de pijn die gepaard gaat met het bevallingsproces. Vrouwen die 40 weken en meer zwanger waren, in het verleden al een groot kind hadden gebaard en hierdoor verschillende fysieke verwondingen hadden, waren overtuigd dat een vaginale bevalling geassocieerd werd met fysieke verwondingen. Ook zeiden de vrouwen dat ze zich schuldig voelden ten aanzien van hun kind door de angst.

Ten slotte werd in het artikel dieper ingegaan op het omgaan met angst. Vrouwen gebruikten verschillende strategieën om met hun angst om te gaan. Ze forceerden zichzelf om de confrontatie met de angst aan te gaan en te vertrouwen op hun eigen capaciteiten voor een normale bevalling. Ook overtuigden ze zichzelf dat vrouwen al eeuwen kinderen krijgen en dat het nu ook moest lukken. Een andere strategie die werd gebruikt, was het actief blokkeren van de herinneringen aan de vorige bevalling. Ook werd deelgenomen aan zwangerschapsgroepen. Vrouwen probeerden zichzelf af te leiden door druk bezig te zijn met andere dingen of zochten informatie op in boeken en bij zorgverleners. Ze kregen informatie over pijn bij antenatale consulten.

Vrouwen werden verlicht van hun angst op het moment dat zij betrokken werden in het geboorteproces, wanneer zij informatie kregen van de vroedvrouw en wanneer werd aangegeven wat er allemaal ging gebeuren. De angst daalde ook wanneer zij het gevoel hadden dat naar hen werd geluisterd, ze bevestiging kregen, gerespecteerd werden en een goede relatie konden opbouwen met hun vroedvrouw. Vrouwen die goede gesprekken hadden met hun vroedvrouw, ervoeren ondersteuning en begeleiding rond hun angsten, wat een positief effect had op hun zelfbeeld. Een goede vroedvrouw, samen met een ondersteunende familie en echtgenoot, had een helende werking op de angst voor de bevalling. Vrouwen waren afhankelijk van de competenties van de vroedvrouw en gaven aan dat het belangrijk was om te vertrouwen op hun vroedvrouw. Het praten met andere mensen over hun zorgen en het krijgen van steun bleek een verzachtend effect te hebben op de angst. (Wigbert, et al., 2020). Ook in de kwalitatieve studie van Larsson et al. (2019) kwam het belang van vroedvrouwgeleide begeleiding bij de angst voor de bevalling terug. In het onderzoek werden 27 vrouwen geïncludeerd, zij hadden allen een score van 60 of meer op



de 'Fear of Birth Scale' (FOBS). De vrouwen met angst voor de bevalling gaven aan dat de vroedvrouwgeleide begeleiding hen een gevoel van kalmte en paraatheid had gebracht ten opzichte van de naderende bevalling. Ze ervoeren een nieuw zelfvertrouwen dat positief inwerkte op de angst. Een andere belangrijke factor was het deel uitmaken van de eigen geboorte. Door voldoende informatie te krijgen en betrokken te worden bij de besluitvorming ervoeren vrouwen eveneens minder angst. De professionaliteit van de vroedvrouw kwam herhaaldelijk naar voren als positieve invloed op hun angst tijdens de begeleiding. Meer specifiek werd verwezen naar het vermogen van de vroedvrouw om te luisteren en de vrouw veiligheid en vertrouwen te geven, naast ook het geven van informatie en strategieën om met de naderende geboorte om te gaan.



Bijlage 2: Plooi folder 'Mensenrechten gelden ook in geboorte' ("Le coeur à marée basse," 2018)

MENSENRECHTEN GELDEN OOK IN GEBOORTE

IEDEREEN HEEFT RECHT



Recht op volledige informatie

Je hebt recht op volledige informatie over je eigen situatie en de risico's, voordelen en alle alternatieven, waaronder afwachten of niets doen, van elke voorgestelde behandeling.



Recht om vrij te beslissen, ook als je zorgverleners een andere keuze zouden maken

Een bevalling mag oncontroleerbaar zijn, maar een behandeling, van monitoren tot knip, mag nooit uitgevoerd worden zonder jouw vrije geïnformeerde toestemming. Ook in spoedsituaties en bij shared decision making met je arts behoud je het recht te beslissen over jouw lijf. Je beslist als zwangere dus ook voor je baby, want tot de geboorte is die geen patiënt met een juridisch statuut. Behalve het recht om ja te zeggen, heb je ook recht om te weigeren.

Recht op kwaliteitsvolle zorg

Iedereen heeft recht op de hoogst haalbare standaard van reproductieve gezondheidszorg. Daar horen ook betaalbare contraceptie en veilige zwangerschapsafbreking bij. Het recht op gezondheid vereist ook -bij bevallen- meer dan overleven alleen: goede zorg is op maat en gericht op fysiek én psychisch welzijn.

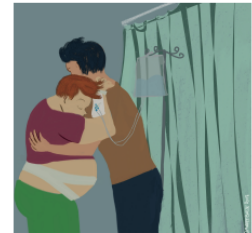


Recht op vrijheid van discriminatie

Iedereen heeft recht op toegang tot dezelfde zorgopties en steun. Toch lopen zwangeren en baby's van kleur of zonder papieren overal meer kans op (fatale) ellende. Goede zorg is cultuursensitief en aangepast aan je behoeften als zwangere, ook als je een handicap hebt, een hoger BMI of HIV, niet in binaire genderhokjes past, kansarm of niet hetero bent.

Recht op respect en waardigheid

Bevallen maakt je kwetsbaar. Net daarom moet je waardigheid op dit sleutelmoment extra beschermd worden. Je hebt recht op zorg die je lichamelijke en seksuele integriteit respecteert in een psychologisch veilige omgeving. Je hebt recht op pijnbestrijding als je dat wil (bad, ruggenprik of andere opties).



Recht op privacy

Het recht op privacy wil zeggen dat je medische informatie van jou is. Jij mag kiezen met wie je ze deelt en er moet steeds vertrouwelijk mee worden omgesprongen. Je hebt het recht om te beslissen wie betrokken wordt bij jouw zorg en bevalling, ook als je te gast bent in een ziekenhuis.

meer lezen? lecoeuramaréebase.blog, humanrightsinchildbirth.org, birthrights.org.uk, geboortebeweging.nl, naissancesrespectée.be

Zorgverleners hebben steeds de plicht te informeren, maar kunnen ingrepen nooit afdwingen. Het is een mensenrecht om niet onwaardig, onmenselijk of wreed behandeld te worden.



Omgekeerd, mag je altijd om een ingreep vragen. Je verzoek moet dan uitgebreid overwogen worden, maar je hebt er geen recht op. Je arts mag weigeren en doorverwijzen naar een collega die bereid is. Noodzakelijke zorg mag nooit geweigerd worden.





Bijlage 3: Link naar 'Midwifery Unit Standards' (Rocca-Ihenacho et al., 2020)

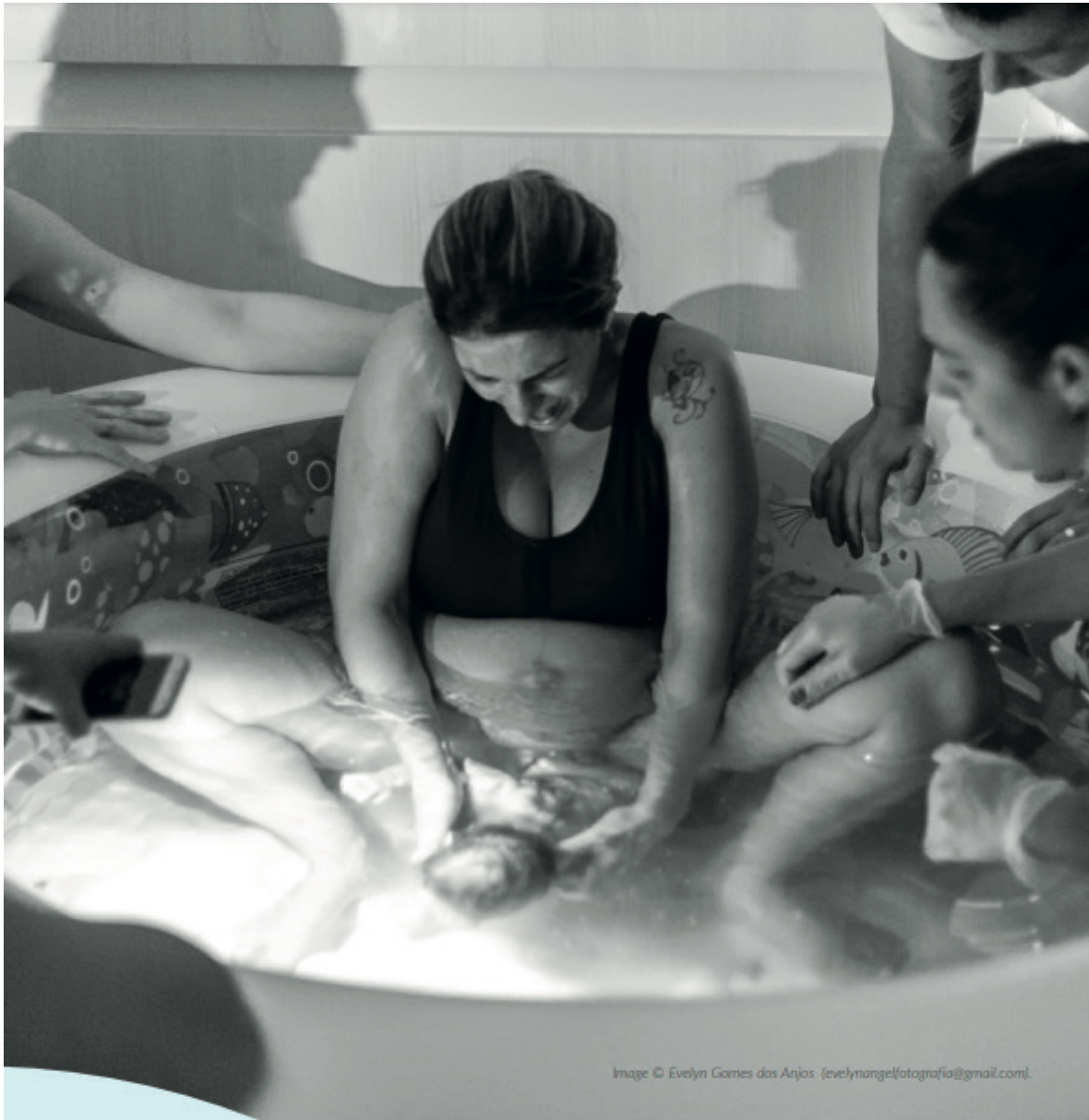


Image © Evelyn Gomes dos Anjos (evelynangelofotografia@gmail.com).

Midwifery Unit Standards





Bijlage 4: Poster Baby-Friendly-Hospital-Initiative (WHO, UNICEF, 2018)

The TEN STEPS to Successful Breastfeeding

1 HOSPITAL POLICIES

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Not promoting infant formula, bottles or teats
- Making breastfeeding care standards practice
- Keeping track of support for breastfeeding

2 STAFF COMPETENCY

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Training staff on supporting mothers to breastfeed
- Assessing health workers' knowledge and skills

3 ANTENATAL CARE

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Discussing the importance of breastfeeding for babies and mothers
- Preparing women in how to feed their baby

4 CARE RIGHT AFTER BIRTH

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Encouraging skin-to-skin contact between mother and baby soon after birth
- Helping mothers to put their baby to the breast right away

5 SUPPORT MOTHERS WITH BREASTFEEDING

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Checking positioning, attachment and suckling
- Giving practical breastfeeding support
- Helping mothers with common breastfeeding problems

6 SUPPLEMENTING

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Giving only breast milk unless there are medical reasons
- Prioritizing donor human milk when a supplement is needed
- Helping mothers who want to formula feed to do so safely

7 ROOMING-IN

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Letting mothers and babies stay together day and night
- Making sure that mothers of sick babies can stay near their baby

8 RESPONSIVE FEEDING

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Helping mothers know when their baby is hungry
- Not limiting breastfeeding times

9 BOTTLES, TEATS AND PACIFIERS

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Counsel mothers on the use and risks of feeding bottles, teats, and pacifiers

10 DISCHARGE

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Referring mothers to community resources for breastfeeding support
- Working with communities to improve breastfeeding support services



