

ONDERZOEKSLIJN

GEZONDHEIDSPROMOTIE EN PERINATALE ZORG

NATUURLIJK BEVALLEN IN HET ZIEKENHUIS

De rol van de vroedvrouw

Promotor: Mw. Deroo Francine
Mw. Van der Jeught Lisa
Academiejaar: 2011 - 2012

Bachelorproef voorgedragen door:
Nele SCHELSTRAETE
tot het bekomen van de graad van
Bachelor in de Vroedkunde

ONDERZOEKSLIJN

GEZONDHEIDSPROMOTIE EN PERINATALE ZORG

NATUURLIJK BEVALLEN IN HET ZIEKENHUIS

De rol van de vroedvrouw

Promotor: Mw. Deroo Francine
Mw. Van der Jeught Lisa
Academiejaar: 2011 - 2012

Bachelorproef voorgedragen door:
Nele SCHELSTRAETE
tot het bekomen van de graad van
Bachelor in de Vroedkunde

Natuurlijk bevallen in het ziekenhuis – de rol van de vroedvrouw	
Promotiejaar:	2012
Student:	Nele Schelstraete
Externe promotor:	Mw. Francine Deroo
Interne promotor:	Mw. Lisa Van der Jeught
Trefwoorden:	Fysiologie; Ziekenhuis; Taak van de vroedvrouw
<p>Door de stijgende medicalisering van het geboorteprocés is natuurlijk bevallen in een Vlaams ziekenhuis een uitdaging. Nochtans is de fysiologie de sleutel tot een succesvolle natuurlijke bevalling. Volgens het beroepsprofiel is het de taak van de vroedvrouw om deze fysiologie te bewaken. De wetenschappelijke literatuurstudie alsook de bevraging van vroedvrouwen toont aan dat het geven van correcte informatie aan de toekomstige ouders, het zoeken naar manieren om zo optimaal mogelijk met de baringspijn om te gaan en het streven naar continue begeleiding kunnen bijdragen tot optimale kansen voor een natuurlijke bevalling in het ziekenhuis. Verdere onderzoeken en bedenkingen zijn hier echter op hun plaats daar het concept natuurlijk bevallen zal blijven leven in de actuele verloskunde.</p>	

Inhoudstafel

INHOUDSTAFEL.....	4
WOORD VOORAF.....	7
INLEIDING.....	8
1 DEFINITIE VAN NATUURLIJK BEVALLEN	9
1.1 HET CONCEPT NATUURLIJK BEVALLEN.....	9
1.2 DEFINITIES VAN VERSCHILLENDE ORGANISATIES	9
1.2.1 WORLD HEALTH ORGANIZATION	9
1.2.2 MATERNITY CARE WORKING PARTY.....	10
1.2.3 SOCIETY OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS OF CANADA.....	11
1.2.4 FEDERAAL KENNISCENTRUM VOOR GEZONDHEIDSZORG.....	12
1.3 BESLUIT: SAMENVATTENDE DEFINITIE VAN NATUURLIJK BEVALLEN.....	12
2 FYSIOLOGIE VAN HET GEBORTEPROCES	13
2.1 INLEIDING	13
2.2 INGENIEUZE WERKING VAN HET HORMOONSTELSEL	13
2.2.1 OESTROGEEN EN PROGESTERON.....	13
2.2.2 OXYTOCINE.....	14
2.2.3 BETA-ENDORFINE	14
2.2.4 CATECHOLAMINES	15
2.2.5 BELANG VAN HET HORMONAAL SAMENSPEL	15
2.3 DE UTERUS: VAN VEILIGE VERBLIJFPLAATS TOT EFFECTIEF UITDRIJVINGSORGAAN.....	16
2.3.1 TRANSFORMATIE VAN DE CERVIX	16
2.3.2 TRANSFORMATIE VAN HET MYOMETRIUM.....	16
2.3.3 SAMENSPEL VAN BEIDE TRANSFORMATIES	17
2.4 HET BARINGSMECHANISME	17
2.4.1 MECHANISME VAN INDALING.....	18
2.4.1.1 Het baringskanaal	18
2.4.1.2 Het foetale caput	20
2.4.2 MECHANISME VAN DE UITDRIJVING	20
2.5 DE TAAK VAN DE VROEDVROUW VOLGENS HAAR BEROEPSPROFIEL	21
2.6 BESLUIT: BELANG VAN DE FYSIOLOGIE	21

3	<u>MEDISCHE INTERVENTIES IN HET GEBORTEPROCES.....</u>	22
3.1	MEEST VOORKOMENDE MEDISCHE INTERVENTIES IN HET GEBORTEPROCES	22
3.1.1	INDUCTIE VAN DE BARING.....	22
3.1.2	EPIDURALE ANESTHESIE	24
3.1.3	GEDIRIGEERD PERSEN	26
3.1.4	FUNDUSDRUK	27
3.1.5	EPISIOTOMIE.....	29
3.1.6	INSTRUMENTELE VERLOSSING	30
3.1.7	SECTIO.....	30
3.2	CASCADE VAN INTERVENTIES	32
3.3	BESLUIT: GEVOLGEN VAN DE MEDICALISERING.....	32
4	<u>NATUURLIJK BEVALLEN IN VLAANDEREN</u>	33
4.1	WIE WIL ER NOG NATUURLIJK BEVALLEN?	33
4.2	CIJFERMATERIAAL MEDISCHE INTERVENTIES IN VLAANDEREN	35
4.2.1	INDUCTIE VAN DE BARING.....	35
4.2.2	EPIDURALE ANESTHESIE	36
4.2.3	GEDIRIGEERD PERSEN	37
4.2.4	FUNDUSDRUK	37
4.2.5	EPISIOTOMIE.....	37
4.2.6	INSTRUMENTELE VERLOSSING	38
4.2.7	SECTIO.....	39
4.3	BESLUIT: MEDICALISERING VAN DE BEVALLING IN VLAANDEREN.....	40
5	<u>WAT KAN DE VROEDVROUW DOEN OM TE STREVEN NAAR EEN NATUURLIJKE BEVALLING?.</u>	41
5.1	INLEIDING.....	41
5.2	HANDELEN VOLGENS DE EVIDENCE-BASED PRACTICE	41
5.2.1	WAT IS EVIDENCE-BASED PRACTICE EN WAT BETEKENT DIT VOOR DE VROEDVROUW?	41
5.2.2	BELANGRIJKE ORGANISATIES	42
5.2.2.1	Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg.....	42
5.2.2.2	Coalition for Improving Maternity Services.....	43
5.3	HET KOPPEL CORRECT EN VOLLEDIG INFORMEREN	43
5.4	SAMEN MET HET KOPPEL EEN GEBORTEPLAN OPSTELLEN	44
5.5	ZORGEN VOOR OPTIMALE OMGEVINGSFACTOREN	44
5.6	DE VROUW HELPEN OM GOED MET DE PIJN OM TE GAAN	45
5.6.1	VISIES OVER BARINGSPIJN.....	45
5.6.2	DOELEN VAN BARINGSPIJN	45
5.6.3	ROL VAN DE VROEDVROUW BIJ PIJNBENADERING.....	46

5.7	CONTINUE BEGELEIDING AANBIEDEN	48
5.7.1	VOORDELEN VAN CONTINUE BEGELEIDING	48
5.7.2	VORMEN VAN CONTINUE BEGELEIDING	48
5.8	HOUDINGEN EN BEWEGING VOORSTELLEN	49
5.8.1	HOUDINGEN EN BEWEGING TIJDENS DE ARBEID	49
5.8.2	HOUDINGEN TIJDENS DE BEVALLING	50
5.9	DE VISIE VAN HET KOPPEL BEÏNVLOEDEN DOOR EEN PERSOONLIJKE POSITIEVE VISIE TE ONTWIKKELEN.....	51
5.10	GEDULDIG ZIJN.....	51
5.11	BESLUIT: TAKEN VAN DE VROEDVROUW ALS BEWAKER VAN DE FYSIOLOGIE.....	52
6	<u>PRAKTIJK: BEVRAGING VAN VROEDVROUWEN</u>	<u>53</u>
6.1	DOEL EN METHODOLOGIE	53
6.2	RESULTATEN.....	54
6.2.1	HOE DENKT DE VROEDVROUW OVER HET CONCEPT ‘NATUURLIJK BEVALLEN’?.....	54
6.2.2	IS ER EEN TREND TE MERKEN IN DE VISIE VAN DE VROEDVROUW OMTRENT NATUURLIJK BEVALLEN?	55
6.2.3	WAT DENKT DE VROEDVROUW TE KUNNEN DOEN OM DE NATUURLIJKE BEVALLING IN HET ZIEKENHUIS TE OPTIMALISEREN?	56
6.2.4	HOE VERKLAART DE VROEDVROUW HET LAGE PERCENTAGE NATUURLIJKE BEVALLINGEN?	57
6.2.5	IS ER EEN TREND TE MERKEN IN HET AANTAL VROUWEN DAT BEWUST NATUURLIJK WENST TE BEVALLEN? ..	58
6.2.6	IS ER EEN VERBAND TUSSEN VERSCHILLENDE ASPECTEN VAN DE VRAGENLIJST?	59
6.3	BESLUIT: DE VISIE VAN DER VROEDVROUW OMTRENT NATUURLIJK BEVALLEN.....	60
7	<u>KRITISCHE REFLECTIE</u>	<u>62</u>
	<u>BESLUIT.....</u>	<u>66</u>
	<u>LITERATUURLIJST</u>	<u>68</u>
	<u>BIJLAGENLIJST</u>	<u>74</u>
A.	BIJLAGE 1: TABEL 1: SAMENVATTING DEFINITIES NATUURLIJK BEVALLEN	75
B.	BIJLAGE 2: FIGUUR 2: CASCADE VAN INTERVENTIES	75
C.	BIJLAGE 3: TABEL 2: OVERZICHT GEVOLGEN MEDISCHE INTERVENTIES.....	80
D.	BIJLAGE 4: TABEL 4: CIJFERMATERIAAL MEDISCHE INTERVENTIES IN VLAANDEREN.....	81
E.	BIJLAGE 5: OVERZICHT KCE-RICHTLIJNEN BIJ LAAG RISICO BEVALLING	82
F.	BIJLAGE 6: SAMENVATTING VAN TEN STEPS FOR MOTHER-FRIENDLY CARE.....	86
G.	BIJLAGE 7: VRAGENLIJST PRAKTIJKDEEL	89

Inleiding

In de opleiding vroedkunde wordt wel vaker de nadruk gelegd op de fysiologie van het geboorteproces, op de natuurlijke bevalling. Als studente neem je die kennis gewillig op en toets je dit later aan de praktijk, hopen op veel overeenkomsten tussen de theorie die je leerde op school en de praktijk die je zal leren op stages. Doorheen dit leerrijk proces zal elke studente vroedkunde echter kunnen bevestigen dat theorie en praktijk niet altijd overeenkomen.

Natuurlijk bevallen is een concept dat in de hedendaagse verloskunde veel aandacht lijkt te krijgen. Maar wat is natuurlijk bevallen eigenlijk? Moet men hierbij denken aan een vrouw die in alle sereniteit en op zichzelf haar kind baart midden in de natuur, of wat betekent dit concept vandaag de dag in Vlaanderen?

In deze bachelorproef worden er verschillende klemtonen gelegd binnen dit veelomvattende onderwerp. Eerst en vooral wordt er back to basic gegaan waarbij op basis van wetenschappelijke literatuur twee belangrijke topics tegenover elkaar geplaatst worden. Eerst wordt de fysiologie van arbeid en bevalling uit de doeken gedaan waarbij bepaalde fysiologische processen worden geaccentueerd. Vervolgens worden enkele medisch verloskundige interventies van het geboorteproces besproken, zoals inductie van de baring, epidurale anesthesie, gedirigeerd persen, fundusdruk,... Hierbij wordt weergegeven welke gevolgen deze interventies kunnen hebben op de fysiologie. Vervolgens wordt bekeken waar men dit concept kan situeren binnen het technische milieu van de Vlaamse ziekenhuizen door belangrijk cijfermateriaal van de afgelopen jaren te resumeren. Zo wordt onderzocht hoe het in Vlaanderen is gesteld met de natuurlijke bevalling.

Na deze belangrijke items die het onderwerp basaal inkaderen, wordt overgegaan tot de uiteindelijke essentie van deze bachelorproef. Volgens het beroepsprofiel van de vroedvrouw is het ondersteunen van de fysiologie één van haar belangrijkste taken. Maar hoe kan de vroedvrouw in het ziekenhuis de fysiologie promoten, beschermen en bewaken? In deze bachelorproef worden via literatuurstudie interessante antwoorden gegeven op deze vraag waardoor men aantoont hoe de vroedvrouw haar taak als bewaker van de fysiologie kan invullen.

Maar deze bachelorproef zou niet kunnen worden voltooid zonder de Vlaamse vroedvrouwen zelf aan het woord te laten. Daarom wordt in het praktisch gedeelte weergegeven wat er vandaag leeft op de werkvloer. Via een bevraging in de Gentse ziekenhuizen wordt een beeld gevormd van de visie die de vroedvrouw heeft omtrent natuurlijk bevallen en wat ze denkt te kunnen doen om de natuurlijke bevalling in het ziekenhuis optimale kansen te gunnen. Verder wordt ook nagegaan welke verklaring de vroedvrouw heeft voor het lage percentage natuurlijke bevallingen in de Vlaamse ziekenhuizen. Ook wordt er gepolst naar gewenste veranderingen in de praktijk, om op die manier terug te komen naar de relevante vraag hoe de vroedvrouw de natuurlijke bevalling in het ziekenhuis meer kansen kan geven.

1 Definitie van natuurlijk bevallen

1.1 Het concept natuurlijk bevallen

Vandaag de dag is het concept natuurlijk bevallen een hot item binnen de verloskundige zorg. De laatste decennia zijn er verschillende organisaties die de natuurlijke bevalling promoten, beschermen en verdedigen. In de wetenschappelijke literatuur zijn talrijke publicaties te vinden waarin de onderzoekers de definitie van natuurlijk bevallen proberen te omschrijven en uitgebreid bediscussiëren.

Volgens Darra (2009), Downe (2008) en Waldenström (2007) kunnen we de reden van de enorme interesse in dit onderwerp verklaren aan de hand van de verloskundige medicalisering. De geboorte van een kind is niet langer een gebeurtenis die plaatsvindt in de thuissituatie, maar is momenteel een medische kwestie in het ziekenhuismilieu. Het motief voor deze verandering is de gedachte dat het veiliger zou zijn voor moeder en kind. Dat heeft geleid tot de ontwikkeling van de medische interventies, zoals de mogelijkheid tot pijnstilling, de geïnduceerde arbeid, de forceps en vacuümextractie, de sectio,... Hierdoor kan men zich afvragen wat natuurlijk bevallen actueel nog betekent. Daarom hebben verschillende organisaties gedurende de laatste jaren een poging gedaan om de focus terug te brengen naar de natuurlijke bevalling, met als doel het percentage natuurlijke bevallingen terug te doen stijgen.

1.2 Definities van verschillende organisaties

1.2.1 World Health Organization

De World Health Organization (WHO) is een organisatie van de Verenigde Naties die expertise voert in het streven naar internationale gezondheid. De WHO publiceert verscheidene gezondheidsgidsen en standaardnormen om antwoorden te bieden op wereldwijde gezondheidstopics (World Health Organization [WHO], 2011).

Zo publiceerde de WHO in 1994 de gids 'Care in normal birth: a practical guide – report of a technical working group'. Het doel van deze gids is het benoemen van gezonde zorgen voor een normale bevalling. Hij stelt volgende definitie voor normale bevalling:

“Wij definiëren normale bevalling als: spontaan begin, laag risico bij de start van de arbeid en zo blijvend doorheen arbeid en bevalling. De baby wordt spontaan geboren in hoofdligging tussen 37 en 42 volledige weken zwangerschap. Na de bevalling zijn moeder en baby in goede toestand” (WHO, 1994).

1.2.2 Maternity Care Working Party

De Maternity Care Working Party (MCWP) is een overkoepelende en multidisciplinaire organisatie uit het Verenigd Koninkrijk. Ze streeft naar verbeteringen in de perinatale zorg en legt de focus op een normale geboorte. De MCWP omvat verschillende grote organisaties, zoals the Royal College of Midwives (RCM), the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), the National Childbirth Trust (NCT) en the Association for Improvements in Maternity Services (AIMS). Ook de belangrijke pionier Downe Soo, professor in de vroedkunde aan de universiteit van Central Lancashire maakt deel uit van deze organisatie (Maternity Care Working Party [MCWP], 2007).

In 2007 publiceerde de MCWP een consensus statement met als titel 'Making normal birth a reality'. Met deze publicatie wou men een standaard definitie voor normale arbeid en bevalling creëren, welke als volgt luidt:

“Zonder inductie, zonder gebruik van instrumenten, niet via sectio en zonder algemene, spinale of epidurale verdoving voor of tijdens de bevalling” (MCWP, 2007).

Hierbij stelde men inclusieve en exclusieve criteria op:

“De ‘normale bevalling’ omvat de volgende situaties:

- vrouwen wiens arbeid spontaan start, spontaan vordert zonder medicatie, en die spontaan bevallen,
- en vrouwen die één of meerdere van de volgende handelingen ondergaan, op voorwaarde dat ze niet in contact komen met de exclusieve criteria:
 - stimulatie van de arbeid,
 - kunstmatig breken van de vliezen indien dit niet deel uit maakt van de medische inductie van de arbeid,
 - gebruik van entonox¹,
 - gebruik van opioïden²,
 - gebruik van elektronische foetale monitoring,
 - actief beleid van de placentaire fase,
 - en prenatale, perinatale of postnatale complicaties (zoals bijvoorbeeld postpartumbloeding, perineumletsels, opname op N*- of NICU-dienst).

De ‘normale bevalling’ omvat de volgende situaties niet:

- inductie van de arbeid (met prostaglandines, oxytocines of kunstmatig breken van de vliezen),
- algemene, spinale of epidurale verdoving,
- kunstverlossing zoals forceps en ventouse,
- sectio,
- en episiotomie” (MCWP, 2007).

¹ Entonox is een gasmengsel bestaande uit ½ NO₂ (lachgas) en ½ O₂ dat een lichte analgesie geeft (Van Everdingen, van den Eerenbeemt, Klazinga, & Pols, 2006).

² Opioïden of opiaten zijn sterke centraal werkende pijnstillers met stoffen die afkomstig zijn uit opium, zoals morfine (Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2005).

Sommige leden van de MCWP zouden de voorafgaande definitie liever wat strikter zien in de toekomst door stimulatie van de arbeid, gebruik van opioïden, kunstmatig breken van de vliezen en actief beleid van de placentaire fase ook te rekenen bij de exclusieve criteria. (MCWP, 2007)

1.2.3 Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada

In 2008 werd er een 'joint policy statement' uitgegeven door onder andere the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). Ook andere grote Canadese organisaties hebben deze verklaring goedgekeurd, zoals the Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses of Canada (AWHONN) en the Canadian Association of Midwives (CAM). Het doel van deze publicatie is het aanmoedigen, het beschermen en het ondersteunen van de natuurlijke bevalling (Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada [SOGC] et al., 2008).

Men stelt volgende definitie:

“Definitie van normale geboorte: ‘een normale geboorte begint spontaan, behoort van in het begin van de arbeid tot de laag risico bevalling en blijft zo gedurende arbeid en bevalling. De baby wordt spontaan geboren in kruinligging tussen 37 en 42+0 weken zwangerschap. Normale geboorte omvat de gelegenheid tot skin-to-skin-contact en borstvoeding binnen het eerste uur na de geboorte.

Een normale geboorte sluit mogelijke complicaties niet uit, zoals postpartumbloeding, perineale letsels en herstel, en opname op NICU.

Een normale geboorte kan ook evidence-based interventies in geschikte omstandigheden omvatten om de vooruitgang in de arbeid en de normale vaginale geboorte te vergemakkelijken, zoals:

- stimulatie van de arbeid,
- kunstmatig breken van de vliezen, als dit geen onderdeel is van de medische inductie van de arbeid,
- farmacologische pijnstilling (stikstofoxide, opioïden en/of epidurale verdoving),
- actief beleid van de placentaire fase,
- niet-farmacologische pijnstilling,
- en intermitterende foetale auscultatie.

Een normale geboorte omvat volgende handelingen niet:

- electieve inductie van de arbeid vóór 41+0 weken,
- spinale verdoving,
- algemene verdoving,
- forceps of vacuüm extractie,
- sectio,
- routine episiotomie,
- continue elektronische foetale monitoring bij een laag risico bevalling,
- en afwijkingen in ligging en presentatie” (SOGC et al., 2008).

1.2.4 Federaal kenniscentrum voor Gezondheidszorg

Het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg (KCE) is een federale instelling die binnen het domein van de gezondheidszorg verschillende studies uitvoert en hierover rapporten opmaakt met als doel beleidsmakers te adviseren (Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg [KCE], 2011).

In 2010 gaf het KCE de 'Richtlijn voor goede klinische praktijk bij laag risico bevalling – KCE reports 139A' uit binnen hun domein van 'Good Clinical Practice'. Het bevat aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering binnen de laag risico bevalling. Om het begrip normale geboorte te definiëren, neemt men de definitie van de WHO over (KCE, 2010).

1.3 Besluit: samenvattende definitie van natuurlijk bevallen

Concluderend kan gesteld worden dat het definiëren van de term natuurlijk bevallen bijzonder moeilijk is, maar voorafgaande definities geven toch een zekere richting aan.

Samenvattend kan men voor de natuurlijke bevalling volgende overeenkomsten vinden:

- de zwangerschapsduur bedraagt 37-42+0 weken, dus geen pre- of postterme bevalling,
- de arbeid begint spontaan, dus geen inductie,
- de bevalling is laag risico vanaf de start,
- de neonatus presenteert zich in hoofdligging, dus geen afwijkende liggingen,
- de geboorte van de baby is spontaan, dus geen forceps, ventouse of sectio,
- en er wordt niet routinematig een episiotomie geplaatst.

Samenvattend vindt men volgende onduidelijkheden en meningsverschillen terug:

- stimulatie van de arbeid, kunstmatig breken van de vliezen,
- gebruik elektronische foetale monitoring,
- analgesie zoals epidurale verdoving, gebruik entonox en opioïden,
- actief beleid van de placenta,
- en na de bevalling zijn kind en moeder in goede toestand (want volgens MCWP en SOGC kan bij complicaties zoals postpartumbloeding, perineale letsels en opname op N*- of NICU-dienst de bevalling alsnog worden gezien als normaal)

Afsluitend dient nog vermeld te worden dat alle bovengenoemde organisaties achter volgende uitspraak van de WHO lijken te staan:

“Bij een normale bevalling zou er een gefundeerde reden moeten zijn om in te grijpen in het natuurlijk proces” (WHO, 1994).

Om een overzicht te creëren tussen de verschillende standpunten van de vier bovengenoemde organisaties werd een tabel samengesteld die terug te vinden is onder 'Bijlage 1'.

2 Fysiologie van het geboorteprocés

2.1 Inleiding

Zoals blijkt uit de verschillende definities van natuurlijk bevallen is de fysiologie van de arbeid en bevalling heel belangrijk. Zowel het begin van de arbeid alsook de bevalling zijn 'spontaan', maar wat wil dat precies zeggen? Door de medicalisering van de verloskunde lijkt men de fysiologie soms te vergeten. Nochtans zit de fysiologie van de arbeid en bevalling zo bijzonder sterk in elkaar. In dit hoofdstuk worden belangrijke fysiologische mechanismen besproken die aan de grondslag zouden moeten liggen van elke normale en laag risico bevalling: de kracht van de natuur.

Alle onderstaande principes zijn geldig bij een fysiologisch verloop van zwangerschap, arbeid en bevalling, en dus niet altijd van toepassing in pathologische omstandigheden.

2.2 Ingenieuze werking van het hormoonstelsel

Hormonen zijn chemische signaalstoffen die informatie en instructies doorgeven tussen cellen onderling. Op die manier kan er communicatie ontstaan tussen cellen over grotere afstanden. Die communicatie is essentieel om homeostase te handhaven in het menselijk lichaam (Martini & Bartholomew, 2008).

Ook gedurende arbeid en bevalling is het nodig dat verschillende lichaamscellen met elkaar communiceren, zoals de uterus, de cervix, de placenta, de vliezen en de foetus. Hoe de baring precies in gang wordt gezet, is nog steeds niet helemaal duidelijk. Complexe fysiologische processen liggen hierbij aan de basis waarbij verschillende hormonen een belangrijke rol spelen (Bogaerts, Geerdens & Gooris, 2009). De belangrijkste hormonen worden besproken, alsook hun onderlinge wisselwerking en hun rol in de fysiologische processen van de geboorte.

2.2.1 Oestrogeen en progesteron

De geslachtshormonen oestrogeen en progesteron spelen een belangrijke rol in de zwangerschap, arbeid en bevalling doordat ze andere hormoonsystemen activeren, afremmen of reorganiseren. Het zijn vooral de veranderingen in hun waarden en verhoudingen die hun complexe rol bepalen.

Gedurende de zwangerschap neemt de productie van progesteron door de placenta ongeveer 10 tot 18 keer toe (Buckley, 2004). Progesteron heeft een relaxerend effect op het myometrium, doordat het de prikkelbaarheid van gladde spieren vermindert. Hierdoor wordt de uterus in rust gehouden, wat belangrijk is om de foetus veilig intra-uterien te houden (Bogaerts et al., 2009). Ook de productie van oestradiol, het belangrijkste type zwangerschapsoestrogeen, stijgt tijdens de zwangerschap met meer dan 1000 keer (Buckley, 2004). Oestrogeen heeft verschillende functies tijdens de zwangerschap, zoals het verhogen van de uteriene doorbloeding en het stimuleren van andere hormonen zoals progesteron, prolactine en DHEA, afkomstig van de foetale bijnierschors

(Bogaerts et al., 2009). Op het einde van de zwangerschap zorgt oestrogeen ook voor het vermeerderen van het aantal oxytocinereceptoren van de uterus en de gap junctions, en bevordert zo de contractiliteit van de uterus, wat essentieel is voor het op gang komen van de arbeid (Buckley, 2004).

Bij het begin van de arbeid vinden er verschillende veranderingen plaats waardoor de oestrogeen/progesteron ratio wordt verhoogd. De foetale hypothalamus produceert aan het einde van de zwangerschap in grote mate CRH of corticotroop releasing hormoon. CRH stimuleert de foetale hypofyse tot de productie van ACTH of adenocorticotroop hormoon. Dit hormoon prikkelt op zijn beurt de foetale bijnieren tot de productie van DHEA of dehydroepiandrosteron. DHEA wordt omgezet in oestrogeen. Hierdoor is er in verhouding meer oestrogeen dan progesteron (Lauwers, 2009). Gelijktijdig doet ook de placenta zijn werk, want naar het einde van de zwangerschap stijgt de placentaire productie van progesteronbindingseiwit, waardoor progesteron minder actief wordt. Ook het aantal progesteronreceptoren neemt af (Bogaerts et al., 2009).

Al deze fysiologische veranderingen zorgen ervoor dat de werking van oestrogeen de bovenhand krijgt op dat van progesteron, waardoor de functie van de uterus drastisch verandert van veilige en rustige verblijfplaats voor de foetus naar effectief uitdrijvingsorgaan door het ontstaan van contracties.

2.2.2 Oxytocine

Oxytocine wordt geproduceerd in de hypothalamus en opgestapeld in de neurohypofyse, waaruit het stootsgewijs wordt vrijgegeven in de bloedbaan. Ook de foetus en de placenta produceren dit hormoon. Oxytocine zorgt voor ritmische uteruscontracties en is dus essentieel bij de start en verloop van de arbeid. Tegen het einde van de zwangerschap stijgt het aantal oxytocinereceptoren in de baarmoeder, mede dankzij de stijging van de oestrogeenspiegel (Buckley, 2004).

Tijdens de indaling vindt er een fysiologische reflex plaats waarbij prikkelingen ter hoogte van de cervix leiden tot afgifte van een stoot van oxytocine. Dit is bekend als de 'Fergusonreflex', waarbij de druk van het voorliggend deel op de cervix een reflexmatig signaal geeft naar de hersenen, waarna er meer oxytocine wordt vrijgegeven, en er sterkere contracties ontstaan (Laureys, 2009).

2.2.3 Beta-endorfine

Beta-endorfines zijn natuurlijke analgetica die worden afgescheiden uit de hypofyse in toestand van pijn en stress, zoals tijdens de arbeid en de baring. Stijgende waarden leiden tot een verhoogde pijndrempel door een verminderde pijnperceptie. Ze zijn dus een grote hulp bij het omgaan met de baringspijn. Ze zouden ook de natuurlijke hechting na de geboorte vergemakkelijken doordat ze een soort afhankelijkheid creëren tussen moeder en kind (Bogaerts et al., 2009).

Beta-endorfinen zouden een onderlinge wisselwerking hebben met oxytocine. Hoge waarden kunnen het vrijgeven van oxytocine verhinderen, waardoor bij een heel hoog niveau van pijn de contracties kunnen verminderen (Buckley, 2004).

2.2.4 Catecholamines

Adrenaline en noradrenaline worden geproduceerd in stress- of angstsituaties, dus kunnen ook zeker in sterke mate geproduceerd worden tijdens arbeid en bevalling. Samen stimuleren ze de fight-or-flight-reactie van het sympathisch zenuwstelsel. Hoge piekwaarden van catecholamines verhinderen het vrijgeven van oxytocine waardoor de arbeid kan worden vertraagd of zelfs kan stilvallen, wat geassocieerd wordt met langere arbeiden en slechte foetale harttonen omdat adrenaline de bloedtoevoer naar de uterus en placenta vermindert. Maar catecholamines kunnen tijdens een ongestoorde arbeid ook voordelen bewerkstelligen. Vlak voor de geboorte treedt er een plotse stijging op van voornamelijk noradrenaline, waardoor de moeder een plotse energiestoot kan ervaren. Op dat moment zullen de catecholamines samenwerken met oxytocine en samen heel sterke contracties veroorzaken.

Verder brengen catecholamines gunstige effecten voor de foetus teweeg. De arbeid is immers ook voor het kind een stressvolle situatie, wat resulteert in verhoogde foetale catecholaminewaarden. In de arbeid hebben deze hormonen een beschermend effect op hypoxie doordat de hormonen de cardiale output herverdelen en het glucosemetabolisme bij lage zuurstofwaarden doen toenemen. Bovendien zorgen ze voor een betere respiratoire aanpassing aan het extra-uteriene leven door stijging van de absorptie van vruchtwater uit de longen, alsook van de hoeveelheid surfactant (Buckley, 2004).

2.2.5 Belang van het hormonaal samenspel

Wanneer tijdens arbeid en bevalling de hormonen ongestoord hun gang kunnen gaan, zullen deze geboortehormonen de vrouw in extase brengen. Hierdoor beleeft ze de geboorte en het moederschap bijzonder bewust en ondergaat ze een soort gedaanteverandering. Deze veranderingen geven de nieuwe moeder persoonlijke innerlijke kracht, fysieke kracht en een intuïtief aanvoelen van de noden van de baby (Buckley, 2004).

Echter, deze ingenieuze werking van moeder natuur kan alleen maar ten volle tot zijn recht komen wanneer de geboorte niet 'gestoord' wordt. Volgens Odent (2004) en Buckley (2004) zijn het de verloskundige interventies die de natuurlijke arbeid kunnen verstoren. Buckley (2004) vermeldt dan ook dat de bijstanders verwacht worden respect te tonen voor dit ontzagwekkend proces door de eerste regel van de geneeskunde toe te passen, namelijk 'nil nocere' of doe geen kwaad.

Odent (2004) stelt het volgende doel:

“Het doel van het toekomstig geboortebelied zou moeten zijn dat zoveel mogelijk vrouwen vaginaal bevallen, dankzij een ongestoord samenspel van hormonen.”

2.3 De uterus: van veilige verblijfplaats tot effectief uitdrijvingsorgaan

“De baarmoeder verandert à terme radicaal van een inerte, veilige verblijfplaats in een effectief uitdrijvingsorgaan” (Bruinse & Reuwer, 2002). Deze verandering is het gevolg van complexe interacties tussen verschillende hormonen, welke werden besproken in het vorige onderdeel. Om nog verder in te gaan op de drastische veranderingen die de natuur zelf in gang zet, wordt in dit onderdeel de transformatie van de uterus belicht. Er zijn twee belangrijke modificaties die à terme het verloop van de arbeid en bevalling zullen bepalen. Enerzijds is dit de transformatie van de cervix, anderzijds die van het myometrium. Beide veranderingen zijn niet los van elkaar te zien, het sterke samenspel zal leiden tot een vlotte arbeid en bevalling.

2.3.1 Transformatie van de cervix

Om deze transformatie te kunnen verklaren, moet eerst de anatomie van de uterus uit de doeken gedaan worden. Men kan twee grote onderdelen onderscheiden: corpus uteri of het lichaam van de uterus enerzijds, en cervix uteri of de baarmoederhals anderzijds. Het corpus uteri bestaat voor 80% uit spierweefsel, terwijl de cervix voornamelijk uit stug bindweefsel bestaat en slechts voor 10% uit spierweefsel.

Bij een niet zwangere uterus kan men beide onderdelen duidelijk van elkaar onderscheiden. Echter, tijdens de zwangerschap (vanaf ongeveer 20 weken) verandert het bovenste gedeelte van de cervix in het OUS of het onderste uterus segment, waardoor de cervix al wat korter wordt (Bogaerts et al., 2009). De cervix, die tijdens de zwangerschap heel stug en collageenrijk is, wordt ook weker door de werking van interleukine-8 (geproduceerd als reactie op de veranderde oestrogeen/progesteron ratio). Hierdoor vermindert de fysische weerstand en wordt verweking, verstriking en ontsluiting van de cervix mogelijk.

Hoe beter de natuur zijn gang kan gaan in dit voorbereidingsproces, hoe vlotter het ontsluitingsproces kan verlopen. De cervix dient volledig te verdwijnen om de passage van het kind mogelijk te maken. Uiteindelijk wordt door combinatie van verschillende natuurlijke processen de volkomen ontsluiting bereikt, waardoor de uterus, het OUS en de vagina één open buis vormen. Wat eerst een gesloten en veilige verblijfplaats is, verandert tot een effectief uitdrijvingsorgaan zodat het kind kan geboren worden (Bruinse & Reuwer, 2002) .

2.3.2 Transformatie van het myometrium

Het grootste deel van de uterus bestaat uit spierweefsel, ook het myometrium genoemd. De spiercellen kunnen onafhankelijk van elkaar contraheren. Tijdens de zwangerschap ontbreekt er echter een effectief prikkelgeleidingssysteem en is er geen coördinatie. Ook wordt de contractiliteit van het myometrium onderdrukt door hormonen, onder andere door progesteron. Gedurende de zwangerschap treden er wel contracties op van groepen myometriumcellen, maar deze zijn ongecoördineerd en niet synchroon, en hebben daarom geen effect op de cervix. Deze contracties worden ook Braxton-Hicks-contracties genoemd.

Echter, tijdens de arbeid en bevalling vindt er een transformatie van de myometriummcellen plaats. Als gevolg van de veranderde ratio van oestrogeen en progesteron stijgt de productie van PgE2 of prostaglandine-E2. De samenwerking van oestrogeen en PgE2 leidt tot een vermeerdering van het aantal spiercellen. Daarnaast ontstaat er een stijging van de hoeveelheid oxytocinereceptoren. De sensibiliteit van deze receptoren stijgt ook, waardoor oxytocine sneller en beter zijn effect kan bereiken. De binding van oxytocine op zijn receptor stimuleert bovendien de lokale PgE2-productie. Hierdoor vindt er een vicieuze cirkel plaats, waarbij verschillende hormonen samenwerken om te komen tot wat een vrouw in arbeid nodig heeft: sterke contracties.

Wat zeker ook een grote rol speelt binnen dit proces is het ontstaan van gap junctions. Dit zijn intercellulaire kanaaltjes die een verbinding vormen tussen verschillende spiercellen van de uterus. Deze verbindingen ontstaan plots, op slechts enkele uren. PgE2 stimuleert de productie van mRNA (specifieke nucleïnezuren). Deze zijn verantwoordelijk voor het zich ontwikkelen van de gap junctions. Hun specifieke taak is het snel verspreiden van de hormonen die leiden tot contracties, zodat er een ingenieus systeem ontstaat van synchronisatie en coördinatie tussen de spiercelcontracties. Op dat moment is de vrouw actief en irreversibel in arbeid.

De kracht van een wee is essentieel om de weerstand van de cervix te overwinnen. Daarna is diezelfde kracht onontbeerlijk in het uitdrijvingsproces van de baby. De kracht is dus heel belangrijk. Daarom is het belangrijk dat de uteruscontractie gericht en gecoördineerd verloopt. Een contractie begint met een elektrische prikkel in één van de fundushoeken van de uterus. Dit elektrisch signaal plant zich lateraal voort naar de andere fundushoek, en vervolgens distaal, dit dankzij de aanwezigheid van de gap junctions (Bruinse & Reuwer, 2002).

Ook de spierbundels van de uterus zijn op een bijzondere manier gebouwd. Ze verlopen zowel circulair als longitudinaal (Bogaerts et al., 2009), waardoor er een efficiënte contractiegolf kan ontstaan met maximale kracht in de richting van de ontsluitingsring (Bruinse & Reuwer, 2002).

2.3.3 Samenspel van beide transformaties

Hoe beter de transformatie van de cervix verloopt, hoe minder kracht er nodig is om de cervix vlot te laten ontsluiten. Daarom is het heel belangrijk dat de cervix optimaal transformeert, zodat de resterende weerstand van de cervix minimaal is waardoor de kracht van de uterus beter zijn werk kan doen om het ostium externum actief open te trekken (Bruinse & Reuwer, 2002).

2.4 Het baringsmechanisme

Als men stilstaat bij de anatomische bouw van de uterus, de cervix, de vagina, het kleine bekken, de sterke bekkenbodem,... kan een vlotte vaginale geboorte soms moeilijk lijken. Hoe geraakt een baby met een gewicht van 3 kilo met een hoofdomtrek van 35 centimeter doorheen al deze nauwe anatomische structuren? Iedereen die hier goed over nadenkt zal zich deze vraag durven stellen, zeker elke vrouw. Toch is de vaginale geboorte van het kind in de meeste gevallen perfect mogelijk. Het mechanisme van de fysiologische baring zit onvoorstelbaar bijzonder en wonderlijk in elkaar.

Om tot een fysiologische baring te kunnen komen, zijn vooraf genoemde fysiologische gebeurtenissen essentieel: de samenwerking van de geboortehormonen, de veranderingen ter hoogte van de cervix en het myometrium en de ontwikkeling van sterke en effectieve contracties.

Gelijktijdig met de verstriking en ontsluiting van de cervix vindt er een ander heel belangrijk proces plaats, namelijk de indaling van het hoofd van de foetus in het kleine bekken, en vervolgens de uitdrijving. In wat volgt worden deze twee belangrijke mechanismen kort besproken.

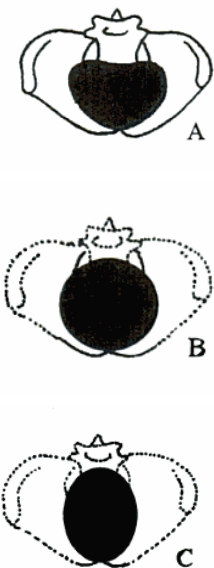
2.4.1 Mechanisme van indaling

Voor de indaling van het foetale caput doorheen het baringskanaal zijn er een paar bochten en draaien die moeten genomen worden. Met de essentiële kennis van het baringskanaal en het foetale caput, twee belangrijke elementen doorheen de baring, kan men het mechanisme van de indaling beter begrijpen.

2.4.1.1 Het baringskanaal

Het baringskanaal bestaat uit twee delen: het benig gedeelte en het weke gedeelte. Binnen het beenderig baringskanaal is het kleine bekken het belangrijkste deel. Hierbij maakt men in de verloskunde een driedelige onderverdeling: bekkeningang, bekkenmidden en bekkenuitgang. Belangrijk om de indaling te begrijpen, is de kennis van de verschillende diameters van de drie delen van het kleine bekken. Zo is van elk onderdeel volgende diameter belangrijk:

- Bekkeningang (A): de dwarse diameter (gemiddeld 13 cm) als grootste diameter,
- Bekkenmidden (B): de diameter ter hoogte van de spinae ischiadicae (gemiddeld 10,5 cm) als kleinste diameter,
- en bekkenuitgang (C): de voorachterwaartse diameter (gemiddeld 12 cm) als grootste diameter.



Figuur 1: 'Het beenderig baringskanaal'
(Bogaerts et al., 2009)

Met bovenstaande kennis is de indaling van het foetale caput in het baringskanaal beter te begrijpen. Zo begint de indaling boven de bekkeningang. De breedste diameter is hier dwars, dus het foetale caput zal dwars indalen. In de bekkenholte wordt het geconfronteerd met de engste diameter ter hoogte van de spinae ischiadicae. Hierdoor draait het foetale caput schuin om vervolgens voorachterwaarts te komen ter hoogte van de bekkenuitgang. Dit is de fysiologische spildraai.

Door natuurlijke voorzieningen kunnen er twee belangrijke fysiologische processen plaatsvinden die het beenderig baringskanaal doen vergroten. Ten eerste kan de bekkeningang verruimd worden door de werking van twee belangrijke hormonen: progesteron en relaxine. Deze hormonen zorgen voor de verweking van de symfyse gedurende de laatste 2 maanden van de zwangerschap waardoor de afstand tussen de beide os pubis kan vergroten, waardoor de bekkeningang kan verruimen. De natuur voorziet daarnaast ook voor een mogelijke verbreding van de bekkenuitgang doordat het os coccygis ten opzichte van het sacrum naar achteren kan kantelen waardoor de voorachterwaartse diameter kan verruimen tot 12 cm in plaats van 10 cm.

Naast het beenderig gedeelte speelt ook het weke baringskanaal een grote rol. Dit bestaat uit de cervix, de vagina en de bekkenbodemspieren. Het vermelden waard is de transformatie van de bekkenbodemspieren tijdens de uitdrijvingsfase. De bekkenbodemspieren hebben verschillende belangrijke functies zoals het adequaat afsluiten van de blaas en darmen, het ondersteunen van de bekkenorganen en het handhaven van de spierspanning ter hoogte van de vagina. Al deze functies duiden op de sterkte van de bekkenbodem, deze moet sluiten, steunen en doen spannen (Cousserier, 2009). Echter, tijdens de bevalling moet de bekkenbodem openen en ontspannen. Hiervoor is een bijzondere transformatie nodig. Deze transformatie wordt in wat volgt bondig samengevat.

- Het foetale caput drukt tijdens de indaling het eerst op de musculus levator ani, welke een soort van trechter vormt waarbij de spiervezels een verticale richting aannemen en een peristaltische beweging veroorzaken van binnen naar buiten. Tijdens het hoogtepunt van sterke contracties bij de eerste spontane persdrang schuiven de spierlagen van de bekkenbodem als het ware over elkaar heen en verlengen zichzelf. Als men dit proces voldoende tijd geeft, rekt de bekkenbodem zich stilaan tot een geboortekanaal.
- Na verdere indaling drukt het foetale caput op de musculus transversus perinei profundus. Op dat moment ervaart de vrouw een persdrang gedurende de hele contractie. De spier moet geleidelijk aan de kans krijgen om terug te trekken naar het ischium en de pubisboog. Hierbij worden de vaginawanden naar achteren getrokken, zodat de musculus levator ani naar voor kan glijden en zo zijn peristaltische bewegingen kan voortzetten.
- Hierna speelt de musculus puborectalis een grote rol. Deze spier duwt samen met de andere levatorspiers het hoofd van de baby naar omhoog, zodat het deflecteert en drukt op de musculus bulbocavernosus. Hierdoor worden rupturen vermeden, want door de verkregen deflexie van het foetale caput verlicht de druk op de anus aangezien het hoofd verplicht wordt om opwaarts te bewegen.
- Wanneer het hoofd tenslotte druk uitoefent op de musculus bulbocavernosus, ontstaat er een maximale opening en uitrekking met onweerstaanbare persdrang. De moeder voelt nu een brandend gevoel. Door de combinatie van de productie van oxytocine, de persweeën en de uitdrijvingskracht van de perineumspieren wordt het hoofdje naar buiten geduwd (Bogaerts et al., 2009).

2.4.1.2 Het foetale caput

De natuur treft niet alleen voorzieningen voor het baringskanaal zelf, maar ook voor het foetale caput. Enkele bijzondere feiten over het foetale caput worden besproken. Zo kan de doortredende diameter van het foetale caput verschillen naargelang de ligging, de houding en de plaatsing van de foetale schedel ten opzichte van het bekken. In de meest gunstige situatie presenteert de baby zich in achterhoofdligging. Hierbij ligt het hoofd in extreme flexie waardoor de grootst doortredende diameter minimaal is, namelijk 9,5 cm. Dit is de suboccipito-bregmatische diameter. Deze kan doorheen het beenderig baringskanaal passeren.

Gedurende de baring kan het foetale caput fysiologische veranderingen ondergaan om zich aan te passen aan het nauwe baringskanaal. Dit is mogelijk dankzij compressie en moulage. Het foetale caput bestaat uit verschillende beenstukken met hiertussen schedelnaaden en fontanellen. Het is dus nog niet helemaal volledig en vast aan elkaar gegroeid, waardoor enige overlapping van beenstukken mogelijk wordt. Dit noemt men moulage. Hierdoor kan de diameter van het caput meer dan 0,5 cm verkleinen (Bogaerts et al., 2009).

2.4.2 Mechanisme van de uitdrijving

Als het foetale caput de bekkenbodem heeft bereikt (dus na volledige indaling), ontstaat onweerstaanbare persdrang en begint de uitdrijvingsfase. Het onderstaand omschreven geboortemechanisme, waarbij de baby zich doorheen het baringskanaal "draait", is van toepassing bij de baring waarbij de baby zich presenteert in hoofdligging met het hoofd in flexie en het achterhoofd vooraan.

Het bekken is onregelmatig van vorm en het foetale hoofd is relatief groot. Daardoor kunnen niet alle diameters van het foetale hoofd door alle diameters van het bekken. Het hoofd past zich aan, het roteert als het ware door de vorm van het bekken. Ter hoogte van de bekkeningang presenteert het hoofd zich dwars, waarna het in de bekkenholte draait. Het hoofd wordt geboren in voorachterwaartse stand omdat de breedste diameter van de bekkenuitgang ook voorachterwaarts is. Het achterhoofd neemt steun achter de symfyse en deflecteert vervolgens als gevolg van de weerstand van de bekkenbodem.

Op het moment dat het hoofd geboren wordt, bevinden de schouders zich inwendig ter hoogte van de bekkeningang. Om indaling van de schouders mogelijk te maken (gebaseerd op hetzelfde principe als de indaling van het foetale caput), gebeurt er een uitwendige draai van het hoofd, ook wel de uitwendige spildraai genoemd. Zo kunnen de schouders indalen en vervolgens geboren worden, ook in voorachterwaartse positie. De voorste schouder neemt steun onder de symfyse en ontwikkelt zich sacraalwaarts. De achterste schouder ontwikkelt zich dorsaalwaarts door te roteren over het perineum.

Na de geboorte van de schouders volgen de romp, stuit en ledematen. Dit gebeurt relatief gemakkelijk omdat hun diameter kleiner is dan de reeds geboren delen (Bogaerts et al., 2009).

2.5 De taak van de vroedvrouw volgens haar beroepsprofiel

In 2006 gaf de 'Nationale raad voor de vroedvrouwen' het beroepsprofiel van de Belgische vroedvrouw uit. Het doel van deze uitgave is het in kaart brengen van de praktijk van de Belgische vroedvrouw. Het geeft onder andere een visie op het beroep van de vroedvrouw en omschrijft haar kerncompetenties. Enkele citaten uit het beroepsprofiel worden in wat volgt weergegeven.

“Zwangerschap en bevalling zijn normale levensprocessen en worden door de vroedvrouw ook als zodanig beschouwd. De biologische evolutie toont ons dat de moeder in staat is om te bevallen en de baby bekwaam is om geboren te worden, waardoor ze zo samen een hechte relatie vormen die het voortbestaan van de mensheid garandeert. Deze natuurlijke processen mogen niet verstoord worden. Ze moeten ten volle de kans krijgen om hun kracht tot uiting te laten komen. Medische technologie bij zwangerschap en geboorte heeft dan ook enkel een plaats na duidelijke indicatiestelling” (Nationale Raad voor de Vroedvrouwen [NRVR], 2006).

“Haar aandacht voor zwangerschap en baring als natuurlijke processen vormt vanzelfsprekend de basis van haar beroepsuitoefening. Onnodig ingrijpen in deze processen voelt zij aan als verstoring” (NRVR, 2006).

“De vroedvrouw begeleidt en bewaakt autonoom en globaal de gezonde vrouwen en pasgeborenen vanaf de bevruchting, vóór, tijdens en na de geboorte en bevordert de integratie van het gezin: (...) [ze] evalueert elke situatie autonoom: [ze] bewaakt de normale zwangerschap, de normale baring en het normale kraambed en leidt zelfstandig de bevalling; (...) [ze] (onder)steunt de fysiologische evolutie van de zwangerschap, de geboorte en het kraambed” (NRVR, 2006).

Het beroepsprofiel van de vroedvrouw benadrukt op verschillende manieren één van de belangrijkste taken van de vroedvrouw: 'de vroedvrouw als bewaker van de fysiologie'.

2.6 Besluit: belang van de fysiologie

Zoals blijkt uit het beroepsprofiel van de vroedvrouw, alsook uit voorafgaande besprekingen van fysiologische processen gedurende arbeid en bevalling, is de fysiologie de sleutel tot een succesvolle natuurlijke bevalling. Het is dan ook de taak van de vroedvrouw om hiernaar te streven. Daarom is de kennis van het fysiologische geboorteprocés heel belangrijk, zodat men gedurende arbeid en bevalling fysiologische processen kan herkennen, ondersteunen en stimuleren.

3 Medische interventies in het geboorteprocés

3.1 Meest voorkomende medische interventies in het geboorteprocés

3.1.1 Inductie van de baring

Wat – waarom?

Inductie van de arbeid is het kunstmatig op gang brengen van de arbeid met behulp van farmaca en/of het kunstmatig breken van de vliezen, waarbij de uteruspijs zodanig wordt geprikkeld dat dit tot contracties leidt (Bogaerts et al., 2009). Inductie heeft tot doel de verlossing op gang te brengen zonder de spontane arbeid af te wachten. De reden hiervoor is het idee dat het beëindigen van de zwangerschap een betere perinatale uitkomst biedt dan een verder verblijf van de foetus in de baarmoeder. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij zwangerschapsgerelateerde hypertensie, voortijdig gebroken vliezen, intra-uteriene groeiretardatie (Mortier, Verstraelen & Temmerman, 2006), serotiniteit, vermoeden van foetale macrosomie,... (KCE, 2010).

In geval van vooraf genoemde verwickelingen kan men dankzij inductie de arbeid op gang brengen en een vaginale partus mogelijk maken om hierbij de risico's ten gevolge van de bestaande pathologie te verminderen. Dit is het grote voordeel van inductie om medische redenen (Bogaerts et al., 2009). De redenen waarom er geïnduceerd wordt, kunnen echter in twee grote groepen opgedeeld worden. Enerzijds zijn er de medische indicaties (zoals voorafgaand vernoemd), anderzijds de niet-medische indicaties, ook wel electieve inducties genoemd. Hierbij induceert men op verzoek zonder een indicatie bij moeder of foetus (KCE, 2010). Die niet-medische indicaties kunnen zowel patiënt- als artsgebonden zijn en hebben te maken met factoren zoals opportuniteit, comfort en gepercipieerde veiligheid. Gedurende de voorbije decennia zijn electieve indicaties in toenemende mate de reden geworden voor obstetrische interventies (Mortier et al., 2006).

Hoe dan ook, de beslissing om een zwangerschap te beëindigen is een afweging van risico's, waarbij enerzijds de gevaren van een waakzaam afwachtend beleid moeten worden afgewogen tegen anderzijds de risico's van een inleiding (Bruinse & Reuwer, 2002). Hierbij speelt de toestand van de cervix op het moment van de beslissing tot inductie een heel belangrijke rol in het al dan niet slagen van de inductie. Het overgrote deel van de risico's komt voor bij inductie in geval van een onrijpe cervix (Gülmezoglu, Crowther & Middleton, 2006; KCE, 2010; Mortier et al., 2006).

Gevolgen van inductie voor de fysiologie

Een inductie onderbreekt het natuurlijke verloop van de zwangerschap, waarbij de biologische transformatie van de cervix en het myometrium nog niet voltooid zijn. Daardoor is de coördinatie van het myometrium suboptimaal en het aantal oxytocinereceptoren nog niet compleet. De gevoeligheid van de uterus voor oxytocine is dus onvoorspelbaar (Bruinse & Reuwer, 2002). In het ene geval kan synthetisch oxytocine te weinig effectief zijn. Vergeleken met de werking van endogeen oxytocine heeft het slechts minimale effecten op de cervixdilatatie. Niettegenstaande de regelmatige en pijnlijke contracties gaat de arbeid niet vooruit, wat kan leiden tot langdurige partus met een kunstverlossing of een sectio tot gevolg (Buckley, 2004; Bruinse & Reuwer, 2002).

In het andere geval zal de toediening van synthetisch oxytocine leiden tot een te sterk effect. Hierbij worden moeder en foetus blootgesteld aan onnatuurlijke hoge waarden van dit hormoon. Dit leidt enerzijds tot een verhoogde basistonus van de uterus. Anderzijds zorgt dit ook voor een verandering in het contractiepatroon waarbij de contracties elkaar te kort opvolgen. Deze twee effecten kunnen leiden tot abnormale foetale hartritme patronen met foetale stress tot gevolg. Dit komt doordat de foetus onvoldoende tijd heeft om te recupereren van de verminderde bloed- en zuurstoftoevoer, hetgeen elke keer gebeurt als de placenta wordt samengedrukt. Mogelijke gevolgen van foetale stress zijn een kunstverlossing of een sectio (Buckley, 2004).

Uit verschillende onderzoeken waarbij men het risico op een sectio bij een geïnduceerde versus een spontane arbeid bij laagrisico vrouwen vergelijkt, bleek dat zowel nullipara als multipara significant meer kans hadden op een sectio indien hun baring ingeleid werd (Jacquemyn, Michiels & Martens, 2011; Goer, Leslie & Romano, 2007; Tracy, Sullivan, Wang, Black & Tracy, 2007). Zo werd aangetoond dat het risico op een secundaire sectio na electieve inductie van de baring bij een laagrisico multipara stijgt van 1,5% naar 2,8% (Jacquemyn et al., 2011), en bij een nullipara stijgt van 6,5% naar 9,9% (Cammu, Martens, Ruysinck & Amy, 2002). Er werd ook wetenschappelijk onderzoek gevoerd naar het risico op kunstverlossing na een inductie. Hieruit bleek dat zowel nullipara als multipara een significante grotere kans hadden op een vacuüm of forceps in geval van inductie in vergelijking met een spontane arbeid (Goer et al., 2007; Tracy et al., 2007). Zo stijgt het risico op een instrumentele verlossing van 15% naar 19% (Dublin, Lydon-Rochelle, Kaplan, Watts & Critchlow, 2000).

Volgens de principes van de endocrinologie zullen de oxytocinereceptoren de hoge waarden van synthetische oxytocine ontdekken. Dit resulteert in een signaal naar de hersenen om de productie van natuurlijke oxytocine te verminderen. Dit kan een verhoogd risico op postpartumbloedingen tot gevolg hebben doordat er nog maar weinig natuurlijke oxytocineproductie meer is. Bovendien zal een baarmoeder die gedurende een lange tijd wordt blootgesteld aan hoge dosissen synthetische oxytocine niet of slecht reageren op het toedienen van oxytocine in de derde fase (Buckley, 2004).

Inductie zou ook een verhoogde kans tot epidurale analgesie met zich meebrengen. Dit kan verklaard worden door de zogenaamde oxytocineweëën, gekenmerkt door een snelle drukstijging, een scherpe piek en een snelle tonusdaling. Deze artificiële weeën zouden extra pijnlijk zijn. Mede hierdoor, maar ook door de langere duur van de partus, is de vraag naar pijnbestrijding bij inleidingen sterk verhoogd (Bruinse & Reuwer, 2002; Mortier et al., 2006). Zo zou volgens wetenschappelijk onderzoek de vraag naar epidurale verdoving bij een nullipara stijgen van 58% naar 80% (Cammu et al., 2002). Epidurale analgesie wordt op zijn beurt geassocieerd met opnieuw een verhoogd risico op kunstverlossingen. Zo geraakt men van de ene interventie in de andere. Inductie van de arbeid is vaak geen geïsoleerde actie, het leidt niet zelden tot een cascade van secundaire interventies (Mortier et al., 2006).

Concluderend kan gesteld worden dat er significante associaties zijn tussen enerzijds het uitvoeren van inductie en anderzijds verloskundige interventies zoals epidurale analgesie, instrumentele verlossing en sectio. Inductie verstoort de fysiologie (Bogaerts et al., 2009) en werd zelfs omschreven als 'één van de meest drastische interventies in het natuurlijke proces van zwangerschap en geboorte' (McGeown, 2004).

3.1.2 Epidurale anesthesie

Wat – waarom?

Bij epidurale anesthesie in de arbeid wordt een lokaal anestheticum in de epidurale ruimte ingespoten. Het doel hiervan is het onderbreken van de impulsgeleiding die vanuit de uterus en het baringskanaal via perifere zenuwen het ruggenmerg bereikt, waardoor de baringspijn vermindert of volledig verdwijnt (Bogaerts et al., 2009).

Perinatale epidurale anesthesie is wereldwijd een vaak toegepaste techniek (Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie [NVA] & Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie [NVOG], 2008). Het biedt een oplossing voor het moeilijke moment tijdens de arbeid waarbij de pijn ondraaglijk wordt voor de vrouw (Bruinse & Reuwer, 2002). De baringspijn is dan ook van bijzondere aard en is een complexe ervaring. In vergelijking met pijnscores van andere pijnlijke aandoeningen, bleken de gemiddelde pijnscores voor baringspijn hoger te zijn dan voor andere chronische pijncondities zoals rugpijn, tandpijn of niet-terminale oncologische pijn (NVA & NVOG, 2008). Naast de fysieke componenten speelt de psyche een heel belangrijke rol. De individuele pijnbeleving en draagkracht kunnen aanzienlijk variëren. Pijn is complex, persoonlijk, subjectief en multifactorieel. Het wordt beïnvloed door verschillende factoren, zoals biologische, psychologische en socioculturele factoren (Bruinse & Reuwer, 2002).

Onderzoek toonde aan dat 80-90% van de barenden de pijn tijdens de bevalling als zeer ernstig tot ondraaglijk ervaren. Bevallens en pijn zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Daarom heeft men altijd al gezocht naar middelen om de pijn tijdens de baring te verminderen of weg te nemen. In de jaren tachtig werd de epidurale analgesie in de Verenigde Staten en Europa toegankelijk voor vrouwen die in het ziekenhuis gingen bevallen (NVA & NVOG, 2008).

Gevolgen van epidurale verdooving voor de fysiologie

Epidurale anesthesie verhindert de productie van de natuurlijke geboortehormonen zoals oxytocine, beta-endorfine en catecholamines. Hierdoor zullen belangrijke effecten van deze geboortehormonen verstoord worden en wegvallen (Buckley, 2004). Bij een epidurale anesthesie wordt de 'Fergusonreflex' belemmerd omdat de rekingsreceptoren in de vagina en cervix ook verdoofd zijn en dus geen signaal meer kunnen doorgeven naar de hersenen. Hierdoor ontloopt de vrouw de belangrijke oxytocinepieken die bij een ongestoorde baring zorgen voor sterke contracties. Als gevolg hiervan heeft de vrouw een grotere kans op nood aan stimulatie van de arbeid met behulp van een oxytocine-infuus, welke belangrijke nadelen met zich meebrengt zoals werd besproken bij de 'gevolgen van inductie voor de fysiologie'. Het missen van de natuurlijke oxytocinepieken zorgt er ook voor dat de uitdrijvingsfase langer duurt en er een verhoogde kans ontstaat op kunstverlossingen, zoals ventouse of forceps (Anim-Somuah et al., 2010; Buckley, 2004; Leslie, Romano & Woolley, 2007; NVA & NVOG, 2008; Tracy et al., 2007; Walsh, 2007). Zo zou het gebruik van epidurale verdooving in de eerste fase van de arbeid geassocieerd worden met 2,5 keer meer kans op een operatieve vaginale bevalling bij een nullipara, en 5,9 keer meer kans bij een multipara (Nguyen et al., 2010). Daarnaast is het geweten dat vrouwen met een epidurale verdooving de sterke contracties en uitrekking van het baringskanaal tijdens de uitdrijvingsfase

minder goed voelen, waardoor de natuurlijke perskracht en persneiging sterk vermindert. Ook hierdoor stijgt de kans op een verlengde arbeid en kunstverlossing (Bogaerts et al., 2009).

Bovendien worden er door de toediening van epidurale anesthesie minder catecholamines, zoals adrenaline en noradrenaline vrijgegeven (Buckley, 2004). Dit kan belangrijke gevolgen hebben voor de foetus, daar catecholamines een grote rol spelen bij aanpassingen aan het extra-uteriene leven, zoals reeds vermeld in het tweede hoofdstuk. Bij aanwezigheid van epidurale verdoving kan er een tekort ontstaan aan de natuurlijke catecholamines, waardoor de cardiale, respiratoire, metabole en thermale aanpassingen kunnen worden bemoeilijkt (Buckley, 2004).

Epidurale anesthesie heeft niet alleen effect op het hormonale systeem van moeder en kind, maar daarnaast op andere belangrijke fysiologische functies, zoals de homeostase van de maternale bloeddruk. Een mogelijke nevenwerking is maternale hypotensie (Anim-Somuah et al., 2010; Bogaerts et al., 2009; Buckley, 2004; NVA & NVOG, 2008; Peate & Hamilton, 2008; Walsh, 2007). In normale omstandigheden wordt de bloeddruk op peil gehouden door neurale en endocriene mechanismen. Zo zorgt de orthosympathische innervatie van de bloedvaten voor vasoconstrictie, wat de bloeddruk doet stijgen (Martini & Bartholomew, 2008). Echter, bij epidurale verdoving valt deze innervatie gedeeltelijk weg door verlamming van deze sympathische zenuwvezels, wat resulteert in een vasodilatatie, waardoor de bloeddruk kan dalen (Rijckaert, 2010). Hierdoor daalt de placentaire doorbloeding, dus ook de foetale zuurstoftoevoer (Buckley, 2004). Bijgevolg wordt continue foetale monitoring een vereiste, alsook de intraveneuze vochttoediening met vaatvulling als doel ter preventie van hypotensie (Romano & Lothian, 2008). Door de monitor en de IV-lijn kan de vrouw beperkt worden in haar mobiliteit, waardoor ze in bed moet blijven en passief kan worden (Walsh, 2007). Dat alles is niet bevorderlijk voor de indaling van de baby, wat op zijn beurt opnieuw kan leiden tot een verhoogde kans op verlengde arbeid en een mogelijke kunstverlossing (Paquay, 2005).

Ook kan de natuurlijke rotatie en indaling van de baby in het baringskanaal verhinderd worden doordat epidurale verdoving de spieren van de bekkenbodem ontspant. Hierdoor verliest de bekkenbodem zijn belangrijke functie bij de indaling van de foetus, zoals beschreven werd binnen het tweede hoofdstuk, waardoor er een grotere kans bestaat op malposities van de foetus (Anim-Somuah et al., 2010; Bogaerts et al., 2009; Romano & Lothian, 2008; Walsh, 2007).

Epidurale anesthesie wordt bovendien sterk geassocieerd met een stijgende kans op urineretentie (Anim-Somuah et al., 2010; NVA & NVOG, 2008; Peate & Hamilton, 2008; Walsh, 2007). De oorzaak hiervan ligt bij de verdoving van de bezenuwing van de blaas (Rijckaert, 2010). Hierdoor is blaassondage noodzakelijk, want een volle blaas verhindert de vordering van de arbeid (Bryant & Yerby, 2004). Het is echter geweten dat blaassondage mogelijke gevaren met zich meebrengt zoals het gevaar voor urineweginfectie, weefselbeschadiging en uretritis (Roose, 2010).

Wetenschappelijk onderzoek toonde ook een negatieve associatie tussen epidurale verdoving en succesvolle borstvoeding. Baby's die geboren zijn na epidurale verdoving zouden een verminderde zuigreflex en -capaciteit hebben (Riordan, Gross, Angeron, Krumwiede & Melin, 2000). Ook zouden deze baby's minder kans hebben op twee geslaagde borstvoedingen binnen de eerste 24u (69,6% kans bij de epidurale groep versus 81,1% kans bij de niet-epidurale groep) (Baumgarder, Muehl, Fischer & Pribbenow, 2003).

Concluderend kan gesteld worden dat epidurale verdoving één van de beste voorbeelden is van de medicalisering van het geboorteprocés. Langs de ene kant is het een schitterende medische interventie, bijvoorbeeld als alternatief voor algemene anesthesie tijdens een sectio, maar langs de andere kant heeft het significante nevenwerkingen die men continu moet afwegen tegen de voordelen. Hoewel epidurale anesthesie tijdens de baring vaak wordt gezien als een normaliteit (want het lijkt haast ondenkbaar dat 200 jaar geleden alle vrouwen het zonder deden), is het toch incompatibel met de fysiologische, normale baring (Walsh, 2007).

3.1.3 Gedirigeerd persen

Wat – waarom?

Bij het persen kan men onderscheid maken tussen twee verschillende technieken, spontaan persen versus gedirigeerd persen (Bogaerts et al., 2009; DiFranco, 2009; Sampsel, Miller, Luecha, Fischer & Rosten, 2004; Walsh, 2007).

Bij 'gedirigeerd persen' of 'persen op instructie' past men de Valsalva-methode toe, waarbij de vrouw met gesloten glottis en volle kracht duwt volgens de verbale instructies van de begeleider. Telkens als een wee opkomt, moedigt de vroedvrouw en/of gynaecoloog als volgt aan: diep inademen, adem blokkeren, mond dicht, geen geluid maken, hoofd oprichten en krachtig naar onder duwen zoals bij het maken van moeilijke stoelgang. Om de richting duidelijker te maken waarnaar de vrouw moet duwen, kan via vaginaal onderzoek gevraagd worden 'de vingers eruit te duwen'. Dit persen moet zo lang mogelijk worden volgehouden (10-30 seconden), dan adem bijnemen, opnieuw blokkeren, en opnieuw persen. Per contractie doet men dit twee tot drie keer. Bij de volgende contracties wordt dit herhaald (Bogaerts et al., 2009; Sampsel et al., 2004).

Bij spontaan persen zal de vrouw met open glottis persen, waarbij zij volgens haar persdrang en op haar eigen manier (dus zonder instructies) perst. Ze volgt hierbij de natuurlijke instructies van haar lichaam. Ze ervaart spontane persdrang die verschillende keren opkomt tijdens iedere wee. Per wee zal de vrouw dus frequenter en korter persen. Deze spontane persdrang duurt ongeveer 5 tot 7 seconden, en zal langer duren wanneer het hoofdje dieper is ingedaald. Vrouwen die spontaan persen zullen vaker spontaan ademhalen. Ze kunnen ook allerlei geluiden maken want de glottis is open. Bij spontaan persen zal de vrouw niet zoveel druk zetten in vergelijking met barenden die persen op instructie, waardoor het perineum voorzichtig op- en uitrekt. Er worden door de begeleider geen instructies gegeven, enkel aanmoediging en bevestiging (Bogaerts et al., 2009; Sampsel et al., 2004).

Gevolgen van gedirigeerd persen voor de fysiologie

Persen op instructie zou een aantal nadelige gevolgen hebben voor moeder en baby. Dit komt omdat er tijdens het Valsalva-manoeuvre (persen terwijl men langdurig de adem blokkeert) een gesloten druksysteem in de borst ontstaat. Hierdoor kan de bloeddruk verlagen, waardoor er een verminderde placentadoorbloeding ontstaat. Ook daalt de zuurstofsaturatie in het bloed van

moeder en kind omdat de moeder gedurende langere tijd niet meer inademt. Deze twee factoren kunnen leiden tot een (tijdelijke) foetale hypoxemie (Bogaerts et al., 2009; DiFranco, 2009). Onderzoek toonde aan dat gedirigeerd persen gedurende langer dan een uur kan lijden tot een lagere pH in het bloed van de baby bij geboorte (Walsh, 2007).

Bij gedirigeerd persen oefent de vrouw een enorme, soms te geforceerde kracht uit op het perineum en de bekkenbodemspieren. Hierdoor ontstaat er een verhoogd risico op perineumletsels en dysfuncties van de bekkenbodem in de postpartumperiode (DiFranco, 2009; Romano & Lothian, 2008; Walsh, 2007). De bekkenbodem kan uitgeput en zwak zijn, wat op zijn beurt kan leiden tot incontinentie (DiFranco, 2009). Gedirigeerd persen is niet alleen uitputtend voor de bekkenbodem maar kan ook leiden tot uitputting van de moeder zelf (Bogaerts et al., 2009; DiFranco, 2009; Romano & Lothian, 2008; Walsh, 2007).

Uit de wetenschappelijke literatuur is het niet duidelijk of gedirigeerd persen de uitdrijvingsduur verkort in vergelijking met spontaan persen (Bogaerts et al., 2009). Het ene onderzoek concludeert dat gedirigeerd persen resulteert in een langere uitdrijvingsfase. Het andere zegt dat gedirigeerd persen de uitdrijvingsfase met gemiddeld 14 minuten verkort (Walsh, 2007). Hoe dan ook, DiFranco (2009) vermeldt dat zolang de baby het goed stelt er geen medische indicatie is om de uitdrijvingsfase te verkorten.

Concluderend kan gesteld worden dat gedirigeerd persen geen voordelen oplevert voor moeder noch kind, maar er wel mogelijke nevenwerkingen aan te pas komen. Daarom lijkt het beter om de moeder te laten persen volgens haar gevoel (DiFranco, 2009). Ook de KCE-richtlijnen (2010) sluiten aan bij deze uitspraak met volgende aanbeveling: "Het is aanbevolen dat de vrouw zich bij het persen laat leiden door haar persdrang, aangezien in de literatuur niet is aangetoond dat de ene techniek doeltreffender is dan de andere." Ook volgens Walsh (2007) zouden vrouwen aangemoedigd moeten worden om hun eigen instinct te volgen tijdens de uitdrijving en zou routinematig gedirigeerd persen moeten verbannen worden uit de verloskamer.

3.1.4 Fundusdruk

Wat – waarom?

Fundusdruk kan omschreven worden als het uitoefenen van manuele druk op de fundus van de uterus in de richting van het baringskanaal met als doel het kind te laten exprimeren. Het wordt gebruikt tijdens de uitdrijvingsfase om die te verkorten en te assisteren bij de vaginale geboorte, hetzij als routinepraktijk, of omwille van complicaties zoals foetale stress, niet vorderende uitdrijving, maternele uitputting,... (Verheijen, Raven & Hofmeyr, 2009).

Gevolgen van fundusdruk voor de fysiologie

Door fundusdruk is er een verhoogd risico op het vena cava syndroom door druk van de uterus op de vena cava inferior. Hierdoor kan de maternale bloedcirculatie belemmerd worden, zodat ook de placentadoorbloeding reduceert en de zuurstofvoorziening voor de foetus in het gedrang kan komen. De druk op de uterus kan bovendien leiden tot een stijging van de intracraniale druk bij de foetus waardoor een vagale reactie kan ontstaan. Dit kan resulteren in een verandering van het foetaal hartritme, zoals bijvoorbeeld het ontstaan van een bradycardie. Ook het risico op andere complicaties, zoals navelstrengcompressie, foeto-maternale transfusie, placentaloslating, kwetsuren aan het ruggenmerg en schouders,... stijgt door het toepassen van fundusdruk (Bogaerts et al., 2009; Pluymaekens, 2008).

Naast de gevolgen voor de baby heeft fundusdruk risico's voor de moeder tot gevolg. Onderzoeken in het kader van het voorkomen van perineumletsels toonde aan dat het toepassen van fundusdruk frequentere en ernstigere schade aan het perineum veroorzaakt, zoals derde- en vierdegraadsrupturen. Verder brengt fundusdruk een verhoogd risico op uterusrupturen met zich mee (Bogaerts et al., 2009; Verheijen et al., 2009; Pluymaekens, 2008). Daarnaast zijn abdominale hematomen, kneuzingen, ribfracturen, geruptureerde lever,... mogelijke gevolgen van het uitoefenen van fundusdruk (Pluymaekens, 2008).

Een reeds aangehaalde reden voor het uitoefenen van fundusdruk is het verkorten van de uitdrijvingsfase. Echter, verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat fundusdruk geen significante vermindering van de duur van de uitdrijvingsfase teweegbrengt. Er zijn zelfs aanwijzingen dat fundusdruk in sommige gevallen de tweede fase van de arbeid heeft verlengd in plaats van verkort (Bogaerts et al., 2009; Pluymaekens, 2008).

Een andere reden is het voorkomen van vaginale kunstverlossingen door fundusdruk. Deze veronderstelling werd onderzocht in verschillende studies. Deze spreken elkaar echter tegen. De ene studie concludeert dat de toepassing van fundusdruk in combinatie met episiotomie het aantal vaginale kunstverlossingen zou kunnen verminderen. Een andere studie ontkracht deze hypothese door te besluiten dat een daling van het gebruik van fundusdruk in combinatie met episiotomie niet zou leiden tot een stijging van het aantal geassisteerde vaginale bevallingen. Men reduceerde het uitoefenen van fundusdruk tot de helft in afwachting dat dit het aantal kunstverlossingen zou doen stijgen, maar de incidentie van geassisteerde vaginale baringen bleef echter gelijk. Hoe dan ook, we kunnen ons de vraag stellen of fundusdruk dan zoveel beter is dan vaginale kunstverlossingen daar sommige gevolgen van vaginale kunstverlossingen ook mogelijke risico's zijn bij fundusdruk, zoals meer perineum en foetale letsels (Pluymaekens, 2008).

Concluderend kan gesteld worden dat de schadelijke gevolgen van fundusdruk omvangrijk zijn waardoor we zeker niet kunnen zeggen dat fundusdruk een onschuldige techniek is. Een terughoudend beleid is dus op zijn plaats. Het te volgen beleid zou steeds afhankelijk moeten zijn van de foetale conditie. Indicaties zoals minder effectief persen, maternale uitputting, niet vorderende uitdrijving,... waarbij de foetale conditie normaal is, zou steeds met geduld moeten benaderd worden. De KCE-richtlijnen (2010) zijn hieromtrent duidelijk: "Het is aanbevolen geen druk op de fundus uit te oefenen tijdens de uitdrijvingsfase".

3.1.5 Episiotomie

Wat – waarom?

Episiotomie is een obstetrische ingreep bij de geboorte van het kind waarbij men het perineum en de onderliggende bekkenbodemspieren insnijdt ter vergroting van de schede (Van Everdingen et al., 2006). Bij het uitvoeren van een episiotomie worden dus verschillende weefsels doorgesneden, namelijk de huid en het onderliggend weefsel, de vaginawand en spieren van de bekkenbodem (Bogaerts et al., 2009).

Gevolgen van episiotomie voor de fysiologie

Doordat men bij een episiotomie verschillende weefsels doorsnijdt en dus ook beschadigt, verhoogt men hierdoor het perineaal trauma (Bogaerts et al., 2009; Kettle, 2004; WHO, 1994). Geassocieerde gevolgen zijn verhoogde incidentie van pijn gedurende de postpartumperiode en vermindering van de sterkte van de bekkenbodemspieren (Goer et al., 2007; Kettle, 2004; Lothian, 2009; Walsh, 2007). Ook is er een verhoogde kans op grotere intrapartum bloedingen (Bogaerts et al., 2009; Kettle, 2004).

Het geloof van sommige wetenschappers dat het plaatsen van een episiotomie een derde- of vierdegraadsruptuur voorkomt, wordt door recentere studies volledig ontkracht. Zij toonden aan dat een episiotomie het perineum net vatbaarder maakt voor derde- en vierdegraadsrupturen (Walsh, 2007). Ook Carroli en Belizan (2006) concludeerden in hun review dat een beperking in het uitvoeren van een episiotomie zou resulteren in minder perineale trauma's en minder nood tot hechting. Walsh (2007) voegt hieraan toe dat zorgverleners domweg bijdragen tot de incidentie van perineale trauma's door episiotomieën te plaatsen.

Bogaerts et al. (2009) vermeldt binnen dit item ook het belang van de transformatie van de bekkenbodem tijdens de uitdrijvingsfase, zoals beschreven in hoofdstuk twee. Belangrijk bij het voorkomen van rupturen en episiotomieën is het respecteren en beschermen van dit proces, wat tijd en geduld vraagt. De musculus puborectalis (een onderdeel van de grote levator ani spier) speelt een belangrijke rol bij het bepalen van de stabiliteit van het perineum door de juiste kracht en tonus van deze spier. Maar wat blijft er nog over van deze natuurlijke functie wanneer de spier wordt doorgesneden? Zo zal bij een episiotomie die te vroeg geplaatst wordt het roteren van het hoofd bemoeilijkt worden omdat het niet meer ondersteund wordt door de bekkenbodemspieren (Bogaerts et al., 2009).

Verschillende onderzoeken besluiten dat er momenteel geen duidelijke evidentie is om een episiotomie routinematig uit te voeren. Een episiotomie dient enkel gereserveerd te worden voor bevallingen die dringend moeten beëindigd worden omwille van foetale indicaties (Bogaerts et al., 2009; Walsh, 2007).

3.1.6 Instrumentele verlossing

Wat – waarom?

Instrumentele verlossing wordt door de NVOG (2005) gedefinieerd als het uitoefenen van trekkracht op het foetale caput door middel van forceps (verlostang) of vacuümapparaat. Hiervoor zijn er drie algemeen erkende medische indicaties:

- vermoeden van foetale lijden,
- niet-vorderende uitdrijving,
- en maternale onvermogen om krachtig te persen.

Gevolgen van instrumentele verlossing voor de fysiologie

Er is aangetoond dat het uitvoeren van instrumentele verlossing gepaard gaat met een verhoogde kans op geboortetrauma's bij het kind, zoals hersenbloedingen, nervus facialis laesie, plexus brachialis laesie, convulsies,... Deze trauma's zijn het gevolg van het uitoefenen van een te sterke trekkracht op het foetale caput. Ook de moeder heeft een verhoogde kans op geassocieerde problematiek, zoals bijvoorbeeld bekkenbodemschade (NVOG, 2005).

Een instrumentele verlossing gaat vaak gepaard met het plaatsen van een episiotomie, daar dit wordt aangeraden (NVOG, 2005). In dat geval kunnen alle bovenvernoemde gevolgen van episiotomie voor de fysiologie ook als gevolgen van instrumentele verlossing worden gezien. Ook wordt fundusdruk vaak gebruikt als ondersteunde factor bij instrumentele verlossing (Pluymaekens, 2008) waardoor ook de gevolgen van fundusdruk voor de fysiologie vaak overeen kunnen komen met de gevolgen van instrumentele verlossing.

Concluderend kan gesteld worden dat het uitvoeren van een instrumentele verlossing wordt ontraden wanneer er daartoe geen medische indicatie is, welke reeds eerder werden vermeld (NVOG, 2005).

3.1.7 Sectio

Wat – waarom?

Sectio of keizersnede is een operatieve ingreep waarbij de geboorte van het kind en de placenta wordt mogelijk gemaakt via een chirurgische incisie in de buikwand en de uterus (Van Everdingen et al., 2006). De redenen waarom men een sectio uitvoert in plaats van een normale vaginale bevalling zijn bijvoorbeeld hypertensieve aandoeningen zoals (pre-)eclampsie, foetale nood, niet vorderende arbeid, malpresentaties zoals stuitligging of schouderligging, navelstrengprolaps, antepartum bloedingen zoals abruptio placenta of placenta praevia,... (Meakin, 2004). In deze pathologische gevallen kan een sectio de maternale en foetale mortaliteit en morbiditeit doen dalen (Waldenström, 2007).

Het is opmerkelijk dat het sectiopercentage op verschillende plaatsen in de wereld lijkt te stijgen (Buckley, 2004; Meakin, 2004; NVOG, 2011; Waldenström, 2007). Zijn er dan in de laatste jaren plots zoveel meer medische indicaties om over te gaan tot een sectio? Of liggen er andere redenen aan de grondslag van deze stijging? Volgens Buckley (2004) is er een geloof dat sectio een veilige, en misschien zelfs veiligere weg is om onze baby's te laten geboren worden, alhoewel er geen bewijs is die deze denkwijze ondersteunt. Integendeel, de geboorte van het kind via een sectio brengt heel wat risico's met zich mee.

Gevolgen van sectio voor de fysiologie

Elke chirurgische ingreep brengt risico's met zich mee. Zo stijgt de kans op trombo-embolische aandoeningen (Goer et al., 2007; Meakin, 2004; National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2004; Waldenström, 2007), infectiegevaar (Goer et al., 2007; NVOG, 2011), langere hospitalisatie (Goer et al., 2007; Meakin, 2004; Mortier et al., 2006) en ook verhoogde maternale sterfte (Buckley, 2004; Goer et al., 2007; NICE, 2004).

Een sectio heeft naast de risico's gerelateerd aan elke chirurgische ingreep ook nog specifieke gevolgen doordat men een incisie in de baarmoeder maakt. Hierdoor ontstaat er een verhoogd risico op bloedingen en meer ernstige en langer durende pijn (Goer et al., 2007; Walsh, 2007). Ook heeft een sectio nadelige gevolgen voor volgende zwangerschappen, zoals meer kans op ectopische zwangerschappen, placentaire afwijkingen zoals placenta praevia en zelfs uterusrupturen (Buckley, 2004; Goer et al., 2007; NICE, 2004).

Een sectio brengt ook nadelige gevolgen voor de baby met zich mee. Net zoals bij epidurale verdovingen worden belangrijke geboortehormonen zoals catecholaminen verhinderd in hun natuurlijke productie omdat ook bij sectio de vrouw verdoofd wordt. Dit kan voor de foetus aanpassingsmoeilijkheden tot gevolg hebben op cardiaal, respiratoir, metabool en thermaal vlak (Buckley, 2004), zoals beschreven werd bij de 'gevolgen van epidurale verdoving voor de fysiologie'. Studies toonden aan dat baby's geboren na een sectio significant meer risico hadden op respiratoire complicaties (Goer et al., 2007; NICE, 2004).

Na de sectio zijn moeder en kind vaak gescheiden waardoor borstvoeding meestal wordt uitgesteld. Echter, onderzoek heeft bewezen dat vroeg en frequent zuigen de melkproductie en de duur van de borstvoeding gunstig beïnvloedt. De meeste studies tonen dan ook significant minder succesvolle borstvoedingen na een sectio (Buckley, 2007; Goer et al., 2007).

Concluderend kan gesteld worden dat de sectio een chirurgische ingreep is die in sommige pathologische gevallen het leven van moeder en kind kan redden. Echter, ondanks de sterke stijging van het percentage sectio's zijn er geen aanwijzingen voor algemene verbetering in maternale en neonatale uitkomsten. Integendeel, sectio brengt heel wat maternale en neonatale morbiditeit met zich mee (Meakin, 2004; NVOG, 2011).

3.2 Cascade van interventies

Zoals blijkt uit voorafgaande besprekingen omtrent medische interventies binnen het obstetrisch domein leidt de ene interventie vaak tot een andere. Dit gebeuren kan omschreven worden als 'cascade van interventies'. Zo zal bijvoorbeeld een ingeleide bevalling de deur openzetten voor epidurale pijnstilling, met als gevolg meer kans op een instrumentele verlossing (Stroecken, 2000).

Naar aanleiding van de meest voorkomende medische interventies in het geboorteproces werd er een schema opgesteld omtrent de cascade van interventies. Dit schema is terug te vinden onder 'Bijlage 2'.

3.3 Besluit: gevolgen van de medicalisering

Mogelijkheden in de zich steeds ontwikkelende medische technologie hebben de laatste decennia geleid tot een stijging van obstetrische interventies. De bijzondere voorzieningen die het natuurlijke geboorteproces omvatten, lijken vervangen door een verloskundig beleid dat routinematig het fysiologische geboorteproces onderbreekt. Dit gaat echter gepaard met het risico op complicaties voor moeder en kind. Ook resulteert dit in een ongelooft dat de vrouw beschikt over haar eigen bekwaamheden om te bevallen zonder technologische interventies (Romano & Lothian, 2008).

Lijken we dan te vergeten dat zwangerschap en geboorte normale levensprocessen zijn? Nochtans leert de fysiologie ons dat de moeder in staat is om te bevallen en de baby bekwaam is om geboren te worden. Deze natuurlijke processen mogen niet verstoord worden wanneer hiertoe geen medische indicatie is. Medische technologie binnen het obstetrische domein zou dan ook enkel en alleen plaats mogen vinden na duidelijke indicatiestelling. Het verloskundig systeem zou moeten gebaseerd zijn op de volgende principes:

- Men mag geen schade toebrengen aan moeder en kind.
- Men mag de vrouw haar autonome keuze niet beperken, tenzij gebaseerd op gegronde feiten.
- Men mag niet tussenkomen in natuurlijke processen, tenzij gebaseerd op gegronde feiten.
- Het medisch ingrijpen moet gebaseerd zijn op wetenschappelijke bewijzen.
- Interventies moeten steeds gebeuren in het voordeel van moeder en kind, niet in het voordeel van de zorgverstreker of de instelling.

In praktijk zien we echter dat de verloskundige zorg voornamelijk georganiseerd wordt rond het concept risico in plaats van normaliteit (Bogaerts et al., 2009). Daarom is het zo belangrijk dat elke zorgverstreker binnen het verloskundig domein op de hoogte is van de fysiologie van het geboorteproces (zoals beschreven in het tweede hoofdstuk) en hier respect voor toont. Elke tussenkomst zonder indicatie moet dan ook vermeden worden omdat de medische interventies grote gevolgen hebben voor de fysiologie (zoals beschreven in dit derde hoofdstuk). Om een overzicht te creëren van de gevolgen van alle voorafgaand besproken interventies, werd een samenvattende tabel gemaakt die terug te vinden is onder 'Bijlage 3'.

4 Natuurlijk bevallen in Vlaanderen

4.1 Wie wil er nog natuurlijk bevallen?

Wie wil er nog natuurlijk bevallen? Dit lijkt vandaag de dag een boeiende vraag, want de hedendaagse verloskunde lijkt zich te kenmerken door medische interventies die de geboorte van het kind veiliger, sneller en gemakkelijker maken. Iets wat we allemaal willen, toch? Of niet? Om deze vraag te kunnen beantwoorden, moeten we te weten komen wat de vrouw zelf denkt over de natuurlijke bevalling, wat haar wensen hieromtrent zijn, en door welke factoren haar geboortewens kan beïnvloed worden.

In de Verenigde Staten omschrijft Boyd (2006) de misplaatste angst van vrouwen voor de bevalling. Ze stelt dat moeders zullen toestemmen met een inductie na de verwachte bevallingsdatum omdat hun bezorgdheid omtrent het idee dat hun baby zou kunnen sterven groter zou zijn dan hun bezorgdheid omtrent de mogelijke risico's die gepaard gaan met een inductie. Ook zou de angst voor de ondraaglijke pijn van de arbeid de bovenhand nemen op de angst voor de neveneffecten van epidurale verdoving, waardoor ze zich geen zorgen maken over de mogelijke risico's.

Als de vraag 'wie wil er nog natuurlijk bevallen?' in een sociocultureel perspectief wordt geplaatst, is het belangrijk rekening te houden met de evolutie van de technologie in de maatschappij. De moeders die momenteel bevallen, zijn zelf geboren in een tijdperk waar de technologie reeds sterk ontwikkeld is en zich steeds verder exposeert. Deze generatie is dus gewend aan technologie en voelt zich hier ook comfortabel bij. Een gemedicaliseerde arbeid en bevalling kan dan worden gezien als sneller en efficiënter, en is in hun ogen dan ook geen negatief concept (Zwelling, 2008).

Ook de media kan een grote rol spelen in het beeld dat de vrouw heeft over haar zwangerschap en bevalling. Wanneer rolmodellen in geuren en kleuren vertellen over hun epidurale verdoving of hun electieve sectio, is het voor de vrouw moeilijk om nog voldoende zelfvertrouwen te hebben om tegen deze attitude in te gaan en te geloven in haar persoonlijke kracht om te bevallen zonder technische hulpmiddelen (Boyd, 2006; Zwelling, 2008).

Daarnaast lijken ook zorgverleners een invloed te kunnen uitoefenen op het idee dat vrouwen kunnen hebben over een natuurlijke geboorte. Zo beschrijft Lothian (2006b) de tendens van aanmoediging door artsen om de bevalling in te leiden. Aan vrouwen wordt gezegd dat hun baby te groot wordt, of dat de bloeddruk wat te hoog is, of dat over tijd gaan gevaarlijk kan zijn,... In zulke situaties is het angstaanjagend voor de zwangere vrouw om de arts zoiets te horen zeggen en lijkt het niet meer moeilijk om de vrouw te overtuigen dat de baby 'klaar' is om geboren te worden en haar te laten instemmen met een inductie. Echter, zwangere vrouwen krijgen niet altijd de volledige informatie te horen die vereist is om een geïnformeerde beslissing te maken. Wanneer er mogelijk sprake is van inductie, zouden vrouwen ook altijd geïnformeerd moeten worden over de voordelen van het afwachten van een spontane arbeid, waarbij men vertelt hoe een inductie het natuurlijke proces van arbeid en bevalling wijzigt en wat de mogelijke gevolgen hiervan zijn.

Vervolgens lijkt ook electieve sectio op vraag van de moeder frequenter voor te komen. Deze vraag van de 'consument' wordt bepaald door factoren zoals het ongeduld om de zwangerschap uit te dragen, de mogelijkheid om de dag van de bevalling te plannen en hier zo een groter gevoel van controle op te hebben, angst voor de arbeid, het geloof dat sectio gemakkelijker en minder pijnlijk is,... Dit voorbeeld, alsook de vooraf genoemde voorbeelden betreffende epidurale verdoving en inductie, toont aan dat de vraag naar een gemedicaliseerde geboorte vaak het resultaat is van angst. Vrouwen lijken weinig vertrouwen te hebben in de mogelijkheden van hun eigen lichaam om spontaan in arbeid te gaan, om deze arbeid aan te kunnen en om te bevallen (Zwelling, 2008).

De afgelopen jaren werden er opiniepeilingen uitgevoerd bij zwangere vrouwen over het verloop van hun bevalling. Hierbij onderzocht men de houding van de vrouwen ten opzichte van interventies tijdens arbeid en bevalling. Een eerste onderzoek (Impey, 1999) vond plaats in Engeland in 1998. Ook al is dit onderzoek minder recent, toch dienen interessante conclusies vermeld te worden. Aan bijna 400 zwangere vrouwen werd gevraagd om een vragenlijst met stellingen in te vullen. Men kon antwoorden met 'akkoord', 'niet akkoord', 'onverschillig', of 'ik weet het niet'. Uit dit onderzoek bleek dat 75,6% van de vrouwen een snelle arbeid zou willen, 78,9% wenste een zo pijnvrij mogelijke arbeid en 46,5% zou tijdens de arbeid voor epidurale verdoving willen kiezen. Concluderend stelt deze opiniepeiling dat de meeste vrouwen een korte arbeid verkiezen en dat ze weinig vooraf bepaalde vooroordelen hebben tegen interventies die deze wens helpen volbrengen.

Een ander onderzoek (Kringeland, Daltveit & Møller, 2010), gevoerd in de periode tussen 1999 en 2007 bij ongeveer 56.000 Noorse zwangere vrouwen, toonde echter andere bevindingen aan. In dit onderzoek werd gepolst naar de opinie omtrent de stelling 'Ik wil zo natuurlijk mogelijk bevallen, zonder pijnstilling of interventies'. Naast deze opiniepeiling had het onderzoek tot doel om de karakteristieken te omschrijven van vrouwen met een wens om zo natuurlijk mogelijk te bevallen. Het resultaat van deze bevraging ziet er als volgt uit: met de vooraf genoemde stelling was 29% volledig akkoord, 23% akkoord, 20% enigszins akkoord, 8% enigszins niet akkoord, 11% niet akkoord en 8% volledig niet akkoord. Samenvattend zou 72% van de zwangere vrouwen akkoord gaan met de wens om zo natuurlijk mogelijk te bevallen. Factoren die met deze wens geassocieerd kunnen worden zijn bijvoorbeeld positieve ervaringen van een vorige bevalling, uitkijken naar de komst van het kind en geen angst om te bevallen.

Beide opiniepeilingen lijken elkaar tegen te spreken. In het ene onderzoek komt naar voor dat de meerderheid van de vrouwen een snelle en zo pijnvrij mogelijke arbeid wil, en hierbij geen bezwaar hebben tegen interventies die deze wens helpen volbrengen. Het andere onderzoek daarentegen concludeert dat de meerderheid van de vrouwen een zo natuurlijk mogelijke bevalling betracht zonder pijnstilling en interventies. Deze tegenstelling brengt ons opnieuw naar de prangende vraag: wie wil er nu eigenlijk nog natuurlijk bevallen?

In Vlaanderen lijkt er nog geen onderzoek gebeurd te zijn naar een antwoord op deze vraag. Hoe denkt de vrouw vandaag de dag over het concept 'natuurlijk bevallen'? Is ze zich bewust over de mogelijkheden rond het hele gebeuren van arbeid en bevalling, met aan de ene kant de kracht van de fysiologie, en aan de andere kant de gevolgen van medische interventies? Is er de laatste jaren een trend te merken in Vlaanderen over de wens om natuurlijk te bevallen? Is er een stijging of

eerder een daling? Veel vragen kunnen gesteld worden, waar echter weinig of geen antwoorden op terug te vinden zijn in de wetenschappelijke literatuur. Nochtans zouden de antwoorden op deze vragen uiterst relevant zijn voor de vroedvrouw! Als een vrouw de wens heeft om natuurlijk te bevallen, hoe wordt er dan het best gehandeld om optimaal te proberen voldoen aan deze wens? Maar ook in het andere geval is het goed om te weten dat een vrouw niet natuurlijk wil bevallen. In een dergelijke situatie is het belangrijk te achterhalen waarom de vrouw zo denkt, hoe ze geïnformeerd is over de fysiologie versus medicalisering van het geboorteproces, en waar de vroedvrouw eventueel extra informatie kan geven die eerder nog niet gegeven was. Zo kan de vroedvrouw bijdragen in haar rol opgedragen door het Belgisch beroepsprofiel: de vroedvrouw als bewaker van de fysiologie.

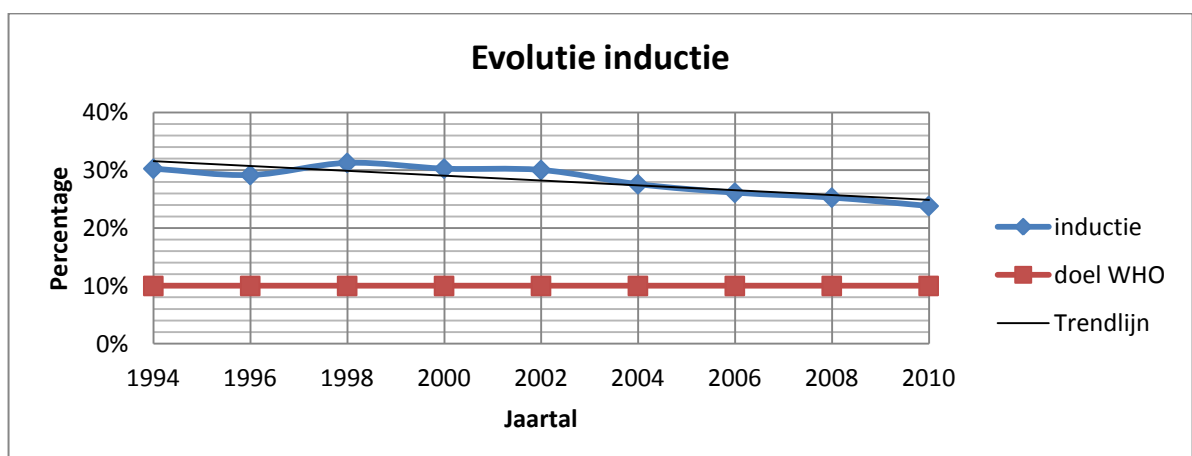
Uit al deze beschouwingen blijkt dat er nog veel onduidelijkheden zijn betreffende het antwoord op de vraag wie er nog natuurlijk wil bevallen. Om deze reden, alsook om het feit dat deze vraag zo relevant is voor de vroedvrouw, wordt dit item meegenomen naar het praktijkdeel van deze bachelorproef. Via een bevraging van vroedvrouwen wordt nagegaan of men een trend merkt in het aantal vrouwen dat bewust natuurlijk wenst te bevallen.

4.2 Cijfermateriaal medische interventies in Vlaanderen

4.2.1 Inductie van de baring

In 2010 werd in Vlaanderen bijna één op de vier zwangeren geïnduceerd, namelijk 23,8% om precies te zijn. De spreiding naargelang de kraamkliniek varieert van 12,9% tot 35,5% (SPE, 2011).

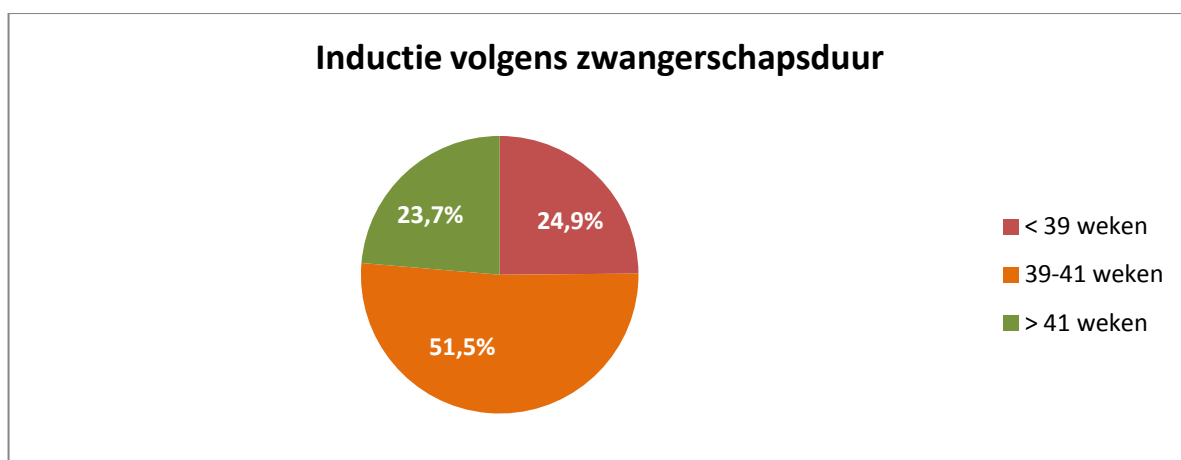
Als we dit vergelijken met de cijfers van de afgelopen jaren, kunnen we een daling merken. Begin de jaren negentig werd inductie uitgevoerd bij quasi één op de drie zwangeren. Dit percentage bleef gedurende ongeveer tien jaar rond de 30% hangen, en vanaf 2004 begon dit stilaan maar opmerkelijk te dalen. Vanaf dan verminderde het aantal inducties alsmaar als gevolg van het terugschroeven van de 'veel-induceerders'. Zo zette in 2001 de kraamkliniek die het meest induceerde een percentage van maar liefst 46,7% neer (SPE, 2005). Dit percentage kunnen we nu, bijna tien jaar later, met meer dan 10% minderen (SPE, 2011).



Grafiek 1: Evolutie inductie 1994-2010 (SPE)

Het feit dat er vandaag ongeveer een kwart minder vrouwen geïnduceerd worden in vergelijking met tien jaar geleden is een positieve zaak. Toch blijft dit veel (SPE, 2011), zeker wanneer men weet dat de WHO een inductiepercentage van 10% of minder als doel stelt (Goer et al., 2007).

Als we de inductie in verband brengen met de zwangerschapsduur, komen er opmerkelijke bevindingen uit de bus. Van alle geïnduceerde vrouwen in Vlaanderen in 2010 werd 24,9% geïnduceerd vóór de zwangerschapsduur van 39 weken en 23,7% na de zwangerschapsduur van 41 weken. De rest, namelijk 51,5%, werd geïnduceerd tussen de periode van 39 en 41 zwangerschapsweken (E. Martens (SPE), persoonlijke communicatie, 28 november, 2011). Als we de recente KCE-aanbevelingen bekijken, zien we dat het induceren vóór 39 weken wordt afgeraden (KCE, 2011). Echter, in praktijk werd bijna één op vier van alle geïnduceerde vrouwen ingeleid binnen deze termijn.



Grafiek 2: Inductie volgens zwangerschapsduur (SPE)

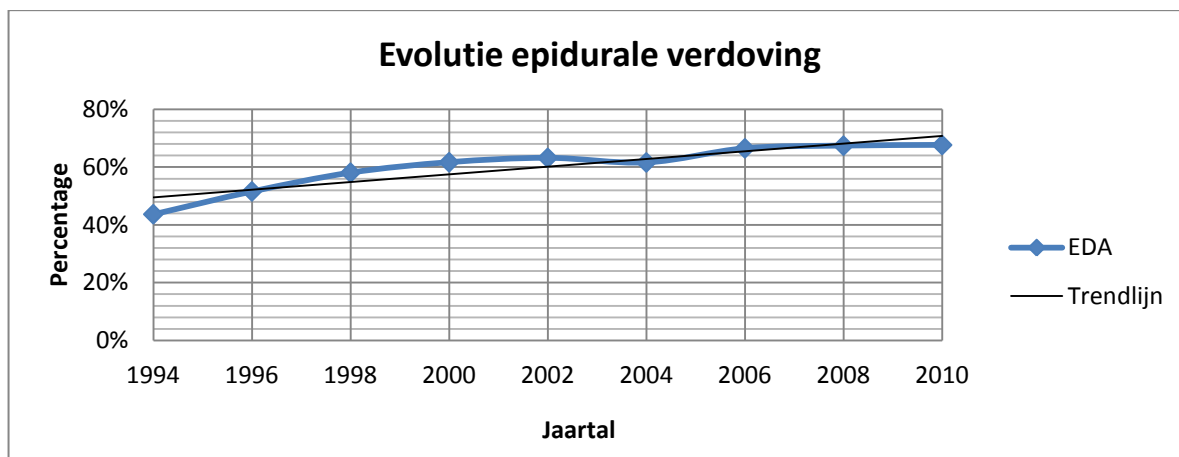
4.2.2 Epidurale anesthesie

Vandaag de dag is epidurale anesthesie populairder dan ooit tevoren. Het is te verkrijgen in alle Vlaamse kraamklinieken. In 2010 maakten 67,7% van de zwangere vrouwen gebruik van de epidurale anesthesie. Naargelang de kraamklinieken is er een ruime spreiding te merken, namelijk van 25,2% tot 84,0% (SPE, 2011). Wel dient vermeld te worden dat het percentage 67,7% het resultaat is van alle toegediende epidurale verdovingen. Hierbij zijn dus ook alle vrouwen in rekening gebracht die epidurale analgesie ondergingen omwille van sectio. Het SPE geeft in zijn jaarrapporten een onderscheid weer in percentage epidurale naargelang de wijze van de verlossing. Voor 2010 zagen deze percentages er als volgt uit:

- primipara met vaginale verlossing: 73,0%,
- multipara met vaginale verlossing: 52,8%,
- primaire sectio: 92,0%,
- en secundaire sectio: 91,5% (SPE, 2011).

Vergeleken met voorafgaande jaren blijft het percentage van epidurale anesthesie steeds stijgen. Wetende dat men in 1991 koos voor epidurale verdoving in 32% van de gevallen, is de vraag naar deze verdoving in twintig jaar tijd meer dan verdubbeld. Deze forse toename is enerzijds te wijten

aan het stijgend gebruik van epidurale anesthesie bij sectio, maar anderzijds ook door frequentere toepassing bij de vaginale partus. Ook dient vermeld te worden dat de mogelijkheid tot het verkrijgen van een epidurale verdoving sterk geëvolueerd is. Begin de jaren negentig beschikten niet alle kraamklinieken over de service om 24u op 24u een epidurale te verkrijgen, vandaag is dit anders (SPE, 2011).



Grafiek 3: Evolutie epidurale verdoving 1994-2010 (SPE)

4.2.3 Gedirigeerd persen

Het SPE verzamelt geen cijfermateriaal over het voorkomen van gedirigeerd persen.

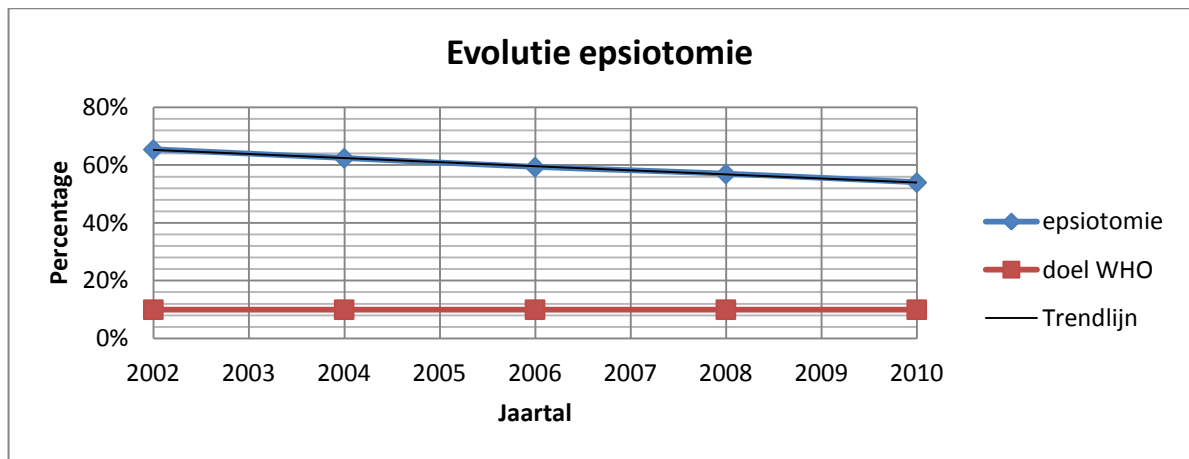
4.2.4 Fundusdruk

Het SPE verzamelt geen cijfermateriaal over het voorkomen van fundusdruk.

4.2.5 Episiotomie

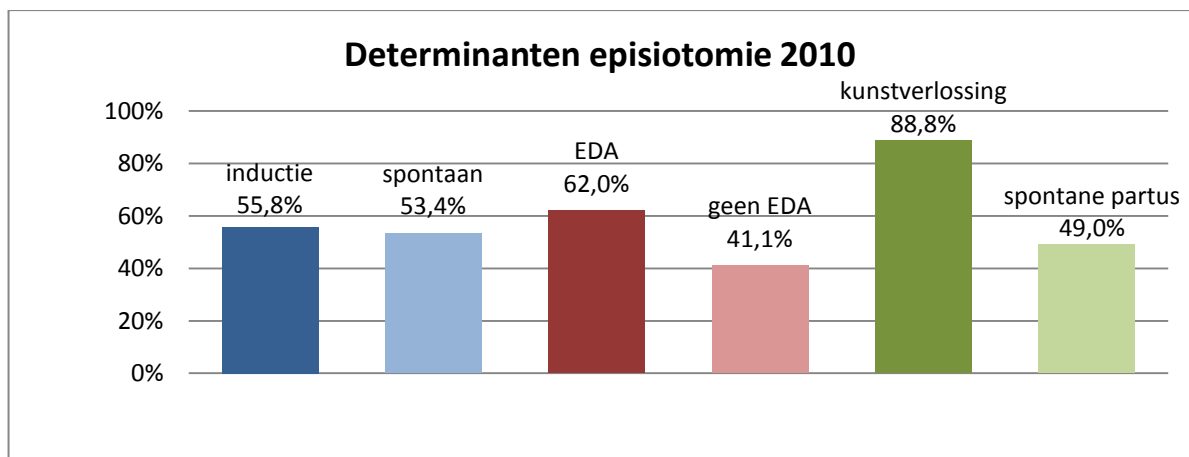
In de Vlaamse verloskamer wordt meer wel dan niet geknipt. In 2010 bedroeg het percentage 54,0% (SPE, 2011). Hoewel dit nog steeds hoog is, ziet men jaar na jaar een daling en deze teruglopende trend lijkt zich door te zetten. In 2001 registreerde het SPE voor het eerst het aantal episiotomieën. Toen beviel 68,2% van de vrouwen met een episiotomie. In de afgelopen tien jaar werd deze medische interventie dus gereduceerd met één vijfde (SPE, 2011).

Ook hier stelt de WHO een episiotomiepercentage van 10% als haalbaar streefdoel (WHO, 1994). Volgens Goer et al. (2007) zou men het episiotomiepercentage moeten reduceren tot 20%. In Vlaanderen lijken deze streefdoelen echter nog ver weg.



Grafiek 4: Evolutie episiotomie 2002-2010 (SPE)

De SPE-cijfers (2011) tonen ook aan dat er een aantal determinanten zijn die het uitvoeren van een episiotomie in de hand werken. Deze determinanten zijn andere medische interventies welke de aanwezigheid aantonen van de cascade van interventies zoals besproken in het derde hoofdstuk 'medische interventies in het geboorteproces'. Zo heeft een vrouw wiens arbeid geïnduceerd werd iets meer kans op een episiotomie dan een vrouw die spontaan in arbeid kwam (percentages voor 2010: 55,8% respectievelijk 53,4%, dus ongeveer 5% meer kans). Ook het gebruik van epidurale anesthesie speelt een rol want hierdoor heeft men de helft meer kans op een episiotomie dan een vrouw die zonder epidurale bevalt (percentages voor 2010: 62% respectievelijk 41,1%, dus ongeveer 50% meer kans). Hiernaast zal ook de kunstverlossing een invloed kunnen uitoefenen op het percentage episiotomieën. Een vrouw die een kunstverlossing ondergaat, zal veel meer kans hebben op het uitvoeren van een episiotomie in vergelijking met iemand die spontaan bevalt (percentages voor 2010: 88,8% respectievelijk 49%, dus ongeveer 80% meer kans).

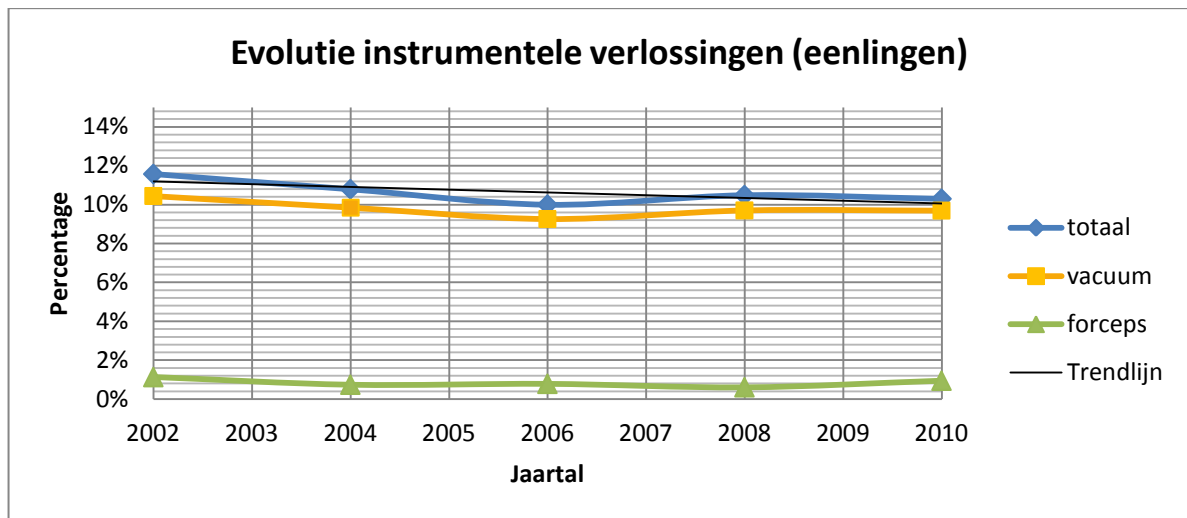


Grafiek 5: Determinanten episiotomie 2010 (SPE)

4.2.6 Instrumentele verlossing

In 2010 werd ongeveer één op de tien vrouwen (10,3%) instrumenteel verlost, waarvan 9,7% met behulp van de ventouse en 0,6% met behulp van de verlostang (SPE, 2011). Deze percentages zijn berekend op het aantal eenlingen, de meerlingengeboorten werden hier uitgesloten. De reden hiervoor is het feit dat meerlingen voornamelijk via sectio geboren worden, dus een vertekende invloed zouden hebben op percentages betreffende de wijze van de vaginale geboorte.

Als we terug in de tijd kijken, kunnen we een lichte daling merken van het aantal instrumentele verlossingen. Zo werd in 2002 in Vlaanderen 11,5% van de eenlingen instrumenteel verlost (SPE, 2003). Volgens het SPE (2011) is de dalende trend van de afgelopen jaren tot stilstand gebracht in 2007, vanaf dan stagneerde het aantal instrumentele verlossingen.

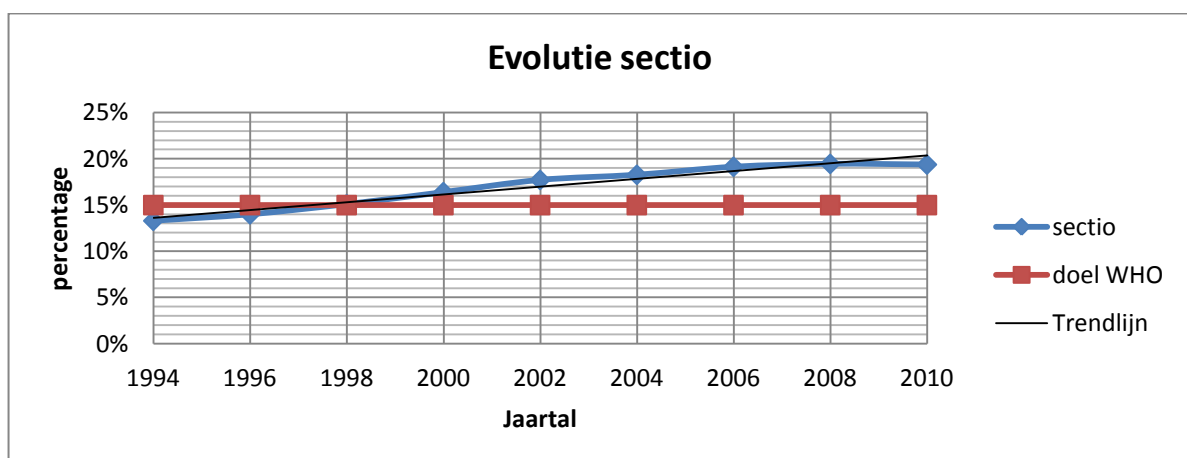


Grafiek 6: Evolutie instrumentele verlossingen (eenlingen) 2002-2010 (SPE)

4.2.7 Sectio

Van alle vrouwen die bevielden in 2010 van een eenling ondergingen 18,8% een sectio. In geval van een meerling werd in 55,8% van de gevallen een sectio uitgevoerd. Het globale sectiopercentage in 2010 bedroeg 19,4%. Naargelang de kraamklinieken is er een spreiding te merken van 12,6% tot 28,3% (SPE, 2011).

Wetende dat in 1991 de globale sectiofrequentie 10,9% bedroeg (SPE, 2010), is het sectiopercentage de laatste 20 jaar met bijna 80% toegenomen, 50% toename bij de primaire sectio en 40% toename bij de secundaire sectio. Met 19,4% zit Vlaanderen boven het WHO sectiopercentage van 15% (Waldenström, 2007).



Grafiek 7: Evolutie sectio 1994-2010 (SPE)

Hoe komt het dat vandaag de dag de drempel om te snijden zoveel lager lijkt te liggen? Enerzijds gaat men sneller over tot sectio in hoog risico situaties zoals bij stuitligging en meerlingen. Dit valt te begrijpen want in deze abnormale verloskundige situaties heb je meer kans op risico's voor de baby. Maar anderzijds ziet men deze drempelverlaging ook in laag risico situaties want ook hier neemt het aantal sectio's steeds toe (SPE, 2005).

De meest geregistreerde medische indicaties om over te gaan tot een sectio zijn liggingsafwijkingen, repeat-sectio en dystocie. Bij vrouwen met sectio in de anamnese beviel in 2010 één op de drie vaginaal. Indien vrouwen met een littekenuterus de kans krijgen vaginaal te bevallen via een proefarbeid, zal 72% van hen effectief vaginaal bevallen (SPE, 2011).

4.3 Besluit: medicalisering van de bevalling in Vlaanderen

Samenvattend kan de evolutie van de medische interventies in Vlaanderen in het afgelopen decennium als volgt worden voorgesteld:

Tabel 3: Overzicht evolutie medische interventies in Vlaanderen (SPE, 2003; SPE, 2011)

MEDISCHE INTERVENTIE	2002 (%)	2010 (%)	TREND
inductie	30,1	23,8	↓
epidurale verdoving	63,2	67,7	↑
episiotomie	65,4	54,0	↓
instrumentele verlossing	11,5	10,3	↓
sectio	17,7	19,4	↑

Om een overzicht te scheppen in al het gebruikte cijfermateriaal werd een tabel samengesteld op basis van SPE-cijfers van het laatste decennium. Deze tabel is terug te vinden onder 'Bijlage 4'.

Bevallen in Vlaanderen lijkt een gebeuren te zijn met veel medische interventies. Wat is er eigenlijk nog terug te vinden van de pure fysiologie? Volgens het SPE (2009) bevalt slechts 6% van de eerstbarendende zwangere vrouwen zonder inductie, zonder epidurale verdoving, zonder episiotomie, zonder kunstverlossing en zonder sectio. En dan is er nog niet gesproken over de gevallen zonder gedirigeerd persen en zonder fundusdruk, twee medische interventies die soms op de achtergrond lijken te worden geschoven daar SPE er geen cijfermateriaal over verzamelt, maar die toch ook grote gevolgen lijken te hebben voor de fysiologie, zoals besproken in het derde hoofdstuk.

5 Wat kan de vroedvrouw doen om te streven naar een natuurlijke bevalling?

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van zaken die de vroedvrouw kan hanteren om de natuurlijke bevalling zo veel mogelijk kansen te geven. In de wetenschappelijke literatuur zijn hieromtrent talrijke publicaties te vinden. Deze worden samengevat in negen onderwerpen waarbij belangrijke accenten kort worden besproken:

- handelen volgens de evidence-based practice,
- het koppel correct en volledig informeren,
- samen met het koppel een geboorteplan opstellen,
- zorgen voor optimale omgevingsfactoren,
- de vrouw helpen om goed met de pijn om te gaan,
- continue begeleiding aanbieden,
- houdingen en beweging voorstellen,
- de visie van het koppel beïnvloeden door een persoonlijke positieve visie te ontwikkelen,
- en geduldig zijn.

5.2 Handelen volgens de evidence-based practice

5.2.1 Wat is evidence-based practice en wat betekent dit voor de vroedvrouw?

Binnen het domein van de vroedvrouw is 'evidence-based practice' een essentieel begrip (Sihwa & Roth, 2004) waar men sterk de nadruk op legt (van Tuyl & Zwart, 2004). Maar wat betekent deze term precies? Evidence-based practice kan gedefinieerd worden als het gewetensvolle, nauwkeurige en verstandige gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal om hiermee beslissingen te nemen over de zorg van de individuele patiënt (Sackett, geciteerd in King, 2005). Walsh (2007) vermeldt een meer simplistische verklaring van het begrip, namelijk "het juiste doen, op de juiste manier, op het juiste moment en met de juiste patiënt".

Volgens Sackett's definitie moet men gebruik maken van 'het huidige beste bewijsmateriaal' om evidence-based te kunnen handelen. In eerste instantie is het woord 'huidig' heel belangrijk. Zo zijn er binnen het obstetrische gebied veel routinehandelingen ingeburgerd geraakt voordat ze door wetenschappelijk onderzoek geëvalueerd werden. Later werden goed gecontroleerde onderzoeken gevoerd naar veiligheid en effectiviteit, waardoor sommige routinehandelingen ineffectief werden bevonden en zelfs bleek dat ze grote risico's tot gevolg hebben. Voorbeelden van zulke handelingen die ter discussie staan zijn de lithomie-houding tijdens de baring, het plaatsen van een episiotomie,... (van Tuyl & Zwart, 2004). Doordat de technologie steeds verandert en men steeds verder wetenschappelijk onderzoek voert, wijzigt de kennis heel snel. De zoektocht naar het beste bewijs is een continu proces (Sihwa & Roth, 2004). Wat vroeger routine was, kan vandaag gezien worden als schadelijk. Daarom is het belangrijk binnen de evidence-based practice om zich steeds te baseren op de meest recente bewijsvoering.

Ten tweede dient het begrip 'bewijsmateriaal' vernoemd te worden. Van waar komt dit bewijs? En hoe weet je dat dit het 'beste' is? Op het einde van de negentiende eeuw vond de ontwikkeling van 'The Cochrane Collaboration' plaats als antwoord op de uitdaging om verschillende actuele bewijsvoeringen te vergelijken (Johanson & Lucking, 2001). The Cochrane Collaboration is een "wereldwijd netwerk van klinische epidemiologen en klinici dat systematisch overzichtsonderzoek verricht op basis van beschikbare onderzoeksresultaten (randomized controlled trials³) en meta-analyses⁴ publiceert over de effecten van gezondheidsinterventies; doel is ondersteuning te bieden bij het nemen van geïnformeerde beslissingen over gezondheidszorg" (Van Everdingen et al., 2006). Dankzij 'The Cochrane Collaboration' kent de obstetrische zorg veel verbetering en vooruitgang (Johanson & Lucking, 2001). Hiernaast zijn er nog andere belangrijke organisaties die tot doel hebben de obstetrische zorg te verbeteren, zoals het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg (KCE) en de Coalition for Improving Maternity Services (CIMS). Deze worden later besproken.

Wat betekent die evidence-based practice nu precies binnen het domein van de vroedvrouw? Waldenström (2007) is er van overtuigd dat evidence-based practice het percentage van natuurlijke bevallingen zou doen stijgen. Ook Walsh (2007) deelt deze mening, volgens hem kan evidence-based practice ervoor zorgen dat de natuurlijke bevalling niet alleen terug mogelijk wordt, maar dat het ook wenselijk wordt voor de meerderheid van de vrouwen. Echter, de grootste uitdaging bestaat erin om de evidence te kunnen omzetten in de praktijk (Johanson & Lucking, 2001; Sihwa & Roth, 2004) want in werkelijkheid lijken veel evidence-based obstetric practices niet te worden gebruikt. Vroedvrouwen alsook andere zorgverleners hebben een cruciale rol in het aanbieden van zorgen gebaseerd op de beste kwaliteit. Hiervoor is toegang tot goede informatie en duidelijke richtlijnen noodzakelijk (Fauveau & de Bernis, 2006). In wat volgt worden twee voorbeelden besproken van zo'n richtlijnen.

5.2.2 Belangrijke organisaties

5.2.2.1 Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg

Zoals reeds eerder vermeld in het eerste hoofdstuk, publiceerde het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg (KCE) in 2010 de 'Richtlijn voor goede klinische praktijk bij laag risico bevalling – KCE reports 139A'. Dit rapport ontstond door de meest recente gegevens uit de wetenschappelijke literatuur naast elkaar te leggen en samen te vatten (KCE, 2010). Deze richtlijnen zijn voor de vroedvrouw van groot belang omdat het aanbevelingen bevat over normale bevallingen bij de gezonde zwangere vrouwen met een laag verloskundig risico (Timmers, 2011).

In het rapport zijn overzichten terug te vinden omtrent inductie, arbeid, pijn en uitdrijvingsfase. Omdat deze noemenswaardig zijn binnen deze bachelorproef, werden ze als bijlage toegevoegd, terug te vinden onder 'Bijlage 5'.

3 Randomized controlled trial is een "onderzoek waarbij het effect van een interventie wordt vergeleken met dat van een controle-interventie (...) [het] wordt beschouwd als de beste onderzoeksmethode om een hypothese met betrekking tot medische interventies te testen" (Van Everdingen et al., 2006).

4 Meta-analyse is een "systematische review waarbij de resultaten van een aantal vergelijkbare klinische studies worden gebundeld (gepooled) en herberekend; maakt het mogelijk om met een grotere betrouwbaarheid een uitspraak over het effect van een interventie of behandeling te doen" (Van Everdingen et al., 2006).

5.2.2.2 Coalition for Improving Maternity Services

Als antwoord op de steeds toenemende medicalisering van het geboorteproces, werd in Amerika in de jaren negentig de 'Coalition for Improving Maternity Services' (CIMS) opgericht. Hun doel bestaat er in de normale geboorte te promoten, beschermen en ondersteunen. Vanuit deze organisatie werd in 1996 het 'Mother Friendly Childbirth Initiative' gelanceerd die de 'Ten Steps of Mother-Friendly Care' publiceerde (Lothian, 2007). Deze publicatie is het resultaat van twee jaren studiewerk van de hedendaagse maternele zorg en is sterk evidence-based onderbouwd. Volgens Reyns (2009) kan dit werk de vroedvrouwen ondersteunen om hun opdracht als bewaker van de natuurlijke bevalling te kunnen vormgeven op basis van bewijsgestuurde informatie.

Omdat ook de 'Ten Steps of Mother-Friendly Care' zo relevant zijn voor de vroedvrouw, alsook voor deze bachelorproef, werd een samenvatting als bijlage toegevoegd. Het is terug te vinden onder 'Bijlage 6'.

5.3 Het koppel correct en volledig informeren

De Belgische Wet van 22 augustus 2002 beschrijft de rechten van de patiënt. Zo staat in artikel 7 van deze wet dat iedere zorgvrager recht heeft op alle informatie betreffende zijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan. Artikel 8 omschrijft het recht van de patiënt om geïnformeerd, voorafgaand en vrij toe te stemmen in elke tussenkomst van de zorgverlener (Decock et al., 2009). Het koppel correct en volledig informeren is niet alleen verplicht, maar wordt door de KCE-richtlijnen als één van de belangrijkste thema's gezien binnen de intrapartum zorg. De richtlijnen raden aan om alle vrouwen systematisch te informeren over de organisatie van de kraamkliniek, de verschillende stadia van de bevalling en de mogelijks toegepaste handelingen, het inleiden van de bevalling, de mogelijkheid tot het versnellen van de arbeid en pijnmanagement (KCE, 2010). Als het koppel correcte en volledige informatie krijgt, kan men beter een geïnformeerde keuze maken (Laureys, 2011; Reyns, 2011). Echter, vele auteurs en onderzoekers zijn het met elkaar eens dat het in praktijk dikwijls anders gebeurt. Zwangere vrouwen lijken vaak niet te beschikken over correcte en volledige informatie zodat ze niet in staat zijn om een goede, geïnformeerde keuze te maken (Lothian, 2006b; Simpson & Thorman, 2005; Zwelling, 2008).

Informatiedoorstroming naar het koppel is een patiëntenrecht waar in de praktijk vaak niet aan voldaan wordt. Een recente interventiestudie in het UZ Gent heeft nochtans aangetoond dat het gebruik van een informed consent een efficiënt middel kan zijn om te komen tot betere klinische praktijkvoering in de verloskunde. Dit onderzoek had betrekking op het voorkomen van geïnduceerde bevallingen. Men stelde een informed consent op welke gebruikt werd als een schriftelijke verklaring van zowel gynaecoloog als patiënt waarin men rapporteert dat er geen medische reden is tot inductie en dat beide partijen geïnformeerd zijn over mogelijke voordelen en risico's. Door onderzoek werd nagegaan of het invoeren van dit informed consent een effect had op het voorkomen van geïnduceerde bevallingen. In het UZ Gent kon het aantal inducties teruggeschroefd worden van 41,4% in 1994 naar 23,5% in 2003. Men kan concluderen dat het gebruik van dit informed consent een krachtig effect kan hebben en het aantal inducties sterk kan doen dalen (Mortier, Verstraelen & Temmerman, 2006).

Daar de vroedvrouw als taak heeft om informatie beschikbaar te stellen, kan ze via haar dagdagelijkse taken bijdragen aan een betere verloskundige praktijkvoering. De vroedvrouw zou alle risico's, voordelen en consequenties van behandelen en niet behandelen moeten bespreken, en hierbij de gangbare richtlijnen betrekken. Correcte en volledige informatie voorzien is een patiëntenrecht en een belangrijke taak van de vroedvrouw (Laureys, 2011).

5.4 Samen met het koppel een geboorteplan opstellen

Door het opstellen van een geboorteplan of geboortevoorkeuren kan het koppel reflecteren over de persoonlijke wensen en verwachtingen omtrent het verloop van de arbeid en bevalling. Op die manier kan men op een vlotte manier communiceren met de zorgverleners, bijvoorbeeld over het vermijden van onnodige medische interventies zoals epidurale verdoving, electieve inductie en sectio (Lothian, 2006a). Het gebruik van een geboorteplan blijkt doorheen de geschiedenis niet altijd even populair te zijn, ook zijn er zowel voor- als tegenstanders van het geboorteplan. Zo wordt het geboorteplan bekritiseerd doordat het zou leiden tot het creëren van onrealistische verwachtingen en doordat vrouwen hun wensen zouden kunnen botsen met gangbare protocollen in het ziekenhuis. Echter, volgens Nolan (2004) zou geen van deze kritieken van toepassing zijn wanneer het geboorteplan op voorhand doorgenomen wordt met een vroedvrouw, waarbij eventuele onwaarschijnlijkheden kunnen besproken en aangepast worden. Een geboorteplan zou daarom een goede strategie zijn om de zorgverleners op een snelle manier te doen begrijpen wat belangrijk is voor het koppel. Ook de volgende uitspraak van Nolan wijst op het belang van een geboorteplan en de rol dat het zou kunnen spelen in de hedendaagse verloskundige zorgverlening:

“Als een groot deel van de vrouwen neerschrijft dat ze zonder pijnstilling willen bevallen, zou dit dan als onrealistisch moeten beschouwd worden daar 70% van de primipara's bevalt met epidurale verdoving? Of is dit een uitdaging om betere ondersteuning tijdens de arbeid aan te bieden?”

5.5 Zorgen voor optimale omgevingsfactoren

Michel Odent benadrukt het belang van de omgevingsfactoren tijdens de arbeid en bevalling, en baseert zich hierbij op de werking van onze hersenen (Buckley, 2004; Laureys, 2011; van Tuyl & Zwart, 2004). Er bestaan twee grote hersenstructuren, enerzijds de neocortex of de nieuwe hersenen, en anderzijds de paleocortex of de primitieve hersenen. Het geboorteprocés wordt gestuurd vanuit de paleocortex (Buckley, 2004; Laureys, 2011). Deze hersenstructuur staat in voor de afscheiding van belangrijke baringshormonen die de vrouw bij een ongestoorde geboorte in extase kunnen brengen, waardoor ze een soort gedaanteverandering kan ondergaan. Deze verandering geeft de vrouw innerlijke, instinctieve en fysieke krachten welke haar in staat stellen een ongestoorde, natuurlijke geboorte te kunnen volbrengen (Buckley, 2004).

De werking van beide hersenstructuren staat niet los van elkaar want de paleocortex staat onder controle van de neocortex. De neocortex wordt beïnvloed door omgevingsfactoren zoals licht en geluid. Een te sterke prikkeling van de neocortex zal de werking van de paleocortex onderdrukken

waardoor er minder geboortehormonen geproduceerd worden en de ontsluiting, indaling en baring kan verhinderd worden (Laureys, 2011; van Tuyl & Zwart, 2004). Om de geboorte optimaal en zo natuurlijk mogelijk te laten verlopen, is het dus belangrijk dat de paleocortex voorrang krijgt op de neocortex (Buckley, 2004).

De neocortex kan uitgeschakeld worden door een bepaalde omgeving te creëren. Eerst en vooral moet de vrouw zich vertrouwd kunnen voelen met de omgeving. In het ziekenhuis kan hier rekening mee gehouden worden door bijvoorbeeld het koppel rond te leiden op de verlosafdeling, hen voor te stellen persoonlijke spullen mee te nemen zoals muziek, kleren, prettige geuren, foto's,... Ook door rekening te houden met privacy, comfort en intimiteit kan men de omgeving een meer vertrouwelijke toets geven. Naast het creëren van een vertrouwde plek speelt ook het gevoel van vrijheid een belangrijke rol. Hier kan naar gestreefd worden door de vrouw aan te moedigen haar gevoelens, emoties en angsten te uiten, haar de vrijheid te geven om onbelemmerd te bewegen, houdingen aan te nemen, te zuchten, te kreunen,... Voorts is het dimmen van licht en geluid een belangrijke factor. Fel wit licht geeft een gevoel van kilte en maakt de bevallingsruimte tot een operatiekamer. Schermerlicht en gesloten gordijnen kunnen daarentegen voor een intieme en rustige sfeer zorgen. Ook het vermijden van storende geluiden zoals voetstappen, luide stem, slaande deuren,... kan hiertoe bijdragen (Laureys, 2011; van Tuyl & Zwart, 2004).

Door te zorgen voor een vertrouwde sfeer, een gevoel van veiligheid en weinig licht en geluid, kan men de omgevingsfactoren optimaliseren, de neocortex uitschakelen en de paleocortex volledig zijn taak laten vervullen. Hierdoor kan een natuurlijke, ongestoorde geboorte alle kansen krijgen (Buckley, 2004; Laureys, 2011; van Tuyl & Zwart, 2004).

5.6 De vrouw helpen om goed met de pijn om te gaan

5.6.1 Visies over baringspijn

Er zijn ver uiteenlopende meningen over het onderwerp 'baringspijn'. Sommige mensen stellen zich de vraag waarom in hemelsnaam men vandaag de dag de vrouwen in arbeid zou laten lijden aan de 'barbaarse' baringspijn terwijl men de ultieme vorm van pijnbestrijding kent, namelijk de epidurale verdoving. Andere mensen daarentegen proberen antwoorden te vinden op deze uitdagende vraag. Ze wijzen hierbij op de rol van de baringspijn en zien de pijn in de arbeid als een vriend en niet als een vijand. De baringspijn wordt dan gezien als iets bruikbaar, iets wat de vrouw in arbeid verder kan brengen dan haar eigen grenzen en mogelijkheden (Leap en Anderson, 2008).

5.6.2 Doelen van baringspijn

Pijn kan gedefinieerd worden als "onaangename sensorische en emotionele ervaring die in verband wordt gebracht met bestaande of dreigende weefselbeschadiging" (Van Everdingen et al., 2006). Deze definitie kan herkend worden in onze huidige maatschappij want pijn wordt gezien als iets dat slecht is en waar men zo snel mogelijk vanaf moet geraken (Laureys, 2011).

Echter, verschillende theorieën beschrijven de baringspijn niet als slecht maar als iets nuttig. Zo kan men volgende opsomming als belangrijke doelen zien van de baringspijn.

- Pijn als pure fysiologie.
 - Inzicht in het fysiologische proces van de transformatie van ‘veilige verblijfplaats tot effectief uitdrijvingsorgaan’ (zoals beschreven in hoofdstuk twee ‘fysiologie van het geboorteproces’) maakt dat pijn en discomfort niet verrassend zijn.
- Pijn als aankondiging van de geboorte.
 - Wetende dat er iets ongelofelijks gaat gebeuren, iets wat de vrouw niet elke dag overkomt, maakt dat ze dit ernstig neemt.
- Pijn als vraag om steun.
 - Moeder worden is een grote verandering waarbij de nood ontstaat aan liefde, aandacht en hulp om deze overgang te kunnen doorstaan.
- Pijn als teken van progressie.
 - De mate van pijn en het gedrag dat hiermee samengaat, vertelt veel over de fase van de arbeid waarin de vrouw zich bevindt, waardoor de vroedvrouw via haar observaties de progressie van de arbeid goed kan inschatten.
- Pijn als triomf.
 - Wanneer vrouwen de baringspijn kunnen doorstaan, voelen ze zich trots omdat ze iets heel groots hebben kunnen overwinnen (Leap en Anderson, 2008).

5.6.3 Rol van de vroedvrouw bij pijnbenadering

Bovenstaande inzichten spelen een belangrijke rol in de manier waarop men als vroedvrouw met de baringspijn kan omgaan en dit ook overbrengt op de vrouw in arbeid. Volgens Leap en Anderson (2008) kan men twee verschillende modellen van pijnbenadering onderscheiden, enerzijds de ‘pijnbestrijding-denkwijze’ en anderzijds de ‘werken met pijn-denkwijze’. Walsh (2007) raadt aan om de filosofie van ‘werken met pijn’ aan te moedigen, daar het de vroedvrouwen kan helpen om de vrouw in arbeid goed te leren omgaan met de pijn. In het volgende kader worden de belangrijkste verschillen weergegeven.

Tabel 5: Vergelijking ‘pijnbestrijding’ – ‘werken met pijn’ (Leap & Anderson, 2008)

PIJNBESTRIJDING	WERKEN MET PIJN
pijn wordt gezien als een probleem	pijn wordt gezien als iets normaal
vrouwen zouden niet hoeven te lijden onder de ‘barbaarse baringspijn’	vrouwen kunnen de normale baringspijn aan
info over pijnstilling aanbieden wordt gezien als een verantwoordelijkheid van de zorgverlener om ‘informed choice’ mogelijk te maken	info over pijnstilling aanbieden op cruciaal moment van pijn wordt geassocieerd met het wegnemen van de kans om normaal te bevallen

Als vroedvrouw kan je de vrouw helpen om 'te werken met' de baringspijn door in eerste instantie te praten over die pijn. Belangrijk hierbij is om de vrouw duidelijk te maken hoe de pijn ontstaat en wat de verschillende doelen zijn van de pijn. Als vroedvrouw hebben we ook de belangrijke taak om de vrouw te doen geloven in haar eigen mogelijkheden en krachten om een kind te baren. Ook de bijzondere voorzieningen van de natuur, zoals de hormonale cascade en de werking van de natuurlijke endorfines (zoals beschreven in hoofdstuk twee 'fysiologie van het geboorteprocés') moeten kenbaar gemaakt worden aan de vrouw. Haar de boodschap meegeven dat ze in staat is om de pijn van een normale arbeid te doorstaan, speelt een essentiële rol. Hierbij is het woord 'normale' van groot belang, daar er een onderscheid wordt gemaakt tussen normaal en abnormaal. Bij een normale arbeid hoort normale pijn, terwijl een abnormale arbeid samengaat met abnormale pijn. Om dit te verduidelijken kan als voorbeeld gesteld worden dat bij een inductie of stimulatie van de arbeid met synthetische oxytocine de arbeid niet meer 'normaal' verloopt en ook de pijn als 'abnormaal' kan ervaren worden (Leap en Anderson, 2008) (zoals beschreven in hoofdstuk drie 'medische interventies').

Naast de informatieve en sociale taak van de vroedvrouw kan het toepassen van niet-medicamenteuse pijnstilling een grote rol spelen binnen de filosofie van 'werken met pijn'. Onderstaande opsomming kan gezien worden als korte samenvatting van de mogelijkheden binnen de niet-medicamenteuse pijnstilling.

- Gebruik van warmte: dit verbetert de bloeddorstrooming, wat zorgt voor een betere zuurstofvoorziening waardoor er minder kans ontstaat op ischaemie (wat leidt tot pijn). Warmte vermindert ook de spierverkramping en verhoogt de pijndrempel (van Tuyl & Zwart, 2004).
- Gebruik van water: dit vermindert de spierspanning, maakt de vrouw slaperig en meer ontspannen en biedt tevens ook de voordelen van de warmte zoals hierboven omschreven is (Laureys, 2011; Leslie et al., 2007; van Tuyl & Zwart, 2004).
- Aanrakingen, druk, massage: dit leidt significant tot minder pijn en angst (Leslie et al., 2007; Walsh, 2007).
- Gebruik van complementaire therapieën zoals acupunctuur, acupressuur, voetreflexologie, yoga, hypnose,... zouden resulteren in lagere pijnscores en minder nood aan medische pijnstilling (Walsh, 2007).
- Relaxatie: dit vermindert angst, spanning, en de productie van catecholamines. Dit kan bekomen worden door gebruik van muziek, warmte, water, massage, comfort, ademhalingstechnieken,... (van Tuyl & Zwart, 2004; Walsh, 2007)
- Continue begeleiding (dit wordt later besproken).
- Verandering van houding en beweging (dit wordt later besproken).

Concluderend kan men stellen dat de vroedvrouw een belangrijke taak kan hebben bij het omgaan met de baringspijn. Door te helpen goed met de pijn om te gaan, met de pijn te leren werken en manieren van niet-medicamenteuse pijnstilling toe te passen, geeft men de vrouw in arbeid een hogere kans op een natuurlijke bevalling zonder medicamenteuse pijnbestrijding (Downe, 2008; Leslie et al., 2007; van Tuyl & Zwart; Walsh, 2007).

5.7 Continue begeleiding aanbieden

5.7.1 Voordelen van continue begeleiding

Verschillende uitgebreide onderzoeken hebben duidelijke voordelen bewezen van continue begeleiding tijdens arbeid en bevalling. Wat volgt is een bondige samenvatting van bewezen voordelen (Downe, 2008; Green & Hotelling, 2009; Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala, 2007; Leslie & Storton, 2007; Lester, 2005; Romano & Lothian, 2008; Walsh, 2007):

- meer kans op spontane vaginale geboorte,
- minder kans op sectio, vaginale kunstverlossing, episiotomie, epidurale verdoving,
- en meer kans op een positieve baringservaring.

Concluderend kan gezegd worden dat continue begeleiding tijdens arbeid en bevalling geassocieerd kan worden met een grotere kans op een natuurlijke bevalling.

5.7.2 Vormen van continue begeleiding

De laatste jaren vonden er verschillende ontwikkelingen plaats in het systeem van verloskundige zorgen met als doel continue begeleiding tijdens zwangerschap, arbeid en bevalling mogelijk te maken. Zo ontstonden begrippen zoals 'caseload midwifery' en 'team midwifery', vooral bekend in Engeland vanaf de jaren negentig (Carolan & Hodnett, 2007). Het tot in detail bespreken van deze vormen van continue begeleiding ligt niet binnen het bereik van deze bachelorproef. Toch worden ze even aangeraakt en toegelicht in wat volgt.

'Midwifery-led care' is een vorm van verloskundige zorgverlening waarbij gestreefd wordt naar 3 kernbegrippen, namelijk keuze, controle en continuïteit. Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen twee vormen (Carolan & Hodnett, 2007). De eerste vorm van midwifery-led care is 'caseload midwifery', wat kan omschreven worden als de individuele begeleiding van een koppel door één vroedvrouw die hun opvolgt gedurende de zwangerschap, arbeid, bevalling en postpartum. Die ene vroedvrouw kan eventueel worden bijgestaan door één of meerdere collega-vroedvrouwen. Men streeft alleszins naar een zo klein mogelijk aantal zorgverleners met als doel een goede vertrouwensrelatie op te bouwen tussen de zorgverlener en het koppel (Lester, 2005). De andere vorm van midwifery-led care is 'team midwifery', wat een soort van differentiatie is van de caseload midwifery. Met behulp van een team van vroedvrouwen (bijvoorbeeld zes per team) streeft men naar een gelijkaardige continue begeleiding (Carolan & Hodnett, 2007; Downe, 2008).

Echter, bij geïstitutionaliseerde zorg lijkt het moeilijk om zo'n zorgmodellen vlot te kunnen toepassen. Verloskundigen werken verdeeld over diensten voor pre-, peri- en postnatale zorgverlening waardoor de zorg vaak gefragmenteerd wordt en continuïteit geen kans meer lijkt te krijgen. Maar de National Health Service (NHS), een belangrijke organisatie in het Verenigd Koninkrijk, stelt dat alternatieve zorgmodellen toch mogelijk zijn in de praktijk. Verandering in de richting van continue verloskundige zorgverlening is mogelijk indien men deze verandering goed zou organiseren, aanmoedigen en toepassen. De eerstelijnszorg zou deze zorg als basis moeten hebben en de nadruk zou moeten liggen op individuele zorgverlening (Oudshoorn, 2005).

5.8 Houdingen en beweging voorstellen

5.8.1 Houdingen en beweging tijdens de arbeid

Aan het einde van de zwangerschap vindt onder invloed van progesteron en relaxine een versoepeling plaats van de ligamenten en gewrichten, meer bepaald ter hoogte van de symfyse, de articulatio sacro-iliaca en de articulatio sacrococcygea (Bogaerts et al., 2009). Hierdoor zijn subtiele veranderingen in de vorm en breedte van het bekken mogelijk. Door beweging en regelmatig verwisselen van houding tijdens de arbeid worden deze veranderingen gestimuleerd waardoor de kans vergroot op een goede doorgang van de baby. Het foetale caput past beter en sneller door het bekken. Ook geven vrouwen aan minder pijn te hebben wanneer de baby en het bekken beter op elkaar aansluiten (van Tuyl & Zwart, 2004).

Bewezen voordelen van bewegingen en verandering van houding tijdens de arbeid kunnen als volgt worden samengevat (Walsh, 2007; Storton, 2007; Romano & Lothian, 2008):

- kortere arbeidsduur,
- betere contracties,
- minder pijn, meer comfort,
- en minder kans op sectio, vaginale kunstverlossing en epidurale verdoving.

Concluderend kan besloten worden dat het toepassen van bewegingen en verandering in houding tijdens arbeid en bevalling geassocieerd kan worden met een grotere kans op een natuurlijke bevalling. Walsh (2007) benoemt vrijheid tot beweging en veranderen van houding zelfs als een uiterst belangrijke factor binnen de fysiologie van normale arbeid en bevalling.

Er is geen bepaalde houding die optimaal is, de vrouw moet daarom aangemoedigd worden om te blijven bewegen en verschillende houdingen en bewegingen uit te proberen. Voorbeelden van mogelijke bewegingen en verwisselingen in positie tijdens arbeid en bevalling zijn zittende houdingen, eventueel voorover leunend met ondersteuning, asymmetrische houdingen, op handen en knieën, hurken, eventueel ondersteund, staande houdingen, zijligging, constante bewegingen van het bekken zoals kwispelen, wiegen, lopen, langzaam dansen,... (van Tuyl & Zwart, 2004).

Factoren die bewegingen en verwisselen van houdingen belemmeren, zijn de aanwezigheid van een intraventeuze catheter, continue foetale monitoring, epidurale verdoving,... Deze ingrepen worden dus best vermeden (Walsh, 2007; Romano & Lothian, 2008). Ook een centrale positie van het bed in de arbeidskamer kan een storende factor zijn, daar het de vrijheid van beweging verhindert. Het bed wordt beter tegen een muur gezet of zelfs verwijderd uit de arbeidskamer (Walsh, 2007).

5.8.2 Houdingen tijdens de bevalling

Bevallen kan men in verschillende houdingen, zoals staand, gehurkt, zittend op de baarkruk, in zijligging, in knie-elleboog houding,... (van Tuyl & Zwart, 2004). Echter, door de medicalisering van het geboorteprocess, zoals bijvoorbeeld het gebruik van de vacuüm of forceps, wordt van de barendende vrouw vaak verwacht dat ze haar kind baart in ruglig of halfliggende houding, een houding die vandaag nog steeds courant is (DiFranco, 2009). De KCE-richtlijnen omtrent laag risico bevalling wijzen nochtans duidelijk op het bewijs dat een liggende of halfliggende houding tijdens de uitdrijvingsfase best vermeden wordt aangezien deze houding gepaard gaat met talrijke nadelen (KCE, 2010). Onderzoek naar verschillende baringshoudingen concludeerde dat de verticale baringshoudingen geassocieerd worden met aanzienlijke voordelen (Walsh, 2007). In volgende tabel wordt een vergelijking weergegeven tussen de horizontale en verticale baringshouding.

Tabel 6: Vergelijking horizontale en verticale baringshouding (Walsh, 2007)

HORIZONTALA BARINGSHOUDING	VERTICALE BARINGSHOUDING
vermindering van de foetale zuurstofvoorziening, waardoor meer kans op abnormale foetale hartpatronen	betere foetale zuurstofvoorziening, waardoor minder kans op abnormale foetale hartpatronen
minder persdrang, moeilijker om horizontaal te persen	meer persdrang, makkelijker om verticaal te persen
smallere bekkenuitgang door druk op sacrum	grotere bekkenuitgang door meer mogelijkheid tot beweging van het bekken
langere duur van de uitdrijving	kortere duur van de uitdrijving
meer kans op interventies zoals episiotomie en vaginale kunstverlossingen	minder kans op interventies zoals episiotomie en vaginale kunstverlossingen
meer pijn	minder pijn

Een verticale baringshouding lijkt veel voordelen te hebben in vergelijking met een horizontale baringshouding. Er dient echter wel vermeld te worden dat verticaal baren gepaard kan gaan met een hoger risico op bloedverlies van meer dan 500 ml (KCE, 2010; Walsh, 2007).

De slotsom is dat de houding waarin de vrouw bevalt invloed kan hebben op de bevalling zelf en dus de kans op een natuurlijk bevalling kan beïnvloeden. Elke vrouw zou geïnformeerd moeten worden over de voordelen van de verticale houding en de nadelen van de horizontale positie (Walsh, 2007). Elke vrouw zou aangemoedigd moeten worden om de houding aan te nemen die voor haar het meest comfortabel lijkt om te persen, op voorwaarde dat het foetale hartpatroon normaal blijft (KCE, 2010).

5.9 De visie van het koppel beïnvloeden door een persoonlijke positieve visie te ontwikkelen

Canadees onderzoek heeft uitgewezen dat vroedvrouwen vaak een andere visie hebben over de geboorte dan gynaecologen. Zo zouden volgens het onderzoek gynaecologen meer opteren voor een beleid dat zich kenmerkt door technologie en interventies, zoals inductie en sectio. Vroedvrouwen daarentegen leggen andere klemtonen in hun beleid, zoals het maken van een geboorteplan, het aanbieden van alternatieve vormen van pijnbestrijding,... (Reime et al., 2004). Ook Wilson & Sirois (2010) beschrijven het verschil tussen gynaecologen en vroedvrouwen. Volgens hen zijn gynaecologen vaak geneigd zijn om het medische zorgmodel te kiezen. Hierbij staat het 'probleem-management' op de voorgrond wat resulteert in het frequenter uitvoeren van medische interventies en een groter vertrouwen op de technologie. Vroedvrouwen echter zouden meer het biopsychosociaal zorgmodel hanteren waarbij de nadruk ligt op de holistische benadering van de bevalling en minder gebruik van interventies (Wilson & Sirois, 2010). Waarom is de visie van de vroedvrouw nu zo belangrijk? Kan de vroedvrouw met haar denken, doen en laten een invloed uitoefenen op de natuurlijke bevalling?

Volgens Davis-Floyd (geciteerd in Downe, 2008) is de attitude en de ideologie van de zorgverlener de belangrijkste determinant die het resultaat van de bevalling bepaalt. Ook volgens Odent (geciteerd in Robertson, 1997) kan een positieve ingesteldheid van de zorgverleners tot betere uitkomsten leiden want wanneer men constant de focus legt op potentiële problemen kan dit een negatief effect hebben op het welzijn van de vrouw en haar baby. De visie van de vroedvrouw kan dus wel degelijk een verschil maken. Ook volgende uitspraken sluiten hierbij aan:

“Wat een vroedvrouw tot vroedvrouw maakt, is haar geloof in de natuurlijkheid van een geboorte. Als dit niet haar overtuiging is, dan beoefent ze obstetrie in plaats van verloskunde” (Kennedy, geciteerd in Laureys, 2011).

“Een vroedvrouw die zelf overtuigd is van het normaal zijn van zwangerschap, arbeid, bevalling en geboorte, zal dit zelfvertrouwen uitstralen” (Robertson, geciteerd in Laureys, 2011).

5.10 Geduldig zijn

Geduld is van essentieel belang in de normale arbeid en bevalling (WHO, 1994) en hiermee kan de vroedvrouw streven naar optimale kansen voor natuurlijk bevallingen. De verloskundige zorg lijkt zich te concentreren op wat dokters en vroedvrouwen doen en niet op wat ze niet doen. Dat laatste is nochtans vaak veel belangrijker (Green, 2006). Geduld is een essentieel helpende factor bij de normale bevalling (Kennedy & Shannon, 2004). Hiervoor is vertrouwen in de vrouw vereist, in de fysiologie van het geboorteprocés en in de eigen kennis en ervaring. Zo kan men de natuur zelf laten bepalen hoeveel tijd nodig is voor de bevalling (Oudshoorn, 2008).

5.11 Besluit: taken van de vroedvrouw als bewaker van de fysiologie

Na het definiëren van het concept natuurlijk bevallen, het omschrijven van belangrijke fysiologische processen binnen arbeid en bevalling, het benoemen van veel voorkomende medische interventies in de verloskamer en hun gevolgen voor de fysiologie en het weergeven van cijfermateriaal werd het tijd om te komen tot de essentie van deze bachelorproef: Wat kan de vroedvrouw doen om de natuurlijke bevalling in het ziekenhuis zoveel mogelijk kansen te bieden? Op welke manier kan ze het best beantwoorden aan haar taak als bewaker van de fysiologie?

Dit hoofdstuk toonde aan dat de vroedvrouw talrijke mogelijkheden heeft om het fysiologische geboorteproses te optimaliseren. Handelen volgens de evidence-based richtlijnen is heel belangrijk, alsook het koppel correct en volledig informeren omtrent arbeid en bevalling. Ook door op voorhand een realistisch geboorteplan op te stellen met het koppel kan de natuurlijke bevalling meer kansen krijgen. Essentieel in de begeleiding van de vroedvrouw is daarnaast het rekening houden met omgevingsfactoren zoals licht, geluid, comfort, alsook het aanbieden van niet-farmacologische pijnstilling en het helpen zoeken naar manieren om het best met de pijn om te gaan. Verder wordt het voorzien van continue begeleiding tijdens arbeid en bevalling sterk geassocieerd met een hoog percentage natuurlijke bevallingen. Vervolgens kan men via houdingen en bewegingen de fysiologie van indaling en uitdrijving ondersteunen, waardoor dit de kans op een natuurlijke bevalling kan beïnvloeden. Tenslotte kan de visie van de vroedvrouw omtrent de natuurlijke bevalling alsook haar geduld een grote bijdrage leveren aan het creëren van optimale kansen voor het fysiologisch geboorteproses.

6 Praktijk: Bevraging van vroedvrouwen

6.1 Doel en methodologie

Elk voorafgaand hoofdstuk van dit eindwerk neemt een belangrijke plaats in binnen het ruime onderwerp 'natuurlijk bevallen in het ziekenhuis'. Maar aangezien dit werk zich kadert binnen de opleiding van de vroedvrouw, zou het niet voltooid zijn zonder de vroedvrouwen zelf aan het woord te laten. Naar aanleiding van de voorafgaande hoofdstukken ontwikkelden zich een paar relevante vragen omtrent de praktijkvoering van de vroedvrouw, welke hebben geleid tot volgende onderzoeksvragen:

- Hoe denkt de vroedvrouw over het concept 'natuurlijk bevallen'?
- Is er een trend te merken in de visie van de vroedvrouw omtrent natuurlijk bevallen?
- Wat denkt de vroedvrouw te kunnen doen om de natuurlijke bevalling in het ziekenhuis te optimaliseren?
- Hoe verklaart de vroedvrouw het lage percentage natuurlijke bevallingen in de Vlaamse ziekenhuizen?
- Is er volgens de vroedvrouw een trend te merken in het aantal vrouwen dat bewust natuurlijk wenst te bevallen?

Om op bovenstaande vragen een antwoord te kunnen bieden, werd een vragenlijst ontworpen bestaande uit vijf vragen. De vragenlijst is terug te vinden onder 'Bijlage 7'. Na het weloverwogen opstellen van de vragenlijst werden de hoofdvroedvrouwen van de vier Gentse ziekenhuizen gecontacteerd met de vraag om de vroedvrouwen tewerkgesteld op hun verloskamer te laten deelnemen aan de schriftelijke bevraging. Het doel en de werkwijze van de bevraging werd besproken en toestemming tot het laten doorgaan werd bekomen in de vier Gentse ziekenhuizen. De vragenlijsten werden persoonlijk afgegeven aan de hoofdvroedvrouwen, die ze op hun beurt uitdeelden aan de vroedvrouwen. De vroedvrouwen waren vrij om al dan niet deel te nemen aan de bevraging. In de loop van de tijd werden de hoofdvroedvrouwen telefonisch gecontacteerd ter herinnering aan het onderzoek en de einddatum ervan. Na een maand werd telefonisch een afspraak gemaakt om de ingevulde vragenlijsten persoonlijk te komen ophalen. In totaal werden er 46 ingevulde vragenlijsten opgehaald, verdeeld over de vier Gentse ziekenhuizen. Naderhand werden de hoofdvroedvrouwen nogmaals per e-mail bedankt voor hun medewerking en kregen ze de mogelijkheid om bij interesse achteraf gecontacteerd te worden met de resultaten van de bevraging.

De vragenlijst werd zo opgesteld dat de resultaten te analyseren waren met behulp van 'Remark Office', wat een vlotte en correcte verwerking mogelijk maakte. De antwoorden werden ondergebracht in een Excelbestand en op verschillende manieren geïnterpreteerd. Dit kon leiden tot een uitgebreide analyse van de resultaten met als doel de visie van de vroedvrouwen omtrent het onderwerp van deze bachelorproef te achterhalen.

6.2 Resultaten

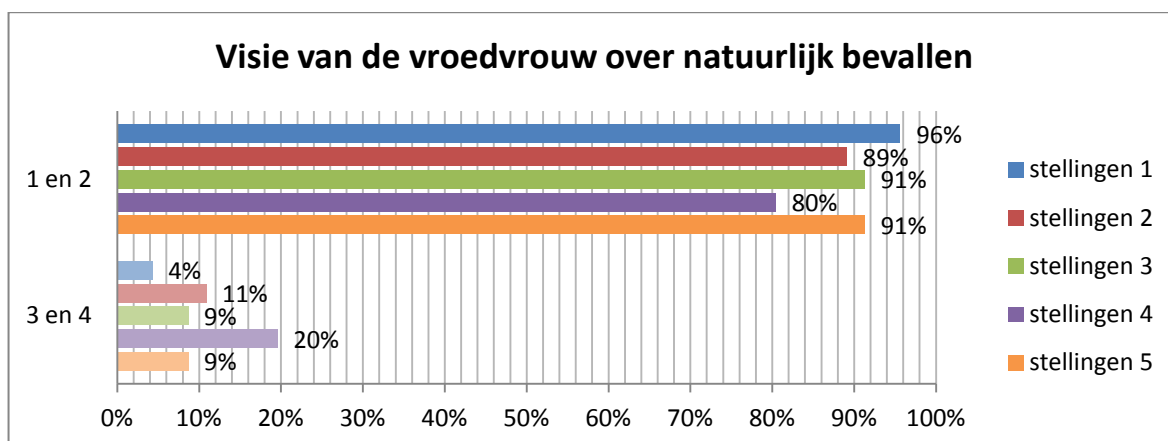
6.2.1 Hoe denkt de vroedvrouw over het concept 'natuurlijk bevallen'?

Aan de hand van stellingen werd gepolst naar de vroedvrouwen hun idee over de natuurlijke bevalling. Er werden steeds twee stellingen tegenover elkaar geplaatst, waarbij gevraagd werd om aan te duiden welke stelling het meest hun persoonlijk beeld over arbeid en bevalling weerspiegelt. Dit werd bekomen door het aanduiden van een cijfer van één tot vier. Het cijfer 'één' komt overeen met het gevoel volledig akkoord te zijn met de eerste stelling, wat wijst op een sterk positieve visie ten opzichte van natuurlijk bevallen. Het cijfer 'vier' bevestigt akkoord te gaan met de tweede stelling, die eerder het accent legt op de medicalisering van het geboorteprocés. Met het cijfer 'twee' kan de vroedvrouw aantonen meer akkoord te zijn met de eerste stelling, terwijl het cijfer 'drie' aantoont zich meer te kunnen vinden in de tweede stelling. De resultaten worden weergegeven in de volgende tabel.

Tabel 7: Resultaten vraag 1 'Visie van de vroedvrouw over natuurlijk bevallen'

		1	2	3	4
1	Arbeid en bevalling zijn natuurlijke processen. Bij een normale arbeid en bevalling dient er dan ook een geldige reden te zijn om dit natuurlijk proces te onderbreken.	57%	39%		
	Waarom de natuur geen handje helpen om een normale arbeid en bevalling te versnellen, vergemakkelijken en minder pijnlijk te maken?	96%		0%	4%
2	Elke arbeid en bevalling beschouw ik als normaal tot het tegendeel bewezen is.	52%	37%		
	Elke arbeid en bevalling beschouw ik als risicovol tot het tegendeel bewezen is.	89%		9%	2%
3	Als vroedvrouw ben ik de bewaker van de fysiologie. Ik zal er dan ook alles aan doen om de fysiologie tijdens arbeid en bevalling te bewaken en promoten.	50%	41%		
	Ik heb er als vroedvrouw geen probleem mee om routinematige medische interventies uit te voeren.	91%		7%	2%
4	Medische interventies veroorzaken pathologie want ze verstoren het natuurlijk proces.	28%	52%		
	Medische interventies voorkomen pathologie want ze helpen het natuurlijk proces.	80%		18%	2%
5	Wetende dat er dingen fout kunnen lopen tijdens arbeid en bevalling, primeert voor mij toch het vertrouwen in het geboorteprocés.	48%	43%		
	Wetende dat er dingen fout kunnen lopen tijdens arbeid en bevalling, primeert voor mij eerder een zekere angst voor wat er mis kan gaan tijdens het geboorteprocés.	91%		9%	0%
				9%	

Ter visualisatie van de resultaten werd een grafiek opgemaakt die de vijf paar stellingen weergeeft in percentages, weergegeven in de kleuren overeenkomstig met die van de tabel.



Grafiek 8: Visie van de vroedvrouw over natuurlijk bevallen

Uit de bevraging naar de visie van de vroedvrouw blijkt dat 89,4% van de deelgenomen vroedvrouwen voornamelijk de cijfers één en twee hebben aangeduid, terwijl 10,6% hoofdzakelijk de cijfers drie en vier aanduiden. Zes vroedvrouwen hebben bij alle stellingen het cijfer één aangeduid, terwijl niemand altijd het cijfer vier aanduidde, hoogstens twee- of driemaal. Uit de bekomen resultaten van deze opiniepeiling kan men besluiten dat van de vroedvrouwen die deelnamen aan de bevraging het overgrote deel neigt naar een positieve visie ten opzichte van het concept 'natuurlijk bevallen'. Toch gaf 9% van de deelgenomen vroedvrouwen, een klein maar toch aanwezig aantal, aan dat ze er geen probleem mee hebben om routinematige medische interventies uit te voeren.

6.2.2 Is er een trend te merken in de visie van de vroedvrouw omtrent natuurlijk bevallen?

Op de vraag of er een trend te merken is in de visie van de vroedvrouwen konden de deelnemende vroedvrouwen antwoorden met 'ja' of 'neen' en werd er gevraagd hun antwoord te verduidelijken. De resultaten zien er als volgt uit:

- 54% van de deelnemende vroedvrouwen antwoordden met 'ja', wat verduidelijkt werd met volgende uitspraken:
 - 'Er wordt meer rekening gehouden met de wens van het koppel.'
 - 'Vroedvrouwen stellen medicalisering van het geboorteprocess in vraag en durven op te komen voor de fysiologie.'
- 46% van de deelnemende vroedvrouwen antwoordden met 'neen', wat verduidelijkt werd met volgende uitspraken:
 - 'De medische kennis gaat erop vooruit waardoor medische interventies sneller worden aanvaard.'
 - 'Er wordt gemakkelijker overgegaan tot de 'gemakkelijke' weg zoals een epidurale verdoving om het zo aangenaam mogelijk te maken voor het koppel.'

Als conclusie kan gesteld worden dat er volgens de resultaten van de bevraging geen eenduidig antwoord te geven is op deze vraag, daar elk standpunt door ongeveer de helft van de deelnemende vroedvrouwen werd verdedigd. De meningen hieromtrent lagen volgens de gegeven verduidelijkingen ver uit elkaar.

6.2.3 Wat denkt de vroedvrouw te kunnen doen om de natuurlijke bevalling in het ziekenhuis te optimaliseren?

De vroedvrouw is de bewaker van de fysiologie. 91% van de bevroegde vroedvrouwen kon zich aansluiten bij deze uitspraak en 'zullen er dan ook alles aan doen om de fysiologie tijdens arbeid en bevalling te bewaken en promoten'. Maar hoe bewaak je de fysiologie? Op welke manier geef je de natuurlijke bevalling meer kans in het ziekenhuis? Uit het vijfde hoofdstuk blijkt dat de vroedvrouw via verschillende mogelijkheden de natuurlijke bevalling in het ziekenhuis kan optimaliseren. Al deze besproken mogelijkheden werden in de vragenlijst overgenomen onder de vorm van negen uitspraken, als antwoord op de vraag 'Wat denkt u dat u als vroedvrouw kan doen om de kans op een natuurlijke bevalling in het ziekenhuis te optimaliseren?'. Een vroedvrouw zou elk van de negen factoren kunnen aanduiden als belangrijk daar de literatuur ook aantoont dat elke uitspraak kan bijdragen tot de natuurlijke bevalling. Maar wat vindt de vroedvrouw prioritair? Waarmee denkt de vroedvrouw het meest te kunnen bereiken? Om dit te achterhalen werd aan de vroedvrouw gevraagd om slechts drie van de negen factoren aan te duiden. Hiermee toonde ze aan welke uitspraken voor haar het belangrijkste lijken. Er werd ook mogelijkheid gegeven tot het geven van een eigen uitspraak die niet aan bod kwam in voorafgaande keuzemogelijkheden. Verder was de vroedvrouw vrij om eventuele verduidelijking te geven over de door haar gekozen factoren. De resultaten worden weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 8: Resultaten vraag 3 'Natuurlijke bevalling in het ziekenhuis optimaliseren'	PRIORITAIR
Door te handelen volgens de evidence-based practice en geen routine interventies uit te voeren.	39%
Door je persoonlijke visie omtrent natuurlijk bevallen waarmee je de visie van het koppel kan beïnvloeden.	0%
Door het koppel correct en volledig te informeren.	54%
Door op voorhand bewust een geboorteplan op te stellen met het koppel.	11%
Door optimaal rekening te houden met de omgevingsfactoren zoals licht, geluid, comfort,...	11%
Door niet-farmacologische pijnstilling aan te bieden en te helpen zoeken naar manieren om het best met de pijn om te gaan.	63%
Door te streven naar one-to-one en continue begeleiding.	54%
Door aandacht te hebben voor houdingen en beweging.	43%
Door veel geduld te hebben.	17%
Door andere	4%

De drie meest aangeduide prioritaire factoren zijn:

- het aanbieden van niet-farmacologische pijnstilling en helpen zoeken naar manieren om het best met de pijn om te gaan,
- het koppel correct en volledig informeren,
- en streven naar one-to-one en continue begeleiding.

Factoren die het minst als prioritair werden aangeduid zijn:

- het opstellen van een geboortepan,
- rekening houden met omgevingsfactoren,
- en de persoonlijke visie van de vroedvrouw.

Opmerkelijk is dat verschillende vroedvrouwen in hun verduidelijking hun mening neerschreven over het belang van continue begeleiding. Hierbij waren een aantal vroedvrouwen het met elkaar eens dat het volgens hen echter niet altijd mogelijk is om one-to-one begeleiding aan te bieden, mede door een tekort aan personeel.

6.2.4 Hoe verklaart de vroedvrouw het lage percentage natuurlijke bevallingen?

Zoals reeds besproken in hoofdstuk vier 'Natuurlijk bevallen in Vlaanderen' is het percentage van natuurlijke bevallingen laag. Zo beviel in 2008 volgens de SPE-cijfers slechts 6% van de primipara zonder inductie, epidurale, kunstverlossing, sectio of episiotomie (SPE, 2009). Aan de vroedvrouw werd gevraagd welke mogelijke oorzaken volgens haar aan de basis liggen van dit laag percentage. Er werden zeven suggestieve uitspraken weergegeven waarbij de vroedvrouw werd gevraagd om slechts twee van de zeven stellingen aan te duiden. Op die manier werd opnieuw nagegaan welke oorzakelijke factoren prioritair zijn volgens de vroedvrouw. Er werd ook mogelijkheid gegeven tot het geven van een eigen uitspraak die niet aan bod kwam in voorafgaande keuzemogelijkheden. Vervolgens werd gevraagd wat er volgens haar zou kunnen veranderen aan de door haar gekozen factoren. Verder was de vroedvrouw vrij om eventuele verduidelijking te geven. In onderstaande tabel worden de resultaten weergegeven.

Tabel 9: Resultaten vraag 4 'Oorzaken laag percentage natuurlijke bevallingen'

	PRIORITAIR
Door een gebrek aan vertrouwen in de natuurlijke bevalling bij de vroedvrouw, door angst voor mogelijke risico's.	0%
Door een gebrek aan vertrouwen in de natuurlijke bevalling bij het koppel, door angst voor mogelijke risico's.	15%
Door de hedendaagse attitude in verband met pijn.	63%
Door de algemene aanvaarding van technologie in de maatschappij.	30%
Doordat het koppel er op vertrouwt dat de zorgverlener de beste zorgen zal aanbieden.	9%
Door een gebrek aan correcte en volledige kennis van het koppel.	26%
Door de organisatie van de verloskundige zorg in Vlaanderen.	50%
Door andere	9%

De oorzakelijke factoren die het meest werd aangeduid als prioritair zijn de hedendaagse attitude in verband met pijn en de organisatie van de verloskundige zorg in Vlaanderen. Geen enkele deelnemende vroedvrouw gaf aan dat gebrek aan vertrouwen in de natuurlijke bevalling bij de vroedvrouw een prioritaire oorzakelijke factor was.

Door verschillende vroedvrouwen werden suggesties opgeschreven om iets te veranderen aan de door hen gekozen oorzakelijke factoren. Op die manier werd opnieuw gepolst naar wat de vroedvrouw denkt te kunnen doen om de natuurlijke bevalling in het ziekenhuis zoveel mogelijk kansen te geven. Als suggestie voor het veranderen van de factoren 'een gebrek aan correcte en volledige kennis van het koppel' en 'de hedendaagse attitude in verband met pijn' werd heel

frequent aangehaald dat het geven van betere informatie aan het koppel heel belangrijk is. Vroedvrouwen suggereerden om extra informatie te geven over het verloop van het natuurlijke proces, mogelijkheden om met de pijn om te gaan en voor- en nadelen van medische interventies. Uit deze frequent gegeven suggestie kan besloten worden dat veel vroedvrouwen een groot belang hechten aan hun taak om correcte en volledige informatie te geven aan het koppel.

De organisatie van de verloskundige zorg in Vlaanderen werd door de helft van de deelnemende vroedvrouwen aangeduid als prioritaire oorzakelijke factor van het lage percentage natuurlijke bevallingen in het ziekenhuis. Van de 23 vroedvrouwen die deze factor aanduiden, schreven er negen vroedvrouwen een kritische reflectie neer waarbij het beleid van de arts werd omschreven als technisch en niet fysiologisch, haastig door een grote tijdsdruk en weinig geduldig. Door zes deelnemende vroedvrouwen uit verschillende ziekenhuizen werd hetzelfde voorstel neergeschreven: fysiologische bevallingen laten begeleiden door de vroedvrouwen, pas bij pathologie doorverwijzen naar de arts. Andere voorstellen om de verloskundige zorg in Vlaanderen te verbeteren, waren betere overlegmogelijkheden tussen de vroedvrouw en de gynaecoloog en nauwere samenwerkingsverbanden tussen gynaecologen. Bij dit laatste werd aangegeven dat wanneer er een goed uitgebouwd wachtsysteem zou worden uitgebouwd, gynaecologen minder vaak oproepbaar zouden zijn, dus minder vaak hun bed uit moeten voor een bevalling en beter hun verlop kunnen regelen. Hierdoor werd gesuggereerd dat gynaecologen met een goed samenwerkingsverband en wachtsysteem minder snel geneigd zouden zijn om bevallingen te induceren.

6.2.5 Is er een trend te merken in het aantal vrouwen dat bewust natuurlijk wenst te bevallen?

Zoals reeds vermeld in hoofdstuk vier lijkt het moeilijk om een antwoord te vinden op de vraag wie er vandaag de dag nog natuurlijk wil bevallen. Met de vijfde en laatste vraag van de bevraging werd een poging gedaan om op deze vraag een mogelijk antwoord weer te geven. Aan de vroedvrouw werd gevraagd of ze de afgelopen jaren een trend kon opmerken in het aantal vrouwen dat bewust natuurlijk wenste te bevallen. Hierbij kon de vroedvrouw kiezen tussen drie antwoordmogelijkheden: een stijgende trend, een dalende trend, of geen trend. Er werd ook gevraagd om hun antwoord te verduidelijken. De resultaten worden in wat volgt samengevat:

- 37% van de deelnemende vroedvrouwen gaf aan een stijgende trend op te merken, verklaard door volgende uitspraken:
 - ‘Er is een sterkere bewustwording van het koppel over de voordelen van natuurlijk bevallen.’
 - ‘Er is een betere informatiedoorstroming over de verschillende mogelijkheden.’
- 24% van de deelnemende vroedvrouwen gaf aan een dalende trend op te merken, verklaard door volgende uitspraken:
 - ‘Vrouwen kiezen meer en meer voor het comfort en wensen geen pijn.’
 - ‘Het koppel wil controle over hun bevalling, bijvoorbeeld over het tijdstip.’
- 39% van de deelnemende vroedvrouwen stelde geen trend vast.

In het algemeen kan hieruit besloten worden dat er op basis van de resultaten van deze vraag niet echt een eenduidig antwoord te formuleren is op de vraagstelling of er een trend te merken is in het aantal vrouwen dat bewust natuurlijk wenst te bevallen aangezien de meningen van de deelnemende vroedvrouwen sterk gedifferentieerd zijn.

6.2.6 Is er een verband tussen verschillende aspecten van de vragenlijst?

Tot slot werd er nagegaan of de visie van de vroedvrouw ten opzichte van de natuurlijke bevalling invloed heeft op de antwoorden van de rest van de vragenlijst. Hiermee werd gezocht naar een verband tussen de verschillende aspecten die aan bod komen in de vragenlijst om zo een mogelijk antwoord te bieden op volgende vragen:

- Hoe denkt de vroedvrouw over het concept ‘natuurlijk bevallen’?
- Heeft deze visie een invloed op het beeld dat ze heeft van haar taak als vroedvrouw?
- Heeft deze visie een invloed op haar idee over de mogelijke oorzaken waarom het percentage natuurlijke bevallingen laag is in de Vlaamse ziekenhuizen?

Hiervoor werd een vergelijking gemaakt tussen enerzijds de vroedvrouwen die het meest aangaven een positieve visie te hebben voor de natuurlijke bevalling (groep A), en anderzijds de vroedvrouwen die het minst neigden naar deze visie (groep B). Zowel groep A als groep B bestond uit 20% van de steekproef. In de volgende tabel wordt in percentages weergegeven hoe frequent de groepen de genoemde factoren aanduidde als prioritair.

Tabel 10: Verband tussen verschillende aspecten van de vragenlijst

	groep A	groep B
	%	%
FACTOREN VRAAG 3		
Handelen volgens de evidence-based practice	44,5	33,3
De visie van de vroedvrouw omtrent natuurlijk bevallen	0	0
Het koppel correct en volledig informeren	77,8	66,7
Samen met het koppel een geboortepan opstellen	11,1	0
Zorgen voor optimale omgevingsfactoren	11,1	0
De vrouw helpen om goed met de pijn om te gaan	55,6	88,9
Continue begeleiding aanbieden	77,8	44,5
Houdingen en beweging voorstellen	11,1	55,6
Geduldig zijn	11,1	0
FACTOREN VRAAG 4		
	%	%
Gebrek aan vertrouwen in natuurlijke bevalling bij de vroedvrouw	0	0
Gebrek aan vertrouwen in natuurlijke bevalling bij het koppel	11,1	0
Attitude in verband met pijn	33,3	88,9
Aanvaarding van technologie	11,1	55,6
Vertrouwen van het koppel dat de zorgverlener de beste zorgen aanbiedt	11,1	0
Gebrek aan informatie van het koppel	44,5	11,1
Organisatie verloskundige zorg in Vlaanderen	88,9	22,2

Een eerste vaststelling is dat vroedvrouwen uit groep A sterk de nadruk leken te leggen op het aanbieden van continue begeleiding, terwijl de meeste vroedvrouwen uit groep B de prioriteit legden bij het geven van goede pijnbegeleiding. Deze vaststelling kan duiden op een verschil in aanpak naargelang de visie van de deelnemende vroedvrouwen.

Wat nog veel opmerkelijker blijkt uit deze vergelijking is het benoemen van de oorzakelijke factoren van het lage percentage natuurlijke bevallingen in Vlaanderen. Vroedvrouwen uit groep A gaven bijna allemaal de oorzakelijke factor 'organisatie van de verloskundige zorg in Vlaanderen' als prioritair aan, terwijl slechts enkelingen uit groep B deze factor als prioritair hadden aangeduid. Vroedvrouwen uit groep B benoemden de 'attitude in verband met pijn' alsook 'aanvaarding van de technologie' als elementaire factoren, terwijl slechts een paar individuen uit groep A deze mening deelden.

Uit deze vergelijking kan geconcludeerd worden dat de deelnemende vroedvrouwen die sterk neigden naar een positieve visie omtrent natuurlijk bevallen de nadruk legden op het belang van continue begeleiding. Deze vroedvrouwen linkten het laag percentage dan ook aan de organisatie van de verloskundige zorg in Vlaanderen. Hierbij aansluitend werd reeds eerder vermeld dat een aantal deelnemende vroedvrouwen aangaf dat het aanbieden van continue begeleiding niet altijd mogelijk is wegens personeelstekort, en dat het beleid van de arts de fysiologie soms minder kansen geeft. De groep deelnemende vroedvrouwen die minder neigden naar een sterke natuurlijke visie legden de nadruk op de pijnervaring en –begeleiding. Volgens hen is het helpen zoeken naar manieren om het best om te gaan met de pijn prioritair, daar volgens hen de hedendaagse attitude in verband met pijn en de algemene aanvaarding van technologie in de maatschappij een mogelijke verklaring is van het lage percentage natuurlijke bevallingen.

6.3 Besluit: de visie van der vroedvrouw omtrent natuurlijk bevallen

Vroedvrouwen aan het woord laten via een vragenlijst betekende een grote meerwaarde voor deze bachelorproef. Het is tenslotte de vroedvrouw die volgens haar beroepsprofiel bekend staat als 'specialist op haar terrein in de fysiologie' (NRVR, 2006). Uit de peiling naar de visie van de deelnemende vroedvrouwen leek het overgrote deel, bijna 90%, een sterk positieve visie te koesteren omtrent de natuurlijke bevallingen en zich te kunnen vinden in volgende uitspraken:

'Arbeid en bevalling zijn natuurlijke processen. Bij een normale arbeid en bevalling dient er dan ook een geldige reden te zijn om dit natuurlijke proces te onderbreken.'

'Als vroedvrouw ben ik de bewaker van de fysiologie. Ik zal er dan ook alles aan doen om de fysiologie tijdens arbeid en bevalling te bewaken en promoten.'

Deze vragenlijst peilde ook naar de visie die de deelnemende vroedvrouwen hebben over hun bijdrage die ze kunnen leveren om de natuurlijke bevalling te optimaliseren. Hiermee werd een poging gedaan om een antwoord te vinden op de vraag hoe de vroedvrouw de fysiologie kan bewaken en promoten. Volgende factoren werden hierbij als prioritair aangeduid:

‘Door het koppel correct en volledig te informeren.’

‘Door niet-farmacologische pijnstilling aan te bieden en te helpen zoeken naar manieren om het best met de pijn om te gaan.’

‘Door te streven naar one-to-one en continue begeleiding.’

Als het overgrote deel van de bevroegde vroedvrouwen het haar taak acht de fysiologie te promoten en bewaken en ook kan aangeven op welke manier dit het best kan gebeuren, hoe komt het dan dat er in de Vlaamse ziekenhuizen slechts weinig natuurlijke bevallingen kunnen plaatsvinden? Ook op deze vraag werd geprobeerd met behulp van de vragenlijst een mogelijk antwoord te bieden. Mogelijke prioritaire oorzakelijke factoren alsook frequent gegeven suggesties om deze factoren te veranderen, zijn de volgende:

‘Door de hedendaagse attitude in verband met pijn.’

Suggestie om hier iets aan te veranderen:

‘Het geven van betere informatie aan het koppel over het natuurlijk geboorteprocés en het belang van de pijn daarin, mogelijkheden om met die pijn om te gaan, voor- en nadelen van medische interventies,...’

‘Door de organisatie van de verloskundige zorg in Vlaanderen.’

Suggestie om hier iets aan te veranderen:

- ‘Fysiologische bevallingen laten begeleiden door de vroedvrouwen, pas bij pathologie doorverwijzen naar de arts.’
- ‘Realiseren van betere overlegmogelijkheden tussen de vroedvrouw en de gynaecoloog.’
- ‘Streven naar nauwere samenwerkingsverbanden tussen gynaecologen.’

7 Kritische reflectie

Als studente in de vroedkunde doorloop je een heel leerrijk en interessant proces tot het worden van een vroedvrouw. Enerzijds worden we beladen met theorie over de anatomie en fysiologie van het menselijk lichaam en de verloskunde, de mogelijke pathologieën, de begeleiding van de zwangerschap, arbeid, bevalling,... Anderzijds wordt ons gevraagd om onze theoretische kennis om te zetten in praktische vaardigheden aan de hand van leerkanalen en ervaringen uit de vele stages die we mogen doorlopen. Wat mij hierbij opvalt en me aanzet tot verder nadenken, is het verschil tussen theorie en praktijk. Op school worden we doordrongen van de fysiologie van het geboorteprocess. In theorie is dit prachtig en fascinerend maar in de praktijk is dit soms teleurstellend. Laat mij even een gemiddelde referentie van mijn meest courante stage-ervaringen schetsen van op de Vlaamse verloskamer.

Een koppel meldt zich op de verloskamer in volle weeënglorie. De anamnese wordt afgenomen waarbij al snel wordt gevraagd of de vrouw geen epidurale verdoving zou wensen. Er staat dan ook op het anamneseblad: 'parturiënte wenst epidurale verdoving: ja of neen.' De vrouw zegt dat ze het graag zou proberen zonder epidurale verdoving maar dat ze twijfelt of haar dat wel zal lukken. Niet veel later wordt het koppel alleen gelaten in de nog vreemde, koude kamer, want het is druk op het verloskwartier.

Wat later komt de vroedvrouw opnieuw de kamer binnen. De vrouw staat vooroverleunend op het centraal gepositioneerde bed te zuchten, wat onwennig aangemoedigd door haar man. De vroedvrouw vraagt: 'Gaat het nog?'. De vrouw bevestigt wat haar blozende wangen reeds vertelden, de weeën worden heviger, duren langer en komen korter op elkaar. De vroedvrouw voert een vaginaal onderzoek uit waaruit blijkt dat ze al 6 cm ontsluiting heeft, een papierdunne baarmoederhals heeft en het hoofd heel goed aandrukt. De vroedvrouw ziet dat de vrouw het echt lastig heeft. De vroedvrouw vraagt of ze nu al weet of ze epidurale verdoving zou willen want dat het nu wel snel zou kunnen gaan en het straks misschien te laat zal zijn. De vrouw twijfelt geen seconde, natuurlijk wil ze die epidurale verdoving.

Epidurale verdoving wordt geplaatst. De vrouw wordt aan haar bed gekluisterd. De contracties vallen wat stil en de ontsluiting gaat wat trager dan voorheen. Het moet vooruit gaan want de gynaecoloog had die avond familiale verplichtingen en het wordt al 16u. Er wordt via een infuus syntocinon gegeven waarna er flink wordt opgedreven, de vrouw voelt toch niets meer. Wat later wordt het foetale hartpatroon wat strakker en zijn er af en toe deceleraties op de contracties te zien, welke volgens de monitor erg sterk zijn. Maar dit is ook wat we willen want zo gaat het vooruit, toch?

Tegen de vooravond heeft de vrouw volledige ontsluiting en de vroedvrouw laat de vrouw onmiddellijk persen in de gynaecologische houding. De gynaecoloog komt en ziet dat het caput niet lijkt te spildraaien, waarna hij een ruime episiotomie plaatst, de vrouw vraagt met al haar kracht te persen en de vroedvrouw verzoekt een duwtje mee te geven. Dit alles doet de uitdrijving toch nog niet vlot genoeg verlopen met als gevolg dat de gynaecoloog de vroedvrouw vraagt om de vacuüm te halen. Even later wordt een baby geboren met een groot uitsteeksel op zijn hoofd. Geen zorgen mevrouw, dit zal morgen alweer verdwenen zijn.

Ik denk dat dit zelfgeschreven verhaal grotendeels kan bevestigd worden door de meeste vroedvrouwen tewerkgesteld in de Vlaams ziekenhuizen. Het is immers gebaseerd op persoonlijk meegemaakte casussen van stages op de verloskamer. Sta mij toe een aantal zaken van dit verhaal even aan te raken en kritisch te bekijken, en tevens ook te onderbouwen met reeds besproken zaken in de hoofdstukken hieraan voorafgaand waarvoor ik verwijs naar de pagina waarop dit item terug te vinden is.

- Hoe zou het voor een vrouw in arbeid overkomen als haar wordt gevraagd of ze epidurale verdoving wenst, en dit op dezelfde manier waarop men haar vraagt of ze koffie of thee wenst bij haar ontbijt? Eens men het antwoord 'ja' of 'neen' kent, kan men er dan ook van uitgaan dat haar antwoord gebaseerd is op correcte en volledige informatie (pg. 43-44)?
- De vrouw zegt dat ze twijfelt of ze een arbeid en bevalling kan doorstaan zonder epidurale verdoving. Werd haar ooit gezegd dat haar lichaam natuurlijke endorfines aanmaakt die haar helpen om met die pijn om te gaan (pg. 14)? Is ze zich bewust van de effecten van warmte, water, massage, begeleiding van de vroedvrouw,... (pg. 47)? Verstaat ze eigenlijk wel het nut van die baringspijn (pg. 48)?
- Het is druk op de verloskamer waardoor de vroedvrouw niet in de mogelijkheid is om op de kamer te blijven en continue begeleiding te voorzien, wat nochtans duidelijke voordelen kan opleveren (pg. 48). Belemmert een personeeltekort de vroedvrouw om haar taak als bewaker van de fysiologie te volbrengen (pg. 57)?
- De kamer is vreemd en koud, wat een invloed heeft op de werking van het hormonaal samenspel (pg. 44-45).
- De vroedvrouw spreekt opnieuw over pijnbestrijding op een cruciaal moment van pijn in de arbeid. Is het dan verwonderlijk dat deze vrouw op zo'n moment inderdaad een epidurale verdoving wenst? Maar wat wil ze eigenlijk echt? Wil ze effectief die epidurale verdoving? Of wil ze een oplossing voor haar pijn? Kan de vroedvrouw die oplossing niet bieden door 'te werken met pijn' in plaats van 'de pijn te bestrijden' (pg. 46)?
- Na de plaatsing van de epidurale verdoving wordt de vrouw gekluisterd aan haar bed, gaat de arbeid trager vooruit, dient er geoptimaliseerd te worden, lijkt de baby stress te hebben en spildraait het caput niet vlot. Zijn dit niet allemaal wetenschappelijk aangetoonde gevolgen van de epidurale verdoving (pg. 24-26) en synthetische oxytocines (pg. 22-23)?
- Vervolgens vindt het volgende scenario plaats: bevalling in gynaecologische houding (pg. 50), plaatsen van episiotomie (pg. 29), vraag om gedirigeerd persen (pg. 26-27) en fundusdruk (pg. 27-28), en tenslotte resulterend in een vacuümextractie (pg. 30). Heeft wetenschappelijk onderzoek niet reeds aangetoond welke schadelijke effecten dit kan hebben op het natuurlijke geboorteproses?

Als studente in de vroedkunde zet ik graag een stapje achteruit om dingen van op een afstand kritisch te bekijken. Hoe komt het dat voorafgenoemde zaken vaak, zelfs dagelijks gebeuren terwijl wetenschappelijk onderzoek reeds herhaaldelijk heeft aangetoond dat zo'n medisch verloskundige

interventies schadelijk kunnen zijn? Zoiets botst met mijn visie als studente vroedvrouw. Waarom verstoort men zo vaak het fysiologische proces door allerlei medische interventies uit te voeren? Medische interventies zijn er om op basis van medische indicaties het geboorteproces veiliger te maken. Maar in de praktijk wordt er vaak ingegrepen zonder medische indicatie waardoor de veiligheid van het geboorteproces in het gedrang komt.

Kan hier dan niets aan veranderd worden? Ik denk van wel! Zeker doordat andere (helaas te zeldzame) stage-ervaringen voor mij kunnen bevestigen dat het effectief anders kan. Zo mocht ik stage lopen in een Nederlands ziekenhuis. Daar worden de zwangeren prenataal opgevolgd door de vroedvrouwen in de eerstelijns. Zelfs de echo's worden uitgevoerd door verloskundige echoscopisten. Er wordt nauwgezet aan risicoselectie gedaan waarbij er enkel op medische indicatie wordt doorverwezen naar een gynaecoloog of de tweede lijn. Pas daarna wordt beslist op basis van een duidelijk afgebakende indicatielijst of de zwangere al dan niet kan bevallen bij de vroedvrouw en of er verdere samenwerking tussen de vroedvrouw en gynaecoloog vereist is. De prenatale zorgverlening wordt dan later doorgetrokken naar het perinataal domein daar de vroedvrouw in het ziekenhuis zelfstandig de laagrisico arbeid en bevalling begeleidt binnen de eerste lijn. Als er zich tijdens de arbeid of bevalling medische indicaties voordoen om over te schakelen naar de tweedelijnszorg (zoals bijvoorbeeld de noodzaak tot optimalisatie of de vraag naar pijnbestrijding,...) wordt de gynaecoloog op de hoogte gebracht en vindt er overleg plaats. De voormalige 'eerstelijnsvroedvrouw' wordt dan een 'tweedelijnsvroedvrouw' en begeleidt nog steeds de arbeid en bevalling, maar dan in overleg met de gynaecoloog. Hijzelf komt enkel te hulp bij een niet vorderende uitdrijving of de noodzaak tot een dringende bevalling.

De reden waarom ik deze stage-ervaring uit de doeken doe binnen het onderwerp van deze bachelorproef, is omdat ik ervan overtuigd ben dat zo'n systeem de fysiologie ten goede komt. Ik zie volgende voordelen:

- Het koppel werd reeds prenataal door het team van vroedvrouwen gezien en begeleid, waardoor continue begeleiding meer kansen krijgt.
- Bij een laagrisico arbeid en bevalling kan de vroedvrouw autonoom het beleid bepalen, waardoor de fysiologie optimale kansen wordt gegeven.
- De taakverdeling is duidelijk: de vroedvrouw is verantwoordelijk voor de fysiologie, de gynaecoloog voor de pathologie. Is dit niet waarvoor beiden werden opgeleid?
- Het samenwerkingsverband en de vlotte overschakeling van eerste- naar tweedelijns staat toe dat ook vrouwen met medische indicaties toch pre- en perinataal begeleid kunnen worden door de vroedvrouw onder de verantwoordelijkheid en toezicht van de gynaecoloog.

In Vlaanderen echter lijkt de verloskunde zich af te spelen in een andere ziekenhuissetting waarbij de gynaecologen het beleid in handen hebben en de vroedvrouwen een andere rol hebben dan in Nederland. Hopen op verandering richting het bovengenoemde Nederlandse systeem, waarbij de fysiologie in de handen komt van de vroedvrouw, is misschien een utopie in Vlaanderen, maar wie houdt mij als studente tegen om hierover te mogen nadenken en reflecteren.

Hoewel het realiseren van optimale kansen voor de fysiologische bevalling in het ziekenhuis soms een lange weg lijkt te zijn, kan de vroedvrouw met kleine eenvoudige dingen veel bereiken. In wat volgt sommeer ik enkele voorstellen van veranderingen die in de Vlaamse ziekenhuizen wel moeten te realiseren zijn.

- De vroedvrouw moet zelf op de hoogte zijn van de fysiologie van het geboorteprocés, stil staan bij de kracht van de natuur en hier respect voor tonen. Doordring elkaar met bijzondere verhalen, wetenschappelijke feiten en je vroedvrouwengevoel.
- De vroedvrouw moet op de hoogte zijn van de gevolgen van de medische interventies op de fysiologie. Lees hier veel over, hou recente wetenschappelijke onderzoeken bij.
- De vroedvrouw moet het koppel correcte en volledige informatie meegeven. Probeer dit op allerlei creatieve manieren te doen: ijver voor prenatale vroedvrouwen consultaties, stel voor om informatieve folders mee te geven over medische interventies, praat hierover met het koppel wanneer ze zich melden op de verloskamer.
- De vroedvrouw moet op een rustgevende en overtuigende manier de vrouw doen geloven in haar eigen kracht en natuurlijke aanleg. Vraag niet vol medelijden aan een vrouw in arbeid of het nog wel gaat, maar bevestig haar sterkte, toon bewondering voor haar transformatie tot moeder, stimuleer haar om zichzelf te zijn en te doen wat haar lichaam haar vertelt.
- De vroedvrouw moet rekening houden met de omgevingsfactoren en bewegingsmogelijkheden. Dim het licht, vermijd storende geluiden, plaats het bed niet centraal maar tegen een muur, stimuleer haar om te bewegen door houdingen voor te stellen, straal comfort uit door er als vroedvrouw zelf comfortabel bij te lopen of zitten...
- ...

Met deze kritische reflectie probeer ik geen wereldverbeteraar te zijn, maar een vroedvrouw die mogelijkheid tot verandering ziet in kleine en grote dingen. En ik ben ervan overtuigd dat vroedvrouwen met duizend keer meer ervaring dan ik bovenstaand lijstje ruim kunnen aanvullen waardoor de natuurlijke bevalling in het ziekenhuis meer kansen kan krijgen.

Graag sluit ik af met een quote van Andrea Robertson (1997):

‘Magic moments of rare beauty, excitement and never ending wonderment.
Aren’t you glad to be a midwife?’

Laat ons die momenten optimale kansen geven, laat ons vroedvrouw zijn.

Besluit

In deze bachelorproef werd getracht antwoorden te formuleren op verschillende vragen die zijn ontstaan wanneer er werd nagedacht over het ruime concept van de natuurlijke bevalling. Een goede omkadering van dit concept vereiste de bespreking van verschillende aspecten die het onderwerp kunnen situeren in zijn ruime context. Natuurlijk bevallen lijkt vandaag de dag dan ook een hot item te zijn door de steeds stijgende medicalisering van het geboorteproces.

In eerste instantie werd gezocht naar de begripsomschrijving van natuurlijk bevallen door de definiëring van vier organisaties naast elkaar te plaatsen, namelijk die van de WHO, MCWP, SOGC en KCE. Hieruit kon worden besloten dat een eenduidige definitie van de natuurlijke bevalling moeilijk te bepalen is. Toch kwamen er uit de vergelijking gemeenschappelijke factoren naar voor, zoals een zwangerschapsduur van 37 tot 42 weken, een spontane arbeid welke laag risico is vanaf de start en een spontane geboorte in hoofdligging. Medische interventies zoals inductie, het gebruik van forceps of ventouse, het plaatsen van een episiotomie of het uitvoeren van een sectio kunnen dus niet behoren tot de natuurlijke bevalling. Op basis van de vergelijking kan er gediscussieerd worden over de stimulatie van de arbeid, het gebruik van elektronische foetale monitoring, toepassing van analgesie zoals de epidurale verdoving en de toestand waarin moeder en kind zich na de bevalling bevinden.

In welke richting de mogelijke discussie over de definitie van natuurlijk bevallen ook kan lopen, de beschrijving van de fysiologie van het geboorteproces wijst op de kracht van de natuur. De fysiologie is de sleutel tot een succesvolle bevalling daar de werking van het hormoonstelsel, de transformatie van de cervix en de uterus en het baringsmechanisme sterk in elkaar zitten. Kennis van deze fysiologische processen is heel belangrijk zodat de vroedvrouw deze kan herkennen, ondersteunen en stimuleren. De fysiologie lijkt in de praktijk soms te worden vergeten, daar de SPE-cijfers aantonen dat de natuurlijke bevalling in Vlaanderen een zeldzaamheid is geworden. Slechts 6% van de eerstbarenden beviel in 2008 zonder inductie, zonder epidurale verdoving, zonder episiotomie, zonder kunstverlossing en zonder sectio. Al deze genoemde medische interventies werden besproken, alsook het gedirigeerd persen en de fundusdruk. Er werd aangetoond dat elke medische interventie een vorm van ingrijpen is in het natuurlijke proces welke gepaard gaat met een risico op complicaties bij moeder en kind, wat dus zou moeten vermeden worden wanneer hiertoe geen medische indicatie aanwezig is.

Na de bespreking van belangrijke onderwerpen die het concept natuurlijke bevalling kunnen omkaderen, werd de aandacht gevestigd op de essentie van deze bachelorproef. Wat is de rol van de vroedvrouw binnen dit onderwerp? Uit het beroepsprofiel van de vroedvrouw lijkt het haar taak te zijn de fysiologie te beschermen. Een literatuurstudie toonde aan dat de vroedvrouw over verschillende mogelijkheden beschikt om deze belangrijke taak in de praktijk te realiseren, of op zijn minst te optimaliseren. Zo is het belangrijk om steeds te handelen volgens de evidence-based practice. Ook is het de taak van de vroedvrouw om de ouders correct en volledig te informeren over de verloskundige praktijkvoeringen. Verder kan de natuurlijke bevalling meer kansen krijgen in het ziekenhuis door op voorhand met het koppel een realistisch geboorteplan op te stellen, door te zorgen voor optimale omgevingsfactoren, door de vrouw te helpen om goed met de pijn om te gaan en hierbij niet-farmacologische pijnbestrijding voor te stellen, door continue begeleiding te

proberen voorzien en door gebruik te maken van houdingen en beweging. Tot slot kan een persoonlijke positieve visie ten opzichte van de natuurlijke bevalling, alsook enorm veel geduld bijdragen tot de optimalisatie van de kansen om natuurlijk te bevallen in het ziekenhuis.

Om deze bachelorproef waardig de naam 'bachelorproef in de Vroedkunde' te laten dragen, werden in het praktijkdeel 46 Vlaamse vroedvrouwen uit vier Gentse ziekenhuizen aan het woord gelaten. Naar aanleiding van het theoretisch deel ontwikkelden zich een paar vragen. Hoe denkt de vroedvrouw zelf over het concept natuurlijk bevallen? Wat denkt de vroedvrouw te kunnen doen om de natuurlijke bevallingen in het ziekenhuis te optimaliseren? Hoe verklaart de vroedvrouw het lage percentage natuurlijke bevallingen in de Vlaamse ziekenhuizen? Via een bevraging van de vroedvrouwen werd getracht om antwoorden te formuleren op deze vragen. Hieruit bleek dat 90% van de deelgenomen vroedvrouwen een positieve visie hebben over de natuurlijke bevalling en zich kunnen vinden in uitspraken zoals 'Als vroedvrouw ben ik de bewaker van de fysiologie. Ik zal er dan ook alles aan doen om de fysiologie tijdens arbeid en bevalling te bewaken en promoten.' Volgens de bevraging leken de vroedvrouwen deze taak te kunnen vervullen door het koppel correct en volledig te informeren, door niet-farmacologische pijnstilling aan te bieden en door te streven naar one-to-one en continue begeleiding. Tenslotte werd het lage percentage natuurlijke bevallingen in de Vlaamse ziekenhuizen verklaard door de hedendaagse attitude in verband met pijn en door de organisatie van de verloskundige zorg in Vlaanderen. Aan de vroedvrouwen werd ook gevraagd om suggesties te geven om deze oorzakelijke factoren te verbeteren, waardoor opnieuw werd gepolst naar de relevante vraag hoe de vroedvrouw denkt de natuurlijke bevalling in het ziekenhuis te optimaliseren. Frequent gegeven suggesties zijn het geven van betere informatie aan het koppel en fysiologische bevallingen laten begeleiden door de vroedvrouw en pas bij pathologie doorverwijzen naar de arts.

Deze bachelorproef heeft kunnen omschrijven wat een natuurlijke bevalling inhoudt, waarom de fysiologie binnen het geboorteprocés van uiterst groot belang is, hoe de medicalisering invloed kan hebben op de fysiologie en wat de vroedvrouw kan doen om de kansen tot een natuurlijke bevalling in het ziekenhuis te optimaliseren. Maar hiermee is dit onderwerp zeker niet afgesloten. Het concept natuurlijk bevallen zal zowel in theorie als in praktijk blijven leven waardoor verder onderzoek, bedenkingen en ontwikkeling van dit concept nodig is. Het praktijkdeel toonde overigens aan dat er een nood bestaat aan verandering en verbetering van de verloskundige zorgverlening in Vlaanderen. Er rest wel nog de vraag of het ook mogelijk is om deze veranderingen om te zetten in de praktijk. Concreet moeten er antwoorden komen op de vragen hoe de vroedvrouw de ouders nog beter kan informeren over de natuurlijke bevalling. Of hoe wordt het praktisch mogelijk dat de Vlaamse vroedvrouw de fysiologische arbeid en bevalling begeleidt en pas bij pathologie doorverwijst naar de arts? Op deze vragen kon deze bachelorproef geen antwoorden bieden. Ook werd enkel een deel van de Gentse vroedvrouwen bevraged waardoor de steekproef van de bevraging slechts gering was wegens beperkingen van een bachelorproef qua tijd en middelen. Tenslotte kan gezegd worden dat deze bachelorproef geen afsluiting is van het onderwerp natuurlijk bevallen in het ziekenhuis. Laat het een aanleiding zijn tot verder onderzoek en reflectie.

Mijn hoop is dat deze bachelorproef de vroedvrouw zal aanzetten om de natuurlijke bevalling in het ziekenhuis optimale kansen te geven en hiermee één van haar belangrijkste taken te vervullen: de vroedvrouw als bewaker van de fysiologie.

Literatuurlijst

Schriftelijke bronnen

- Bogaerts, A., Geerdens, L., & Gooris, F. (2009). *Vroedkunde: normale baring en kraambed* (2nd ed.). Antwerpen – Apeldoorn: Garant.
- Bruinse, H., & Reuwer, P. (2002). *Preventive support of labour: een uitdaging*. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications B.V.
- Bryant, H., & Yerby, M. (2004). Relief of pain during labour. In C. Henderson & S. Macdonald (Ed.), *Mayer's Midwifery: A textbook for midwives* (13th ed.) (pp. 458-475). Londen: Baillière Tindall.
- Buckley, S.J. (2004). Undisturbed birth – nature's hormonal blueprint for safety, ease and ecstasy. *MIDIRS Midwifery Digest*, 14(2), 203-209.
- Buckley, S.J. (2004). Undisturbed birth – nature's hormonal blueprint for safety, ease and ecstasy. *MIDIRS Midwifery Digest*, 14(4), 353-359.
- Cousserier, M. (2009). *Voortplantingsstelsel*. Gent: onuitgegeven cursus Arteveldehogeschool.
- Decock, G., D'Hanis, H., Janssens, V., Nys, H., Peeters, E., Vancorenland, K., et al. (2009). *Recht voor verpleegkundigen en vroedvrouwen*. Mechelen: Kluwer.
- Downe, S. (2008). *Normal Childbirth: evidence and debate* (2nd ed.). London: Churchill Livingstone.
- Impey, L. (1999). Maternal attitudes to amniotomy and labor duration: a survey in early pregnancy. *Birth*, 26(4), 211-214.
- Jacquemyn, Y., Michiels, I., & Martens, G. (2011). Electieve inductie van arbeid doet het aantal sectio's toenemen bij laagrisico multipara. *Tijdschrift voor Vroedvrouwen*, 17(2), 81-83.
- Kettle, C. (2004). The pelvic floor. In C. Henderson & S. Macdonald (Ed.), *Mayer's Midwifery: A textbook for midwives* (13th ed.) (pp. 476-491). Londen: Baillière Tindall.
- Laureys, V. (2009). *Fysiologie en psychologie van normale baring*. Gent: onuitgegeven cursus Arteveldehogeschool.
- Laureys, V. (2011). *Perinatale begeleiding*. Gent: onuitgegeven cursus Arteveldehogeschool.
- Lauwers, L. (2009). *Hormonaal stelsel*. Gent: onuitgegeven cursus Arteveldehogeschool.
- Leap, N., & Anderson, T. (2008). The role of pain in normal birth and the empowerment of women. In S. Downe (Ed.), *Normal Childbirth: evidence and debate* (2nd ed.) (pp. 29-46). London: Churchill Livingstone.
- Lester, A. (2005). The argument for caseload midwifery. *MIDIRS Midwifery Digest*, 15(1), 27-30.
- Martini, F.H., & Bartholomew, E.F. (2008). *Anatomie en fysiologie – een inleiding* (4th ed.). Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- McGeown, P. (2004). Induction of labour and post-term pregnancy. In C. Henderson & S. Macdonald (Ed.), *Mayer's Midwifery: A textbook for midwives* (13th ed.) (pp. 862-875). Londen: Baillière Tindall.
- Meakin, S. (2004). Procedures in obstetrics. In C. Henderson & S. Macdonald (Ed.), *Mayer's Midwifery: A textbook for midwives* (13th ed.) (pp. 970-986). Londen: Baillière Tindall.
- Nolan, M. (2004). Birth plans: a relic of the past or still a useful tool? In S. Wickham (Ed.), *Midwifery: best practice 2* (pp. 102-104). London: Elsevier Limited.
- Odent, M. (2004). Knitting Midwives for drugless childbirth? *Midwifery Today*, 71, pg 21-22.

- Peate, I., & Hamilton, C. (2008). *Becoming a midwife in the 21st century*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Reyns, M. (2011). *Perinatale gezondheidsvoorlichting en gezondheidspromotie*. Gent: onuitgegeven cursus Arteveldehogeschool.
- Rijckaert, D. (2010). *Pathologische arbeid, baring en kraambed – Anesthesie en reanimatie*. Gent: onuitgegeven cursus Arteveldehogeschool.
- Robertson, A. (1997). *The midwife companion. The art of support during birth*. Camperdown: ACE Graphics.
- Roose, M. (2010). *Pré- en postoperatieve begeleiding bij gynaecologische pathologie – Verpleegkundige observaties en interventies bij patiënten met zorgen thv het urogenitaal stelsel*. Gent: onuitgegeven cursus Arteveldehogeschool.
- Sihwa, J., & Roth, C. (2004). *Evidence-based practice*. In C. Henderson & S. Macdonald (Ed.), *Mayer's Midwifery: A textbook for midwives* (13th ed.) (pp. 48-64). Londen: Baillière Tindall.
- Stroecken, G. (2000). *Gezocht: pleitbezorgers voor het jonge kind. Wie beschermt zijn affectieve rechten?* Leuven – Apeldoorn: Garant.
- Timmers, L. (2011). Bespreking van de evidence based KCE richtlijnen. *Tijdschrift voor Voedvrouwen*, 17(2), 76-80.
- Van Everdingen, J.J.E., van den Eerenbeemt, A.M.M., Klazinga, N.S., & Pols, J. (Eds.). (2006). *Pinkhof Geneeskundig woordenboek* (11th ed.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- van Tuyl, T., & Zwart, M.C. (2004). *Beter bevallen: handboek voor verloskundigen en verpleegkundigen*. Houten : Bohn Stafleu van Loghum.
- Walsh, D. (2007). *Evidence-based care for normal labour and birth: a guide for midwives*. New York: Routledge.

Elektronische bronnen

- Anim-Somuah, M., Smyth, R.M.D., & Howell, C.J. (2010). Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour [Electronic version]. *Cochrane Database of systematic review*, Issue 4, Art. No.: CD000331. DOI: 10.1002/14651858.CD000331.pub2.
- Baumgarder, D.J., Muehl, P., Fischer, M., & Pribbenow, B. (2003). Effect of labor epidural anesthesia on breast-feeding of healthy full-term newborns delivered vaginally [Electronic version]. *Journal of the American Board of Family Practice*, 16(1), 7-13.
- Boyd, A. (2006). A childbirth educator speaks out for increased advocacy for normal birth [Electronic version]. *The Journal of Perinatal Education*, 15(1), 8-10.
- Cammu, H., De Coen, K., Defoort, P., Landuyt, J., & Martens, G. (Eds.). (2007). *Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2006* [Electronic version]. Brussel: Studiecentrum Perinatale Epidemiologie.
- Cammu, H., De Coen, K., Defoort, P., Martens, E., & Martens, G. (Eds.). (2009). *Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2008* [Electronic version]. Brussel: Studiecentrum Perinatale Epidemiologie.
- Cammu, H., De Coen, K., Defoort, P., Martens, G., & Van Mol, C. (Eds.). (2003). *Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2002* [Electronic version]. Brussel: Studiecentrum Perinatale Epidemiologie.

- Cammu, H., De Coen, K., Defoort, P., Martens, G., & Van Mol, C. (Eds.). (2005). *Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2004* [Electronic version]. Brussel: Studiecentrum Perinatale Epidemiologie.
- Cammu, H., Defoort, P., Martens, E., Martens, G., & Van Mol, C. (Eds.). (2009). *Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2008* [Electronic version]. Brussel: Studiecentrum Perinatale Epidemiologie.
- Cammu, H., Defoort, P., Martens, E., Martens, G., & Van Mol, C. (Eds.). (2011). *Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2010* [Electronic version]. Brussel: Studiecentrum Perinatale Epidemiologie.
- Cammu, H., Martens, G., Ruysinck, G., & Amy, J. J. (2002). Outcome after elective labor induction in nulliparous women: a matched cohort study [Electronic version]. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(2), 240-244.
- Carolan, M., & Hodnett, E. (2007). 'With women' philosophy: examining the evidence, answering the questions [Electronic version]. *Nursing Inquiry*, 14, 140-152.
- Carulli, G., & Belizan, J. (2007) Episiotomy for vaginal birth [Electronic version]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3, Art. No.: CD000081. DOI:10.1002/14651858.CD000081.
- Darra, S. (2009). 'Normal', 'natural', 'good' or 'good-enough' birth: examining the concepts [Electronic version]. *Nursing Inquiry*, 16(4), 297-305.
- DiFranco, J. (2009). *Healthy Birth Practices. 5: Avoid giving birth on the back and follow the body's urges to push*. Geraadpleegd op 28 oktober 2011, op <http://www.lamaze.org/ChildbirthEducators/ResourcesforEducators/CarePracticePapers/NonsupinePositions/tabid/485/Default.aspx>
- Dublin, S., Lydon-Rochelle, M., Kaplan, R. C., Watts, D. H., & Critchlow, C. W. (2000). Maternal and neonatal outcomes after induction of labor without an identified indication [Electronic version]. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 183(4), 986-994.
- Fauveau, V., & de Bernis, L. (2006). 'Good obstetrics' revisited: too many evidence-based practices and devices are not used [Electronic version]. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 94, 179-184.
- Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg [KCE]. (2010). *Richtlijn voor goede klinische praktijk bij laag risico bevallingen: KCE reports 139A* [Electronic version]. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg.
- Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg [KCE]. (2011). *Over KCE*. Geraadpleegd op 15 oktober 2011, op http://www.kce.fgov.be/index_nl.aspx?SGREF=5285
- Goer, H., Leslie, M.S., & Romano, A. (2007). The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence basis for the ten steps of mother friendly care. Step 6: Does not routinely employ practices, procedures unsupported by scientific evidence [Electronic version]. *The Journal of Perinatal Education*, 16(1), 32S-64S.
- Green, J. (2006). Why do women go along with this stuff? Roundtable discussion: part 1 [Electronic version]. *Birth*, 33(2), 154-158.
- Green, J., & Hotelling, B.A. (2009). *Healthy Birth Practices. 3: Bring a love one, friend, or doula for continuous support*. Geraadpleegd op 21 januari 2012, op <http://www.lamaze.org/ChildbirthEducators/ResourcesforEducators/CarePracticePapers/ContinuousSupport/tabid/486/Default.aspx>

- Gülmezoglu, A.M., Crowther, C.A., & Middleton, P. (2006). Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term [Electronic version]. *Cochrane Database of systematic reviews*, Issue 4, Art. No.: CD004945. DOI: 10.1002/14651858.CD004945.pub2.
- Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J., & Sakala, C. (2007). Continuous support for women during childbirth [Electronic version]. *Cochrane Database of systematic reviews*, Issue 3, Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub2.
- Johanson, R. & Lucking, L. (2001). Evidence-based medicine in obstetrics [Electronic version]. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 72, 179-185.
- Kennedy, H.P., & Shannon, M.T. (2004). Keeping birth normal: research findings on midwifery care during childbirth [Electronic version]. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 33, 554-560.
- King, J.F. (2005). A short history of evidence-based obstetric care [Electronic version]. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 19(1), 3-14.
- Kringeland, T., Daltveit, A.K. & Møller, A. (2010). What characterizes women who want to give birth as naturally as possible without painkillers or interventions? [Electronic version]. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 1, 21-26.
- Leslie, M.S., & Storton, S. (2007). The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence basis for the ten steps of mother friendly care. Step 1: Offers all birthing mothers unrestricted access to birth companions, labor support, professional midwifery care [Electronic version]. *The Journal of Perinatal Education*, 16(1), 10S-19S.
- Leslie, M.S., Romano, A., & Woolley, D. (2007). The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence basis for the ten steps of mother friendly care. Step 7: Educates staff in nondrug methods of pain relief and does not promote use of analgesic, anesthetic drugs [Electronic version]. *The Journal of Perinatal Education*, 16(1), 65S-73S.
- Lothian, J.A. (2006a). Birth plans: the good, the bad, and the future [Electronic version]. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 35, 295-303.
- Lothian, J.A. (2006b). Saying “no” to induction [Electronic version]. *The Journal of Perinatal Education*, 15(2), 43-45.
- Lothian, J.A. (2007). The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence basis for the ten steps of mother friendly care. Introduction [Electronic version]. *The Journal of Perinatal Education*, 16(1), 1S-4S.
- Lothian, J.A. (2009). *Healthy Birth Practices. 4: Avoid interventions that are not medically necessary*. Geraadpleegd op 28 oktober 2011, op <http://www.lamaze.org/ChildbirthEducators/ResourcesforEducators/CarePracticePapers/NoRoutineInterventions/tabid/483/Default.aspx>
- Maternity Care Working Party [MCWP]. (2007). *Making normal birth a reality: consensus statement from the Maternity Care Working Party: our shared views about the need to recognize, facilitate and audit normal birth* [Electronic version]. London: Maternity Care Working Party.
- Mortier, A., Verstraelen, H., & Temmerman, M. (2006). Minder geïnduceerde bevallingen dankzij een informed consent: een interventiestudie in het UZ Gent [Electronic version]. *Tijdschrift voor Vroedvrouwen*, 12(1), 10-14.
- National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE]. (2004). *Caesarean Section* [Electronic version]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.

- Nationale Raad voor de Vroedvrouwen [NRVR]. (2006). *Beroepsprofiel van de Belgische vroedvrouw* [Electronic version]. Nationale Raad voor de Vroedvrouwen.
- Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie [NVA] & Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie [NVOG]. (2008). *Richtlijn medicamenteuze pijnstilling tijdens de bevalling* [Electronic version]. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie & Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie.
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie [NVOG]. (2005). *Vaginale kunstverlossing (vacuümextractie, forcipale extractie)* [Electronic version]. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie.
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie [NVOG]. (2011). *Indicatiestelling sectio caesarea* [Electronic version]. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie.
- Nguyen, U.D.T., Rothman, K.J., Demissie, S., Jackson, D.J., Lang, J.M., & Ecker, J.L. (2010). Epidural analgesia and risks of cesarean and operative vaginal deliveries in nulliparous and multiparous women [Electronic version]. *Maternal and Child Health Journal*, 14(5), 705-712.
- Oudshoorn, T. (2005). Continuïteit van zorg in ziekenhuis setting [Electronic version]. *Tijdschrift voor Vroedvrouwen*, 11(3), 149-152.
- Oudshoorn, T. (2008). 10 top tips normaal bevallen... 'happy birth' [Electronic version]. *Tijdschrift voor Vroedvrouwen*, 14(5), 247-248.
- Paquay, A. (2005). Epidurale verdoving en het tweede stadium van de arbeid: kunnen beweging en houdingsadviezen moeder en kind helpen? [Electronic version]. *Tijdschrift voor Vroedvrouwen*, 11(1), 13-17.
- Pluymaekens, M. (2008). Noodzaak of gewoonte? Een literatuuronderzoek naar de effectiviteit van fundusdruk in de tweede fase van de arbeid [Electronic version]. *Tijdschrift voor Vroedvrouwen*, 14(3), 119-126.
- Reime, B., Klein, M.C., Kelly, A., Duxbury, N., Saxell, L., Liston, R., et al. (2004). Do maternity care provider groups have different attitudes towards birth? [Electronic version]. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111, 1388-1393.
- Reyns, M. (2009). Mother Friendly Childbirth Initiative. Enkele krachtlijnen binnen de evidence (stap 1-2-3) [Electronic version]. *Tijdschrift voor Vroedvrouwen*, 15(6), 328-336.
- Reyns, M., & Vervloet, V. (2009). Mother Friendly Childbirth Initiative. Enkele krachtlijnen binnen de evidence [Electronic version]. *Tijdschrift voor Vroedvrouwen*, 15(3), 160-161.
- Riordan, J., Gross, A., Angeron, J., Krumwiede, B., & Melin, J. (2000). Effect of labor pain relief medication on neonatal suckling and breastfeeding duration [Electronic version]. *Journal of Human Lactation*, 16(1), 7-12.
- Romano, A.M. & Lothian J.A. (2008). Promoting, protecting and supporting normal birth: a look at the evidence [Electronic version]. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37, 94-105.
- Sampselle, C.M., Miller, J.M., Luecha, Y., Fischer, K., & Rosten, L. (2004). Provider support of spontaneous pushing during the second stage of labor [Electronic version]. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 34, 695-702.
- Simpson, K.R., & Thorman, K.E. (2005). Obstetric "conveniences" – elective induction of labor, cesarean birth on demand, and other potentially unnecessary interventions [Electronic version]. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 19(2), 134-144.

- Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada [SOGC] et al. (2008). Joint Policy Statement on Normal Childbirth [Electronic version]. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 30(12), 1163-1165.
- Stichting Farmaceutische Kengetallen (2005). Pijnbestrijding met opioïden. *Pharmaceutisch Weekblad*, 140(12). Geraadpleegd op 27 oktober 2011, op http://www.sfk.nl/publicaties/farmacie_in_cijfers/2005/2005/2005-12.htm
- Storton, S. (2007). The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence basis for the ten steps of mother friendly care. Step 4: Provides the birthing woman with freedom of movement to walk, move, assume positions of her choice [Electronic version]. *The Journal of Perinatal Education*, 16(1), 25S-27S.
- Tracy, S.K., Sullivan, E., Wang, Y.A., Black, D., & Tracy, M. (2007). Birth outcomes associated with interventions in labour amongst low risk women: A population-based study [Electronic version]. *Women and Birth*, 20, 41-48.
- Verheijen, E.C., Raven, J.H., & Hofmeyr, G.J. (2009). Fundal pressure during the second stage of labour [Electronic version]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: CD006067. DOI: 10.1002/14651858.CD006067.pub2.
- Waldenström, U. (2007). Normal childbirth and evidence based practice [Electronic version]. *Women and Birth*, 20, 175-180.
- Wilson, K.L. & Sirois, F.M. (2010). Birth attendant choice and satisfaction with antenatal care: the role of birth philosophy, relational style, and health self-efficacy [Electronic version]. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(1), 69-83.
- World Health Organization [WHO]. (1994). *Safe motherhood. Care in normal birth: a practical guide* [Electronic version]. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2011). *About WHO*. Geraadpleegd op 9 oktober 2011, op <http://www.who.int/about/en/>
- Zwelling, E. (2008). The emergence of high-tech birthing [Electronic version]. *Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing*, 37, 85-93.

Bijlagenlijst

- Bijlage 1: Tabel 1: Samenvatting definities natuurlijk bevallen
- Bijlage 2: Figuur 2: Cascade van interventies
- Bijlage 3: Tabel 2: Overzicht gevolgen medische interventies
- Bijlage 4: Tabel 4: Cijfermateriaal medische interventies in Vlaanderen
- Bijlage 5: Overzicht KCE-richtlijnen bij laag risico bevalling
- Bijlage 6: Samenvatting van Ten Steps for Mother-Friendly Care
- Bijlage 7: Vragenlijst praktijkdeel

A. Bijlage 1: Tabel 1: Samenvatting definities natuurlijk bevallen
 Akkoord = volgens de organisatie behoort het genoemde item tot 'natuurlijk bevallen'
 Niet akkoord = volgens de organisatie behoort het genoemde item niet tot 'natuurlijk bevallen'

	WHO (WHO, 1994)	MCWP (MCWP, 2007)	SOGC (SOGC, 2008)	KCE (KCE, 2010)
duur zwangerschap is 37-42+0 weken	akkoord	wordt niet vermeld	akkoord	akkoord
arbeid start spontaan	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord
arbeid vordert spontaan	geen uitspraak <u>verdere info:</u> wel stelt men het begrip 'normale arbeid' in vraag bij het gebruik van stimulatie van de arbeid	geen uitspraak <u>verdere info:</u> eerst zegt men dat de arbeid spontaan vordert zonder medicatie, later zegt men dat men de arbeid wel mag stimuleren	geen uitspraak <u>verdere info:</u> eerst zegt men dat de arbeid spontaan vordert, later zegt men dat men in geschikte omstandigheden de arbeid mag stimuleren	geen uitspraak <u>verdere info:</u> zie 'kunstmatig breken van de vliezen indien geen deel van inductie'
laag risico bij start	akkoord	wordt niet vermeld	akkoord	akkoord
blijft laag risico doorheen arbeid en bevalling	akkoord	geen uitspraak <u>verdere info:</u> bij complicaties zoals postpartumbloeding, perineale letsels en opname op N*- of NICU-dienst kan de bevalling toch nog als normaal worden gezien	geen uitspraak <u>verdere info:</u> eerst zegt men dat arbeid en bevalling laag risico blijven, later zegt men dat een normale geboorte mogelijke complicaties niet verhindert, zoals postpartumbloeding, perineale letsels en opname op NICU	akkoord
spontane geboorte	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord
baby presenteert zich in hoofdligging	akkoord	wordt niet vermeld	akkoord	akkoord
na bevalling zijn moeder en kind in goede toestand	akkoord	geen uitspraak <u>verdere info:</u> zie 'blijft laag risico doorheen arbeid en bevalling'	geen uitspraak <u>verdere info:</u> zie 'blijft laag risico doorheen arbeid en bevalling'	akkoord

A. Bijlage 1: Tabel 1: Samenvatting definities natuurlijk bevallen

Akkoord = volgens de organisatie behoort het genoemde item tot 'natuurlijk bevallen'

Niet akkoord = volgens de organisatie behoort het genoemde item niet tot 'natuurlijk bevallen'

	WHO (WHO, 1994)	MCWP (MCWP, 2007)	SOGC (SOGC, 2008)	KCE (KCE, 2010)
inductie	niet akkoord , want het begin van de arbeid is 'spontaan'	niet akkoord	niet akkoord indien vóór 41+0 weken	niet akkoord , want het begin van de arbeid is 'spontaan' <u>verdere info:</u> - in volgende gevallen wordt inductie niet aanbevolen: vóór 39 w, tussen 39 en 41 w met een onrijpe cervix, vermoeden van foetale macrosomie bij een vrouw die niet aan diabetes lijdt - in volgende gevallen kan inductie wel aanbevolen worden: indien vanaf 37 w de bevalling niet spontaan op gang komt na het breken van de vliezen na een wachttijd van 24u, of vanaf 41 w
kunstmatig breken van de vliezen indien geen deel van inductie	geen uitspraak <u>verdere info:</u> er zou een geldige reden moeten zijn om te verhinderen dat de vliezen spontaan kunnen breken	akkoord	akkoord	geen uitspraak <u>verdere info:</u> - niet aanbevolen indien routinematig bij vrouwen met vorderende ontsluiting - wel aanvaardbaar om in specifieke omstandigheden de arbeid te versnellen door het breken van de vliezen in combinatie met een oxytocine-infuus en een 'one to one care' op voorwaarde dat de parturiënte correct is geïnformeerd en heeft toegestemd
gebruik elektronische foetale monitoring	geen uitspraak <u>verdere info:</u> - aanbevolen intermitterende auscultatie (tijdens ontsluitingsfase elke 15-30 minuten, tijdens uitdrijvingsfase na elke contractie) - continue foetale monitoring niet aanbevolen in laag risico situaties want dit zou de kans op onnodige interventies doen stijgen, wel aanbevolen in verhoogde risico situaties	akkoord	niet akkoord voor continue elektronische foetale monitoring voor een laag risico bevalling (wel akkoord voor intermitterende foetale auscultatie)	geen uitspraak <u>verdere info:</u> - aanbevolen intermitterende auscultatie (elke 15 minuten gedurende minstens 1 minuut en onmiddellijk na een contractie) - of continue foetale monitoring indien de bestaffing geen intermitterende auscultatie toelaat of op vraag van de parturiënte

A. Bijlage 1: Tabel 1: Samenvatting definities natuurlijk bevallen
 Akkoord = volgens de organisatie behoort het genoemde item tot 'natuurlijk bevallen'
 Niet akkoord = volgens de organisatie behoort het genoemde item niet tot 'natuurlijk bevallen'

	WHO (WHO, 1994)	MCWP (MCWP, 2007)	SOGC (SOGC, 2008)	KCE (KCE, 2010)
epidurale analgesie	<p>geen uitspraak wel stelt men het begrip 'normale arbeid' in vraag bij het gebruik van epidurale verdoving</p> <p><u>verdere info:</u> - men vermeldt de mogelijke neveneffecten - epidurale verdoving zou nooit de plaats mogen innemen van persoonlijke aandacht aan de vrouw in arbeid en liefdevolle zorg</p>	niet akkoord	akkoord	<p>geen uitspraak</p> <p><u>verdere info:</u> epidurale kan aanvaardbaar zijn onder de voorwaarde dat de vrouw correct en volledig geïnformeerd wordt over de nevenwerkingen en de vrouw op de juiste manier geobserveerd wordt</p>
spinale analgesie	geen uitspraak	niet akkoord	niet akkoord	<p>geen uitspraak</p> <p><u>verdere info:</u> bij vraag naar medicamenteuze pijnstilling dient de epidurale analgesie de voorkeur te krijgen</p>
algemene analgesie	geen uitspraak	niet akkoord	niet akkoord	<p>geen uitspraak</p> <p><u>verdere info:</u> kan overwogen worden in geval van contra-indicaties voor plaatselijke analgesie, mits dezelfde voorwaarden als bij epidurale verdoving</p>
gebruik entonox	<p>geen uitspraak</p> <p><u>verdere info:</u> - het kan redelijke pijnstilling bieden - het heeft nevenwerkingen, maar zou geen respiratoire distress en neonatale gedragsabnormaliteiten veroorzaken</p>	akkoord	akkoord	<p>geen uitspraak</p> <p><u>verdere info:</u> wordt in België niet gebruikt, dus werd uitgesloten</p>

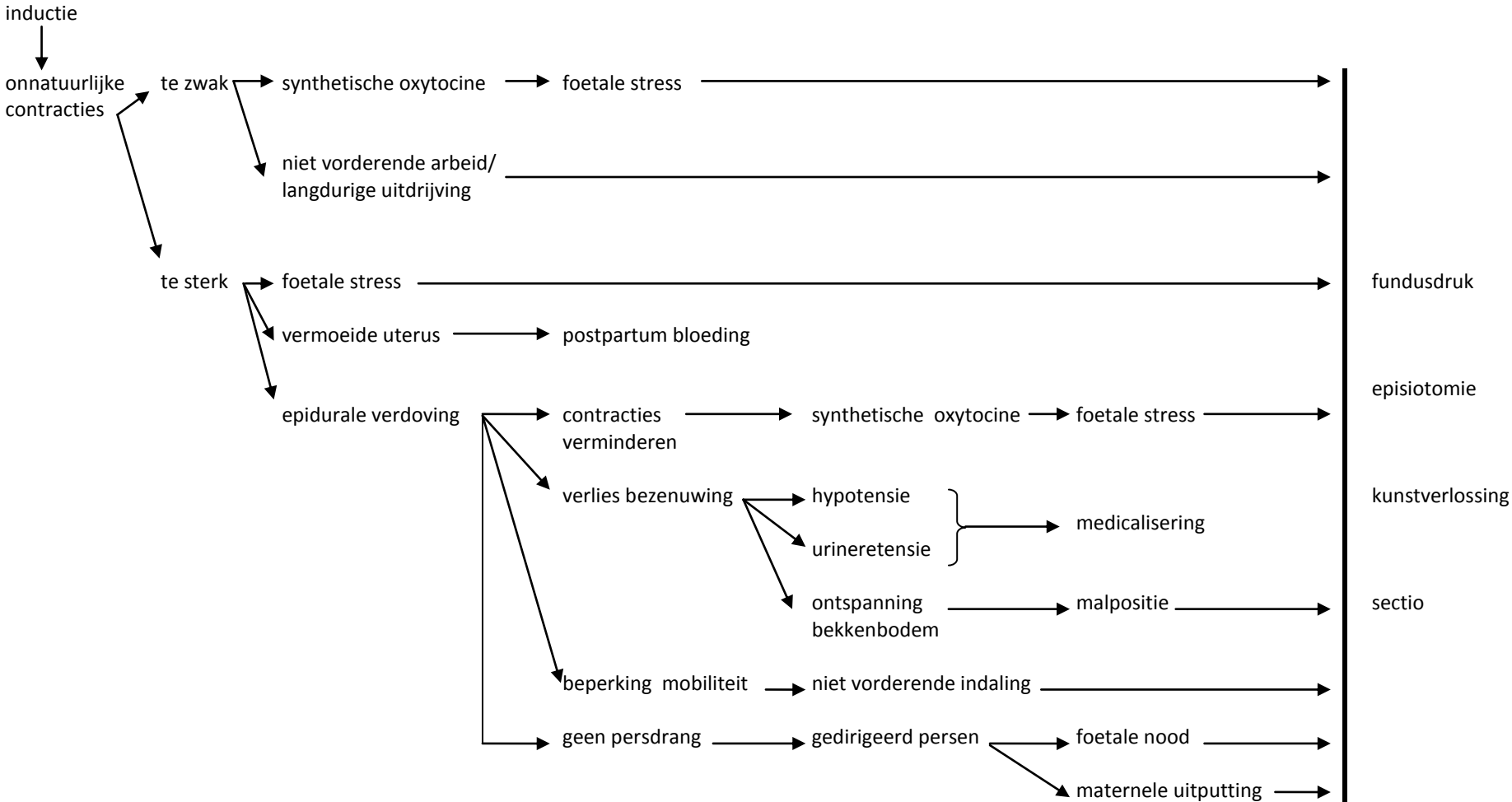
A. Bijlage 1: Tabel 1: Samenvatting definities natuurlijk bevallen

Akkoord = volgens de organisatie behoort het genoemde item tot 'natuurlijk bevallen'

Niet akkoord = volgens de organisatie behoort het genoemde item niet tot 'natuurlijk bevallen'

	WHO (WHO, 1994)	MCWP (MCWP, 2007)	SOGC (SOGC, 2008)	KCE (KCE, 2010)
gebruik opioïden	geen uitspraak	akkoord	akkoord	geen uitspraak <u>verdere info:</u> - parenterale opioïden hebben een beperkt effect hebben op baringspijn - opioïden kunnen significante bijwerkingen hebben voor moeder (zoals misselijkheid en braken) als ook voor het kind (zoals kortstondige ademnood, slaperigheid)
episiotomie	geen uitspraak <u>verdere info:</u> goede redenen om een episiotomie te plaatsen zijn tekens van foetale stress, onvoldoende progressie van de baring, dreigende totaalruptuur (inclusief derdegraadsruptuur bij een vorige bevalling)	niet akkoord, maar er wordt niet vermeld of het gaat over routinematig episiotomie of op indicatie	niet akkoord indien routinematig	geen uitspraak <u>verdere info:</u> - aanbevelen bij klinische noodzaak zoals instrumentele geboorte of vermoeden van foetale nood - niet aanvaardbaar indien routinematig bij spontane vaginale geboorte
instrumentele verlossing (vacuüm, forceps)	niet akkoord, want de geboorte van de baby is 'spontaan'	niet akkoord	niet akkoord	niet akkoord, want de geboorte van de baby is 'spontaan'
actief beleid van de placenta	geen uitspraak <u>verder info:</u> - aanbevelen indien verhoogd risico op postpartumbloeding, of bij vrouwen waarbij een kleine hoeveelheid bloedverlies reeds ernstig gevaar oplevert, zoals bij anemie - twijfels bij laag risico situaties: men moet voordelen afwegen tov risico's	akkoord	akkoord	geen uitspraak <u>verdere info:</u> - aanbevelen indien hoog risico op bloeding, zoals bij meerlingengeboorte, loco-regionale analgesie, instrumentele bevalling,... - niet aanbevelen indien geen verhoogd risico op postpartumbloeding en de nageboorte niet langer duurt dan 1 uur
sectio	niet akkoord, want de geboorte van de baby is 'spontaan'	niet akkoord	niet akkoord	niet akkoord, want de geboorte van de baby is 'spontaan'

B. Bijlage 2: Figuur 2: Cascade van interventies



C. Bijlage 3: Tabel 2: Overzicht gevolgen medische interventies

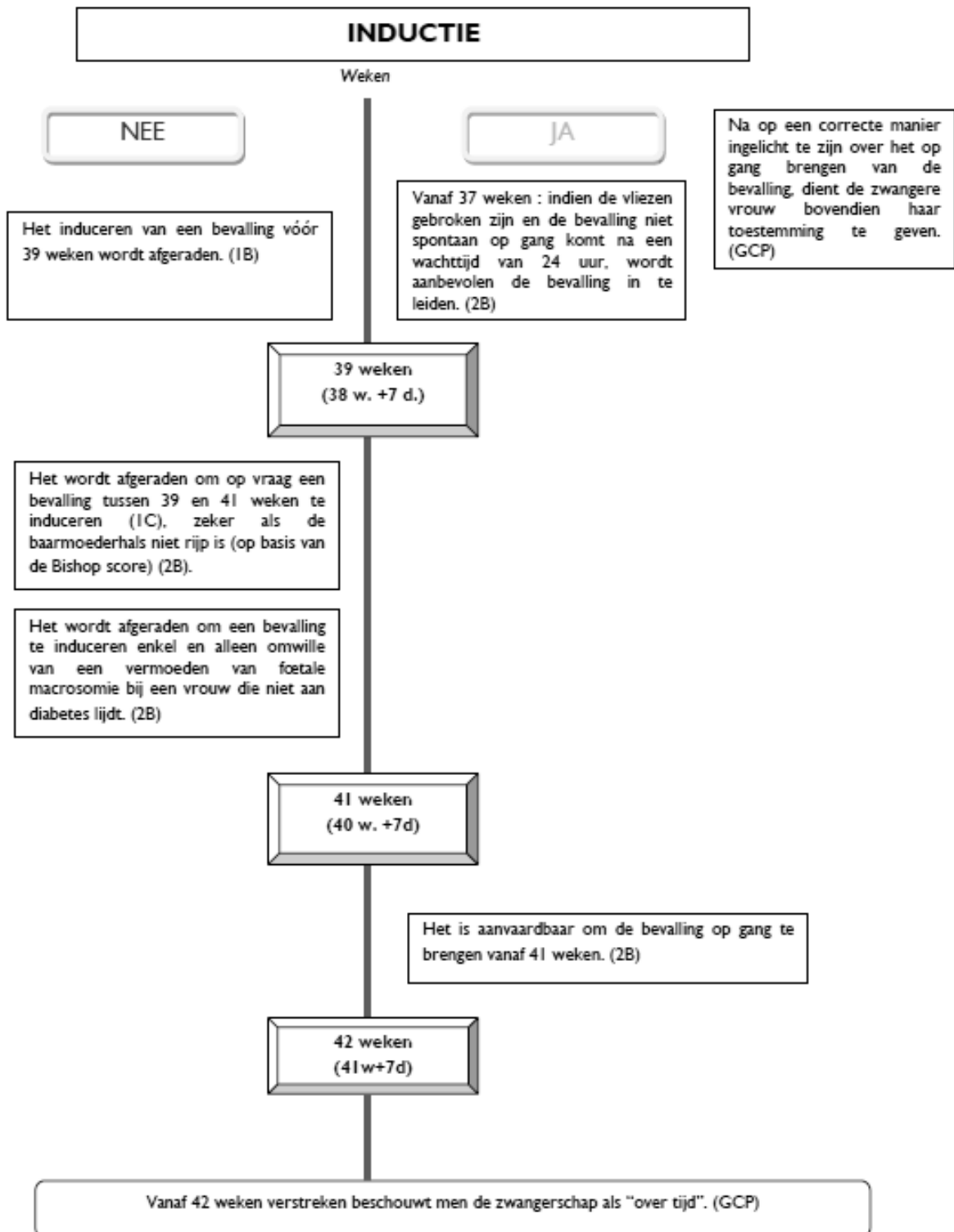
Volgende medische interventies hebben volgende risico's tot gevolg:

Inductie	<ul style="list-style-type: none"> – langdurige, niet-vorderende partus – vraag naar epidurale verdoving – slechte foetale harttonen die wijzen op foetale stress – instrumentele verlossingen zoals ventouse en forceps – sectio – postpartumbloeding
Epidurale anesthesie	<ul style="list-style-type: none"> – langdurige, niet-vorderende partus – nood aan stimulatie met oxytocine-infuus – urineretentie met blaassondage tot gevolg – maternelle hypotensie met IV-infuus en continue foetale monitoring tot gevolg en kans op verminderde foetale zuurstoftoevoer, – malposities van de foetus – instrumentele verlossingen zoals ventouse en forceps – bemoeilijkte extra-uteriene aanpassing van de baby – bemoeilijkte borstvoeding
Gedirigeerd persen	<ul style="list-style-type: none"> – foetale hypoxemie met mogelijke pH-daling tot gevolg – perineumletsels en dysfuncties van de bekkenbodern – maternelle uitputting
Fundusdruk	<ul style="list-style-type: none"> – vena cava syndroom met verminderde foetale zuurstofvoorziening – verhoogde foetale craniële druk met vagale reactie en bradycardie – navelstrengcompressie – foeto-maternelle transfusie – placentaloslating – foetale kwetsuren aan het ruggenmerg en schouder – perineum letsels zoals derde- en vierdegraadsruptuur – uterusruptuur – abdominale hematomen, kneuzingen, ribfracturen – geruptureerde lever
Episiotomie	<ul style="list-style-type: none"> – intrapartum bloedingen – bemoeilijkte rotatie van het indalende foetale caput – perineaal trauma, mogelijks zelf meer kans op derde en vierdegraadsruptuur – pijn – reductie sterkte bekkenbodernspieren
Instrumentele verlossing	<ul style="list-style-type: none"> – geboortetrauma's bij het kind, – bekkenbodernschade bij de moeder – indien gecombineerd met plaatsen van een episiotomie gelden ook de risico's vermeld bij 'episiotomie' – indien gecombineerd met fundusdruk gelden ook de risico's vermeld bij 'fundusdruk'
Sectio	<ul style="list-style-type: none"> – trombo-embolische aandoeningen – infecties – langere hospitalisatie – maternelle sterfte – bloedingen – pijn – gecompliceerde volgende zwangerschappen (ectopische zwangerschap, placentaire afwijkingen, uterusruptuur) – bemoeilijkte extra-uteriene aanpassing van de baby – bemoeilijkte borstvoeding

D. Bijlage 4: Tabel 4: Cijfermateriaal medische interventies in Vlaanderen
(SPE, 2003; SPE, 2005; SPE, 2007; SPE, 2009; SPE, 2011)

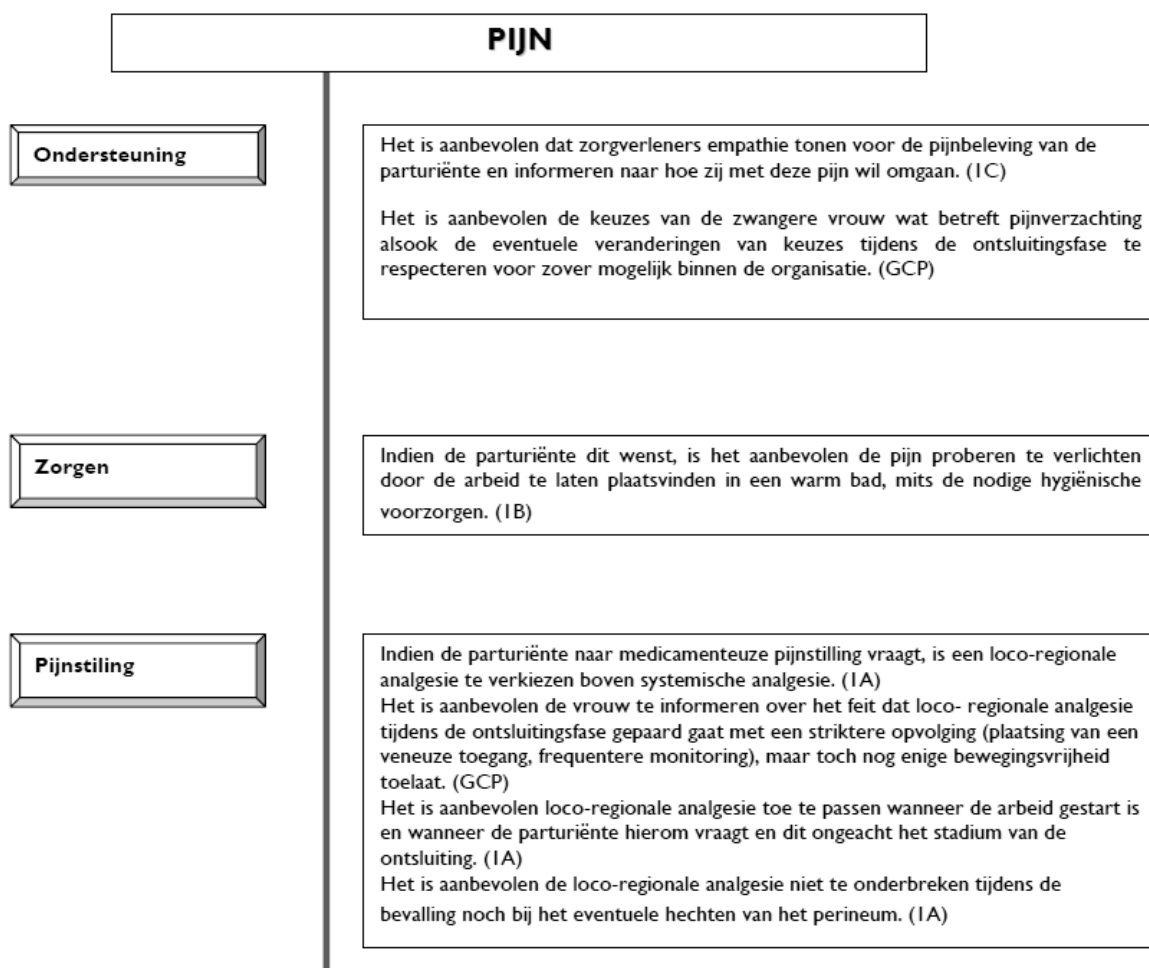
	2002		2004		2006		2008		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
VERLOSSINGEN totaal	58841		61647		64793		68199		68606	
GEBOORTES totaal	60048		62657		65941		69470		69924	
INDUCTIE										
totaal	17693	30,1	17019	27,6	16937	26,1	17247	25,3	16350	23,8
verband zwangerschapsduur										
< 39 weken	4471	25,3	4522	26,6	4284	25,3	4541	26,3	4066	24,9
39-41 weken	10125	57,2	9409	55,3	9238	54,5	9012	52,3	8417	51,5
≥ 41 weken	3096	17,5	3089	18,2	3413	20,2	3692	21,4	3867	23,7
EPIDURALE ANESTHESIE										
totaal	37194	63,2	37995	61,6	43093	66,5	45986	67,4	46424	67,7
WIJZE VERLOSSING										
vaginaal	48416	82,3	50379	81,7	52390	80,9	54929	80,5	55307	80,6
abdominaal	10425	17,8	11268	18,3	12403	19,1	13270	19,5	13299	19,4
WIJZE GEBOORTE EENLINGEN										
totaal eenlingen	57650		60635		63665		66935		67299	
spontaan	40975	71,1	43231	71,3	45364	71,3	47216	70,5	47664	70,8
kunstverlossing totaal	6672	11,6	6543	10,8	6365	10,0	7019	10,5	6931	10,3
vacuümextractie	6021	10,4	5971	9,9	5895	9,3	6495	9,7	6523	9,7
forcepsextractie	651	1,1	572	0,9	470	0,7	524	0,8	408	0,6
sectio totaal	9867	17,1	10746	17,7	11786	18,5	12569	18,8	12598	18,8
primaire sectio	5955	10,3	6340	10,5	6851	10,8	7203	10,8	7043	10,5
secundaire sectio	3912	6,8	4406	7,3	4935	7,8	5366	8,0	5555	8,3
EPISIOTOMIE										
totaal	31676	65,4	31440	62,4	31092	59,3	31295	57,0	29870	54,0

E. Bijlage 5: Overzicht KCE-richtlijnen bij laag risico bevalling (KCE, 2010)



ARBEID	
Ondersteuning	Het is aanbevolen dat de zwangere vrouw zich tijdens de bevalling laat bijstaan door de persoon van haar keuze. (IA) Deze persoon zal op de hoogte gebracht worden van het ganse proces. (GCP) Aangezien het aanbevolen is om een continue aanwezigheid bij de parturiënte te verzekeren (IA), is het aanvaardbaar om in bepaalde omstandigheden een derde persoon (professioneel of niet), gekozen door het koppel, toe te laten als diens aanwezigheid voordelen biedt voor het koppel (2B).
Opvolging van de arbeid	Het gebruik van een partogram wordt aanbevolen door NICE en door de WGO hoewel er geen duidelijke bewijzen zijn voor zijn voor- of nadelen. (GCP) Na het breken van de vliezen dienen vaginale onderzoeken beperkt te blijven tot maximaal 1x om de vier uur, tenzij er specifieke indicaties zijn of op vraag van de zwangere vrouw. (IC)
Zorgen	Het is aanbevolen om de parturiënte aan te moedigen om de meest comfortabele houding aan te nemen voor de voortgang van de bevalling, voor haarzelf en voor de foetus. (IB) Het is aanbevolen om de parturiënte de mogelijkheid te geven helder vocht te drinken (eventueel suikerhoudend), tenzij bij medische contra-indicaties. (IB).
Foetale monitoring	Het is aanbevolen om intermitterende auscultatie van het foetale hart toe te passen op voorwaarde dat de auscultatie elke 15 minuten gedurende minstens één minuut en onmiddellijk na een contractie plaats vindt. (IA) Men zal een continue foetale monitoring (CTG) uitvoeren als de bestaffing geen intermitterende auscultatie toelaat, of op vraag van de parturiënte. (GCP)
Vliezen	Het routinematig of systematisch kunstmatig breken van de vliezen wordt niet aanbevolen in geval van een normaal verloop van de arbeid. (IA) Na correcte informatie aan en toestemming van de parturiënte, is het aanvaardbaar in specifieke omstandigheden de arbeid te versnellen door het breken van de vliezen in combinatie met een oxytocine-infuus en een 'one to one care'. (2B)

E. Bijlage 5: Overzicht KCE-richtlijnen bij laag risico bevalling (KCE, 2010)



E. Bijlage 5: Overzicht KCE-richtlijnen bij laag risico bevalling (KCE, 2010)

UITDRIJVINGSFASE	
Duur	Het is aanbevolen tussen te komen indien de actieve uitdrijvingsfase langer duurt dan twee uur bij een primipara en langer dan één uur bij een multipara. (1C)
Zonder loco-regionale analgesie	Wanneer een parturiënte die geen regionale analgesie kreeg en die een volledige ontsluiting heeft, spontane persdrang heeft, is het aanbevolen haar te laten persen. (1A)
Met loco-regionale analgesie	Indien een parturiënte met loco-regionale analgesie geen enkele persdrang voelt bij volledige ontsluiting, is het aanbevolen de verdere indaling van de foetus en de spontane persdrang af te wachten vooraleer met actief persen gestart wordt, op voorwaarde dat het foetale hartritme normaal blijft. (1A)
Zorgen	Het is aanbevolen om de parturiënte aan te moedigen een houding aan te nemen die haar het meest comfortabel lijkt om te persen op voorwaarde dat het foetale hartritme normaal blijft. (1A) Het is aanbevolen dat de vrouw zich bij het persen laat leiden door haar persdrang, aangezien in de literatuur niet is aangetoond dat de ene techniek doeltreffender is dan de andere. (GCP) In de literatuur zijn onvoldoende aanwijzingen dat het al dan niet toepassen van damsteun het aantal perineumrupturen reduceert. (2B)
Fundusdruk	Het is aanbevolen geen druk op de fundus uit te oefenen tijdens de uitdrijvingsfase. (1B)
Episiotomie	Het wordt formeel aanbevolen niet routinematig over te gaan tot een episiotomie. (1A) Wanneer er een medische indicatie is (instrumentele bevalling of vermoeden van foetaal lijden), wordt een mediolaterale episiotomie aanbevolen. (2C)

STAP 1

Men geeft de zwangere vrouw de autonome keuze omtrent de personen die haar begeleiden en ondersteunen tijdens de bevalling.
Men streeft naar continue vroedvrouwenzorg.

Ondersteuning resulteert in:

- minder kans op vraag naar pijnbestrijding,
- minder kans op gebruik van oxytocine tijdens de arbeid,
- meer kans op een spontane vaginale bevalling,
- minder kans op een sectio,
- minder kans op ernstige pijn in het postpartum,
- en grotere tevredenheid.

Continue vroedvrouwenzorg resulteert in:

- meer gebruik van alternatieve methoden van pijnverlichting in plaats van epidurale anesthesie,
- meer bewegingsvrijheid tijdens de arbeid,
- meer mogelijkheid tot eten en drinken tijdens de arbeid,
- minder kans op amniotomie,
- meer kans op intact perineum,
- meer kans op vaginale geboorte met een sectio in de anamnese,
- minder kans op een sectio,
- minder kans op preterme geboortes,
- en meer kans op borstvoeding en langer borstvoeding.

STAP 2

Men stelt duidelijke informatie beschikbaar over de statistische gegevens ivm de zorg rond de geboorte.

Correcte, accurate informatie resulteert in een doelgroep die in staat is geïnformeerde keuzes te maken.

STAP 3

Men streeft naar 'culturele competente zorg', men toont respect voor culturele verschillen en men houdt hier rekening mee door 'zorg op maat' aan te bieden door onder andere te streven naar een goede communicatie.

'Culturele competente zorg' resulteert in:

- minder medische fouten,
- meer tevredenheid bij de patiënt,
- en meer vertrouwen in de zorgverlener.

STAP 4

Men geeft de vrouw in arbeid de vrijheid om rond te wandelen, te bewegen en houdingen aan te nemen die zij aangenaam vindt.

Vrijheid in beweging en houding resulteert in:

- kortere arbeidsduur,
- en duidelijk minder kans op interventies.

STAP 5

Men stelt een duidelijk beleid op waardoor de continue zorg bevorderd wordt. Hierbij is een goede samenwerking tussen intra- en extramurale zorgverleners noodzakelijk.

Continue zorg door samenwerking tussen intra- en extramurale zorgverleners resulteert in:

- minder nood aan pijnverdooving,
- beter verloop van borstvoeding,
- en meer communicatie geïnitieerd vanuit de moeder omtrent zorgen en problemen tijdens zwangerschap en postpartum.

STAP 6

Men vermijdt routine interventies zonder duidelijk onderbouwde reden (zoals routine amniotomie, electieve inleiding van de arbeid, routine epistomie,...).

Routine interventies zonder gegronde reden resulteren in eerder schade dan voordeel.

STAP 7

Men voert geen promotie voor epidurale of andere medicamenteuze pijnmedicatie. De vroedvrouwen worden opgeleid in methoden om de pijn bij vrouwen te verzachten zonder medicatie (zoals massage, ondersteunende aanrakingen en het gebruik van warm water).

De toepassing van massage en ondersteunende aanrakingen resulteert in:

- minder pijn,
- minder stress,
- en minder angst.

De toepassing van warm water resulteert in:

- verlaagde maternelle bloeddruk,
- minder angst voor startende arbeid,
- en minder pijn tijdens de eerste fase van de arbeid.

STAP 8

Men moedigt moeders en hun familie aan om hun baby aan te raken en te knuffelen.
Men ondersteunt hen om goede zorg te bieden aan hun baby.
Men beperkt zoveel mogelijk de scheiding van moeder en baby.
Men promoot borstvoeding en huid-op-huid contact.

Goede begeleiding in goede zorgen aan de pasgeborene resulteert in voordelen voor zowel de gezonde pasgeborene als de zieke of prematuur geboren baby

STAP 9

Men raadt circumcisie (=besnijdenis) bij de pasgeborene om niet-religieuze redenen af.

Circumcisie resulteert in vaak meer complicaties dan dat het preventief problemen voorkomt op latere leeftijd.

STAP 10

Men streeft naar het handhaven van de criteria zoals opgesteld voor het Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) ter ondersteuning van borstvoeding.

Het bereiken van criteria omtrent borstvoeding resulteert in langere duur van de borstvoeding.

Bachelorproef Vroedkunde – ‘Natuurlijk bevallen in het ziekenhuis’

Nele Schelstraete



Beste vroedvrouw, mijn naam is Nele Schelstraete en ik ben laatstejaars studente Bachelor in de Vroedkunde op de Arteveldehogeschool te Gent. Ik schrijf mijn bachelorproef over ‘Natuurlijk bevallen in het ziekenhuis’ waarbij ik binnen mijn praktijkdeel de klemtoon wil leggen op de rol van de vroedvrouw. Hiervoor vraag ik graag naar uw mening. Onderstaande vragenlijst polst naar uw idee over de natuurlijke bevalling en uw taak hierbij als vroedvrouw in het ziekenhuis. Het invullen van de vragenlijst vraagt tien minuten van uw tijd. De gegevens worden anoniem verwerkt. Alvast vriendelijk bedankt voor uw medewerking!

Indien u mij hieromtrent wenst te contacteren, kan u mij bereiken op het nummer 0499/23.07.29 of via het e-mailadres nelesche@student.arteveldehs.be.

Gelieve aan te kruisen in welk ziekenhuis u tewerkgesteld bent: A.Z. Jan Palfijn te Gent A.Z. Sint-Lucas te Gent A.Z. Maria Middelaars te Gent U.Z. te Gent

1. Hoe denkt u over het concept ‘natuurlijk bevallen’?

Verduidelijking bij manier van invullen:

Gelieve het bolletje in te kleuren dat voor u het beste past:

1. Ik ben volledig akkoord met de stelling links, het weerspiegelt mijn beeld dat ik heb over arbeid en bevalling.
2. Ik ben meer akkoord met de stelling links dan met de stelling rechts.
3. Ik ben meer akkoord met de stelling rechts dan met stelling links.
4. Ik ben volledig akkoord met de stelling rechts, het weerspiegelt mijn beeld dat ik heb over arbeid en bevalling.

Gelieve de bolletjes **mooi in te kleuren** en niet aan te kruisen, dit is belangrijk voor de digitale verwerking.

Arbeid en bevalling zijn natuurlijke processen. Bij een normale arbeid en bevalling dient er dan ook een geldige reden te zijn om dit natuurlijk proces te onderbreken.	① ② ③ ④	Waarom de natuur geen handje helpen om een normale arbeid en bevalling te versnellen, vergemakkelijken en minder pijnlijk te maken?
Elke arbeid en bevalling beschouw ik als normaal tot het tegendeel bewezen is.	① ② ③ ④	Elke arbeid en bevalling beschouw ik als risicovol tot het tegendeel bewezen is.
Als vroedvrouw ben ik de bewaker van de fysiologie. Ik zal er dan ook alles aan doen om de fysiologie tijdens arbeid en bevalling te bewaken en promoten.	① ② ③ ④	Ik heb er als vroedvrouw geen probleem mee om routinematige medische interventies uit te voeren.
Medische interventies veroorzaken pathologie want ze verstoren het natuurlijk proces.	① ② ③ ④	Medische interventies voorkomen pathologie want ze helpen het natuurlijk proces.
Wetende dat er dingen fout kunnen lopen tijdens arbeid en bevalling, primeert voor mij toch het vertrouwen in het geboorteprocess.	① ② ③ ④	Wetende dat er dingen fout kunnen lopen tijdens arbeid en bevalling, primeert voor mij eerder een zekere angst voor wat er mis kan gaan tijdens het geboorteprocess.

2. Merkt u de afgelopen jaren een trend in de visie van de vroedvrouwen ten opzichte van het concept ‘natuurlijk bevallen’? (J = Ja, N = Nee). Gelieve uw antwoord te verduidelijken.

J Verduidelijking.....

 N

Indien u meer plaats nodig hebt voor uw verduidelijkingen mag u gerust een apart blaadje bijvoegen. Dit geldt ook voor de komende vragen.

3. Wat denkt u dat u als vroedvrouw kan doen om de kans op een natuurlijke bevalling in het ziekenhuis te optimaliseren?

Verduidelijking bij manier van invullen:

*Gelieve enkel bij **DRIE** stellingen een **2** in te kleuren om aan te tonen wat voor u het belangrijkste is. Bij alle overige stellingen kleurt u de **1** in (het kan zijn dat u deze stellingen ook belangrijk vindt, maar gelieve slechts de 3 stellingen aan te duiden die voor u prioritair zijn). Onder de stellingen is plaats voorzien indien u iets wenst te verduidelijken.*

- ① ② Door te handelen volgens de evidence-based practice en geen routine interventies uit te voeren.
- ① ② Door je persoonlijke visie omtrent natuurlijk bevallen waarmee je de visie van het koppel kan beïnvloeden.
- ① ② Door het koppel correct en volledig te informeren.
- ① ② Door op voorhand bewust een geboorteplan op te stellen met het koppel.
- ① ② Door optimaal rekening te houden met de omgevingsfactoren zoals licht, geluid, comfort,...
- ① ② Door niet-farmacologische pijnstilling aan te bieden en te helpen zoeken naar manieren om het best met de pijn om te gaan.
- ① ② Door te streven naar one-to-one en continue begeleiding.
- ① ② Door aandacht te hebben voor houdingen en beweging.
- ① ② Door veel geduld te hebben.
- ① ② Door andere:.....

Eventuele verduidelijking over uw gekozen stellingen:

.....

.....

.....

4a. Volgens de SPE-cijfers beviel in 2008 slechts 6% van de primipara zonder inductie, epidurale, kunstverlossing, sectio of episiotomie. Hoe komt dit volgens u?

Verduidelijking bij manier van invullen:

*Gelieve enkel bij **TWEE** stellingen een **2** in te kleuren om aan te tonen wat voor u het belangrijkste is. Bij alle overige stellingen kleurt u de **1** in. Onder de stellingen is plaats voorzien indien u iets wenst te verduidelijken.*

- ① ② Door een gebrek aan vertrouwen in de natuurlijke bevalling bij de vroedvrouw, door angst voor mogelijke risico's.
- ① ② Door een gebrek aan vertrouwen in de natuurlijke bevalling bij het koppel, door angst voor mogelijke risico's.
- ① ② Door de hedendaagse attitude in verband met pijn.
- ① ② Door de algemene aanvaarding van technologie in de maatschappij.
- ① ② Doordat het koppel er op vertrouwt dat de zorgverlener de beste zorgen zal aanbieden.
- ① ② Door een gebrek aan correcte en volledige kennis van het koppel.
- ① ② Door de organisatie van de verloskundige zorg in Vlaanderen.
- ① ② Door andere:.....

4b. Wat zou er kunnen veranderd worden aan de door u gekozen factoren? + eventuele verduidelijking:

.....

.....

.....

5. Merkt u de afgelopen jaren een trend in het aantal vrouwen dat bewust natuurlijk wenst te bevallen? (S = Stijgende trend, D = Dalende trend, G = Geen trend). Gelieve uw antwoord te verduidelijken.

- Verduidelijking:
- Ⓢ
 - ⓓ
 - ⓖ