



Naar meer bewegingsvrijheid in Vlaanderen – Beïnvloedende factoren en aanbevelingen voor de toekomst



Conclusie vanuit VBOV vzw

Willen we betere bevallingsuitkomsten en positieve bevallingservaringen faciliteren, dan kan meer bewegingsvrijheid tijdens arbeid en bevalling een verschil maken. Dat is duidelijk! Om dit te realiseren, moet het een en ander in beweging komen in de verloskundige zorg in Vlaanderen. Het bevorderen van bewegingsvrijheid tijdens arbeid en bevalling vormt een belangrijk aspect van respectvolle geboortezorg en draagt zodoende bij aan het realiseren van de 12 stappen van de International Childbirth Initiative (ICI) voor respectvolle MoederBabyFamilie Geboortezorg.

De wetenschappelijke evidentie aangaande de factoren die de toepassingen van bewegingsvrijheid op verloskamers en tijdens thuisbevallingen beïnvloeden is nog zeer beperkt. Desondanks kunnen we waardevolle lessen trekken uit de zorgpraktijk in Vlaanderen. De belemmeringen zijn veelzijdig en velen van hen blijken universeel toepasbaar op de verloskundige zorgcontext in verschillende landen. Sommige factoren die het toepassen van bewegingsvrijheid beïnvloeden zijn eerder institutioneel van aard (bijv.: geschiedenis, beleid, leiderschap, cultuur) en vragen gerichte verbeteracties in samenwerking met andere stakeholders op langere termijn. Andere factoren liggen onder de directe invloed van de individuele vroedvrouw en ons als beroepsorganisatie (bijv.: kennisopbouw, ervaringsuitwisseling, sensibilisering van de zorgverlener en doelgroep) en op dit vlak kunnen eventueel sneller veranderingen gestimuleerd worden.

Hieronder trachten we dan ook de belangrijkste factoren die bewegingsvrijheid tijdens arbeid en bevalling beïnvloeden te destilleren en vervolgens toekomstgerichte aanbevelingen voor verbeteracties te identificeren. We doen dit aan de hand van een synthese van de bevindingen rondom bewegingsvrijheid binnen de vier pijlers van evidence-based vroedvrouwenzorg (wetenschappelijke literatuur, de zorgpraktijk, de ervaringen van de ouders en de zorgcontext in Vlaanderen), zoals ze in dit tijdschrift in de verschillende artikelen werden omschreven. Waar relevant vullen we deze synthese aan met bijkomend wetenschappelijk literatuuronderzoek.

Factoren die het toepassen van bewegingsvrijheid beïnvloeden

Medicalisering van de verloskunde

Verschillende wetenschappelijke studies tonen aan dat de medicalisering van de verloskundige zorg, continue elektronische foetale monitoring, inductie van de arbeid en epidurale analgesie, maar ook maternale obesitas belemmerende factoren zijn voor de toepassing van bewegingsvrijheid tijdens arbeid en bevalling (Bates, 2017; Garbelli & Lira, 2021; Zwelling, 2010).

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) oordeelt in verschillende rapporten dat de Belgische verloskundige zorg nog steeds overgemedicaliseerd is en de fysiologie van de bevalling veel beter bewaakt moet worden. Ondanks het merendeel van de zwangerschappen een laag risico kent, vinden te veel routinematige interventies tijdens arbeid



en bevalling plaats. Bovendien kent België een grote variabiliteit tussen regio's en ziekenhuizen aangaande de interventies tijdens arbeid en bevalling (KCE 313A, 2019). Routinematige interventies in fysiologische situaties belemmeren echter het gebruik van bewegingsvrijheid tijdens arbeid en bevalling. Aan de hand van drie interventies (epidurale verdoving, continue elektronische foetale monitoring, inductie van de arbeid) wordt hieronder kort toegelicht hoe de bewegingsvrijheid van de vrouw in het gedrang kan komen.

Het gebruik van epidurale verdoving en intraveneuze infusies maakt het soms moeilijker voor een vrouw om te bewegen en zich te verplaatsen tijdens de arbeid (Desseauve et al., 2017; Lawrence et al., 2013; Modrzejewska et al., 2019). De epidurale verdoving is echter niet meer weg te denken uit de Vlaamse verloskamer. Vanaf begin jaren negentig kende de epidurale pijnstilling een opmars van 32% (1991) naar 69,3% (2019), met een ruime spreiding over Vlaamse kraamklinieken van 12,1% tot 86,5% in 2019 (SPE, 2020). Vlaamse zorgverleners getuigen over het feit dat vrouwen met epidurale verdoving over het algemeen sneller geneigd zijn om te gaan liggen op hun rug tijdens de arbeid en in de gynaecologische stoel bevallen. Bovendien worden vrouwen met epidurale verdoving nog onvoldoende aangemoedigd om maximaal hun bewegingsvrijheid te benutten. Dit is door beperkte kennis aangaande welke houdingen al dan niet geschikt zijn voor vrouwen afhankelijk van de gekozen epidurale verdoving (Belgian Association for Regional Anesthesia, BARA, 2021; Daelemans et al, 2021; Soussi, 2021; Put, 2021). BARA (2021) beveelt aan moderne technieken voor epidurale verdoving te gebruiken o.a. omdat de bewegingsvrijheid van de barrende vrouw beter gewaarborgd wordt. BARA merkt op dat er echter een wijde spreiding van praktijken is aangaande soorten, dosering en toedieningswijzen van epidurale verdoving over de verschillende Vlaamse ziekenhuizen. BARA benadrukt dat er consensus is om lage dosissen epidurale verdoving te gebruiken (bij voorkeur ropivacaïne) in combinatie met Patient Controlled Epidural Analgesia (PCEAs), of Programme Intermittent Epidural Bolus (PIEBs) omdat deze gunstigere effecten heeft in vergelijking met Continuous Epidural Infusion (CEI) met PCAs wat betreft het verlagen van het risico op een instrumentele bevalling, het verlichten

van de weeënpijn, het verlagen van het lokaal anestheticum-gebruik en het verbeteren van de bewegingsmogelijkheden en tevredenheid van de moeder. Voor een overzicht van de wetenschappelijke evidentie aangaande de voordelen en risico's van bewegingsvrijheid in geval van epidurale verdoving en een overzicht van geschikte houdingen voor barrende vrouwen met epidurale verdoving, raadpleeg de VBOV-casus: Bewegingsvrijheid en epidurale verdoving (Rothmann, 2022a forthcoming op: <https://bit.ly/3Cln3Xi>).

Continue CTG-monitoring is minder effectief bij een bewegende vrouw. Maar in principe kan een vrouw die continue gemonitord wordt met CTG verschillende houdingen aannemen en kan een monitor aangelegd worden in elke houding. In de praktijk wordt vaak gezien dat enerzijds vrouwen het gevoel hebben dat ze dan niet meer vrij mogen bewegen en anderzijds dat de draden en riemen van de CTG-monitor hun volledige bewegingsvrijheid ook werkelijk beperken. Internationale klinische richtlijnen en wetenschappelijke evidentie benadrukken dat er géén evidentie is voor het routinematig gebruik van continue CTG voor de beoordeling van het foetale welzijn in laagrisico zwangerschappen tijdens de arbeid en bevalling. CTG halveert het risico op neonatale convulsies van 3/1000 naar 1,5/1000, heeft geen duidelijk effect op perinatale sterfte, cerebrale parese en navelstreng acidose, maar verhoogt het risico op instrumentele verlossing (met 25% van 102/1000 met IA naar 127/1000 met CTG) en op keizersneden (met 50% van 36/1000 bij IA naar 54/1000 bij CTG) en beperkt de bewegingsvrijheid van de moeder tijdens arbeid en bevalling (Alfirevic et al., 2017). Er kan dan ook Intermittent auscultatie worden toegepast, eventueel met Doppler als dé aanbevolen methode om het foetale welzijn te monitoren bij laagrisico zwangerschappen. Dit wil zeggen elke 15 minuten, minstens een minuut beluisteren van foetale harttonen. In overeenstemming met het uitgangspunt dat de bevalling gewoonlijk een normale, fysiologische levenscyclusgebeurtenis is, wordt het gebruik van technologieën zoals continue CTG en andere modernere technologieën alleen aanbevolen wanneer er andere interventies zoals epidurale verdoving; inductie van de baring of risicofactoren bij de zwangere vrouwen werden geïdentificeerd. Voor een overzicht van de wetenschappelijke evidentie aangaande de





voordelen en risico's van CTG versus intermitterende auscultatie, raadpleeg de VBOV-casus "Foetale monitoring tijdens een laagrisico arbeid en bevalling" (Rothmann, 2022b forthcoming op <https://bit.ly/3Cln3Xi>). Continue CTG-monitoring is ondanks richtlijnen en evidentie stevig verankerd in de zorgpraktijk in de tweede lijn in België. Dit heeft veel te maken met mogelijks juridische procedures. De ervaringen van de verloskamer The Living in AZ Monica in Deurne en de Cocon in het Erasmusziekenhuis in Brussel getuigen van het feit dat je als vroedvrouw sneller naar een monitor of een hulpmiddel grijpt als het in het zicht staat. Maar als je de monitor of infuus eerst de verloskamer moet binnenrijden, de vroedvrouw meer de neiging heeft om de zwangere vrouw te steunen om haar lichaam en eigen ritme te volgen en bewegingsvrijheid van de zwangere vrouw te stimuleren (Daelemans et al., 2021; Soussi, 2021). Draadloze CTG-toestellen zijn een alternatief waarbij de parturiënte ook gedurende de CTG-opvolging nog meer kan rondlopen, bewegen en in bad relaxeren en waarbij de maternale ervaring met en de fysiologie van de bevalling kan verbeteren (Watson et al.; 2021). Er is meer kritische reflectie en debat nodig over de kansen en belemmeringen van verschillende methodieken van foetale monitoring in de eerste en tweede lijn terwijl bewaking van de fysiologie centraal blijft.

Inductie van de arbeid leidt dikwijls tot verhoogde baringspijn waardoor vrouwen sneller om epidurale analgesie vragen en als gevolg hiervan meer de neiging hebben om minder te bewegen (Henderson & Redshaw, 2013; Rydal et al., 2019; Dupont et al., 2020). In de praktijk merken we een stijging van de inductie van de arbeid op, niet enkel in Vlaanderen maar ook elders in de wereld. Volgens het Jaarverslag 2019 van het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE), schommelden de inductiepercentages van 2010 tot 2018 tussen 23,4% en 25,2%, maar stegen ze voor het derde jaar op rij. De wetenschappelijke evidentie en klinische richtlijnen raden géén routinematig inleiden aan op 41+0 weken, om zo de kans op een spontane arbeid te maximaliseren. De beslissing om al dan niet in te leiden op of vóór 41+0 weken is complex en dient dan ook weloverwogen en met voorzichtigheid in samenspraak met de ouders genomen te worden. Ouders dienen ondersteund te worden in hun beslissingsproces met evenwichtige en op evidentie gebaseer-

de informatie over verschillende maternale en neonatale voordelen en risico's én de invloed van inductie op de bevallingservaring. Er is een debat en ervaringsuitwisseling nodig over de stijgende inductietrend in Vlaanderen om kwaliteitsvolle zorg blijvend te bevorderen, i.h.b. of deze trend te verklaren is door een stijging van complicaties en aanwezige risicofactoren, of een teken van overgemedicaliseerde geboortezorg is. Voor een overzicht van de wetenschappelijke evidentie aangaande de voordelen en risico van inductie van de arbeid op 41+0 weken versus een afwachtend beleid, consulteer de VBOV-casus "Inductie van de arbeid" (Rothmann et al., 2020 op <https://bit.ly/3Cln3Xi>).

Vlaamse vroedvrouwen beamen dat in situaties met maternale pathologie, medische interventies soms noodzakelijk zijn (bijv.: perifeer infuus, CEFM, bloeddrukmeting via een arteriële kathe-ter, saturatiemeting, zuurstoftoediening, blaas-sonde) maar deze de vrijheid van de vrouw om te bewegen beperken. Deze situaties vragen om een zekere vindingrijkheid om op een veilige manier toch veilige, zij het beperktere, mogelijkheden te bieden met oog op bewegingsvrijheid (Put, 2021; Soussi, 2021).

Vroedvrouwgeleide één-op-één zorg

Uit de wetenschappelijke evidentie blijkt dat bewegingsvrijheid vaker wordt toegepast binnen een vroedvrouwgeleid zorgmodel (Dencker et al., 2017; Hammond et al., 2017; Priddis et al., 2012). Dencker et al. (2017) stelde bijvoorbeeld vast in een cohortstudie in Ierland (n=3884) dat vrouwen die begeleid werden door een vroedvrouw tijdens de bevalling vaker in een verticale positie bevielen (staande, hurkende, knielende houding), (52,0% vs 9,4%, p<0,001).

Ondanks de wetenschappelijke evidentie die over de algemene, gunstige bevallingsuitkomsten en -ervaringen met dit zorgmodel getuigen (The Lancet, 2014) zijn autonoom door-de-vroedvrouw-geleide bevallingen zowel in het ziekenhuis als thuis in Vlaanderen nog niet de norm en dataregistratie hieromtrent schaars. Voor vroedvrouwgeleide thuisbevallingen blijkt uit het Jaarrapport Vroedvrouwgeleide Zorg tijdens arbeid en bevalling in cijfers: 2020 (VBOV, 2021) dat 38% (n=369) van de vroedvrouwgeleide bevallingen plaats vond in de bevallingshouding op handen-en-knieën, 21% (n=202) in



een lithotomiehouding zonder beensteunen, 14% (n=139) in zijlig, 14% (n=134) met hulp van een baarkruk, 7% (n=69) in een hurkende positie, 3% (n=31) staand en 2% (n=16) in een lithotomiehouding in de beensteun. Los van de bevallingshoudingen beviel 38% (n=360) van de vrouwen in bad, wanneer de bevalling autonoom werd begeleid door de vroedvrouw. Epidemiologische data aangaande bewegingsvrijheid in Vlaamse ziekenhuizen worden echter niet door het SPE geregistreerd. Vergelijkingen en trendanalyse zijn dan ook onmogelijk.

Volgens de ervaring van vroedvrouwen in Vlaamse ziekenhuizen is voor de meeste vrouwen de lighouding en/of het gebruik van de gynaecologische bevallingstoel nog steeds de meest voorkomende arbeids- en bevallingshouding (Daelemans et al., 2021; Put, 2021; Soussi, 2021). Toch nemen enkele Vlaamse ziekenhuizen de laatste jaren steeds meer een leiderschapsrol op en maken de shift naar meer bewegingsvrijheid en vroedvrouwgeleide zorg tijdens arbeid en bevalling (o.a.: AZ Monica Deurne, GZA Sint Vincentius Antwerpen, UZ Leuven, Erasmus Ziekenhuis Brussel). Deze ziekenhuizen benadrukken het belang van een multidisciplinair verloskundig team dat ouders doorheen de hele zwangerschap en bevalling begeleidt met dezelfde bewegingsboodschap en dat ouders tracht te motiveren tot beweging tijdens arbeid en bevalling. Continue één-op-één zorg door de vroedvrouw op de verloskamer vraagt om een goede bezettingsgraad met vroedvrouwen in de ziekenhuizen. Steeds meer verloskamers nemen dan ook de stap om op basis van welomlijnde afspraken, samen te werken met externe zelfstandige vroedvrouwen om deze individuele begeleiding te kunnen nastreven, (Daelemans et al., 2021; Huybrechts, 2021; Soussi, 2021; Welffens et al., 2020).

Toepassing van evidence-based richtlijnen en kennis van wetenschappelijke evidentie

Verschillende internationale klinische richtlijnen geven de aanbeveling om bewegingsvrijheid van de vrouw aan te moedigen en de vrouw vrij te laten in de keuze van arbeids- en baringshoudingen. Bovendien bevestigen verschillende systematische reviews en RCTs de voordelen van bewegingsvrijheid (bijv.: verkorting tweede fase van de arbeid, minder instrumentele bevallingen, minder baringspijn). Een samenvatting

van de wetenschappelijk evidentie over de effecten van bewegingsvrijheid op maternale en neonatale uitkomsten is te raadplegen in dit tijdschrift (Vandeputte et al., 2021).

Evidence-based richtlijnen en de resultaten van de wetenschappelijke studies zijn echter nog te weinig gekend bij de verschillende zorgverleners (Huybrechts, 2021; Put, 2021). Het is een blijvende inspanning van organisaties verantwoordelijk voor richtlijnontwikkeling en relevante sector- en beroepsorganisaties om zorgverleners desbetreffend te sensibiliseren en hierop afgestemde zorgpraktijken aan te moedigen.

Beweging en gezonde levensstijl tijdens de zwangerschap

Een zwangere vrouw die lichamelijke beweging gewend is tijdens de zwangerschap zal minder drempel ervaren om beweging ook tijdens arbeid en bevalling toe te passen. Een gezonde levensstijl en lichamelijke beweging tijdens de zwangerschap spelen bovendien een belangrijke rol om maternale obesitas tegen te gaan, eveneens een belemmerende factor voor de toepassing van beweging tijdens de arbeid (Bates, 2017; Zwelling, 2010). De vroedvrouw informeert en moedigt daarom zwangere vrouwen aan om regelmatig voor de zwangerschap geschikte lichaamsbeweging uit te voeren, omdat zwangere vrouwen dan reeds kennis kunnen maken met de verschillende mogelijkheden die bewegingsvrijheid zou kunnen bieden tijdens de arbeid en de bevalling. Vrouwen kunnen dan ook inzicht krijgen in hun eigen voorkeuren en vertrouwen opbouwen in eigen kunnen. Bovendien leidt lichamelijke beweging tijdens de zwangerschap op zich zelf al tot betere bevallingsuitkomsten, zoals een verkorting van de lengte van de bevalling (Rodríguez-Blanque et al., 2021), minder keizersneden en zwangerschapshypertensie (Domenjoz et al., 2014; Di Mascio et al., 2016; Magro-Malosso et al., 2017; Rong et al., 2020).

De geboortekomgeving

De geboortekomgeving kan een belangrijke rol spelen in het bevorderen van bewegingsvrijheid. Er is steeds meer wetenschappelijke evidentie aangaande het effect van de geboortekomgeving op de bevallingservaring (Aburas et al., 2017; Hammond et al., 2017; Hodnett et





al., 2012; Foureur et al., 2010; Overgaard et al., 2012; Townsend et al., 2016), maar minder hoe de geboortekomgeving specifiek bewegingsvrijheid beïnvloedt. In de toekomst zijn verschillende RCTs gepland om het effect van de geboortekomgeving op bewegingsvrijheid en spontane vaginale bevalling in het ziekenhuis in kaart te brengen (Ayerle et al., 2018; Lorentzen et al., 2019).

Het is gebruikelijk dat het ziekenhuisbed een prominente plek inneemt in de bevallingskamer, vaak omwille van het gemak waarmee zorgverleners bij de vrouwen kunnen, mochten er interventies nodig zijn (Queensland Centre for Mothers & Babies, 2014). Deze focus draagt bij aan het gevoel van “toezicht in de geboortekamer” (Stenglin & Foureur, 2013). Bovendien kan het plaatsen van het bed in het midden de vrouw het gevoel geven dat dat de plek is waar ze ‘moet’ bevallen. Wanneer vrouwen volledige controle hebben over hun omgeving, kiezen de meeste vrouwen niet voor een bed. Zelfs bij bevallingen in een slaapkamer thuis, geven vrouwen eerder de voorkeur om te bevallen in de beschermde ruimte tussen meubilair (Lepori et al., 2008). Vrouwen evalueren doorgaans een huiselijke sfeer van de verloskamers als positief en bevorderend voor bewegingsvrijheid. Vrouwen die in deze sfeer bevallen, brengen minder tijd door in het ziekenhuisbed en krijgen minder kunstmatige oxytocine-infusies (Hodnett et al., 2009).

Verschillende Vlaamse ziekenhuizen kunnen deze bevindingen beamen. Zo werden de laatste jaren verloskamers verbouwd om rekening te houden met de positieve invloed van de geboortekomgeving op de bevallingsuitkomsten en -ervaringen. Arbeids- en verloskamers werden geïntegreerd, er is steeds meer de mogelijkheid om in bad te bevallen en telemetrie te gebruiken, en er werd geïnvesteerd in materiaal dat bewegingsvrijheid bevordert (bijv.: bevallingsbal, rebozo, verlosbedden die houdingen faciliteren). Binnen een huiselijke sfeer, zonder zichtbare medische apparatuur kunnen barende vrouwen tijd, ruimte en geruststelling ervaren tijdens de arbeid. Deze ervaringen dienen veel sterker gedeeld en bespreekbaar gemaakt te worden met de verschillende verloskundige zorgverleners in Vlaanderen (Huybrechts, 2021;

Put, 2021; Soussi, 2021).

Kennis, vaardigheden en ervaring van zorgverleners met bewegingsvrijheid

Veel vroedvrouwen in Vlaanderen passen reeds de kennis en vaardigheden toe om bewegingsvrijheid van zwangere vrouwen tijdens de bevalling te bevorderen. Andere vroedvrouwen krijgen nog te weinig ruimte in Vlaamse ziekenhuizen om de klinische richtlijnen en wetenschappelijke evidentie op vlak van bewegingsvrijheid toe te mogen passen en met hun kennis en vaardigheden ouders te steunen om in beweging te komen. De kennis en vaardigheden van vroedvrouwen aangaande de specifieke voordelen, handhaving en aanpassingen over het hele spectrum aan mogelijke houdingen heen varieert en vroedvrouwen krijgen nog te weinig kans om bepaalde interventies (bijv.: vaginale onderzoeken) te oefenen in andere dan de lithotomie-houding (Garbelli & Lira, 2020).

Naast vroedvrouwen zijn ook steeds meer gynaecologen overtuigd van het belang van keuzevrijheid van de zwangere vrouw voor haar bevallingsbeleving en van het positief effect dat een bepaalde houding kan hebben op de foetale hartactiviteit (bijv.: verbeteren variabiliteit, opheffen deceleraties) en de positionering en indaling van de foetus (Daelemans et al., 2021; Huybrechts, 2021; Put, 2021; Soussi, 2021).

Er is nood aan meer opleiding van alle zorgverleners in het algemeen over de fysiologie van een normale bevalling en specifiek hoe bewegingsvrijheid van moeders gefaciliteerd kan worden, waarom, wanneer en welke houdingen het best aangeraden worden. Zowel inzichten in epidemiologie en biomechanica van bewegingsvrijheid moeten beter verankerd worden in de opleiding van zowel gynaecologen als vroedvrouwen. Gezamenlijke interdisciplinaire opleidingen en regelmatige ervaringsuitwisseling tussen zorgverleners over beroepsgroepen heen over de goede praktijken op vlak van bewegingsvrijheid worden ervaren als een belangrijke stap tot meer kwaliteitsvolle geboortezorg (Bates, 2017; Put, 2021; Soussi, 2021).

Bewustzijn van toekomstige ouders over belang van bewegingsvrijheid



Steeds meer ouders maken bewustere keuzes omtrent hun bevalling en willen zich goed voorbereiden en individueel begeleid worden op deze intense gebeurtenis (Put, 2021; Soussi, 2021). Maar over het algemeen is er nog onvoldoende kennis en besef van de voordelen en het verloop van een normale bevalling, de rol die de vroedvrouw en bewegingsvrijheid kan spelen in deze context. De beroepsorganisatie, in samenwerking met andere organisaties die zich richten op de sensibilisering van ouders, dient dan ook sterker deze kennis en ervaringen op een laagdrempelige manier te profileren naar de doelgroep (Mattern et al., 2017).

Het toepassen van bewegingsvrijheid en houdingen en het intuïtief volgen van het eigen ritme en wijsheid is geen vanzelfsprekendheid. Dit vereist zelfvertrouwen van de moeder en vertrouwen in haar vroedvrouw. De vroedvrouw in haar prenatale voorlichting kan een groot verschil maken, door vroeg in de zwangerschap kennis en een vertrouwensband met de ouders op te bouwen en hun zelfvertrouwen in de toepassing van bewegingsvrijheid te sterken. Door ouders reeds in de zwangerschap de betekenis van bewegingsvrijheid en houdingen te laten ervaren en dit te “normaliseren” helpt de vroedvrouw de twijfel of onzekerheid bij zwangere vrouwen te verminderen en wordt gedeelde besluitvorming bevorderd (van Nieuwenhuijze et al., 2014). De cruciale rol die de partner kan spelen bij het steunen van de zwangere vrouw om de bewegingsvrijheid toe te passen en zodoende mee te werken aan een positieve bevallingservaring mag niet onderschat worden. De vroedvrouw betreft dan ook de partner best heel praktisch door het belang en de effecten van bewegingsvrijheid toe te lichten en de partner te laten ervaren hoe hij of zij de zwangere vrouw effectief kan ondersteunen om in beweging te komen en te blijven (Johansson & Thies-Lagergren, 2015).

Aanbevelingen voor de toekomst relevant voor de VBOV en haar leden

- Inventariseer systematisch de aanbevelingen van klinische richtlijnen en de wetenschappelijke evidentie, praktijkervaringen en de maternale tevredenheid over de voordelen en risico's omtrent medische interventies bij laag-risico bevallingen die bewegingsvrijheid ondermijnen.

- Inventariseer systematisch de wetenschappelijke evidentie, praktijkervaringen en de maternale tevredenheid omtrent niet-medische interventies bij laagrisico bevallingen die bewegingsvrijheid stimuleren.
- Bevorder multi- en interdisciplinaire uitwisseling van deze evidentie en de zorgpraktijken in Vlaanderen, tijdens de bachelor en masteropleidingen van de relevante zorgverleners, de permanente vorming (van de VBOV) en ervaringsuitwisseling nadien, binnen de communicatiekanalen van de VBOV en met andere zorgverleners en andere relevante organisaties (zoals bijv.: het Belgisch Evidence-Based Practice Netwerk) om blijvend in te zetten op kwaliteitsvolle, respectvolle moeder-kind-familie geboortezorg.
- Creëer meer opleidingsmogelijkheden voor (student-)vroedvrouwen en andere zorgverleners om kennis te maken met het concept van bewegingsvrijheid en de diversiteit van arbeids- en bevallingshoudingen, hun mogelijkheden en beperkingen, hun gebruik in geval van laag-risico zwangerschap en in geval van obstetrische complicaties.
- Creëer meer mogelijkheden voor (student-)vroedvrouwen, startende vroedvrouwen en assistent-gynaecologen om praktische ervaring op te doen met de voordelen van bewegingsvrijheid en meer zelfvertrouwen in de begeleiding hiervan, bijvoorbeeld door stageplekken of detacheringen te bevorderen in de eerste lijn en op Vlaamse verloskamers die een leiderschapsrol op dit vlak opnemen.
- Identificeer zorgverleners die een leiderschapsrol opnemen op Vlaamse verloskamers en in de eerste lijn op vlak van vernieu-

Het toepassen van bewegingsvrijheid en houdingen en het intuïtief volgen van het eigen ritme en wijsheid is geen vanzelfsprekendheid. Dit vereist zelfvertrouwen van de moeder en vertrouwen in haar vroedvrouw. De vroedvrouw in haar prenatale voorlichting kan een groot verschil maken, door vroeg in de zwangerschap kennis te delen en een vertrouwensband met de ouders op te bouwen en hun zelfvertrouwen in de toepassing van bewegingsvrijheid te sterken.





wende zorgpraktijken in het algemeen en in het bijzonder op vlak van bewegingsvrijheid, en zet hun ervaringen sterker in de kijker als middel om andere zorgverleners te inspireren en te motiveren tot verandering.

- Ontwikkel relevante beslissingshulpmiddelen voor zorgverleners en ouders die deze evidentie op laagdrempelige manier vertalen naar de praktische toepassing van geïnformeerde keuze/autonomie van de zwangere vrouw en gedeelde beslissing tussen ouders en zorgverleners.
- Versterken en uitbreiden van de huidige dataregistratie van epidemiologische gegevens van perinatale activiteiten met relevante epidemiologische gegevens omtrent autonoom door de vroedvrouwgeleide bevallingen, om de effecten van vroedvrouwgeleide zorg in het algemeen en meer specifiek van bewegingsvrijheid te kunnen monitoren.
- Profileer nog sterker de wetenschappelijke evidentie en de meerwaarde van de vroedvrouw en vroedvrouwgeleide zorg tijdens arbeid en bevalling. Verken de mogelijkheden voor Vlaamse ziekenhuizen om nog sterker samen te werken met eerstelijnsvroedvrouwen tijdens de begeleiding van de bevalling.
- Zet nog sterker in op de aanpassing van arbeids- en bevallingskamers in ziekenhuizen met als doelstelling een faciliterende sfeer en inrichting die een normaal verloop van de bevalling en een positieve bevallingsbeleving bevorderen. Deel goede praktijken hieromtrent tussen de Vlaamse ziekenhuizen.
- Tijdens de prenatale gezondheidsvoorlichting door de vroedvrouw:
 - profileer nog sterker het belang van lichaamsbeweging en gezonde levensstijl bij zwangere vrouwen tijdens de zwangerschap;
 - zet in op ervaringsgerichte en visuele informatieoverdracht over het belang van bewegingsvrijheid voor maternale en neonatale uitkomsten en betrek de partner maximaal.
- Ontwikkel een sensibiliseringscampagne en bijhorend communicatiemateriaal, zowel in print als elektronisch formaat, die ouders informeert over de wetenschappelijke evidentie omtrent bewegingsvrijheid en de ervaringen van zorgverleners en ouders.

Referenties

- Aburas, R., Pati, D., Casanova, R. & Adams, N.G. (2017). The Influence of Nature Stimulus in Enhancing the Birth Experience. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*; 10(2):81-100. doi:10.1177/1937586716665581.
- Alfirevic, Z., Devane, D. & Gyte, G.M. (2013). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database Syst Rev*; 31(5): doi:10.1002/14651858.CD006066.pub2.
- Ayerle, G.M., Schäfers, R., Mattern, E., Striebich, E., Haastert, B., Vomhof, M., et al. (2018). Effects of the birthing room environment on vaginal births and client-centred outcomes for women at term planning a vaginal birth: BE-UP, a multicentre randomised controlled trial. *Trials*; 19(1):641. Doi:10.1186/s13063-018-2979-7.
- BARA, Belgian Association of Regional Anesthesia (2021). Gesprek met Marc Van de Velde, 18 augustus 2021.
- Bates, K.N.S. (2017). Barriers to the Implementation of Mobility and Upright Positioning During the First Stage of Labor, review presented at 44th Biennial Convention 217 Theme: Influence Through Action: Advancing Global Health. *Nursing, and Midwifery*.
- Daelemans, C., Vercoutere, A., Depuydt, L., Trullemans, M., Warnimont, M. & Derisbourg, S. (2021). Verminderen van onnodzakelijke obstetrische interventies tijdens arbeid en bevalling, CUB Hôpital Erasme, Brussel, in: *Tijdschrift voor Vroedvrouwen*; Jg 27 Nr. 6.
- Dencker, A., Smith, V., McCann, C. Begley, C. (2017). Midwife-led maternity care in Ireland – a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*; 17,101, doi.org/10.1186/s12884-017-1285-9.
- Desseauve, D., Fradet, L., Lacouture, P. & Pierre, F. (2017). Position for labor and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*; 208, p 46–54, doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.11.006.
- Di Mascio D, Magro-Malosso ER, Saccone G, Marhefka GD, Berghella V. Exercise during pregnancy in normal-weight women and risk of preterm birth: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Obstet Gynecol*. 2016 Nov;215(5):561-571. doi: 10.1016/j.ajog.2016.06.014. Epub 2016 Jun 16. PMID: 27319364.
- Dupont, C., Blanc-Petitjean, P., Cortet, M., Gaucher, L., Salomé, M., Carbonne, B. & Le Ray, C. (2020). Dissatisfaction of women with induction of labour according to parity: Results of a population-based cohort study. *Midwifery*; 84:102663. doi:10.1016/j.midw.2020.102663.



- Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), De performantie van het Belgische Gezondheidssysteem (313 A). [KCE, Brussel](#), 2019.
- Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), Richtlijn voor goede klinische praktijk bij laagrisico bevallingen (139 A). [KCE, Brussel](#), 2010.
- Foureur, M., Davis, D., Fenwick, J., Leap, N., Iedema, R., Forbes, I., et al. (2010). The relationship between birth unit design and safe, satisfying birth: developing a hypothetical model. [Midwifery](#); 26(5):520-5. doi:10.1016/j.midw.2010.05.015.
- Garbelli, L. & Lira, V. (2021). Maternal positions during labor: Midwives' knowledge and educational needs in northern Italy. [Eur J Midwifery](#); 5:15. doi:10.18332/ejm/136423.
- Hammond, A., Homer, C.S.E. & Foureur, M. (2017). Friendliness, functionality and freedom: Design characteristics that support midwifery practice in the hospital setting. [Midwifery](#); 50:133–8. doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.025.
- Henderson, J. & Redshaw, M. (2013). Women's experience of induction of labor: a mixed methods study. [Acta Obstet Gynecol Scand](#); 92:1159–1167.
- Hodnett ED, Stremler R., Weston J.A. and McKeever P. (2009), Re-Conceptualizing the Hospital Labor Room: The PLACE (Pregnant and Laboring in an Ambient Clinical Environment) Pilot Trial. [Birth](#), 36: 159-166. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00311.x>
- Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. [Cochrane Database of Systematic Reviews](#) 2012, Issue 8. Art. No.: CD000012. DOI: 10.1002/14651858.CD000012.pub4.
- Huybrechts, A. (2021). Geef vroedvrouwen de ruimte om vrouwen de ruimte te geven! [Tijdschrift voor Vroedvrouwen](#); Jg 27 Nr. 6.
- Huybrechts, L. (2021). Ervaringen met bewegingsvrijheid in de eerste lijn. [Tijdschrift voor Vroedvrouwen](#); Jg 27 Nr. 6.
- Johansson, M. & Thies-Lagergren, L. (2015). Swedish fathers' experiences of childbirth in relation to maternal birth position: a mixed method study. [Women Birth](#); 28(4):e140-7. doi: 10.1016/j.wombi.2015.06.001.
- Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C, Maternal positions and mobility during first stage labour. [Cochrane Database Syst Rev](#). 2013 Oct 9;(10):CD003934. doi: 10.1002/14651858.CD003934.pub4. PMID: 24105444.
- Lepori B, Foureur M, Hastie C, Mindbodyspirit architecture: Creating birth space, in *Birth Territory and Midwifery Guardianship: Theory for Practice, Education and Research*, K. Fahy, M. Foureur, and C. Hastie, Editors. 2008, Butterworth Heinemann Elsevier: Sydney
- Lorentzen I. Clinical Trial: Birth Environment of the Future [Clinical Trials](#) 2015 2017. Available from: <https://clinicaltrials.gov/show/NCT02478385>. Accessed 23 Oct 2018.
- Magro-Malosso ER, Saccone G, Di Tommaso M, Roman A, Berghella V. Exercise during pregnancy and risk of gestational hypertensive disorders: a systematic review and meta-analysis. [Acta Obstet Gynecol Scand](#). 2017 Aug;96(8):921-931. doi: 10.1111/aogs.13151. Epub 2017 May 19. PMID: 28401531.
- Mattern, E., Lohmann, S., Ayerle, G. (2017). Experiences and wishes of women regarding systemic aspects of midwifery care in Germany: a qualitative study with focus groups. [BMC Pregnancy Childb](#);17(1):389. doi.org/10.1186/s12884-017-1552-9.
- Modrzejewska E, Torbé D , Torbé A. The evolution of maternal birthing positions. [Journal of Education, Health and Sport](#). 2019;9(8):807-810. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.3408045>.
- Overgaard C, Fenger-Grøn M, Sandall J. The impact of birthplace on women's birth experiences and perceptions of care. [Soc Sci Med](#). 2012 Apr;74(7):973-81. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.12.023. Epub 2012 Jan 28. PMID: 22326105.
- Priddis H, Dahlen H, Schmied V, What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature, *Women and Birth*, Volume 25, Issue 3, 2012, Pages 100-106, ISSN 1871-5192, <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.05.001>.
- Put M. (2021). Bewegingsvrijheid tijdens arbeid en bevalling. [Praktijkervaring van de vroedvrouw in een ziekenhuissetting](#). [Tijdschrift voor Vroedvrouwen](#); Jg 27 Nr. 6.
- Rodríguez-Blanco R, Sánchez-García JC, Sánchez-López AM, Aguilar-Cordero MJ. Physical activity during pregnancy and its influence on delivery time: a randomized clinical trial. [PeerJ](#). 2019;7:e6370. Published 2019 Feb 7. doi:10.7717/peerj.6370
- Rong L, Dai LJ, Ouyang YQ, The effectiveness of prenatal yoga on delivery outcomes: A meta-analysis, *Complementary Therapies in Clinical Practice*, Volume 39, 2020, 101157, ISSN 1744-3881, <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101157>.
- Rothmann I, Engelstalig wetenschappelijk onderzoek raadplegen – Hoe zoek je een wetenschappelijk onderbouwd antwoord op een vraag uit de praktijk? Epidurale verdoving en bewegingsvrijheid, in: [Tijdschrift voor Vroedvrouwen](#), Jaargang 28 Nr. 1, Januari-Februari 2022, ISSN 1370-6624, uitgegeven door: Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen, (2022a, forthcoming)
- Rothmann I, Engelstalig wetenschappelijk onderzoek raadplegen – Hoe zoek je een wetenschappelijk onderbouwd antwoord op een vraag uit de praktijk? Foetale Monitoring tijdens arbeid en bevalling:





Cardiotocography (CTG) en Intermittierende Auscultatie (IA) in: Tijdschrift voor Vroedvrouwen, Jaargang 28 Nr. 2, Maart-April 2022, ISSN 1370-6624, uitgegeven door: Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen, (2022a, forthcoming)

- Rothmann I, Engelstalig wetenschappelijk onderzoek raadplegen – Hoe zoek je een wetenschappelijk onderbouwd antwoord op een vraag uit de praktijk? Epidurale verdoving en bewegingsvrijheid, in: Tijdschrift voor Vroedvrouwen, Jaargang 28 Nr. 1, Januari-Februari 2022, ISSN 1370-6624, uitgegeven door: Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen, (2022a, forthcoming)
- Rothmann I, Lanssens D, Tency I, Engelstalig wetenschappelijk onderzoek raadplegen – Hoe zoek je een wetenschappelijk onderbouwd antwoord op een vraag uit de praktijk? Wat is het effect van een inductie op 41 of 42 weken op maternale en foetale uitkomsten zoals morbiditeit en mortaliteit? in: Tijdschrift voor Vroedvrouwen, Jaargang 26 Nr. 5, September - Oktober 2020, p. 287-296., ISSN 1370-6624, uitgegeven door: Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen
- Rothmann I, Lanssens D, Tency I, Engelstalig wetenschappelijk onderzoek raadplegen – Hoe zoek je een wetenschappelijk onderbouwd antwoord op een vraag uit de praktijk? Inductie van de arbeid op 41 of 42 weken, in: Tijdschrift voor Vroedvrouwen, Jaargang 26 Nr. 6, November-December 2020, ISSN 1370-6624, uitgegeven door: Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen.
- Soussi, K. (2021). Klinische praktijkervaring met bewegingsvrijheid in AZ Monica Deurne, Tijdschrift voor Vroedvrouwen, Jg 27 Nr. 6.
- Stenglin M. and Foureur M, Designing out the Fear Cascade to increase the likelihood of normal birth. Midwifery, 2013. 29(8): p. 819-825
- Townsend B, Fenwick J, Thomson V, Foureur M. The birth bed: A qualitative study on the views of midwives regarding the use of the bed in the birth space. Women Birth. 2016;29(1):80–4. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.08.009>.
- Vandeputte, L., Gijsens, C., Rothmann, I., Lanssens, D. & Tency, I. (2021). Wetenschappelijke evidentie van de effecten van bewegingsvrijheid. Tijdschrift voor Vroedvrouwen; Jg 27 Nr. 6.
- Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen (VBOV) (2021 forthcoming). Jaarrapport Vroedvrouwgeleide zorg in Cijfers: 2020.
- Vlaamse Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE), Jaarrapport 2019, 2020.
- Watson K, Mills TA, Lavender T, Experiences and outcomes on the use of telemetry to monitor the fetal heart during labour: findings from a mixed methods study, Women and Birth, 2021, ISSN 1871-5192, <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.06.004>.
- Wellfens K, Derisbourg S, Costa E, et al. The “Cocoon,” first alongside midwifery-led unit within a Belgian hospital: Comparison of the maternal and neonatal outcomes with the standard obstetric unit over 2 years. Birth. 2020;47:115–122. <https://doi.org/10.1111/birt.12466>
- World Health Organisation (WHO) (2018). Making Childbirth a positive Experience. WHO, Geneva.
- Zwelling E, PHD, RN, LCCE, FACCE Overcoming the Challenges, MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing: March 2010 - Volume 35 - Issue 2 - p 72-78 doi: 10.1097/NMC.0b013e3181caeb3.
- van Nieuwenhuijze MJ, Low LK, Korstjens I, Lagro-Janssen T, The role of maternity care providers in promoting shared decision making regarding birthing positions during the second stage of labor. J Midwifery Womens Health. 2014 May-Jun;59(3):277-85. doi: 10.1111/jmwh.12187. Epub 2014 May 6. PMID: 24800933; PMCID: PMC4064714.

VBOV kalender 2022

De VBOV kalender 2022 is er! De vrijwilligers van onze organisatie krijgen een gratis exemplaar als dank voor de inzet. De kalender kan eveneens besteld worden via de webshop. De prijs voor een kalender is €10.

