



Vlaamse
Beroepsorganisatie
van Vroedvrouwen

VBOV Verkiezingsmemorandum 2024

Erkenning – Versterking – Partnerschap
Sterke vroedvrouwen, sterke maatschappij
Sleutelrol voor Vroedvrouwen





Voorwoord

De positie van de vroedvrouw verbeteren, dat is de maatschappij verbeteren.

Inleiding

Welk perinataal zorgmodel willen we bereiken?

Hoe bereiken we dit?

- De vroedvrouw erkennen
- De vroedvrouw versterken
- De vroedvrouw tot partner maken

De positie van de vroedvrouw verbeteren, dat is de maatschappij verbeteren.

Dat is niet zomaar een leuze, het is een uitspraak gestoeld op wetenschappelijke evidentie. Het perinatale zorglandschap is dé sector bij uitstek waar duidelijk wordt hoe een focus op *patiëntenwaarden* leidt tot betere uitkomsten voor de hele maatschappij. Hierover nadenken biedt ons een kans

om ideeën over hoe we als samenleving kijken naar het verwelkomen van nieuw leven, om te zetten in daden, gestoeld op doordacht beleid.

Want wanneer ouders centraal staan en maximaal betrokken worden in het perinatale traject, wijst wetenschappelijke evidentie erop dat er winsten worden geboekt op **fysiek, emotioneel en psycho-sociaal vlak** en wat uiteindelijk ook tot **economische winsten** leidt.

De vroedvrouw speelt een sleutelrol om deze maatschappelijke winsten tot uiting te laten komen. Om hiertoe te kunnen komen, dient de vroedvrouw erkend te worden en het beroep dient versterkt te worden met de vroedvrouwen als partner in alle relevante samenwerkingen.





Welk perinataal zorgmodel willen we bereiken?

We pleiten voor een zorgmodel waarbij de **ouders maximaal betrokken** worden in het volledige perinatale traject (Goffin & Walraet, 2022), dit in overeenstemming met de federale patiëntenrechtenwet (Vandenbroucke F., 2023) en actuele wetenschappelijke evidentie.

Zorg verlenen moet **laagdrempelig** en **inclusief** zijn. Het is niet de zorgverlener, maar de vrouw en haar gezin die centraal staan. Ieder gezin dient **kwalitatieve zorg “op maat”** te krijgen, met bijzondere **aandacht voor de kwetsbare gezinnen**.

De vroedvrouw fungeert als spil in de perinatale zorgverlening. Ze werkt daartoe samen met andere zorgverleners om tot de beste zorg te komen.

De voornaamste zorgactoren zijn de gynaecologen, pediaters, huisartsen, Kind & Gezin en de expertisecentra voor kraamzorg. Daarnaast kunnen psychologen, sociale werkers en andere relevante beroepen de zorg optimaliseren bij gezinnen die hier nood aan hebben.

Intra – en interdisciplinaire zorg wordt, in wederzijds respect, verder uitgebouwd met de vroedvrouw als volwaardige partner. Deze samenwerking is altijd afgestemd op de noden van de vrouw en haar gezin die actief betrokken worden in de besluitvorming over de zorg.





Hoe bereiken we dit?

Sleutel 1: De vroedvrouw erkennen

Zowel binnen als buiten de muren van het ziekenhuis nemen vroedvrouwen een sleutelrol op tijdens de perinatale periode. Wij vragen aan beleidsmakers om vroedvrouwen te erkennen in deze cruciale positie en mee te bouwen aan een zorgmodel waarin elke vrouw in deze periode begeleid kan worden door een vroedvrouw.

- **Investeren in vroedvrouw-geleide zorg**
- **Correcte verloning en arbeidsvoorwaarden:** herijking RIZIV-nomenclatuur, aanpassen IFIC-classificatie
- **Kwaliteitszorg:** Kwaliteitswet en Good Practice Logo

Sleutel 2: De vroedvrouw versterken

De positie van de vroedvrouw moet versterkt worden zodat zij ten volle haar sleutelpositie in het perinatale zorglandschap met de nodige expertise, wetenschappelijke onderbouwing en ervaring kan innemen.

- **Opleiding in lijn met de noden in de sector**
- **Financiële ondersteuning voor wetenschappelijk onderzoek**
- **Rol van de vroedvrouw in de cruciale “eerste 1000 dagen” versterken**

Sleutel 3: De vroedvrouw tot partner maken

Willen we tot meer persoonsgerichte en vroedvrouw-geleide zorg komen, dan moet de vroedvrouw nog meer tot partner gemaakt worden, zowel in het zorglandschap zelf, vanuit het beleid en in de verdere uitwerking van de ‘open ziekenhuizen’.

- **Interprofessionele samenwerking** (verdere ontwikkeling van geïntegreerde zorg via perinatale multidisciplinaire zorgpaden)

- **Structurele verankering van de beroepsgroep in relevante beleidsstructuren**
- **Versterkte rol van de vroedvrouw als partner binnen open ziekenhuizen**

Sleutel 1:

De vroedvrouw erkennen

Een sleutelrol voor de vroedvrouw

Perinatale zorg zou “**vrouw- en gezinsgerichte zorg**” moeten zijn, een laagdrempelige gezondheidszorg waarbij toekomstige en jonge gezinnen tijdig en maximaal betrokken worden in het geboorteproces.

Veilige en kwaliteitsvolle zorg staat voorop, steeds vertrekkend vanuit de noden van de vrouw en haar familie. We benadrukken de kracht van vrouwen om op natuurlijke wijze te bevallen. In nauwe samenwerking met andere zorgverleners dragen vroedvrouwen bij laagrisico de volledige verantwoordelijkheid voor de zorg van moeder en kind, met speciale aandacht voor zorgcontinuïteit, moeder-kind binding en kwalitatieve laag-risicozorg.

Zowel op de verloskamers als op de kraamafdelingen van ziekenhuizen groeit de interesse in het **MLC-model (Midwifery Led Care of Vroedvrouw-geleide zorg)**, waarbij de focus ligt op fysiologie, continue zorg en de aanwezigheid van een vertrouwde vroedvrouw tijdens de bevalling (Downe et al., 2023). Dit zorgmodel erkent de individuele behoeften van elke vrouw en is gebaseerd op wetenschappelijke studies die naast de medische ook de empathische rol van de vroedvrouw als zorgpartner bevestigen. We onderscheiden fysiologie van pathologie en verwijzen door indien nodig.





Dit vroedvrouwgeleide zorgmodel is flexibel en biedt verschillende mogelijkheden, zoals bevallingen met een vroedvrouw in een open verloskamer, in een nabijgelegen geboortehuis of thuis. Hierbij streven we naar een multidisciplinair netwerk van zorgverleners voor overleg, om samen tot weloverwogen besluitvorming en een correcte risicoselectie te komen.

Internationale onderzoeken tonen aan dat dit zorgmodel **aanzienlijke voordelen** biedt voor zowel moeders als pasgeborenen, waaronder vermindering van medische interventies, hoge ouderlijke tevredenheid en lagere kosten (Sandall et al., 2016). In vergelijking met traditionele verlosafdelingen kan een vroedvrouw-geleid systeem binnen of buiten het ziekenhuis leiden tot meer spontane vaginale bevallingen, verminderde stimulatie, keizersneden en episiotomieën, zonder negatieve effecten op de gezondheid van de pasgeborene. We willen dit vroedvrouwgeleide zorgmodel integreren in alle verloskamers zodat elke vrouw kan kiezen voor de begeleiding waar zij zich goed bij voelt.

Correcte verloning en arbeidsvoorwaarden

Vroedvrouwen hebben een autonome en verantwoordelijke functie bij een normaal verlopende zwangerschap, arbeid, bevalling en kraamperiode. Zij dragen medische verantwoordelijkheid in situaties die een hoog risico inhouden. In het ziekenhuis kunnen vroedvrouwen bijvoorbeeld op een hoog risico afdeling werken, waar ze als lid van een multidisciplinair team mee de verantwoordelijkheid dragen voor moeder en kind en er gedelegeerde handelingen uitvoeren. Zowel binnen ziekenhuizen als bij zelfstandige vroedvrouwen wordt deze medische verantwoordelijkheid onvoldoende weerspiegeld in verloning en arbeidsvoorwaarden. Zo ontvangt een vroedvrouw in de eerste lijn voor een postnatale controle een te laag loon na de 5de dag na de bevalling. Het gaat over een laag bedrag voor een belangrijke dienst. De vroedvrouw gaat thuis langs bij de moeder en besteedt vaak meer dan een uur aan het ondersteunen van de borstvoeding en het begeleiden van het nieuwe ouderschap. Als we dit vergelijken met de gemiddelde freelance-tarieven

(freelancenetwork.be) staan de vroedvrouwen daarmee op plaats 57 van 70 ver onder andere zorgberoepen.

Wij vragen een **grondige herijking van de RIZIV-nomenclatuur** zodat financiering afgestemd is op de reële activiteit binnen de eerste lijn. Die afstemming is er vandaag onvoldoende waardoor vroedvrouwen in de eerste lijn niet correct verloond worden en financieel worstelen. Dit resulteert in een tekort aan vroedvrouwen in bepaalde regio's, waaronder Brussel. Wij trekken aan de alarmbel en vragen dringend overleg met beleidsmakers om deze situatie recht te trekken.

Ook de **IFIC-functieclassificatie**, die gehanteerd wordt in ziekenhuizen, laat ruimte voor verbetering en vraagt om het nodige overleg. Het vakgebied van vroedvrouwen kent diverse werkerreinen zoals: materniteit, verloskwartier, neonatale afdeling verbonden aan een materniteit, MIC (Maternal Intensive Care Unit) of NICU (Neonatal Intensive Care Unit) afdeling, hooggespecialiseerde diensten voor infertiliteit, maternale en foetale chirurgie en gynaecologie.

Vroedvrouwen worden opgeleid in zowel fysiologische als pathologische zorg voor moeder en kind en handelen professioneel binnen diverse werksettings. Dit dient omgezet te worden in een correctie IFIC-classificatie. Het IFIC-model plaatst ons in classificaties 14 en 15, wat ontoereikend is. **Classificatie 16** sluit beter aan bij de rol van de vroedvrouw, ongeacht het werkerrein. Vroedvrouwen werkzaam volgens het MLC-model op materniteiten krijgen toenemende verantwoordelijkheden en moeten op gelijke voet worden gesteld met collega's in verloskamers. Dit geldt ook voor vroedvrouwen in loondienst in de thuiszorg. Verder is het essentieel om het salarisniveau van hoofdvroedvrouwen aan te passen, zodat een billijke loonspanning gewaarborgd wordt.

Naast de financiële aspecten van de job, willen we ook de aandacht vestigen op het belang van de **mentale gezondheid van vroedvrouwen**. Een evenwichtige balans tussen het werk en het persoonlijke leven is essentieel om de hoogwaardige zorg te blijven leveren waar ze voor staan.





Kwaliteit erkennen en bewaken

Elke dag bouwen we aan sterke kwaliteitsstructuren, zodat we professionele zorg op maat kunnen bieden. Daarom onderschrijven we de **kwaliteitswet** en hanteren we het **Good Practice Logo (GPL)** in de eerste lijn. Dit kwaliteitslogo staat voor excellente zorg, permanente kennis, bijscholing en het voorzien van permanentie. We vragen de ondersteuning van beleidsmakers om dit GPL te integreren in het Vlaams instituut voor Kwaliteit en Zorg (VIKZ) zodat het een symbool wordt voor onze expertise en erkend wordt door andere zorgverleners, zorginstellingen en ouders.

Sleutel 2:

De vroedvrouw versterken

In opleiding

Continue veranderingen in de gezondheidszorg en evoluties binnen het vakgebied van de vroedvrouw vragen om een goed afgestemde opleiding die voldoet aan de huidige en toekomstige uitdagingen. De Vlaamse bacheloropleidingen Vroedkunde voldoen aan de Europese normering en richtlijnen, maar hebben te kampen met een onderfinanciering en problemen rond studielast en -druk.

Een **uitbreiding van de studieduur van de bacheloropleiding** zou het welzijn van studenten en docenten verbeteren en zo meer tijd voorzien voor het doorlopen van de benodigde theoretische kennis en vaardigheden, een nog intensievere praktijkervaring en integratietijd binnen een veilige omgeving. Bovendien kan op die manier de vroedvrouw mee richting geven aan het gezondheidsmodel van de toekomst waarbij aandacht voor preventie en werk in de eerste lijn steeds belangrijker wordt. Een uitbreiding van de bacheloropleiding helpt ook om zich sterker te positioneren als vroedvrouw in verhouding tot vergelijkbare gezondheidsberoepen.

Vroedvrouwen hebben vandaag de dag de keuze om zich na hun bacheloropleiding nog verder te specialiseren via diverse masteropleidingen. Om de **uitrol van vroedvrouw-specialist** (Advanced Midwifery Practice) in de praktijk te garanderen dringt zich op federaal niveau een erkenning van deze rol op in de wetgeving. Om de huidige zorgvraag adequaat te kunnen beantwoorden, is permanente vorming nodig die gebaseerd is op actuele evidentie.

We nodigen de Vlaamse ministers van Onderwijs en Welzijn en de Federale minister van Volksgezondheid uit om samen met ons de opleidingen tot vroedvrouw te versterken.

In onderzoek

Als vroedvrouwen streven wij ernaar om onze zorg te baseren op evidence-based inzichten. Het **'evidence-based' principe** omvat niet alleen wetenschappelijke evidentie, maar neemt ook de behoeften van de vrouw en ervaring van de vroedvrouw in overweging. Met toenemende betrokkenheid in wetenschappelijk onderzoek via o.a. praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek aan de hogescholen en doctoraatsonderzoek aan de universiteiten kunnen vroedvrouwen waardevolle input leveren voor beleidsontwikkeling op vlak van moeder- en kindzorg. Ook een betere vertegenwoordiging van vroedvrouwen op academische posities aan universiteiten kan hiertoe bijdragen.

Om deze inzet te versterken, doen wij een oproep naar beleidsmakers om **financiële ondersteuning** te bieden voor **wetenschappelijk onderzoek** binnen onze discipline zowel aan hogescholen als aan universiteiten.

In lijn met de inzet op evidence-based practice werken vroedvrouwen nauw samen aan de ontwikkeling en implementatie van relevante richtlijnen en patiënteninformatie binnen de geboortezorg. Sinds 2020 registreert onze beroepsorganisatie de uitkomsten van vroedvrouwgeleide zorg tijdens de arbeid en bevalling. Inzichten die hieruit





voortvloeiën, blijken essentieel om ons werk helder in kaart te brengen en te onderbouwen. We vragen beleidsmakers dan ook om dit onderzoek te versterken, zowel financieel als qua erkenning. Zo kunnen we gezamenlijk een waardevolle bijdrage leveren aan de verdere ontwikkeling en verbetering van de geboortezorg. (Vandeputte et al., 2022)

In de eerste duizend dagen

De eerste 1000 dagen van een kind, vanaf de conceptie tot de tweede verjaardag, leggen de basis voor een gezonde ontwikkeling en een goede start in het latere leven. Tijdens deze cruciale fase vindt de lichamelijke, cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling plaats. Dit heeft een blijvende impact op de gezondheid, het onderwijs en de participatie in de samenleving (Richter et al., 2017).

Wij roepen beleidsmakers op om ons te versterken en samen te werken aan een geïntegreerd beleid waarbij vroedvrouwen toekomstige en jonge gezinnen doorheen deze duizend dagen gidsen.

Wij vragen ook om RIZIV nomenclatuur te voorzien voor **preconceptiezorg**, een domein dat binnen de competentie van de vroedvrouw valt, maar waar momenteel nog financiële ondersteuning ontbreekt.

Daarnaast pleiten we voor ondersteuning van de vroedvrouw gedurende de preconceptieperiode tot en met de “eerste duizend dagen”. Deze periode is een unieke kans om kwetsbaarheden en een ongezonde leefstijl te detecteren en gezinnen effectief te ondersteunen en te coachen. Door te investeren in deze periode kunnen we niet alleen de gezondheid en ontwikkeling van het kind bevorderen, maar ook sociale ongelijkheid bestrijden en kosten besparen op lange termijn (Richter et al., 2017).

Sleutel 3:

De vroedvrouw partner maken

In interprofessionele samenwerkingen

Vroedvrouwen spelen een cruciale rol als partner in interprofessionele samenwerkingen, waarbij **preventie** door vroegdetectie met gevalideerde screeningstools en implementatie van leefstijlprogramma's meer aandacht krijgen om diverse kwetsbaarheden te identificeren en een gezond gedrag te bekomen. Deze aanpak vereist een nauwe samenwerking met diverse zorgberoepen, waaronder gynaecologen, pediaters, huisartsen, psychologen, Kind & Gezin, expertisecentra kraamzorg, enz.

Wij vragen een verdere ontwikkeling van geïntegreerde zorg via perinatale multidisciplinaire zorgpaden zodat optimaal kan ingespeeld worden op de noden van moeder en haar gezin en waarbij elke zorgactor een volwaardige partner is.

Binnen dit samenwerkingsmodel kunnen vroedvrouwen een brug slaan tussen verschillende disciplines. In een sfeer van wederzijds respect en in samenspraak met moeder en gezin, dragen vroedvrouwen zo actief bij aan de besluitvorming rondom de zorgverlening. Zij fungeren als pleitbezorgers van de zwangere vrouw en bewaken de grenzen van de fysiologie. Zo wordt onnodige financiële belasting voorkomen voor jonge ouders en voor het zorgsysteem als geheel.

De overheid stimuleert multidisciplinaire praktijkoverlegmomenten en wachtposten, maar zelfstandige vroedvrouwen hebben momenteel **geen passende financiële ondersteuning**. Hoewel vroedvrouwen de waarde van interdisciplinaire samenwerking onderschrijven, is het essentieel om ook na te denken over de financiering ervan. Als partners in deze samenwerkingen willen vroedvrouwen samen met beleidsmakers werken aan een duurzame en inclusieve





gezondheidszorginfrastructuur die hun integrale rol in de interprofessionele samenwerkingen erkent en ondersteunt.

In beleid

Om de vroedvrouw actief en effectief te laten functioneren binnen het beleid, pleiten wij voor een stevige **structurele verandering van ons beroep in beleidsstructuren**. De Vlaamse Beroepsorganisatie voor Vroedvrouwen zet zich vol toewijding in om de belangen van vroedvrouwen te vertegenwoordigen bij vooraanstaande stakeholders binnen de zorgsector. Als afgevaardigden zijn we al betrokken bij diverse werkgroepen, raden en commissies. We ambiëren echter een bredere vertegenwoordiging, waardoor vroedvrouwen optimaal kunnen worden versterkt, verenigd en verdedigd. Wij vragen toegang tot onder meer de Federale Raad van Verpleegkundigen, VIKZ en de Nationale Raad van Ziekenhuisvoorzieningen. Daarbij is het van cruciaal belang dat de beroepsorganisatie de gepaste financiële ondersteuning krijgt om haar missie en visie met daadkracht te kunnen uitvoeren. Een robuuste betrokkenheid van vroedvrouwen in beleidsprocessen, ondersteund door adequate financiële middelen, zal ons in staat stellen om ons beroep naar een hoger niveau te tillen en een tastbare bijdrage te leveren aan de voortdurende verbetering van de geboortezorg.

In ‘open ziekenhuizen’

Het streven naar een versterkte rol van de vroedvrouw als partner binnen open ziekenhuizen is van cruciaal belang om de geboortezorg in België te optimaliseren. Momenteel hebben zwangere vrouwen slechts een beperkte keuze als het gaat om de begeleiding door een vertrouwde vroedvrouw tijdens de bevalling in het ziekenhuis. Er zijn in België slechts 13 ziekenhuizen waar dit mogelijk is: zes in Vlaanderen, vijf in Brussel en twee in Wallonië. Dit betekent dat slechts 13% van de materniteiten in België deze zorgoptie van vroedvrouwgeleide continuïteit van zorg aanbiedt (KCE-rapport 326A, 2019).

Het **openstellen van de Belgische ziekenhuizen voor eerstelijnsvroedvrouwen** kan een deel van de oplossing bieden. Deze aanpak zou leiden tot **meer persoonsgerichte en vroedvrouwgeleide zorg**, waarbij de **continuïteit** van zorg gewaarborgd blijft. Uit het jaarrapport Vroedvrouwgeleide zorg tijdens de arbeid en bevalling 2021 blijkt dat vroedvrouwgeleide bevallingen in open ziekenhuizen of intramurale vroedvrouwgeleide eenheden leiden tot gunstige uitkomsten voor zowel moeder als kind, met minder ingrepen en meer spontane bevallingen als resultaat.





Wat doet een vroedvrouw?

De vroedvrouw is een deskundige op het gebied van zwangerschap, bevalling en kraamperiode. De vroedvrouw is opgeleid volgens De vroedvrouw is opgeleid volgens een driejarige bacheloropleiding en heeft mogelijk ook nog een tweejarige masteropleiding. Het beroep vroedvrouw is een gereguleerd beroep volgens Belgische wetgeving en een duidelijk beroeps- en competentieprofiel. Bovendien schoolt de vroedvrouw zich met 75 uur permanen-

te vorming/per 5 jaar continu bij. Zij is dus medisch geschoold en dé expert bij uitstek om de normale zwangerschap en bevalling en het normale kraambed te begeleiden. Vroedvrouwen werken op verschillende terreinen die wettelijk bepaald zijn. Het gaat over de gynaecologie, fertiliteit, de volledige perinatale periode en de neonatologie. Ze doen het werk binnen deze terreinen vanuit een kwaliteitskader gebaseerd op wetenschappelijke evidentie.

Wat is de VBOV?

De Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen is een vzw voor én door vroedvrouwen met 1800 leden, 200 vrijwilligers en 7 werknemers. Het is onze missie om de Vlaamse vroedvrouwen te verdedigen, versterken en verenigen, en dit met respect voor alle politieke en filosofische strekkingen. De vereniging is er voor iedere

vroedvrouw werkzaam in het ziekenhuis, de eerste lijn, in opleiding of op rust. We zetten in op samenwerking met andere zorgprofessionals en vertegenwoordigen de Vlaamse vroedvrouw in 30 raden en commissies op Vlaams, nationaal en internationaal niveau.





Bronnen

Belgian Health Care Knowledge Centre. (2019). KCE-rapport 326A. Geraadpleegd op 31 augustus 2023, van <https://kce.fgov.be/nl/kce-rapport-326a>

Downe, S., Finlayson, K., Fleming, A., & Walsh, D. (2023). Women centered care: What is it and how can it be measured? *British Journal of Midwifery*, 31(1), 12-17.

Goffin, T., & Walraet, P. (2022). Van patiëntenrechten naar patiëntenwaarden. *TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE*, 78(4).

Richter, L. M., Daelmans, B., Lombardi, J., Heymann, J., Boo, F. L., Behrman, J. R., ... & Lucas, J. E. (2017). The Lancet series on early childhood development: Background, framing, and overview. *The Lancet*, 389(10064), 1-8.

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4)

Vandeputte, L. et al. (2022). VBOV: Jaarrapport vroedvrouwgeleide zorg tijdens de arbeid en bevalling in cijfers: 2021

