



SENAAT

Informatieverslag over lichamelijke zelfbeschikking en het tegengaan van obstetrisch geweld

INFORMATIEVERSLAG

15 januari 2024





De tekst kan worden gedownload op het volgende adres:
<http://www.senaat.be>

Ce texte est également disponible en français.

Secretariaat van het adviescomité voor Gelijke Kansen voor vrouwen en mannen:
comequitas@senate.be
02/501 71 11

Verantwoordelijke uitgever:

Gert Van der biesen, secretaris-generaal van de Senaat
Natieplein 1, 1009 Brussel

Deze publicatie heeft een informatieve waarde. Aan het redigeren ervan werd de grootste zorg besteed, maar noch de Senaat noch de diensten kunnen aansprakelijk worden gesteld voor de inhoud van de publicatie.

Wettelijk depot: D/2024/3427/1



Informatieverslag over lichamelijke zelfbeschikking en het tegengaan van obstetrisch geweld

INFORMATIEVERSLAG

15 januari 2024

Dit verslag werd voorbereid door het adviescomité voor Gelijke Kansen voor vrouwen en mannen

Rapporteurs:

de dames Durenne, El Yousfi, Masai en Groothedde

Samenstelling van het adviescomité:

Voorzitster: Latifa Gahouchi

Leden:

N-VA: Mark Demesmaeker, Freya Perdaens, Nadia Sminate

Ecolo-Groen: Fourat Ben Chikha, France Masai, Farida Tahar

Vlaams Belang: Adeline Blancquaert, Bob De Brabandere, Anke Van dermeersch

PS: Philippe Courard, Latifa Gahouchi

MR: Véronique Durenne, Gaëtan Van Goidsenhoven

CD&V: Orry Van de Wauwer, Karin Brouwers

Open Vld: Rik Daems, Willem-Frederik Schiltz

PVDA-PTB: Laure Lekane, Ayse Yigit

Vooruit: Ludwig Vandenhove



BELGISCHE SENAAT

ZITTING 2023-2024

15 januari 2024

Dossier nr. 7-245

Informatieverslag over lichamelijke zelfbeschikking en het tegengaan van obstetrisch geweld



Parlementaire stukken:

2021

7-245/1: Verzoek tot het opstellen van een informatieverslag

2021/2024

7-245/2: Verslag namens het adviescomité

7-245/3: Vaststellingen en aanbevelingen aangenomen door het adviescomité

7-245/4: Hoorzittingen

7-245/5: Schriftelijke bijdragen

7-245/6: Amendementen ingediend na de goedkeuring van het verslag

7-245/7: Amendementen

7-245/8: Aanvullend verslag na terugzending door de plenaire vergadering

7-245/9: Vaststellingen en aanbevelingen aangenomen door het adviescomité

INHOUD

I. VOORWOORD	7
II. VASTSTELLINGEN	9
I. Inleiding	
II. Probleemstelling, definities, praktijken en juridisch kader	11
III. Rechtskader	14
IV. Oorzaken en omvang van gynaecologisch en obstetrisch geweld	16
V. Psychosociale benadering van gynaecologisch en obstetrisch geweld	19
VI. De rechtsmiddelen	23
VII. De opleiding van de zorgverleners	27
III. AANBEVELINGEN	31
I. Algemeen	
II. Gynaecologisch en obstetrisch geweld definiëren en documenteren	
III. Transparantie verhogen	32
IV. Voorlichting en bewustmaking	
V. Evolutie van het normatieve kader	35
VI. Verbetering van de rechtsmiddelen en klachtneerlegging	36
VII. Organisatie en financiering	
VIII. Zorgpraktijken	37
IX. Discriminatie bestrijden en kwetsbare groepen ondersteunen	42
X. Opleiding	
IV. LEXICON	45
V. HOORZITTINGEN	47
VI. SCHRIFTELIJKE BIJDRAGEN	49
INFORMATIEVERSLAGEN: https://www.senate.be/informatieverslagen	51



I. VOORWOORD

Voorwoord van de voorzitter van het adviescomité voor Gelijke Kansen voor vrouwen en mannen

Sedert het begin van deze zittingsperiode heeft het adviescomité voor Gelijke Kansen voor vrouwen en mannen verschillende teksten met betrekking tot gendergerelateerd geweld (seksueel geweld, economisch geweld, enz.) besproken en uiteenlopende gezondheidsonderwerpen (de menopauze, noodanticonceptie, de impact van geslacht en gender op het vlak van gezondheid, enz.) geanalyseerd. De kwestie van het gynaecologisch en obstetrisch geweld houdt verband met zowel gendergerelateerd geweld als de gezondheidsproblematiek van vrouwen.

Dit informatieverlag bevat een aantal ambitieuze voorstellen met betrekking tot het recht op lichamelijke zelfbeschikking en de strijd tegen obstetrisch geweld.

De goedkeuring van dit verslag is het eindpunt van bijna drie jaar werkzaamheden van de vier rapporteurs en de leden van het adviescomité voor Gelijke Kansen voor vrouwen en mannen, in samenwerking met gezondheidswerkers (gynaecologen, vroedvrouwen, enz.), academici, deskundigen uit het verenigingsleven en feministische verenigingen.

De laatste jaren is het bewustzijn en de kennis rond gynaecologisch en obstetrisch geweld toegenomen, met name via talrijke getuigenissen op sociale media.

Dit geweld kan verschillende vormen aannemen en ervaren worden op elk moment van het seksuele en reproductieve leven van vrouwen. Het kan gaan om gebaren, woorden of handelingen die de integriteit van de patiëntes aantasten: de keuze van een anticonceptiemethode, bijvoorbeeld, of onderzoeken die als brutaal of onnodig worden beschouwd, interventies die worden opgelegd en/of waarvoor geen instemming is gegeven, of het niet kunnen kiezen van de manier van bevallen.

Het doel van dit informatieverlag is om het debat te openen en de toestand in België te analyseren, en op basis daarvan aanbevelingen te formuleren om een zorgzame gynaecologische en obstetrische cultuur te bevorderen.

Eén van de speerpunten in het verslag van de Senaat, is het voorstel om meisjes en vrouwen alle informatie te geven die ze nodig hebben om hun seksuele gezondheid in eigen handen te nemen, met inbegrip van hun rechten als patiënte. Hiervoor moet seksuele gezondheid expliciet worden opgenomen in de voorlichtingsprogramma's over relaties, emoties en seksualiteit. Ook heel belangrijk is dat vrouwen beter worden voorbereid door hen transparante informatie te verstrekken over hun keuzevrijheid met betrekking tot zorgverleners, geboorteplaats, gewenste medische handelingen, pijnbestrijding, enz.

Met de goedkeuring van dit verslag wil de Senaat concrete ideeën aanreiken op het vlak van informatie, bewustmaking, preventie, gezondheid en psychosociale begeleiding.

Het is nu aan elk Parlement om deze aanbevelingen van de Senaat als leidraad te gebruiken voor concrete beleidsmaatregelen binnen hun eigen bevoegdheden.

Latifa GAHOUCI,
Voorzitter van het adviescomité



VASTSTELLINGEN

I. INLEIDING

De kwestie van gynaecologisch en obstetrisch geweld wordt het afgelopen decennium in ons land steeds vaker aan de kaak gesteld. Sinds 2014 verschijnen getuigenissen over dergelijk geweld in toenemende mate op sociale netwerken, met name via *hashtags* als *#payetonutérus*, *#monpostpartum* of *#genoeggezwegen*.

Gynaecologisch en obstetrisch geweld is breed en het is moeilijk de contouren ervan te bepalen: het betreft een grensoverschrijdend fenomeen in de gynaecologische en reproductieve zorg, met inbegrip van verschillende domeinen waaronder de behandeling van pijnlijke maandstonden, contraceptie, abortus, gynaecologische aandoeningen, seksuele gezondheidszorgen, perinatale zorg, vruchtbaarheidsbehandelingen enz. Het gaat ook over een gebrek aan menselijke toets, waardoor patiëntes zich aan hun lot overgelaten voelen: «ik heb te weinig informatie, ik heb klachten maar ik vind het heel moeilijk om dat bespreekbaar te maken, ik voel me weinig gehoord.»

Het probleem van obstetrisch en gynaecologisch geweld wordt vaak in verband gebracht met onderbezette ziekenhuizen of klinieken buiten de westerse landen die geacht worden voorop te lopen op het gebied van medische technologie. Maar ook België en zijn buurlanden worden met dit verschijnsel geconfronteerd. Het heeft lang geduurd voor dit aan het licht kwam omdat bepaalde schadelijke gynaecologische en obstetrische praktijken soms zo gewoon zijn geworden dat ze daarom moeilijker in twijfel worden getrokken.

Experten geven aan dat, omwille van de grootschaligheid en het gebrek aan bewustzijn over deze problematiek, gynaecologisch en obstetrisch geweld zich systemisch en institutioneel voordoet. Veel mensen die een traumatische ervaring hebben meegemaakt, geven aan dat ze er niet over durven praten met hun familie en vrienden of met gezondheidswerkers. Het gebrek aan zorg of een moeilijke toegang tot zorg is ook een vorm van gynaecologisch geweld. Personen in armoede, personen met een handicap of mentale weerbaarheidsproblemen, kortgeschoolden, personen met een andere etnisch culturele achtergrond of anderstaligen zijn in dit opzicht bijzonder kwetsbaar.

Op gynaecologisch en obstetrisch geweld rust bovendien nog vaak een taboe: zij die er zich wel over uitdrukken bijvoorbeeld via de ombudsdienst van het ziekenhuis of tijdens een post-partumafspraken, geven aan dat ze niet gehoord worden, dat de zaken weggewuifd worden onder het mom van «alles wat er gebeurde, was nodig», zodat ze uiteindelijk blijven zitten met die vraag naar erkenning. Het is dus duidelijk dat er in eerste instantie meer bewustzijn en spreekruimte rond de problematiek moet komen alsook preventie en voorlichting.

Ondanks de divergente standpunten van de geraadpleegde experts, bestond er overeenstemming over het feit dat een *wake-up call* nodig is om gynaecologisch en obstetrisch geweld te bestrijden. Toch is er onenigheid over de definitie, de impact en de oorsprong van traumatische ervaringen.

De doelstelling van dit informatieverlag is een stand van zaken op te maken over het gynaecologisch en obstetrisch geweld in ons land en aanbevelingen te formuleren die gericht zijn aan alle betrokken overheden en aan de vele partners uit het middenveld die bij deze kwesties betrokken zijn.

Hoewel in dit verslag de woorden «vrouw of patiënte» worden gebruikt, betreft het in feite alle personen die te maken hebben met gynaecologische en verloskundige zorg.

Ten slotte moet worden opgemerkt dat sommige aanbevelingen zich niet enkel richten tot de vrouw, als eerst betrokkene, maar ook tot haar directe omgeving: partners, eventuele begeleiders, enz.



II. PROBLEEMSTELLING, DEFINITIES, PRAKTIJKEN EN JURIDISCH KADER

A. Probleemstelling

Het is niet geweten hoe vaak gynaecologisch en obstetrisch geweld in België voorkomt en de definitie ervan is niet unaniem gevalideerd.

De gevolgen van deze vorm van geweld zijn bovendien ook onvoldoende bekend. Deze kunnen onder meer van psychologische, sociale en fysieke aard zijn. Wat de psychosociale impact betreft, hebben experts in de hoorzittingen aangegeven dat 10 tot 30% van de patiënten hun bevalling beleven als een traumatische ervaring. Het gaat hier om een reële uitdaging voor de volksgezondheid, waarover er in eigen land een gebrek is aan systematische cijfers.

Voorals menen uit kwetsbare doelgroepen worden erdoor getroffen. Zij zijn immers vaker het slachtoffer van gynaecologisch en obstetrisch geweld, onaangepaste zorg of gebrek aan verzorging.

In België kunnen principes uit een meer algemeen juridisch kader, zoals het Strafwetboek, worden toegepast op gynaecologisch en obstetrisch geweld, maar er bestaat geen afzonderlijke en specifieke wetgeving inzake gynaecologisch en obstetrisch geweld. Het algemeen rechtskader dat op dergelijk geweld van toepassing is (zie hoofdstuk III) is al vrij ruim maar weinig gekend en de rechtsmiddelen voor slachtoffers zijn niet altijd afdoende.

Ook opleiding speelt een grote rol bij de eerbiediging van gynaecologische rechten. Op het gebied van opleiding en permanente bijscholing van zorgverstrekkers, bestaan er reeds meerdere initiatieven onder meer om het bewustzijn rond stereotypen te verhogen, maar toch blijven er verschillende hiaten.

B. Definities

De definitie van obstetrisch en gynaecologisch geweld is problematisch vanwege het grote aantal verschillende meningen en interpretaties, zoals de deskundigen die door de Senaat zijn gehoord, hebben opgemerkt. Het begrip «obstetrisch en gynaecologisch geweld» is vrij ruim en kan een breed scala van omstandigheden omvatten, van een ongepaste uitspraak tot een medische fout in de strikte zin van het woord, of zelfs een gebrek aan toestemming van de patiënte (ook al heeft dit geen gevolgen op het vlak van de lichamelijke integriteit). Er zijn ook verschillende vormen van obstetrisch en gynaecologisch geweld mogelijk: lichamelijk, seksueel, verbaal, ingegeven door stigmatisering of discriminatie, enz.

Wat betreft de zorgverstrekkers, herkent de overgrote meerderheid van het Belgische zorgpersoneel zich niet in deze afkeurenswaardige gedragingen, die niet stroken met hun dagelijkse praktijk en hun deontologie. Sommigen onder hen geven aan dat gynaecologisch en obstetrisch geweld wellicht meestal onbewust en van organisatorische aard is. Anderen zien het als een uiting van een institutionele context. Het gaat in se niet over kwalijke intenties.

Wat betreft de patiënten, bevinden zij zich in een relatief kwetsbare positie; zij kunnen tijdens onderzoeken bijvoorbeeld het slachtoffer worden van seksisme, vernederingen of lichamelijk en psychologisch geweld.

1) Op internationaal niveau: definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO)

In 2014 heeft de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) het fenomeen onderzocht en de volgende praktijken in verband gebracht met gynaecologisch en obstetrisch geweld¹:

- fysieke agressie;
- ernstige beledigingen;
- verbale agressie;
- verplichte medische procedures;
- gebrek aan geïnformeerde toestemming;
- gebrek aan vertrouwelijkheid;
- weigering van pijnstillers;
- flagrante schending van de intimiteit;
- slordigheden die vermijdbare complicaties veroorzaken.

Uit dit onderzoek is gebleken dat obstetrisch geweld wel degelijk reëel is. De WGO heeft vanuit dit perspectief een benadering naar voor geschoven: «*Operationalizing a human rights-based approach to address mistreatment against women during childbirth*»². met sleutelbegrippen als «*respectful care*» om «*disrespect and abuse*» tegen te gaan, en niet alleen binnen de verloskunde.

2) Op Europees niveau

De Parlementaire Assemblee van de Raad van Europa heeft in 2019 een resolutie over verloskundig geweld³ aangenomen, waarin de lidstaten worden opgeroepen om maatregelen te nemen.

Op Europees niveau kan worden vastgesteld dat gynaecologisch en obstetrisch geweld, dat in verschillende perioden van het seksuele en reproductieve leven van de vrouw voorkomt, voortvloeit uit de articulatie en versterking van twee soorten geweld: gendergerelateerd geweld en geweld dat door de medische instelling kan worden gegenereerd, in een context van zowel overmedicalisering, ondermedicalisering als mismmedicalisering.

Het komt bijvoorbeeld tot uiting in routinematige, systematische beroepspraktijken. Deze kunnen verankerd zijn in medische protocollen die door gezondheidswerkers niet noodzakelijkerwijs als gewelddadig worden geïdentificeerd. Niettemin vormen zij een schending van de mensenrechten en kunnen zij de fysieke of psychische integriteit van vrouwen aantasten.

3) Naar een Belgische definitie

Zoals eerder aangehaald zijn er verschillende definities van gynaecologisch en obstetrisch geweld, maar de meeste bevatten wel volgende elementen:

- het probleem van de niet-naleving van de rechten van de patiënt (wet van 22 augustus 2002);
- nodeloze en ongewenste medische handelingen;
- het nalaten of onthouden van zorg;
- een gebrek aan waardigheid en menselijkheid tegenover de patiënte;
- geen rekening houden met pijn;
- ongepast gedrag in een zorgrelatie.

Verder is het belangrijk dat het zelfbeschikkingsrecht en het recht op lichamelijke integriteit van vrouwen tijdens medische raadplegingen en in de gezondheidssector algemeen worden gewaarborgd.

1. WHO statement, «*The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*», 2014.

2. Zie Christina Zampas, Avni Amin, Lucinda O'Hanlon, Alisha Bjerregaard, Hedieh Mehrdash, Rajat Khosla, and Ozge Tunçalp, *Operationalizing a Human Rights-Based Approach to Address Mistreatment against Women during Childbirth*, 2020, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7348458/>.

3. Parlementaire Assemblee van de Raad van Europa, resolutie nr. 2306 over verloskundig geweld, 3 oktober 2019.

Xavier Capelle (CHU Luik) definieerde obstetrisch geweld als «een geheel van situaties die een traumatische ervaring in het kader van de professionele begeleiding van zwangerschap en bevalling met elkaar gemeen hebben».

Deze elementen zouden opgenomen kunnen worden in een officiële definitie van gynaecologisch en obstetrisch geweld in België.

C. Enkele praktijken uitgelicht

Verschillende praktijken, waarvan sommige hieronder worden beschreven, kunnen in verband gebracht worden met gynaecologisch en obstetrisch geweld. Het is belangrijk te specificeren dat de cijfers over de verloskundige praktijken en handelingen per regio en per ziekenhuis sterk kunnen variëren⁴. Deze variatie lijkt ook niet altijd verklaard te kunnen worden vanuit *evidence based medicine*; soms spelen gewoonte en cultuur een te grote rol. Dit is een werkpunt.

1) Episiotomie

Episiotomie is een chirurgische insnijding die door de verloskundige of vroedvrouw in het perineum wordt gemaakt. Het voornaamste doel van deze ingreep is de geboorte van de baby te vergemakkelijken, waarna het perineum met hechtingen wordt hersteld. Deze praktijk lijkt in België echter vrijer te worden toegepast dan het KCE en de WGO⁵ aanbevelen. Volgens de laatste cijfers wordt in Vlaanderen bij 34,9% van de vaginale bevallingen een episiotomie verricht, in Wallonië bij 20,2% en in Brussel bij 14,9%⁶. Deze procedure kan pijnlijk en/of traumatisch zijn, in het bijzonder wanneer de wondheling lang duurt en pijnlijk is.

2) Inductie van de arbeid

Hetzelfde geldt voor inductie (het medisch op gang brengen van de bevalling)⁷. Inductie kan gerechtvaardigd zijn, maar wordt ook gebruikt om bevallingen zo goed mogelijk in te plannen in de agenda van sommige kraamklinieken. België staat samen met Malta en het Groothertogdom Luxemburg in de top drie van Europese landen waar vrouwen het meest «geïnduceerd» worden. Het percentage⁸ bevallingen met inductie van de arbeid bedraagt 32,2% in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 31,1% in Wallonië en 26,2% in Vlaanderen.

3) Keizersnede

In België wordt één op de vijf kinderen geboren door middel van een keizersnede⁹. Het medisch profiel van de moeders of hun wensen verantwoorden deze praktijk echter niet altijd. Logistieke, financiële of organisatorische factoren kunnen de toepassing van keizersneden soms verklaren. Enkele getuigen verklaarden dat de wens om de bevalling te bespoedigen om zo sneller naar een andere patiënte te kunnen overgaan, soms een rol speelde. Volgens de VVOG gaan deze motieven in tegen de medische ethiek en zou het geen courante praktijk zijn. Globaal bekeken (voor die landen waarvoor er cijfers beschikbaar zijn), stijgt het aantal keizersneden. De aanbeveling van de WGO binnen dat

4. https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-12/KCE_313C_Performance_Belgian_health_system_Report.pdf.

5. Aanbevelingen van de WHO, «Intrapartum care for a positive childbirth experience - Transforming care of women and babies for improved health and well-being», WHO/RHR/18.12 (2018), en Mambourg Françoise, Gailly Jeannine, Zhang Wei-Hong.

«richtlijn voor goede klinische praktijk bij laag risico bevallingen», *Good Clinical Practice (GCP)*, Brussel, Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE), *KCE Reports 139A*, 2010.

6. Voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, zie «*Santé périnatale en Région bruxelloise - Année 2021*», CEpiP, voor Wallonië zie «*Santé périnatale en Wallonië - Année 2021*», CEpiP en voor Vlaanderen zie «*Perinatale gezondheid in Vlaanderen Jaar 2021*», SPI.

7. Zie lexicon.

8. Voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, zie «*Santé périnatale en Région bruxelloise - Année 2021*», CEpiP, voor Wallonië zie «*Santé périnatale en Wallonië - Année 2021*», CEpiP, en voor Vlaanderen zie «*Perinatale gezondheid in Vlaanderen - Jaar 2021*», SPI.

9. Het percentage keizersneden bedraagt 20,3% in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (zie «*Santé périnatale en Région bruxelloise - Année 2021*», CEpiP), 22,6% in Wallonië (zie «*Santé périnatale en Wallonie - Année 2021*», CEpiP) en 21,9% in Vlaanderen (zie «*Perinatale gezondheid in Vlaanderen - Jaar 2020*», SPI).

kader¹⁰ - het gaat weliswaar om een aanbeveling uit 2015 - is gekoppeld aan percentages: als het cijfer onder de 5% ligt, dan kan men uitgaan van vrouwen- en kindersterfte door een gebrek aan goede zorgen. Ligt het cijfer boven de 15% of 20%, dan is er niet veel toegevoegde waarde meer. Het is evenwel belangrijk dat een goed beleid in alle geval veel belangrijker is, dan hoog of laag scores in statistieken.

Het aantal geboortes via keizersnede in België (20-21%) ligt onder het Europees gemiddelde (25,7%)¹¹. België doet het goed op dat vlak, in tegenstelling tot landen zoals Brazilië, waar nationale cijfers van 50% en meer opgetekend worden.

4) Fundusexpressie

Fundusexpressie is een praktijk waarbij men gaat drukken op de buik van de patiënte om de geboorte te bespoedigen. Deze praktijk wordt echter volstrekt afgeraden door de WGO en andere internationale instanties bij vaginale bevallingen aangezien men ribben kan breken, zenuwbeschadigingen veroorzaken, in het ergste geval organen scheuren, om nog maar te zwijgen van de psychologische gevolgen. Toch komt deze handeling nog steeds voor in België.

5) Echtgenotensteek

De «echtgenotensteek» bestaat uit hechtingen om de ingang van de vagina smaller te maken om zogenaamd het mannelijk genot te vergroten. De «echtgenotensteek» moet worden beschouwd als gynaecologisch en obstetrisch geweld. Bij de vrouw veroorzaakt deze ingreep immers hevige en langdurige pijn, maar ook problemen van incontinentie en een verlies van seksueel genot.

VVOG en CRGOLFB stellen dat de «echtgenotensteek» in ziekenhuizen niet wordt toegepast en dat deze handeling, voor zover ze zou voorkomen, indruist tegen de medische ethiek. Verschillende verenigingen die weet hebben van de toepassing van de «echtgenotensteek» in België, hebben tijdens de hoorzittingen verklaard dat dit nog altijd gebeurt.

III. RECHTSKADER

Er bestaat in België geen specifieke wetgeving inzake gynaecologisch en obstetrisch geweld. Aangezien de burgerlijke, contractuele of buitencontractuele, en strafrechtelijke aansprakelijkheid van de beroepsoefenaar kan worden aangevoerd, zijn er verschillende rechtskaders van toepassing op dit onderwerp, dat derhalve geen eigen rechtskader heeft.

De door de Senaat gehoorde deskundigen zijn het erover eens dat het bestaande rechtskader blijk geeft van een oprecht streven naar bescherming van de patiënt, maar ze vinden dat er nog te weinig gebruik van wordt gemaakt, of dat het zelfs te weinig bekend is bij patiëntes en personeel in de gezondheidszorg.

A. Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt

De patiëntenrechten die zijn vastgelegd in de wet van 22 augustus 2002 zijn de volgende:

- zonder enige discriminatie (bijvoorbeeld sociale klasse, seksuele geaardheid, levensbeschouwing) kwalitatief hoogstaande zorg kunnen krijgen die beantwoordt aan de behoeften van de patiënt, met eerbiediging van zijn menselijke waardigheid en zelfbeschikking;
- de beroepsbeoefenaar vrij kunnen kiezen;
- geïnformeerd worden over zijn gezondheidstoestand;
- vrij instemmen met de zorgverlening, met voorafgaande informatie;
- geïnformeerd worden over de verzekering en vergunning van de beroepsbeoefenaar;

10. Zie WHO Statement on Caesarean Section Rates, 2015, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf.

11. Het Europees gemiddelde bedraagt 25,7% (2021), zie: «Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates», WHO.

- beschikken over een bijgewerkt dossier, dit vrij kunnen raadplegen en een kopie kunnen verkrijgen;
- verzekerd zijn van privacy;
- de mogelijkheid hebben om een klacht in te dienen bij een ombudsdienst, of bij de federale ombudsdienst «Rechten van de patiënt» indien de arts buiten een ziekenhuis werkt.

Hoewel deze wettekst een reeks regels oplegt die de medische beroepsgroep in haar betrekkingen met patiënten in acht moet nemen, voorziet de wet niet in sancties. Een van de mogelijkheden zou zijn aan deze wet strafrechtelijke sancties toe te voegen. Bovendien hebben verschillende deskundigen tijdens de hoorzittingen van het adviescomité aangegeven dat de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, voor zover die al bekend zou zijn bij de beroepsbeoefenaars, niet altijd wordt toegepast. Zorgverleners weten soms niet hoe ze moeten omgaan met een zwangere patiënte die een bepaalde therapeutische aanpak weigert.



B. Wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg

Ook de wet inzake kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg van 22 april 2019 voorziet in de bescherming van de patiënt. Deze wet bevat geen specifieke bepalingen inzake gynaecologisch en obstetrisch geweld, maar wel andere bepalingen die tot doel hebben de kwaliteit van de zorg te bevorderen en waarvan patiënten gebruik kunnen maken. Volgens de artikelen 14 en 18 van de wet moeten zorgverleners zich bewust zijn van de grenzen van hun bevoegdheid. De wet verplicht hen bijvoorbeeld ervoor te zorgen dat de nodige ondersteuning en infrastructuur aanwezig zijn en dat er bij een risicovolle prestatie altijd een noodprocedure is. Er bestaat een risico van aansprakelijkheid bij moeilijke bevallingen, met name bij late overbrenging van bevallende vrouwen van hun woning naar het ziekenhuis. Het versterkt de naleving van de wettelijke bepalingen van de «kwaliteitswet» indien geboortehuizen in of aan ziekenhuizen gelegen zijn.

C. Strafwetboek

Tot slot is de wet van 21 maart 2022 houdende wijzigingen aan het Strafwetboek met betrekking tot het seksueel strafrecht in werking getreden op 1 juni 2022. Het Strafwetboek bepaalt voortaan dat seksuele misdrijven door een gezondheidswerker een verzwarende factor vormen (artikelen 417/21 en 417/23).

D. Andere wetgeving

Ook vermeldenswaard zijn:

- de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg;
- de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen;
- het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd.

IV. OORZAKEN EN OMVANG VAN GYNAECOLOGISCH EN OBSTETRISCH GEWELD

A. Mogelijke oorzaken van geweld

Tijdens de hoorzittingen in de Senaat, hebben bepaalde deskundigen een aantal oorzaken van geweld aangehaald. Als belangrijkste, maar niet-limitatieve vormen en oorzaken, gingen zij dieper in op de volgende:

1) Verouderde praktijken

Een aantal verouderde praktijken of protocollen wordt nog steeds courant toegepast. Dit is niet systematisch kwaad bedoeld, maar een kwestie van gewoonte of gebrek aan voortdurende bijscholing in deze veeleer deontologische kwesties.

2) Gestandaardiseerde praktijken en medico-legale overwegingen

Uit internationale studies blijkt dat obstetrisch en gynaecologisch geweld vaker voorkomen wanneer bepaalde praktijken deel uitmaken van een proces van schaalvoordeel, standaardisering, maximalisering van de efficiëntie of rationalisering. Vaak wordt teruggegrepen naar gestandaardiseerde procedures, ook al omdat dit vanuit medico-legaal standpunt handig is: stel dat er een klacht volgt.

3) Gebrek aan kennis over patiëntenrechten

Ook het begrip «toestemming» staat in deze problematiek centraal. In getuigenissen wordt vaak melding gemaakt van een gebrek aan informatie alvorens bepaalde handelingen, zoals een episiotomie, worden uitgevoerd. De wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt pleit echter voor geïnformeerde toestemming op grond van alle beschikbare informatie. Wanneer gezondheidswerkers over dit onderwerp worden bevraagd, blijken volgens Anissa D'Ortenzio (Soralia) slechts weinigen van hen op de hoogte van deze wet, laat staan dat ze de wet volledig toepassen.

4) Hoge werkdruk

De geboortewerkers, zowel de gynaecologen als de vroedvrouwen, geven aan dat er door de zware druk op de gezondheidszorg te weinig of zelfs geen ruimte is voor persoonlijk contact en overleg. Geboorte wordt vaak hoofdzakelijk als een medisch gegeven benaderd en er gaat te weinig aandacht naar de geboorte als levensgebeurtenis.

De inkorting van de ligdag op de materniteit heeft een duidelijke impact op wat er moet doorgegeven worden aan informatie binnen een - ingekort - tijdsbestek, wat aanzienlijke

gevolgen heeft gehad voor de zorgstructuren.

Hoewel er veel gesproken wordt over geweld tegen vrouwen in termen van invasieve handelingen - die te snel, te brutaal of zonder hun toestemming worden uitgevoerd - vergeten we vaak het menselijke en relationele aspect aan te snijden.

De afgelopen twintig jaar heeft men voortdurend bezuinigingen doorgevoerd en zo verschillen in zorg, *follow-up* en keuzemogelijkheden voor vrouwen gecreëerd en doen toenemen. De noodzakelijke zorgzaamheid en tijd voor een vrouw die bevalt, worden niet gefinancierd, in tegenstelling tot andere medische handelingen.

5) Zwijgcultuur

Vaak zijn zorgteams zeer hiërarchisch georganiseerd waardoor het voor stagiairs en jonge zorgverleners moeilijk is om problemen aan te kaarten.

Noëmi Willemen (*UCLouvain*) geeft aan dat bijna elke zorgverlener die vertelt over de problematiek, getuige is geweest van geweld, daar soms ook heeft moeten aan meewerken of denkt dat hij betrokken was bij handelingen die grensoverschrijdend waren. Er is echter weinig ruimte om dit te bespreken, er heerst een soort zwijgcultuur en heel wat jonge zorgverleners - dat blijkt volgens spreekster alvast uit internationaal onderzoek - raken zelf ook getraumatiseerd, maar ook voor hen bestaat er geen nazorg. Dit aspect wordt verder uitgewerkt in hoofdstuk V.

6) Overige oorzaken

De oorsprong van gynaecologisch en obstetrisch geweld wordt volgens bepaalde experts ook gelinkt aan:

- stereotypen en seksisme: vrouwen worden ten onrechte beschouwd als zwak, broos, onbekwaam, irrationeel, onbeduidend, enz.;
- betuttelingsdrang en paternalisme die nog steeds te sterk aanwezig zijn in de gezondheidszorg;
- een opeenstapeling van vormen van discriminatie (racisme, *fatshaming*, seksisme, handicap, enz.);
- gebreken in de opleiding;
- de neiging van sommige zorgverleners om het ongeboren kind meer te beschermen dan de patiënte;
- het gebrek aan continuïteit in de begeleiding van een zwangerschap.

B. De omvang van gynaecologisch en obstetrisch geweld

1) Het ontbreken van cijfers

Officiële cijfers over gynaecologisch en obstetrisch geweld voor België ontbreken, evenals een meldpunt om dergelijke problematiek aan te kaarten of om hulp te zoeken. Nochtans is er wel een grote nood aan het verzamelen van deze data, niet enkel voor het middenveld, maar ook vanuit academische hoek (historici, sociologen, psychologen, antropologen, juristen, enz.). Bovendien is de wetenschappelijke literatuur hierover zeer beperkt.

Ook cijfers over discriminatie in de gezondheidszorg en gynaecologische zorg op basis van etniciteit of andere criteria van discriminatie, zoals socio-economische status, geaardheid, opleidingsgraad, handicap enzovoort, bestaan voor België niet. Buitenlands onderzoek¹² aangehaald door Noëmi Willemen (*UCLouvain*) toont aan dat discriminatie in de gezondheidszorg herhaaldelijk voorkomt en dat data-verzameling en onderzoek noodzakelijk zijn om dit in kaart te brengen.

12. Zie o.a.: Kemp, S., Hu, W., Bishop, J. et al., «Medical student wellbeing - a consensus statement from Australia and New Zealand», *BMC Med Educ*, vol. 19, nr. 69, 2019, <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1505-2>.

De vzw *AMIS (Association des médiateurs en institutions de soins)* verklaart dat geweld of mishandeling op gynaecologisch en obstetrisch gebied momenteel niet formeel wordt geregistreerd of geclassificeerd in het kader van bemiddeling. Tot op heden beschikken de ombudspersonen noch over een wettelijke basis, noch over precieze criteria om aan een dossier de status van geweld of mishandeling op gynaecologisch en obstetrisch gebied toe te kennen. Bijgevolg is het onmogelijk een frequentie of een aantal procedures op dit gebied aan te geven.

2) Grootschalige enquête

Het *Plateforme citoyenne pour une naissance respectée* heeft van 4 juni tot 15 juli 2021 een online-enquête¹³ gehouden, die gefinancierd werd via een projectoproep van de Franse Gemeenschap en *Alter Égales* over het thema «Bevallen in Brussel en Wallonië voor en tijdens de Covid-19 pandemie». Op die enquête kwam een grote respons aanzien meer dan vierduizend vrouwen de volledige vragenlijst beantwoordden. Hoewel de enquête *biases* bevat (antwoord op vrijwillige basis zonder rekrutering van de deelnemers), geven de resultaten van de enquête wel een indicatie van de situatie.

Volgens de cijfers van de enquête werd de verrichte medische handeling slechts één keer op drie aan de patiënte uitgelegd en werd bijna één keer op twee geen toestemming gevraagd. De wet van 2002 wordt in die zin niet nageleefd.

De resultaten wijzen ook op zeer uiteenlopende praktijken in de kraamklinieken. Zo varieerde het percentage van de respondenten dat aangaf slachtoffer te zijn van een vorm van gynaecologisch en obstetrisch geweld van 28,9% in een kraamkliniek, tot wel 54% in een andere. Het gemiddelde percentage bedroeg 41% voor alle onderzochte kraamklinieken samen. De vormen van geweld die aan bod kwamen waren fysiek geweld, psychologisch geweld en verbaal geweld.

C. Impact van de pandemie

Meerdere experts hebben erop gewezen dat de Covid-19-crisis en de daaropvolgende beperkingen het helaas voor vrouwen en meisjes moeilijker heeft gemaakt om toegang te krijgen tot essentiële gynaecologische, seksuele en reproductieve gezondheidsinformatie, diensten en goederen.

De toegang tot hoogwaardige gezondheidszorg voor moeders, hoewel essentieel voor de eerbiediging van de rechten van de vrouw, zelfs in de context van een pandemie, was niet altijd verzekerd omdat de gezondheidswerkers minder talrijk en minder beschikbaar waren op kraamafdelingen vanwege reëffectatie of andere opdrachten. Ook noodzakelijke diensten zoals tolken voor anderstalige personen, partners, of begeleidende vroedvrouwen en doula's werden vaak niet toegelaten.

De pandemie blijkt ook bepaalde praktijken of situaties die lijken op gynaecologisch en obstetrisch geweld, te hebben verergerd.

Dit kan, volgens de enquête van het *Plateforme pour une naissance respectée*, hebben geleid tot schadelijke praktijken die vrouwen tijdens de bevalling werden opgelegd: ongerechtvaardigde medische scheiding van moeder en kind, ontzegging van een geboortebegleiter en andere disfuncties die adequate zorgnormen en eerbiediging van de rechten, de waardigheid en de autonomie van vrouwen tijdens de bevalling in de weg staan.

De communicatie en informatie tijdens de pandemie was voor sommigen ook problematisch. Overeenkomstig de bovengenoemde enquête van het *Plateforme pour une naissance*

13. Amjahad Anissa, Chiara Cosentino, Fabienne Richard, Florence Guiot, Julie Servais, Michèle Warnimont, *Les conditions d'accouchement en Belgique francophone avant et pendant le COVID, Plateforme pour une naissance respectée*, november 2021, <https://www.naissancerespectee.be/wp-content/uploads/2022/02/PCNR-synthese-Rapport-2021.pdf>.

respectée, hebben in 20% van de gevallen de patiëntes zelf moeten zoeken naar de informatie over het protocol van hun kraamkliniek.

Ten slotte werd tijdens de pandemie een toename van de ongerustheid en angst onder vrouwen vastgesteld als gevolg van het verlies van hun vertrouwde omgeving en netwerken terwijl de toegang tot kwalitatieve zorgnetwerken beperkt was.

V. PSYCHOSOCIALE BENADERING VAN GYNAECOLOGISCH EN OBSTETRISCH GEWELD

Hoewel de vrouw volledig in staat blijft om zelf keuzes te maken, bevindt ze zich tijdens de zwangerschap en de bevalling in een bijzondere psychische hoedanigheid die haar in een toestand van fragiliteit en verhoogde gevoeligheid brengt. De gebeurtenissen die zich voordoen, hebben bijgevolg een grote weerslag op haar geestelijke gezondheid.

A. Emotionele veiligheid

Gezondheid gaat niet alleen over de afwezigheid van fysieke problemen, België scoort immers goed op het vlak van fysieke veiligheid. Er zijn echter heel wat mensen die aangeven dat ze zich niet veilig gevoeld hebben in de desbetreffende zorg. In dat opzicht zijn de cijfers - gebaseerd op het onderzoek¹⁴ van de Nederlandse gynaecoloog Claire Stramrood - over traumatische bevallingen veelzeggend: 10 tot 20% (ander onderzoek heeft het zelfs over 30%) ervaart een bevalling als traumatisch.

Opvallend is dat veel van de ondervraagden aangeven dat de interpersoonlijke factoren extreem belangrijk waren. De getuigenissen gaan op zich niet over fysieke dwang, maar heel vaak over het zich onder druk gezet voelen, het ontvangen van weinig of tegenstrijdige informatie, het krijgen van weinig steun of inspraak. In dat opzicht kan dan ook vastgesteld worden dat mensen die heel heftige bevallingen hebben meegemaakt en goed ondersteund werden, of die een heel zware pathologie meemaakten, er soms beter uitkomen dan mensen met een vlotte bevalling die zich weinig gesteund voelden.

1) Trauma's

De Quebecse psychologe Nicole Reeves¹⁵ formuleerde twee hypothesen in verband met de specifieke angsten bij zwangerschap:

- de angsten van vrouwen hebben te maken met de centrale angst de greep op het lichaam te verliezen op een uiterst gevoelig moment. Het is dus onontbeerlijk dat zij zich veilig en gerespecteerd voelen;
- ondanks de drastische afname van de risico's rond zwangerschap en bevalling, zijn vrouwen er nog steeds even bang voor.

Die angst kan versterkt, zelfs vertienvoudigd worden door iets onverwachts, een «doodsgevoel» of een gevoel van minderwaardigheid, dat een posttraumatische stressstoornis (PTSS) of een trauma veroorzaakt. Het zijn psychische wonden met duurzame gevolgen die depressie, verslaving, invaliditeit, relationele problemen, of zelfs suïcide-neigingen kunnen veroorzaken (volgens het Inserm¹⁶ is zelfdoding een van de twee belangrijkste oorzaken van moedersterfte geworden (13,4%) in 2013-2015 in Frankrijk, naast hart- en vaatziekten (13,7%)).

Volgens Luc Roegiers (ULB/UCL) mag gynaecologisch en obstetrisch geweld per definitie niet als een psychologisch probleem van de vrouw worden beschouwd. Gynaecologisch

14. Hollander, van Hastenberg, van Dillen, van Pampus, de Miranda, & Stramrood, «Onderzoek bij vrouwen met traumatische bevallingservaringen», *Archives of Women's Mental Health*, 2017.

15. Nicole Reeves, «L'anxiété spécifique à la grossesse: une entité clinique distincte? Étude prospective et longitudinale comparée de l'évolution, de l'intensité, des facteurs de risque, des corrélats associés et de la prédiction de l'humeur maternelle postnatale», *Psychologie, Université Sorbonne Paris Cité*, 2017.

16. Hart- en vaatziekten en zelfmoord als belangrijkste oorzaken van moedersterfte in Frankrijk in 2013-2015, *Inserm*, januari 2021.

en obstetrisch geweld zal namelijk ontstaan wanneer de patiënte niet gehoord wordt of wanneer geen rekening wordt gehouden met haar behoeften. Een reeds bestaand trauma kan het onbehagen verscherpen, waardoor het soms posttraumatische stress veroorzaakt of doet herleven.

Heel wat omstandigheden kunnen een vruchtbare voedingsbodem zijn voor het ontstaan van een obstetrisch trauma. Enkele daarvan zijn onrealistische verwachtingen rond zwangerschap of bevalling, een onjuist beeld van het moederschap, maar ook een hele reeks psychosociale contexten van kwetsbaarheid: antecedenten van misbruik of obstetrisch geweld, ambivalentie rond het zwangerschapsverlangen, een multicultureel gezin, een gemengd huwelijk, een alleenstaande of heel jonge moeder, intrafamiliaal geweld, slachtoffers van vrouwelijke genitale verminking, drugsverslaving, depressie, financiële problemen, enz.

2) Gevolgen voor de moeder-kindrelatie

Zuigelingen hebben een onmiddellijke behoefte aan emotionele veiligheid om te groeien, zich te ontwikkelen en te evolueren. De bewegingen en handelingen van de moeder, maar ook van de medische teams die haar ondersteunen en begeleiden, hebben een onweerlegbare impact op de emotionele veiligheid van de pasgeborene en op de ontwikkeling van de band tussen moeder en kind. Het is immers bewezen dat een zuigeling reeds in zijn eerste ogenblikken niet alleen behoefte heeft aan lichamelijke veiligheid, maar ook aan het scheppen van een stevige emotionele band met zijn moeder, om er vertrouwen in te hebben dat de wereld die hem ontvangt een veilige plek is.

Een moeder moet zich daarom psychologisch in staat voelen om een ritme met haar kind te vinden, om een cocon van nabijheid en intimiteit met het kind tot stand te brengen.

Nu is het bewezen dat gynaecologisch en obstetrisch geweld problemen veroorzaakt bij het aanknopen van een band met het kind dat geboren is uit een zwangerschap of een bevalling die als problematisch werd ervaren, wat rechtstreekse gevolgen veroorzaakt voor de geestelijke gezondheid van de baby en het gezin.

Emotionele onveiligheid als gevolg van gynaecologisch en obstetrisch geweld kan schadelijke gevolgen hebben voor de geestelijke gezondheid van een zuigeling, want de moeder heeft beslist de hoofdrol inzake de fundamentele behoeften van haar baby. Indien de moeder elk zelfrespect verloren heeft en schuld- of schaamtegevoelens heeft voor wat er bij haar bevalling en bij de geboorte van haar baby gebeurd is, hetgeen onder meer een post-partumdepressie kan veroorzaken, dan is het risico heel reëel dat er «relationele *loops*» ontstaan, waardoor de moeder zich van haar kind afkeert. De vader of een ander gezinslid zal dan de taak overnemen, zodat het gevoel van nutteloosheid van de moeder nog sterker wordt.

Tevens moet worden benadrukt dat baby's een sterk neurobiologisch gevoel hebben voor stress van de moeder en voor de heersende stemming. Een moeder die zich afkeert zal zowel voor de zintuiglijke en motorische ervaringen als voor de cognitie van het kind gevolgen hebben. Baby's kunnen ook heel vroeg symptomen van depressie hebben.

De begeleiding van nieuwe moeders en nieuwe ouders door gezondheidswerkers voor, tijdens en na een zwangerschap lijkt de sleutel te zijn om de emotionele veiligheid van de zuigeling te verzekeren en alle problemen met diens geestelijke gezondheid te voorkomen. De steun van het medische korps bij het scheppen van gezinsbanden, met name van de baby met zijn moeder of ouders is kostbaar.

Tevens kan een dienst voor perinatale begeleiding, zonder de geneeskundige *follow-up* te vervangen, de gezinnen pluridisciplinaire ondersteuning bieden en zich toelagen op het ontstaan van de band tussen ouders en baby en op ouderschapsondersteuning.

B. Sleutels voor het gevoel van vertrouwen

1) Het hele traject rekening houden met de noden

Een geboorte wordt beschouwd als een belangrijke gebeurtenis in het leven van vrouwen. Het is daarom nodig dat men hen informeert en naar hen luistert voor de bevalling.

Zwangerschapsbegeleiding beperkt zich niet tot het waken over het welzijn van moeder en foetus door het stellen van medische en technische handelingen, maar gaat ook gepaard met luisteren, gedachtewisseling, communicatie en het scheppen van een vertrouwensrelatie tussen de barende vrouw en het medisch team. De gezondheidswerkers hebben een educatieve rol voor de moeder omdat ze haar alle informatie verstrekken om haar zwangerschap, haar bevalling en de eerste dagen met haar zuigeling te begrijpen. Voor de geboorte en tijdens de zwangerschap preventief voor de vrouw en het paar zorgen loont bovendien, want het zal hun vermogen om de zorg voor hun baby op te nemen vergroten, omdat het hen wapent tegen kwetsbaarheid.

In die context is het belangrijk om de zelfstandigheid van vrouwen te versterken en hen de controle te geven over hun geboortetraject, van de voorbereiding van de bevalling tot de terugkeer naar huis. Het is even belangrijk met de patiëntes in dialoog te gaan om hun zelfvertrouwen te geven als om te zorgen voor wederzijds vertrouwen met de zorgverleners, waarbij men de ouders als partners in het moederschapstraject beschouwt.

Andere voorbeelden van luisteren naar de verwachtingen van de moeders of de koppels zijn: de toegankelijkheid, de beschikbaarheid, de openheid van de zorgverleners en non-discriminatie. Het opstellen van een geboorteproject is de gelegenheid voor de ouders om na te denken over hun wensen met betrekking tot hun hele zwangerschapstraject, en deze te bespreken met de zorgteams.

2) Preventie

Om het risico op een perinataal trauma zo goed mogelijk te voorkomen, bevinden de gezondheidswerkers zich in de eerste lijn om vooraf risicosituaties te identificeren, om op problemen te anticiperen en indien nodig hulp of aangepaste zorg aan te bieden.

Gezinnen - moeders - opsporen die psychologisch kwetsbaar zijn kan via een psychosociale *screening* tijdens de zwangerschap, die het traditioneel medisch dossier aanvult. Een dergelijke *screening* is niet alleen de gelegenheid om kennis te maken, de diverse betrokkenen te ontmoeten en de ouders te informeren, maar ook om de eventuele psychosociale problemen en de potentiële conflictsituaties te bepalen om er voor de bevalling rustig over te praten. Dat maakt het vaak mogelijk met de hulp van een psychosociaal team dat nauw met alle gezondheidswerkers samenwerkt, oplossingen aan te brengen vóór de problemen ontstaan.

In dit verband vermeldt het KCE in een rapport van 23 januari 2023¹⁷ dat er een gebrek is aan zorgverleners met ervaring in prenatale kwesties waar patiëntes met psychische problemen terecht kunnen.

3) Samenwerking en continuïteit

Een geïntegreerd zorgpad is ook één van de struikelblokken voor het welzijn van de patiënte. Marlene Reyns (Vlaamse Beroepsorganisatie van vroedvrouwen) verwijst in dit verband naar onderzoek van het KCE naar het kwaliteitskader (moeder- en kind circle). De volgende punten komen als overheersend naar voren:

- de kwaliteitszorg, sterk aanleunend bij de eisen uit de wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg;

17. Costa E., Christiaens W., Zeevaert R., Benahmed N., «Doorverwijzing bij het opvolgen van zwangerschappen met laag risico - Synthese», Brussel, Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE), KCE Reports 363As, 2023, <https://kce.fgov.be/nl/doorverwijzing-bij-het-opvolgen-van-zwangerschappen-met-laag-risico>.

- een aanpak gericht op wie zorg vraagt (vierentwintig uur op vierentwintig bereikbaarheid);
- het zorgpad, gebaseerd op *evidence based midwifery*;
- en vooral het aspect «samenwerking». Dit betekent samenwerking met gynaecologen, maar ook met andere zorgverleners en informele primaire en secundaire zorgverleners die betrokken zijn bij de ondersteuning van de gezinszorg.

De discontinuïteit van de zorgverlener bij de zwangerschap en de bevalling is zeker ook een aandachtspunt. Zo komt het voor dat de vroedvrouw die de zwangerschap van de patiënte heeft opgevolgd of andere bevallingspartners zoals een tolk, doula of naaste, vervolgens niet mag of kan aanwezig zijn op het ogenblik dat de vrouw gaat bevallen in het ziekenhuis.

In voornoemd rapport van 23 januari 2023 stelt het KCE dat de interprofessionele samenwerking tussen gynaecologen en vroedvrouwen bij prenatale opvolging in België niet altijd even vlot verloopt. Om veilige, efficiënte, gepaste en patiëntgerichte prenatale zorg te verzekeren, is nochtans een vlotte samenwerking noodzakelijk. De belangrijkste obstakels voor interprofessionele samenwerking die worden genoemd zijn de overconsumptie van prenatale zorg, de perverse effecten van bepaalde financieringsmodellen en gedragingen die het werk en de competenties van de ander niet respecteren. Er werd bij gynaecologen en vroedvrouwen ook een grote bereidheid gevonden om de onderlinge samenwerking te verbeteren door partnerschappen aan te gaan en de informatieoverdracht en communicatie te verbeteren.

4) De debriefing

De fase van de debriefing tussen collega's, maar ook tussen zorgverleners en patiëntes is van groot belang. Het is belangrijk dat men het verhaal van vrouwen en hun leed ernstig neemt. Het CHU van Luik bijvoorbeeld werkt met debriefingen en getuigenissen van patiëntes die geanalyseerd worden op vergaderingen van zorgverleners en verzorgden, die georganiseerd worden wanneer een en ander fout is gelopen. Ze worden in een optiek van oprechtheid en transparantie gehouden en maken het mogelijk veel te leren uit het lijden van de patiëntes en de moeilijkheden die de zorgverleners ervaren. De post-traumatische stressstoornis (zie hoofdstuk V, punt 1) blijft heel vaak onopgemerkt wanneer er geen gerichte *screening* of «late» vraagstelling is - men moet weten dat die stoornis enkele weken of zelfs enkele maanden na de bevalling kan ontstaan.

C. Rekening houden met alle doelgroepen

Elke stap in het diagnostisch en therapeutisch proces moet in begrijpelijke en adequate taal uitgelegd worden aan de patiënte. Pas wanneer de arts zich ervan vergewist heeft dat de patiënte het proces begrijpt, kan gevraagd worden of zij zich hierin kan vinden en welke keuze de patiënte wenst te maken.

Het gebrek aan zorg of de beperking ervan is immers ook een vorm van gynaecologisch en obstetrisch geweld. Personen in armoede, personen met een handicap of met mentale gezondheidsproblemen, kortgeschoolden, LGBTQIA+-personen, personen met een andere etnisch-culturele achtergrond, personen met een bepaald (verblijfs-)statuut of anderstaligen zijn in die context bijzonder kwetsbaar. Personen die geen van de landstalen voldoende beheersen, zullen niet in staat zijn het geweld waarvan zij het slachtoffer werden aan te klagen.

Alleenstaande (toekomstige) moeders in een kwetsbare situatie, afkomstig uit een minderheid of met een handicap hebben niet altijd toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg, onder andere tot geestelijke gezondheidszorg.

Die vrouwen, die met duidelijke sociale problemen te kampen hebben (taalbarrière, financiële problemen of schulden, een ongeschikte woning om een kind in onder te brengen,

enz.) leven soms in de marge of hebben zelfs niet de minste kans op goede psychologische zorg.

Zich kunnen uiten wanneer men zorg krijgt, is het eerste recht van de patiënt. Slechte talenkennis is een vaak voorkomend probleem in de communicatie tussen het medische korps en de patiëntes uit kwetsbare groepen. Het is primordiaal dat elke vrouw kan terugvallen op een begeleider of een tolk wanneer ze de taal van de zorgverleners niet beheerst. Het is dan ook absoluut noodzakelijk dat het aantal interculturele bemiddelaars of bemiddelaarsters in de ziekenhuizen wordt opgetrokken en dat men de verenigingen voor sociaal tolken ondersteunt. Die vertaaltijd is een bijkomende werklast die bijgevolg erkend moet worden. De tijd voor prenatale consulten is gewoonlijk al te kort en dit is des te meer het geval als er nog nood is aan vertaling.

D. Beleving en mentale last van de zorgverleners

Dit informatieverlag wil de essentiële kwestie van de beleving en de mentale last van de zorgverleners niet ontlopen. Het personeelsgebrek of -tekort waardoor men de patiëntes niet de gepaste en individuele begeleiding kan bieden, brengt een te grote werklast en meer stress met zich mee, wat tot gynaecologisch en obstetrisch geweld kan leiden.

Vaak ontmoet men zorgverleners die gefrustreerd zijn door ongepaste zorg waarvan ze getuige waren of door obstetrisch geweld waaraan ze hebben moeten meewerken of dat ze niet konden beletten. Zo komt het leed dat men vrouwen aandoet ook bij de zorgverleners terecht. Gezondheidswerkers zijn overigens vaak uit hun lood geslagen wanneer vragen worden gesteld bij hun optreden, want ze vinden dat ze het juiste doen en ervaren hun medische handelingen niet als gewelddadig. Ook dat is een bron van stress voor zorgverleners en het medische korps.

Deze laatsten ondergaan ook een ander soort geweld: de toenemende snelheid van de zorg, het grotere belang van gemedicaliseerde praktijken en technieken, de versnippering van de zorg en de piramidale structuur van de ziekenhuizen. Volgens Pascale Gustin (directeur van de dienst voor geestelijke gezondheidszorg «*Le chien vert*») geven sommige zorgverleners ook aan dat ze bang zijn om bepaalde medische handelingen van hun collega's aan de kaak te stellen.

Bovendien kunnen de werklast en de emotionele impact leiden tot psychologische burn-out bij gezondheidswerkers. Het zorgpersoneel moet het hoofd bieden aan een hoog stressniveau en psychosociale risico's. Het verlenen van prenatale en perinatale zorg vereist ook een hoog niveau van technische en emotionele vaardigheden.

Verschillende deskundigen gaven ook aan dat de samenwerking met een multidisciplinair team tot betere resultaten leidt bij de patiëntes en de valorisatie van gezondheidswerkers ondersteunt.

VI. DE RECHTSMIDDELEN

De hoorzittingen brachten een kloof aan het licht tussen wetgeving en praktijk. Ook al zijn er rechtsmiddelen tegen gynaecologisch en obstetrisch geweld, ze worden in de praktijk weinig gebruikt - en «bruikbaar» gemaakt. Weinig vrouwen stellen een rechtsvordering in, meer bepaald omdat ze beseffen dat er weinig kans is dat de zaak in hun voordeel zal worden beslecht.

A. Bemiddeling

De bemiddeling is voorzien in artikel 11 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt. Elke patiënt die meent dat zijn rechten met betrekking tot een medische handeling niet zijn geëerbiedigd, kan zich wenden tot ofwel de federale ombudsdienst «Rechten van de patiënt» (indien de arts buiten een ziekenhuis werkt)

ofwel tot de ombudsdienst van het betrokken ziekenhuis. De bemiddeling zelf verloopt echter alleen op vrijwillige basis voor beide partijen.

Tijdens de hoorzittingen werd enig voorbehoud gemaakt ten aanzien van bemiddeling in het ziekenhuis. Om te beginnen over de neutraliteit van de bemiddelaar: wanneer zijn werkgever ook de werkgever is van de arts wiens zaak hij moet behandelen, is zijn neutraliteit niet per se gewaarborgd. Bovendien kan het vertrouwen van de patiënt in de neutraliteit van het proces worden aangetast wanneer de bemiddelaar door het ziekenhuis wordt afgevaardigd.

De vzw *AMIS* deelt deze analyse niet en herinnert eraan dat de bemiddelaar, die in elk ziekenhuis aanwezig is, volledig onafhankelijk werkt. Hij is neutraal en onpartijdig. Hij is gebonden door het beroepsgeheim. De ziekenhuisbemiddelaar speelt ook een informatieve en preventieve rol. Overeenkomstig het koninklijk besluit van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moet voldoen, moet de bemiddelaar het beroepsgeheim eerbiedigen en blijk geven van strikte neutraliteit en onpartijdigheid. Hij kan niet worden gestraft door zijn werkgever voor handelingen die hij in het kader van zijn opdracht heeft verricht.

Bemiddeling in het ziekenhuis lijkt relevant om de dialoog tussen de zorgverlener en de patiënt te herstellen in dossiers met veeleer beperkte gevolgen. Zodra de lichamelijke ge-



volgen ernstiger zijn, is bemiddeling daarentegen doorgaans niet het geschikte instrument om aansprakelijkheden aan de orde te stellen of financiële schadeloosstelling te verkrijgen. Zodra aansprakelijkheid in het geding is, neemt de verzekering immers de leiding in het geschil. De arts is dan niet langer vrij om te doen en te zeggen wat hij wil in het bemiddelingsproces, dat niet langer onder de regels van geheimhouding valt.

Als de partijen tot een akkoord komen, kan het bemiddelingsdossier worden gesloten. Indien er geen akkoord wordt bereikt, worden de verschillende partijen verwezen naar een ander soort geschillenregeling (via de Orde der artsen, rechtbanken, enz.)

B. Klacht bij de Orde der artsen

Overeenkomstig de wettelijke bepalingen ter zake kan er een tuchtprocedure worden ingeleid bij de provinciale raad van de Orde der artsen van de provincie waar de arts is ingeschreven¹⁸. Een klacht bij de Orde tegen een arts moet betrekking hebben op de medische deontologie. De klacht moet schriftelijk worden ingediend, een duidelijke en chronologische weergave van de feiten en de grieven bevatten en de identiteit van de betrokken arts(en) vermelden. De sanctie kan een waarschuwing zijn, een blaam, een beroepsverbod van ten hoogste twee jaar of een schrapping. De rechtsmiddelen tegen de beslissing van de provinciale raad zijn: verzet, hoger beroep en cassatie.

Volgens Marie Debelle (*UCLouvain*) doen de werking en de samenstelling van de Orde der artsen vragen rijzen over de onpartijdigheid en onafhankelijkheid van de uitspraken. De raad bestaat immers hoofdzakelijk uit artsen. De twee magistraten die hier zitting hebben, als effectieve en plaatsvervangende assessor hebben slechts een adviserende stem. Miriam Ben Jattou (vzw *Femmes de droit, droit des femmes*) vindt dit rechtsmiddel twijfelachtig aangezien de klagers geen informatie krijgen over de genomen beslissing, vanwege de vertrouwelijkheidsregels¹⁹ die de Orde der artsen hanteert, op grond van de eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer²⁰.

C. Rechtsvorderingen

De dossiers die tot een gerechtelijke procedure leiden, gaan meestal over zaken waarin sprake is van lichamelijk letsel. Deze zaken worden voor rechtbanken en hoven gebracht om de aansprakelijkheid vast te stellen en financieel herstel te verkrijgen. Morele schade leidt minder vaak tot een gerechtelijke procedure omdat deze moeilijker te bewijzen is, zowel wat het bestaan als de omvang ervan betreft. Bij de vzw «*Femmes de droit, droit des femmes*» neemt meer dan 95% van de mensen die advies vragen geen contact op met een advocaat omdat het geweld dat zij hebben ondergaan vanuit juridisch oogpunt niet ernstig genoeg wordt geacht om tot een veroordeling te leiden. Dat is de belangrijkste reden waarom er weinig vorderingen worden ingesteld in vergelijking met het geweld dat ondergaan werd.

1) Strafprocedure

Bij strafzaken kunnen slachtoffers ofwel een klacht indienen op het politiebureau, dat hen zal doorverwijzen naar de procureur des Konings, ofwel kunnen zij een aangetekende brief sturen naar laatstgenoemde. De tweede optie verdient de voorkeur, omdat men de gepleegde feiten gedetailleerder kan beschrijven en een kopie van het hele dossier kan bijvoegen. Na ontvangst van de klacht beslist de procureur des Konings of hij de zaak seponereert of vervolging instelt. In het laatste geval kan een onderzoek, gevolgd door een strafrechtelijke procedure, leiden tot een veroordeling van de zorgverlener voor de gepleegde feiten. De sanctie is een boete of een gevangenisstraf voor de zorgverlener.

18. Koninklijk besluit nr. 79 betreffende de Orde der artsen van 10 november 1967 vermeldt in artikel 2: «De artsen die hun woonplaats hebben in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, kiezen of zij worden ingeschreven op de lijst van de provinciale raad van Vlaams-Brabant en Brussel of op de lijst van de provinciale raad van Brussel en Waals-Brabant.»

19. Artikel 14 van de «Nota over de tuchtprocedure voor de reden van de Orde der artsen».

Bron: <https://ordomedic.be/nl/orde/tuchtbevoegdheid>.

20. Bron: <https://ordomedic.be/nl/privacy-policy/privacy-policy>.

Gynaecologisch en obstetrisch geweld als dusdanig is niet opgenomen in het Strafwetboek. Vrouwen moeten dus een beroep doen op andere misdrijven die in het Strafwetboek zijn opgenomen, meer bepaald slagen en verwondingen (na een keizersnede zonder medische reden of na een fundusexpressie, enz.), verkrachting (vaginale aanraking zonder impliciete of expliciete toestemming, enz.), genitale verminking (een niet-medisch verantwoorde episiotomie waarvoor geen toestemming gegeven is of echtgenotensteek, bijvoorbeeld), enz., met het risico dat hun zaak wordt afgewezen. In dit verband meent GAMS (Groep voor de afschaffing van vrouwelijke genitale verminking) dat routinematige episiotomieën zonder medische reden en ingrepen zoals de echtgenotensteek, kunnen worden beschouwd als een schending van artikel 409 van het Strafwetboek, met andere woorden genitale verminking bij vrouwen.

Voor Marie Debelle zou de goedkeuring van een specifieke wetgeving inzake gynaecologisch en obstetrisch geweld een reële erkenning zijn van en zichtbaarheid geven aan de mishandeling die vrouwen ervaren bij medische zorg en voor rechtszekerheid zorgen vanwege de sanctie die het wetsartikel zou opleggen.

2) Burgerlijke rechtsvordering

Om een burgerlijke vordering in te stellen, moeten slachtoffers een zaak aanhangig maken bij de rechtbank van eerste aanleg; zij moeten bewijzen dat zij schade hebben geleden die in oorzakelijk verband staat met een fout van de arts. De fout, die bekeken wordt vanuit het criterium van wat een normaal voorzichtige en zorgvuldige arts zou doen in dezelfde omstandigheden, kan voortvloeien uit de niet-naleving van de wet en meer in het bijzonder uit de schending van het recht op informatie en toestemming waarin de wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002 voorziet. De herstelbare schade kan gaan van de kosten van psychologische begeleiding tot het verlies van beroepsinkomsten, alsook lichamelijke en morele gevolgen (pijn, moeilijkheden bij het hervatten van het seksleven, enz.), die de schuldige zal moeten vergoeden, net als de procedurekosten. Ook al zijn de kansen om de zaak te winnen groter bij een burgerlijke dan bij een strafrechtelijke procedure omdat seponering niet mogelijk is, moet toch worden vastgesteld dat tot op heden geen enkele burgerrechtelijke zaak voor obstetrisch geweld succesvol is geweest. De procedure is niet eenvoudig omdat de bewijslast, met name het oorzakelijk verband, bij het slachtoffer ligt.

Dit oorzakelijk verband kan uiterst moeilijk te bewijzen zijn in situaties waarbij het om een «opeenvolging van medische handelingen» gaat, aangezien elke medische handeling het bevallingsproces kan beïnvloeden en tot nieuwe medische handelingen kan leiden. De opeenvolging van ingrepen maakt het dus moeilijk om het oorzakelijk verband tussen de handeling van de zorgverlener en de geleden schade te bewijzen. Het is bijvoorbeeld zeer moeilijk om te bewijzen dat een inductie heeft geleid tot een episiotomie die vermeden had kunnen worden indien de arbeid niet versneld was.

Bovendien is de beoordeling van de schuld complex, aangezien de deskundige zal proberen na te gaan wat de medische richtlijnen zijn die van toepassing zijn op de situatie die hem wordt voorgelegd. De moeilijkheid is na te gaan wat in die richtlijnen wordt gezien als de optimale houding tegenover een patiënte.

Ook bij het Fonds voor de medische ongevallen kan een burgerlijke rechtsvordering worden ingesteld²¹. Deze procedure is vooral relevant voor een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid of indien de eiser onvoldoende financiële middelen heeft, want deze procedure is gratis.

21. Zie <https://www.riziv.fgov.be/nl/riziv/structure/Paginas/fonds-medische-ongevallen.aspx>.

VII. DE OPLEIDING VAN DE ZORGVERLENERS

A. Een veelheid aan opleidingen

Een aantal vaardigheden en mogelijke tekortkomingen van zorgverleners, of het nu gynaecologen-verloskundigen, vroedvrouwen, doula's, kinesisten, artsen, enz., zijn, komen voort uit de opleiding die zij krijgen.

Logischerwijs kunnen de realiteiten en opleidingen soms aanzienlijk verschillen, naargelang de specialiteiten, de scholen of de ziekenhuizen, de jaren of - in ruimere zin - de Gemeenschappen of de landen. Het vaststellen van trends, goede of slechte, wordt daardoor ingewikkeld. Het is echter mogelijk om bepaalde praktijken aan te duiden die het navolgen of bestuderen waard zijn, maar ook om te wijzen op andere die voor verbetering vatbaar zijn.

Een van de zekerheden: de opleiding van gespecialiseerde verpleegkundigen, vroedvrouwen en verloskundigen omvat, naast een theoretisch gedeelte over fysiologische bevalling, een curriculum over de vermindering van iatrogene²² procedures, de bevordering van gehumaniseerd werk en de afbouw van ongerechtvaardigde praktijken. Door het beperkte aantal beschikbare lessen, het gebrek aan uniformiteit van de cursussen en het ontbreken van een gemeenschappelijke basis, kunnen deze essentiële waarden en reflexen echter niet optimaal in het leerpakket worden opgenomen.



22. Zie *lexicon*.

B. Verontrustende tekortkomingen

Enkele cijfers, hoe fragmentarisch ook, geven meteen een goede illustratie van een deel van het probleem.

Tijdens de voorbereiding van haar bachelorscriptie «Mag ik?»²³, noteerde Madhi Sysmans (Thomas More Hogeschool), die inmiddels vroedvrouw is geworden, enkele opvallende resultaten: 44% van de ondervraagde studenten verloskunde wist niet wat obstetrisch geweld was en hoe het zich kon uiten.

Overigens meldden negen van de tien studenten dat zij tijdens hun stages getuige waren geweest van obstetrisch geweld (met het daaraan verbonden risico om gechoqueerd te zijn, of om het te aanvaarden en vervolgens te herhalen). Even verontrustend was het feit dat slechts 13% van de studenten meldde de procedures voor geïnformeerde toestemming te volgen en op de juiste wijze toe te passen.

Deze cijfers illustreren een gebrek aan bewustzijn onder studenten over hun eigen gedrag.

C. Het belang van stages

Stages zijn een essentieel onderdeel van het leren van een toekomstig beroep, maar leiden soms tot traumatische ervaringen. Het belang van stages staat echter niet ter discussie, vooral omdat studenten hierdoor met soms zeer uiteenlopende situaties kennismaken. Tijdens de stages kan de student immers grote verschillen vaststellen, afhankelijk van de plaats (gemeente, regio, land), het ziekenhuis, maar ook het omkaderingspersoneel. Deze verschillen kunnen materiële aspecten, gedragingen of andere zaken betreffen.

Zoals de Belgische Academies van geneeskunde hebben aangegeven: «Over de wijze waarop zwangere vrouwen moeten worden geïnformeerd over de aspecten van de bevaling, met inbegrip van de geïnformeerde toestemming bij een laagrisicobeveling of in geval van spoedkeizersnede, episiotomie, vaginale extractie met een tang of vacuümpomp, worden al enkele jaren specifieke seminaries en praktische sessies georganiseerd aan verschillende universiteiten voor stagiairs in de verloskunde en de gynaecologie. Stagiairs worden al voorgelicht over de problemen in verband met gynaecologisch en obstetrisch geweld.» Zij worden momenteel op vrijwillige basis en heel wisselvallig georganiseerd. Zij zijn echter niet bedoeld voor studenten geneeskunde en huisartsen.

Ook simulatiewerkshops, wanneer die worden georganiseerd, zijn van evident belang voor een goede opleiding van toekomstige gezondheidswerkers. Men bespreekt er verschillende verloskundige technieken, evenals simulaties van verloskundige incidenten waarbij besluitvormingssequenties en de communicatie tussen gezondheidswerkers en ouders worden geanalyseerd²⁴. Dit alles gebeurt soms in een multidisciplinaire setting, die bevorderlijk is voor de uitwisseling en betere communicatie tussen toekomstige specialisten. In sommige van deze oefeningen worden ook conflictoplossingstechnieken bestudeerd.

Deze workshops zijn een uitstekende manier om als team te leren werken, maar vergen veel tijd voor de voorbereiding en uitvoering.

D. Andere bezorgdheden

Er zijn ook andere tekortkomingen. Voor dokter Dominique Roynet (*Centre de planning familial de Jemelle*) staat een zorgzame behandeling van de patiënt onvoldoende centraal in de curricula van veel onderwijscycli. Zij onderbouwt deze vaststelling door verschillende van haar conclusies, zoals de zware last van de medische opleiding, die een relatie van dominantie rechtvaardigt. Het is absoluut noodzakelijk dat de opleidingen de zorg-

23. Sysmans Madhi, «Mag ik?» Een kwantitatief en beschrijvend onderzoek naar de ervaringen van studenten vroedkunde met betrekking tot obstetrisch geweld binnen de verloskamer, Thomas More Kempen, 2021.

24. Opleiding tot de relatie en communicatie met de patiënt is een grote uitdaging, al is er reeds veel vooruitgang geboekt.

verleners zo vroeg mogelijk de gebaren, gedragingen en woorden van een zorgzame aanpak bijbrengen.

Daarnaast moeten zorgverleners beter worden voorgelicht over de rechten van patiënten. Aangezien het medisch recht geen deel uitmaakt van het basiscurriculum voor vroedvrouwen of artsen, lijkt het noodzakelijk het erin op te nemen om de verschillende gevallen vanuit academisch oogpunt te kunnen analyseren.

Een andere tekortkoming die tijdens de hoorzittingen aan bod is gekomen, is het gebrek aan informatie over LGBTQIA+-personen, multidisciplinaire partnerschappen, gediversifieerde klinische situaties, kwetsbare groepen, gendertraining, communicatie, intercultureel, traumagerichte zorg (*trauma-informed care*), enz. De kwestie van personen met een handicap komt in verschillende cursussen wel aan bod.

Minpunten zijn ook de geringe aandacht voor cursussen psychologie en filosofie, onvoldoende cursussen seksuologie tijdens de studie gynaecologie en het gebrek aan samenwerking met centra voor gezinsplanning.

Ten slotte zouden de stageplaatsen die worden aangeboden aan studenten geneeskunde en vroedvrouwen diverser kunnen zijn. De confrontatie met de levensomstandigheden van vele patiënten, met name de meest kansarme, kan hen openstellen voor de realiteit van alle soorten publiek. Zo houdt men rekening met de sociale dimensie die eigen moet zijn aan geneeskunde.

E. Gynaecologisch en obstetrisch geweld staat op het programma

Hoewel de leerplannen en het aantal lessen van school tot school verschillen, verklaren veel academische instanties dat zij al duidelijk de nadruk leggen op het thema gynaecologisch en obstetrisch geweld en de gevolgen ervan, waarschijnlijk als gevolg van de toegenomen media-aandacht voor dit onderwerp. In sommige instellingen ontbreekt echter een specifieke aanpak van de gevolgen van gynaecologisch en obstetrisch geweld voor de relatie moeder-kind en de beleving ervan door de partner.

Het concept van geïnformeerde toestemming is ook opgenomen in de curricula, met name in de medische theoretische basisopleiding, net als de wet op de kwaliteit van de zorg en de pijnbegeleiding.

In de studie kinesitherapie komt ook de geïnformeerde toestemming (expliciet of stilzwijgend) aan bod in verschillende modules met betrekking tot het onderzoek of de behandeling van de patiënt. De Revaki-basisopleiding (Revaki is een afkorting van «revalidatiewetenschappen en kinesitherapie») bevat daarentegen geen enkele module over gynaecologisch en obstetrisch geweld. In de cursussen wordt echter regelmatig benadrukt dat de bekkenrevalidatie een intiem gebied betreft en daarom een specifieke professionele aanpak vereist.

De toepassing van de goede praktijken die tijdens de opleiding zijn aangeleerd, is nochtans essentieel om te komen tot geïntegreerde, geïndividualiseerde, gepersonaliseerde en continue zorg voor vrouwen tijdens de zwangerschap en tijdens en na de bevalling.

Wij wijzen er niettemin op dat de studies verloskunde tussen drie (in de Vlaamse Gemeenschap) en vier jaar (in de Franse Gemeenschap) duren, waardoor het niet mogelijk is een aantal aspecten (bijvoorbeeld de sociologische en psychologische) tijdens de opleiding grondiger te bestuderen. Bovendien bestaat er in Vlaanderen een opleiding «Master in de verpleegkunde en de vroedkunde» en is dit in de Franse Gemeenschap niet het geval.

Ten slotte worden de opleiding van studenten geneeskunde en de bijscholing geacht te voldoen aan de artikelen 17, 30 en 31 van de Code van medische deontologie van

2018²⁵, waarin de beginselen van menselijke waardigheid, non-discriminatie en respect ten aanzien van patiënten worden beschreven.

F. Bijscholing

Er zijn verschillende initiatieven op het gebied van bijscholing.

Voor de bijscholing wisselen artsen van lokale medische evaluatiegroepen hun medische praktijken uit, die zij onderwerpen aan een kritische evaluatie om de kwaliteit van de zorg te bevorderen. Geïnformeerde toestemming, communicatie en ethiek komen vaak aan bod.

Daarnaast worden soms, op vrijwillige basis, lokale debatten, seminaries en individuele initiatieven over de preventie van gynaecologisch en obstetrisch geweld georganiseerd door het personeel van kraamklinieken of beroepsorganisaties. Zij zijn bedoeld voor verloskundigen, vroedvrouwen, gespecialiseerde verpleegkundigen en specialisten in opleiding in het kader van hun bijscholing. Tijdens de hoorzittingen werd duidelijk dat het aanvullen van de basisopleiding met bewustmakingsactiviteiten over obstetrisch en gynaecologisch geweld voor veel zorgverleners een belangrijke stap is.

Naar eigen zeggen wijden wetenschappelijke verenigingen zoals de CRGOLFB (*Collège royal des gynécologues-obstétriciens de langue française de Belgique*) of de ABeFUM (echografievereniging) regelmatig bijeenkomsten aan het probleem, net als de al dan niet universitaire ziekenhuisinstellingen die bijeenkomsten, seminaries en interdisciplinaire confrontaties over dit thema organiseren.

Ten slotte werd in 2009 de interdisciplinaire interuniversitaire groep perinataliteit (GIP) opgericht. Het doel is om na te denken, te onderwijzen en informatie te delen over de psychologische en ethische aspecten van perinatale zorg. Dit gebeurt in discussiegroepen, seminaries, enz., die veel perinatale zorgverleners bewust maken van en opleiden in de traumatische ervaring van patiënten tijdens de zwangerschap, de geboorte, de neonatale periode en het postpartum.

25. <https://ordomedic.be/fr/code-2018>.

AANBEVELINGEN

I. ALGEMEEN

1. De Senaat benadrukt de noodzaak van samenwerking tussen alle beleidsniveaus (federaal, gewestelijk en gemeenschapsniveau) op dit gebied.

II. GYNAECOLOGISCH EN OBSTETRISCH GEWELD DEFINIËREN EN DOCUMENTEREN

2. De problematiek van gynaecologisch en obstetrisch geweld expliciet kaderen als een probleem dat vele oorzaken heeft (culturele, maatschappelijke, sociaal-economische, materiële, individuele of institutionele) en als een vorm van gendergebaseerd geweld; werken aan de identificatie, definitie en benoeming van gynaecologisch en obstetrisch geweld en streven naar een goed begrip van het fenomeen.

3. Officiële cijfers over het probleem van gynaecologisch en obstetrisch geweld in België verzamelen en analyseren op een onafhankelijke en volledige manier, om onder meer, obstetrisch geweld in België in kaart te brengen, zowel kwantitatief als kwalitatief door middel van onderzoek om te komen tot een inventaris van soorten en frequentie van obstetrisch geweld en te evalueren welke acties en veranderingen in de geboorte-begeleiding nodig zijn.

4. Het verzamelen van gegevens en onderzoek in verband met de identificatie, de indeling en de definitie van de verschillende vormen van gynaecologisch en obstetrisch geweld aanmoedigen, met name door overheidsinstanties, de academische wereld, met inbegrip van de humane wetenschappen, de gezondheidssector en het maatschappelijk middenveld.

5. De verzameling van gegevens door de federale ombudsdienst «Rechten van de patiënt» van het directoraat-generaal Gezondheidszorg van de federale overheid (FOD) Volksgezondheid verfijnen om er ook klachten op het gebied van gynaecologie en verloskunde in op te nemen, en deze gegevens voorwaardelijk toegankelijk maken.

6. Onderzoek verrichten naar discriminatie en de intersectionele gevolgen daarvan in de gynaecologische gezondheidszorg alsook naar de manieren waarop dit probleem het best verholpen kan worden.

7. Organisaties belasten met de volgende taken:

- a) gegevens vergaren op grote schaal, informatie verspreiden, gegevens over gebrekkige werking en goede praktijken opsporen en verzamelen;
- b) slachtoffers en getuigen van gynaecologisch en obstetrisch geweld begeleiden waaronder gevallen van discriminatie en zo een eerstelijnsdienst voor begeleiding, doorverwijzing en informatie organiseren, in het bijzonder bij het indienen van een klacht, bijvoorbeeld door het opzetten van een telefonische hotline of een chat;
- c) voorlichting, bewustmaking en opleiding aanbieden, zowel aan deskundigen als aan de brede bevolking, om meer welwillendheid in de verloskunde te creëren.

8. Ontmoetingsplaatsen creëren en promoten, waar beroepsbeoefenaars die werkzaam zijn op het gebied van perinataliteit, gynaecologie en verloskunde, en vertegenwoordigers van de gebruikers zitting hebben. Op die manier kan het fenomeen van gynaecologisch en obstetrisch geweld worden opgespoord, gekwantificeerd en geanalyseerd, en kan een beter inzicht worden verkregen in de behoeften van vrouwen op het gebied van respectvolle bevallingen.

III. TRANSPARANTIE VERHOGEN

9. Informatie en cijfers over praktijken, bijvoorbeeld episiotomieën, sectio's, inducties, enz. per bevallingslocatie toegankelijk maken om:

- a) een kwaliteitscontrole uit te voeren (op basis van de meest hoogstaande normen voor een zorgzame patiëntenzorg);
- b) goede praktijken te identificeren zodat obstetrische zorgzaamheid wordt aangeemoedigd;
- c) vragen te stellen in geval van alarmerende cijfers;
- d) vrouwen in staat te stellen een geïnformeerde keuze te maken.

IV. VOORLICHTING EN BEWUSTMAKING

A. Rechten van de patiënt en geïnformeerde toestemming

10. Gezondheidswerkers gedurende hun hele loopbaan beter opleiden en voorlichten over het rechtskader en de evolutie ervan, meer bepaald over de aspecten van de wet van 22 augustus 2002 (patiëntenrechten), in het bijzonder in de zeer specifieke en soms dringende context van de verloskunde.

11. Alle doelgroepen regelmatig en op grote schaal informeren over het bestaan van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, over de rechten die daarin worden toegekend²⁶ en over de beroepsmogelijkheden indien de rechten niet worden nageleefd, in het bijzonder tijdens de gynaecologische en obstetrische zorg, zowel bij (toekomstige) zorgverleners als door middel van brede voorlichtingscampagnes.

12. Vrouwen en meisjes alle informatie verstrekken die ze nodig hebben om hun seksuele gezondheid in eigen handen te nemen, met inbegrip van hun rechten als patiënte, door dit aspect expliciet op te nemen in voorlichtingsprogramma's over relaties, emoties en seksualiteit.

13. Vrouwen beter voorbereiden door hen op een transparante manier te informeren over hun vrijheid om zelf een zorgverlener, plaats van bevalling, gewenste medische handelingen, middelen voor pijnbestrijding, enz., te kiezen.

14. Specifiek de opdracht van de ombudsdiensten binnen ziekenhuizen versterken wat betreft de gynaecologische en obstetrische zorg, inzake de voorlichting en bewustmaking van de patiëntes over hun rechten, de eerbiediging van die rechten en de beroepsmogelijkheden.

26. Volgens de wet van 2002 heeft gynaecologisch en obstetrisch geweld of misbruik betrekking op verschillende rechten van de patiënt: recht op kwaliteitsvolle dienstverlening, recht op informatie over de gezondheidstoestand, recht op vrije instemming met de zorgverlening, met voorafgaande informatie (zie schriftelijke bijdrage vzw Amis).

15. Ervoor zorgen dat de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt wordt nageleefd, in het bijzonder wat de vrije en geïnformeerde toestemming op basis van alle beschikbare informatie betreft.

16. In het bijzonder de nadruk leggen op het begrip geïnformeerde toestemming op basis van alle beschikbare gegevens:

- a) op het feit dat een eerder gegeven toestemming te allen tijde kan worden ingetrokken;
- b) een redelijke en preventieve formalisering van de geïnformeerde instemming voor zorg ontwikkelen die zinvol is en waarin de patiëntes partners en bondgenoten zijn van de zorgverstrekkers is aanbevolen. Het geboorteproject is bijvoorbeeld een goed instrument voor uitwerking en anticipatie voor de ouders, dat gunstig is voor de therapeutische relatie.

17. Omdat «*informed consent*» en «*informed dissent*» complexe juridische en ethische concepten zijn: deze begrippen preciezer definiëren en hun precieze draagwijdte analyseren.

B. Opleiding en bewustmaking

18. Zorgverleners bewust maken van het feit dat sommige verouderde, ongepaste of seksistische praktijken of protocollen (soms uit gewoonte) nog steeds worden gebruikt en hoe daaraan een einde kan worden gemaakt.

19. Het begrip gynaecologisch en obstetrisch geweld en de impact ervan integreren in zowel de basisopleiding als de voortgezette opleiding.

20. Geweld en stereotypen in de gynaecologische en obstetrische zorg aan de kaak stellen, rekening houdend met het feit dat dit geweld soms een afspiegeling kan zijn van een patriarchale cultuur die nog te sterk aanwezig is in de samenleving, met name op medisch gebied.

21. Discriminatie in de gezondheidszorg bestrijden en meer aandacht besteden aan goede opvang-netwerken voor zwangere vrouwen en gezinnen die kampen met sociaal-economische uitdagingen en problematieken met betrekking tot psychische gezondheid.

22. Maatregelen treffen opdat alle patiëntes zonder onderscheid kunnen rekenen op het zorgpersoneel, ongeacht hun persoonlijke situatie, persoon, leefwereld of vermogen.



V. EVOLUTIE VAN HET NORMATIEVE KADER

23. Nagaan of er aan de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt sancties kunnen worden verbonden die proportioneel en aangepast zijn aan de incriminerende situaties, teneinde doeltreffende rechtsmiddelen te bekomen²⁷.

24. Analyseren of het wenselijk en haalbaar is gynaecologisch en obstetrisch geweld in het Strafwetboek op te nemen, met een officiële definitie hiervan.

25. Maatregelen nemen om episiotomieën zonder medische redenen en/of zonder toestemming te vermijden.

26. Nadenken hoe we de praktijk van episiotomieën in België in lijn kunnen brengen met de aanbevelingen van het KCE en de WHO om zo te voorkomen dat deze ingreep wordt uitgevoerd in situaties waar er geen medische reden hiertoe is.

27. Rupturen bij de vaginale bevalling moeten worden geregistreerd. Daarbij worden ze onderverdeeld in verschillende categorieën/graden.

28. De minimale ziekenhuisgegevens²⁸ aanvullen met opnamegegevens (zoals bijvoorbeeld scheuringen met of zonder episiotomie en hun graad, het gebruik van oxytocine om de bevalling te optimaliseren en/of in te leiden, enz.).

29. Overwegen of de schending van het recht op geïnformeerde toestemming aanleiding moet geven tot het uitkeren van een autonome morele schadevergoeding.

30. Heel aandachtig luisteren naar patiëntes bij het uitwerken en schrijven van ziekenhuisprotocollen.

31. Systematisch tevredenheidsenquêtes afnemen bij patiëntes in alle geboortecentra en de teams van zorgverleners verplicht de *feedback* van die enquêtes bezorgen.

32. In alle Belgische kraamklinieken een zorghandvest opstellen en toepassen waarover de actoren van de geestelijke gezondheidszorg en de perinatale zorg het eens zijn.

33. Het koninklijk besluit van 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd herzien, en meer bepaald de functionele normen actualiseren om:

- a) rekening te houden met de verschillende scenario's van een bevalling, van de meest fysiologische tot de meest medische;
- b) een directe en gemakkelijke toegang te waarborgen tot de operatiezaal vanaf de kraamafdeling.

34. De Raad van Europa en GREVIO vragen om obstetrisch en gynaecologisch geweld op te nemen in het Verdrag van Istanbul.

27. Aanpassing aan de wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg: door middel van de wet van 30 juli 2022 werd een bijkomende opdracht toegekend aan de toezichtsc commissie, met name ten 4° de naleving door de gezondheidsbeoefenaar van de rechten van de patiënt zoals bedoeld in hoofdstuk 3 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, vanaf een door de Koning bij een in Ministerraad overlegd besluit te bepalen datum. Door deze bepaling kan de toezichtsc commissie sancties opleggen eens deze wet in werking is getreden.

28. De registratie van de minimale ziekenhuisgegevens is verplicht sinds 2007 (koninklijk besluit van 27 april 2007 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde ziekenhuisgegevens moeten worden medegedeeld aan de minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft).

VI. VERBETERING VAN DE RECHTSMIDDELEN EN KLACHTNEERLEGGING

35. Op alle mogelijke manieren het indienen van klachten of het afleggen van getuigenissen vergemakkelijken, ook door zorgverleners die getuige zijn van geweld, met inbegrip van stagiairs (zorgverleners als getuige).

36. De ombudsdiensten «rechten van de patiënt» verbeteren:

- a) het grote publiek meer vertrouwd maken met de mogelijkheid om een beroep op die diensten te doen, zodat patiënten zich in alle vertrouwen vrij kunnen uitspreken;
- b) de diensten versterken voor een snellere behandeling en eventuele vergoeding van de geleden schade;
- c) de wettelijke grondslag en de precieze criteria vaststellen op grond waarvan de bemiddelaars in het ziekenhuis en de federale ombudsdienst een zaak kunnen kwalificeren als gynaecologisch en obstetrisch geweld;
- d) het certificaat voor ziekenhuisbemiddeling verstrekken via een opleiding die onafhankelijk is van de zorginstellingen waar de bemiddelingsdiensten werken, en via verplichte bij- of nascholing waarbij rekening wordt gehouden met de wet betreffende de rechten van de patiënt, de interculturaliteit en de behandeling van slachtoffers van seksueel geweld, van personen met een handicap, LGBTQIA+-groepen, enz.;
- e) de onafhankelijkheid van de bemiddelaars ten opzichte van de zorginstellingen waar zij werken, beter waarborgen.

37. Beroepsorganisaties adviseren om het kader te evalueren waarbinnen ze sancties uitvaardigen tegen daders van obstetrisch en gynaecologisch geweld, en indien nodig, deze sancties aanscherpen in geval van zware feiten of recidive.

VII. ORGANISATIE EN FINANCIERING

38. De financiering per prestatie evalueren en een financieel kader creëren dat zowel voor gynaecologen als voor vroedvrouwen geschikt is, door te voorzien in een herziening van de financiering van de prenatale opvolging (voor alle zwangerschappen, ongeacht het risico), zoals vermeld door het KCE in het rapport van 2023 «*Doorverwijzing bij het opvolgen van zwangerschappen met laag risico*».

39. Maatregelen nemen die een respectvol en duurzaam werktempo voor zorgverleners waarborgen, zodat zij elke patiënte sereen kunnen begeleiden.

40. Meer financiële middelen investeren in kraamafdelingen, zodat deze over een speciaal team voor geestelijke gezondheid beschikken, meer bepaald psychiaters en psychologen met specifieke expertise in seksuele en reproductieve gezondheid.

41. Meer financiële en personeelsmiddelen vrijmaken voor de gezondheidscentra en plaatsen die verband houden met de gynaecologische gezondheid van vrouwen.

42. De personeelsnormen in kraamafdelingen en verloskamers herzien en onder meer het aantal vroedvrouwen waarop een ziekenhuis recht heeft, verhogen en het aantal toegelaten vroedvrouwen in de ziekenhuizen opschalen met als streefdoel meer vroedvrouwen in de verloskamer en meer persoonlijke begeleiding door een vaste en vertrouwde zorgverlener tot op het niveau van een één-op-één begeleiding.

43. De banden tussen de ziekenhuissector en de ambulante sector versterken en daartoe het aanbod ambulante diensten aanzienlijk vergroten via een herfinanciering van deze diensten.

VIII. ZORGPRAKTIJKEN

Sommige van de volgende aanbevelingen zijn bedoeld als een lijst van goede praktijken die moeten worden toegepast op basis van de mogelijkheden maar ook van de diensten die reeds door de betrokken instellingen en beroepsbeoefenaren worden aangeboden:

A. Zorgpraktijken ontwikkelen

44. Ervoor zorgen dat de geïnformeerde toestemming wordt gewaarborgd en in dat verband ongewenste of medisch onnodige ingrepen verbieden.

45. Federaties en verenigingen van zorgverleners aanmoedigen om maatregelen te nemen teneinde onnodige medische ingrepen te voorkomen en ervoor te zorgen dat de beginselen van *evidence-based medicine* worden nageleefd.

46. Nagaan of de praktijk van de fundusexpressie expliciet verboden kan worden voor vaginale bevallingen.

47. De laatste stand van zaken en consensus inzake goede gynaecologische en obstetrische praktijken verspreiden, die bovendien geen grote middelen (financiële of op het gebied van opleiding) vergen.

48. Een transversale aanpak ontwikkelen voor de zwangerschapsmonitoring en gynaecologische zorg bij kwetsbare doelgroepen met inbegrip van medische, psychologische, juridische ondersteuning en ondersteuning door het middenveld.

B. Raadplegingen

49. De duur van gynaecologische en perinatale raadplegingen verlengen om een betere kwaliteit van zorg en communicatie te bieden en om een vertrouwensband met de patiëntes en hun familieleden te waarborgen. De door de RIZIV-codes vastgestelde duur is een minimum dat moet worden nageleefd door de vroedvrouwen en ingevoerd voor de artsen.

50. Systematisch een niet-medische raadpleging houden die lang genoeg is om aan de behoeften van de toekomstige ouders te voldoen, op de plaats waar de patiënte wil bevallen, om haar wensen met betrekking tot de bevalling te bespreken, te anticiperen op de nood aan vertaling, te vragen naar de persoon die haar zal kunnen begeleiden en haar te informeren over het verloop van de bevalling.

51. In het kader van de bevalling, systematisch zorgen voor een bespreking van het geboortepan tussen ouders en zorgverleners, wie dat ook mogen zijn. Dit geboortepan vult het medisch dossier aan en kan door alle zorgverleners worden geraadpleegd om de verwachtingen op elkaar af te stemmen en eventuele misverstanden of lacunes in kennis vast te stellen.

52. Zorgverleners aanmoedigen om systematisch een gesprek na de bevalling of na IVF te organiseren; om te debriefen en antwoorden te geven op de vragen van de patiëntes; zo nodig een psychologische raadpleging vast te leggen, onder meer ter voorkoming van een postnatale depressie.

C. Zorgverlening aanpassen

53. Erop toezien dat de zorg zowel in normale tijden als bij noodsituaties correct wordt verleend, zowel wat de zorg zelf betreft als de begeleiding (bijvoorbeeld voldoen aan de nood aan bevallingspartners, tolken, en andere persoonlijke noodzaken, zodat de patiëntes ten volle hun rechten kunnen genieten).

54. De infrastructuur, routines, inzet van procedures en apparatuur en de organisatie in de kraamklinieken waar nodig herzien en richten op een fysiologisch proces op basis van individuele zorg.

55. In de gynaecologische zorginstellingen, voorrang geven aan de persoonlijke keuzes van de patiënte, binnen de grenzen die met haar zorgteam zijn overeengekomen.

56. Gedurende het volledige zorgtraject voorrang geven aan de continuïteit van gynaecologische en obstetrische zorgverlening voor een geïntegreerde aanpak die samenwerking omvat tussen gynaecologen en andere zorgverleners zoals vroedvrouwen, kinesisten, maatschappelijk werkers, psychologen of huisartsen om hen te leren inspelen op de basisbehoeften van patiëntes, waarbij de medische veiligheid wordt gewaarborgd.

57. Investeren in zorg en zorgverleners om voortdurende één-op-één zorg te kunnen bieden, de werkdruk te verlagen en te streven naar schaalverkleining, in lijn met internationaal onderzoek waaruit blijkt dat kleinschaligheid een geïndividualiseerd proces vaak ten goede komt. Voor gespecialiseerde zorgverlening dienen de universitaire medische centra de hoofdrol te blijven spelen.

58. Overeenkomstig de aanbevelingen van de WGO ruimte geven aan een geïndividualiseerde zorg.

59. Streven naar het concept van één-op-één begeleiding door eenzelfde zorgverstreker, die als referentiepersoon zal fungeren, doorheen het continuüm van zwangerschap - bevalling - kraambed om een vertrouwensrelatie op te bouwen.

60. Het principe nastreven dat aan de basis ligt van individualisering van de kraamzorg, namelijk dat van «één vrouw = één vroedvrouw».

D. Zorgzaamheid in de perinatale zorg

61. In de kraamkliniek nog meer aandacht besteden aan de rust van de moeder en de pasgeborene, hun ritme, hun behoefte aan nabijheid, intimiteit, enz.

62. Tijdens het eerste levensjaar van een kind voorzien in een systematische en aangepaste ouderschapsbegeleiding.



63. De begeleiding van vrouwen en pasgeborenen verbeteren om hen te helpen met elkaar vertrouwd te raken en een nauwe band te smeden.

64. Zorgzaamheid en respectvolle behandeling bevorderen door studenten in de zorgopleidingen de daarvoor kenmerkende houding, gebaren en woorden aan te leren.

65. De opleiding van beroepsbeoefenaars verbeteren wat betreft de manier van aankondigen en het niet stigmatiseren van koppels bij een laatijdige zwangerschapsafbreking, bijvoorbeeld na een ongunstige prenatale diagnose.

66. De medische en psychologische behandeling van gynaecologische en seksuologische aandoeningen, onvruchtbaarheid of steriliteit verbeteren.

67. Een moeilijke post-partumperiode voorkomen:

- a) ervoor zorgen dat men de psychologische en traumatische voorgeschiedenis van de toekomstige moeders kent zodat men de begeleiding daarop kan afstemmen;
- b) de beroepsbeoefenaars beter bewust maken van de risico's op een trauma en /of posttraumatisch syndroom;
- c) het emotionele veiligheidsgevoel van patiëntes bevorderen dankzij een grote beschikbaarheid en anticipatievermogen van de beroepsbeoefenaars;
- d) de teams voor psycho-perinataliteit in kraamklinieken en andere geboorteplaatsen versterken om postnatale depressies beter op te sporen, te diagnosticeren en te behandelen;
- e) bijzondere aandacht verlenen aan personen met sociale problemen door het opsporen van posttraumatisch stresssyndroom te combineren met proactief onderzoek in kwetsbare groepen;
- f) toekomstige en huidige beroepsbeoefenaars opleiden in de geestelijke gezondheid (in het bijzonder voor het detecteren van het posttraumatisch stresssyndroom dat vrouwen kan treffen tijdens de bevalling of tijdens de gynaecologische zorgverlening), en de transversaliteit tussen de disciplines versterken;
- g) de postnatale zorg voor moeders en kinderen versterken, bijvoorbeeld met kraamzorgdiensten.

E. Mentale belasting van zorgverleners

68. Binnen medische en ziekenhuisinrichtingen uitwisselingen tussen *peers* of ziekenhuiscentra aanmoedigen om de mentale belasting van beroepsbeoefenaars te verlichten via uitwisselingen van goede praktijken, ervaringen, intervisie, enz.

69. Binnen ziekenhuizen of federaties van gynaecologen een wederzijdse begeleidings- en bijstandsstructuur opzetten om het medisch personeel te ondersteunen bij overbelasting van het werk, en om een eventuele mentale belasting na een incident tijdens een medische handeling te verlichten.

70. Zorgverleners die getuige zijn geweest van ongepaste zorg beter begeleiden door hen een luisterend oor en de nodige steun en advies te bieden.

F. De centrale rol van vroedvrouwen versterken

71. Een manier trachten te vinden om een betaalbare beroepsverzekering verplicht te maken voor alle vroedvrouwen en gynaecologen.

72. Meer open materniteiten oprichten waarbij de vroedvrouwen de platformen van de ziekenhuizen gemakkelijker kunnen gebruiken voor de begeleiding en bevalling van hun zwangere patiëntes.

73. Op verzoek en met welwillendheid onafhankelijke vroedvrouwen ontvangen om de vrouw tijdens de bevalling bij te staan; de aanwezigheid in de geboortekamer van een door de vrouw gekozen begeleider aanmoedigen.

74. Voorzien in meer stagemogelijkheden in de eerste en de tweede lijn voor studenten-vroedvrouwen.

75. Een masteropleiding voor vroedvrouwen in de Franse Gemeenschap ontwikkelen.

76. Een breed systeem ontwikkelen van kraamzorg²⁹ of van eerstelijnsvroedvrouwen die ondersteuning bieden aan huis, bestemd voor, binnen het bereik van, en bekend aan elke patiënte, in het bijzonder de meest kwetsbare mensen, en dit systeem inbedden in het zorgpad en algemeen bekend maken.

77. Overwegen de nomenclatuur te herzien om de erkende vaardigheden van vroedvrouwen uit te breiden en om de tarieven voor soortgelijke handelingen van diverse zorgverleners te harmoniseren.

IX. DISCRIMINATIE BESTRIJDEN EN KWETSBARE GROEPEN ONDERSTEUNEN

78. Het begrip kwetsbaarheid definiëren en intersectioneel benaderen. Deze kwetsbaarheid kan per persoon variëren, het kan bijvoorbeeld gaan om mensen die in grote financiële moeilijkheden verkeren, sociaal geïsoleerd zijn, onregelmatig in het land verblijven, geen van de nationale talen machtig zijn, geweld ondergaan, een handicap hebben, enz.

79. Het aantal interculturele bemiddelaars in ziekenhuizen verhogen; organisaties van sociaal tolken ondersteunen en in samenwerking met het middenveld een beleid ontwikkelen voor een intersectionele benadering van zorgvragen.

80. De vertaalbehoeften van anderstalige patiëntes anticiperen en onder meer een langere duur van de raadpleging voorzien om de kwaliteit te waarborgen.

81. Het systeem van de medische kaart³⁰ vereenvoudigen, om er meer duidelijkheid in te scheppen. Ervoor zorgen dat dringende ingrepen, nodige zorg en ingrepen waarop een termijn staat zoals abortus, snel en vlot beschikbaar zijn, onafhankelijk van sociaal-economische status, ook wat betreft het verblijfsrecht.

X. OPLEIDING

A. Een omvattende en multidisciplinaire opleiding

82. In de cursussen meer aandacht besteden aan de fysiologie van zwangerschap, bevalling en geboorte om de zwangerschap als fysiologisch proces te begrijpen voordat het eventueel pathologisch wordt en om te begrijpen wat de bevalling betekent voor de vrouw en haar omgeving.

83. De leerprogramma's (van vroedvrouwen, gynaecologen, obstetici, anesthesisten, kinderartsen, huisartsen, psychologen, psychiaters, kinesitherapeuten, verpleegkundigen, enz.) hervormen om ze transdisciplinairder te maken:

- a) van het ontwerp tot de uitvoering;
- b) met theoretische, maar ook praktische onderdelen (rollenspel, simulaties, enz.) waarin de studenten leren handelen vanuit een gemeenschappelijke en holistische kijk op de bevalling.

29. Kraamzorg omvat ondersteuning voor huishoudelijke, lichaamsverzorgende, familiale en psychosociale hulp. De eerste dagen na de geboorte wordt er medisch gespecialiseerde zorg geboden van een vroedvrouw voor moeder en kind. Ook een kraamverzorgende kan helpen bij de verzorging van de baby en bij het huishouden.

Zie <https://www.kindengezin.be/nl/thema/zwangerschap-en-geboorte/voorbereiden-op-de-geboorte/bevalling-en-ondersteuning>.

30. Zie *lexicon*.

84. Aan het zorgpersoneel een basis- en voortgezette opleiding verstrekken op psychologisch, maatschappelijk en juridisch vlak (met inbegrip van patiëntenrechten). Deze opleiding moet meer bepaald ingaan op informatie, communicatie en toepassing van de rechten, het juridisch kader waarin zij werken, het begrip geïnformeerde instemming of weigering, enz.

85. In de opleiding van toekomstige zorgverleners de conclusies toepassen van de debriefingen die in het kader van de *follow-up* van consultaties en bevallingen worden georganiseerd tussen vroedvrouwen, verloskundigen, ouders, enz.

86. Een grotere betrokkenheid van zowel de zorgverleners als de vrouwenverenigingen bij de opleiding aanmoedigen, via onderzoek, uitwisseling van ervaringen, vaststelling van relevante interventies, enz.

B. Een minder ziekenhuisgerichte opleiding

87. Door docenten met brede terreinervaring toekomstige gezondheidswerkers theoretisch maar ook praktisch onderwijs aanbieden dat meer gericht is naar niet-gemedicaliseerde zorg.

88. De verschillende instellingen die de opleiding van gezondheidswerkers in België organiseren, aanmoedigen om nog meer op de hoogte te blijven van wat er elders in het land en in het buitenland wordt gedaan.

89. Een specifiek opleidingsprogramma voor extramurale gynaecologie in het leven roepen. Dit programma zou betrekking hebben op niet-medische en niet-obstetrische gynaecologie die wordt beoefend in de eerstelijnszorg in bijvoorbeeld centra voor gezinsplanning of gezondheidscentra.

90. De stages van de toekomstige beroepsbeoefenaars verbeteren:

- a) de stageplaatsen diversifiëren om te voorkomen dat zij zich alleen in ziekenhuizen bevinden (bijvoorbeeld ook in polyklinieken, centra voor gezinsplanning, geboortehuizen, enz.);
- b) een specifieke opleiding voor stagebegeleiders organiseren waarin de nadruk gelegd wordt op zorgzame praktijken in de gynaecologie-obstetrica;
- c) een standaardprocedure instellen voor de rapportering, waarmee studenten aan de stagebegeleider en in hun stageplaatsen melding kunnen maken van traumatische ervaringen van de vrouw, haar naasten of de stagiair zelf.

C. Opleiden om kwetsbare groepen beter te ondersteunen

91. Ervoor zorgen dat er meer nadruk wordt gelegd op een respectvolle houding (passend taalgebruik, respect, empathie, enz.) en passende acties ten aanzien van alleenstaande vrouwen, vrouwen met een handicap, immigranten, mensen in preciaire situaties, kinderen, adolescenten, LGBTQIA+-personen en andere kwetsbaardere groepen, door een specifieke opleiding voor alle studenten in de gezondheidszorg en niet alleen voor stagiairs in de obstetrica of gynaecologie.

92. (Toekomstige) beroepsbeoefenaars opleiden op het gebied van de rechten van vreemdelingen en van de verschillende verblijfsstatuten, met het oog op het verlenen van adequate zorg (vluchtelingen, asielzoekers, gezinshereniging, humanitaire visa, onregelmatige situaties, enz.), bijvoorbeeld via onderdompeling in opvangcentra, zodat zij de rechten van vrouwen beter leren kennen, maar ook hun levensomstandigheden en hun toegang tot zorgverlening. Het doel is de patiëntes zo goed mogelijk te kunnen adviseren en doorverwijzen naar de juiste hulporganisaties.

93. (Toekomstige) beroepsbeoefenaars opleiden in interculturele communicatie om hen erop attent te maken dat hun referentiekader niet noodzakelijk universeel is en om hen in staat te stellen naar patiëntes te luisteren zonder ongewild in stereotypen en discriminatie te vervallen.



IV. LEXICON

ABeFUM: *Association belge francophone d'ultrasonomie médicale.*

CEpiP: *Centre d'épidémiologie périnatale.*

CRGOLFB: *Collège royal des gynécologues-obstétriciens de langue française de Belgique.*

Echtgenotensteek: Hechting die wordt aangebracht (bijvoorbeeld na een episiotomie) die de ingang van de vagina strakker maakt om zogenaamd het genot van de man te vergroten.

Episiotomie: Chirurgische insnijding die door de verloskundige in het perineum wordt gemaakt. Het voornaamste doel van deze ingreep is de geboorte van de baby te vergemakkelijken, waarna het perineum met hechtingen wordt hersteld.

Evidence based medicine: Het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen voor individuele patiënten. De praktijk van *evidence based medicine* impliceert het integreren van individuele klinische expertise met het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is. De voorkeuren, wensen en verwachtingen van de patiënt spelen bij de besluitvorming een centrale rol³¹.

EVRAS: *Éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle.*

Fatshaming: Discriminerende houding ten opzichte van personen met overgewicht of obesitas.

Fundusexpressie: Dit is een praktijk waarbij men gaat drukken op de buik van de patiënte om de geboorte te bespoedigen.

GIP: *Groupe interdisciplinaire-interuniversitaire de périnatalité.*

Iatrogeen: Veroorzaakt door medisch ingrijpen.

Inductie: Weeëninductie is het kunstmatig opwekken van baarmoedercontracties voordat deze spontaan optreden, met als doel een natuurlijke bevalling te bewerkstelligen bij een vrouw die niet aan het bevallen is. Het kan worden uitgevoerd in het derde trimester, op of rond de uitgerekende termijn, om medische redenen of als onderdeel bij een geplande bevalling. Er moet een formeel onderscheid worden gemaakt tussen de technieken die worden gebruikt voor inductie van de bevalling in het tweede of derde trimester, voor foetale dood *in utero* of voor medische zwangerschapsafbreking, aangezien de methoden en de controlevereisten verschillend zijn.

Kunstmatige inductie van de arbeid (wanneer het kind *in utero* leeft) wordt uitgevoerd hetzij omdat de moeder of het kind er baat bij heeft de zwangerschap af te breken (medisch geïndiceerde inductie), hetzij om organisatorische, sociale of psychologische redenen zonder dat er een medische indicatie is (gemaks- of gelegenheidsinductie voor het koppel of voor de kraamkliniek)³².

31. Scholten *et al.*, Inleiding in evidence-based medicine, 2013.

32. Bron: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/gyneco-sage-femme/declenchement-artificiel-du-travail>.

Intersectionaliteit: De Raad van Europa definieert intersectionele discriminatie als «discriminatie die zich voordoet wanneer een persoon wordt gediscrimineerd op twee of meer gronden die gelijktijdig optreden en onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn, waardoor verschillende en specifieke vormen van discriminatie ontstaan»³³.

KCE: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg.

Kraamzorg: Zorg voor moeder en kind vanaf de bevalling tot de eerste dagen daarna, bestaande uit assistentie bij de bevalling, verzorging van moeder en kind, vroege signalering van afwijkingen bij moeder of kind, voorlichting en instructie over de verzorging van de baby en eventueel assistentie bij huishoudelijke taken.

LGBTIQIA+: Personen die lesbisch, homoseksueel, biseksueel, transgender, intersekse, *queer* en / of asexueel zijn alsook personen met andere seksuele en romantische oriëntaties, genders en gelachten.

Medische kaart: Het systeem van de medische kaart betreft een financiële tussenkomst van het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn (OCMW) in de medische kosten van een persoon die in België verblijft zonder wettig verblijfsstatuut.

PTSS: Posttraumatische stressstoornis.

Revaki: Revalidatiewetenschappen en kinesitherapie.

RIZIV: Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Sensoa: Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid.

Transdisciplinariteit: Transdisciplinariteit is, zoals het voorvoegsel «trans» aangeeft, wat tegelijkertijd tussen de disciplines, door de verschillende disciplines heen en voorbij elke discipline is. Het doel ervan is de huidige wereld te begrijpen, waarvan een van de vereisten de eenheid van kennis is.

VVOG: Vlaamse Vereniging voor obstetrie en gynaecologie.

WGO: Wereldgezondheidsorganisatie.

33. Bron: <https://www.coe.int/fr/web/gender-matters/intersectionality-and-multiple-discrimination>.



HOORZITTINGEN

25 oktober 2021 (vrouwenverenigingen en veldwerkers):

- mevrouw Lavina Giudice, coördinator van NASCI vzw - Dienstcentrum voor het kind;
- mevrouw Anissa D'Ortenzio, onderzoekster bij *Les Femmes Prévoyantes Socialistes*;
- mevrouw Noëmi Willemen, assistent bij EFSA - *École de sexologie et des sciences de la famille, UCLouvain*;
- mevrouw Florence Guiot, voorzitter en mevrouw Marie-Hélène Lahaye, jurist, auteur, oprichtster en lid van *la Plateforme citoyenne pour une naissance respectée*.

29 november 2021 (vertegenwoordigers uit de gezondheidssector):

- de heer Guy Verhulst, voorzitter, en mevrouw Magali Verheecke, vertegenwoordiger van de Bijzondere Interessegroep Jong Gynaecologen van de Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (VVOG);
- mevrouw Marlene Reyns, voorzitter van de Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen (VBOV);
- de heer Pierre Bernard, voorzitter van *le Collège Royal des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique*;
- mevrouw Marleen Temmerman, directeur van *the Centre of Excellence in Women and Child Health, Aga Khan University East Africa* en emeritus professor, faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, UGent;
- de heer Joeri Vermeulen, opleidingshoofd vroedkunde aan de Erasmushogeschool Brussel, onderzoeker aan de VUB en bestuurslid bij de *Belgian Midwives Association (BMA)* en de *European Midwives Association (EMA)*;
- mevrouw Vanessa Wittvrouw, voorzitter van *l'Union Professionnelle des Sages-femmes Belges (UPSfB)*.

14 maart 2022 (psychosociale aspecten):

- de heer Luc Roegiers, kinderpsychiater en lid van de interdisciplinaire perinatale groep ULB/UCL;
- mevrouw Martine Hollander, gynaecoloog-perinatoloog, Radboud Universitair Medisch Centrum, Nijmegen.

28 maart 2022 (psychosociale aspecten):

- mevrouw Pascale Gustin, psycholoog, lid van het bestuur van de dienst geestelijke gezondheidszorg «*Le chien vert*»;
- de heer Xavier Capelle, kliniekhoud verloskunde, dienst gynaecologie en verloskunde van CHU Luik.

9 mei 2022 (opleiding):

- mevrouw Dominique Roynet, arts gezinsplanning en voormalig docent geneeskunde;
- de dames Sophie Evrard en Milena Jarosik, pedagogische verantwoordelijken van de paramedische afdeling van de *Haute École Namur-Liège-Luxembourg (Hénnalux)*;
- de dames Céline Landuyt en Sophie Fraschina, medevoorzitters van de *Association francophone des doulas de Belgique (AFDB)*.

20 juni 2022 (opleiding):

- Prof. Anne Delbaere, directrice van de Dienst Gynaecologie en Verloskunde, en dr Clotilde Lamy, directrice van de Verloskunde Kliniek, Erasmus Ziekenhuis, ULB;
- de dames Greet Jorissen, Kaatje Keppens et Madhi Sysmans, Hogeschool Thomas More, opleiding vroedkunde.

4 juli 2022 (juridische aspecten):

- mevrouw Marie Debelle, auteur van de masterproef «*Approche féministe et juridique des violences obstétricales* », Faculteit Rechtsgeleerdheid en Criminologische Wetenschappen, *UCLouvain*;
- mevrouw Miriam Ben Jattou, voorzitter en directrice van de vzw «*Femmes de droit, droit des femmes* »;
- mevrouw Élise De Saint Moulin, advocaat gespecialiseerd in medische aansprakelijkheid, aansprakelijkheids- en verzekeringsrecht, Brusselse balie.

SCHRIFTELIJKE BIJDRAGEN

I. ALGEMEEN KADER

- Groep voor de Afschaffing van Vrouwelijke Genitale Verminking (GAMS België), Fabienne Richard en Pauline Soupa

II. OPLEIDING BEROEPSBEOEFENAARS

- Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, prof. dr. Georges Casimir en prof. dr. Brigitte Velkeniers
- *Collège Royal des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique (CRGOLFB)*, prof. dr. Pierre Bernard
- Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen (VBOV), Marlene Reyns
- *Union professionnelle des sages-femmes belges (UpSfb)*, *Association francophone des sages-femmes catholiques (AFSFC)*, Anne Niset
- Overlegorgaan van Vlaamse Universiteiten met de Opleiding Kinesithérapie (OVUNOKI), prof. dr. Ulrike Van Daele
- Universiteit Gent (UGent), prof. dr. Piet Hoebeke
- *Université Libre de Bruxelles (ULB)*, prof. dr. Nicolas Mavroudakakis
- Universiteit Antwerpen (UAntwerpen), prof. dr. Yves Jacquemin en prof. dr. Guy Hubens
- *Université de Liège (ULiège)*, prof. dr. Edouard Louis
- Katholieke Universiteit Leuven (KUL), prof. dr. Paul Herijgers
- *Université catholique de Louvain (UCLouvain)*, prof. dr. Françoise Smets
- Vrije Universiteit Brussel (VUB), prof. dr. Herman Tournaye en prof. dr. Michel Deneyer

III. JURIDISCHE ASPECTEN

- *Association des Médiateurs d'Institutions de Soins (AMIS)*, Céline Cobut

DE INFORMATIEVERSLAGEN VAN DE SENAAT

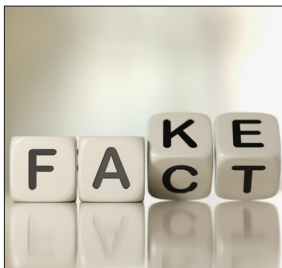
Alle informatieverlagen zijn beschikbaar op de website:
<https://www.senate.be/informatieverlagen>

LEGISLATUUR 2019 - 2024



Informatieverlag over de noodzaak om ons democratisch systeem te moderniseren door de representatieve democratie aan te vullen met meer burgerparticipatie in de besluitvorming op de verschillende bevoegdheidsniveaus alsook in de samenleving

([dossier 7-117](#)) - aangenomen op 18 juni 2021



Informatieverlag betreffende de noodzakelijke samenwerking tussen de federale overheid en de Gemeenschappen inzake de bestrijding van fake news

([dossier 7-110](#)) - aangenomen op 19 november 2021

