



Heb je onze Poll al gezien?

De Poll op de website heeft de bedoeling de interactie met de leden te verbeteren. De resultaten geven ons inzicht in “uw gedacht”.

Van juni 2022 tot januari 2023 heeft de volgende poll op de website gestaan: **“De keuzevrijheid van de zwangere vrouw speelt geen rol indien de inductie medisch geïndiceerd is.”**

In totaal reageerden 225 vroedvrouwen.

5% van de vroedvrouwen vindt dat de keuzevrijheid van de zwangere vrouw geen rol speelt indien de inductie medisch geïndiceerd is, 93% vindt dat de keuzevrijheid van de zwangere wel een rol speelt bij een medisch geïndiceerde inductie, 2% heeft een andere mening.

Uiteraard is een ja/nee op een poll niet alles zeggend. We vroegen enkele meningen vanuit experts uit het domein.

Bram Backet, arts-assistent in de gynaecologie-verloskunde en PhD student verbonden aan UZ Leuven.

Wanneer een inductie medisch geïndiceerd is, hoeft de keuzevrijheid van de zwangere vrouw niet te intimideren

“Een inductie is per definitie een medische interventie waarbij de arbeid kunstmatig ingeleid wordt. Typische indicaties zijn bepaalde gezondheidstoestanden van de moeder en/of het ongeboren kind waarbij het afwachten van een spontane arbeid een groter gezondheidsrisico inhoudt dan het (vroegtijdig) beëindigen van de zwangerschap door middel van inductie.

Net zoals bij gelijk welke andere medische interventie, rust de verantwoordelijkheid voor dergelijke inschatting bij de behandelende zorgverstreker. Dit vraagt een kritische reflectie over de te verwachten voor- en nadelen van het concreet behandelingsplan, aangepast aan de

individuele noden, wensen en verwachtingen van de zwangere vrouw.

Een open discussie, gevoerd binnen een context van vertrouwen en wederzijds respect, creëert een unieke opportuniteit om de zwangere vrouw informatie en inzicht te geven in haar gezondheidssituatie, de voorgestelde behandeling en eventuele alternatieven. Veelal zal dit toelaten om tot een gemeenschappelijk gedragen besluit te komen.

Verschillende internationale richtlijnen benadrukken het belang van het verkrijgen van geïnformeerde toestemming in de besluitvorming rond het induceren van de arbeid. Zo stelt de WHO dat, ongeacht de specifieke indicatie voor inductie, de wensen en verwachtingen van de zwangere vrouw altijd mee in rekening genomen moeten worden (WHO, 2018). De NICE richtlijn gaat nog een stap verder en bespreekt concrete topics die in deze besluitvorming aan bod dienen te komen. Correct en volledig informeren, alsook het respecteren van de keuzevrijheid van de zwangere vrouw, staan hierbij centraal. Ook de praktische implicaties die een inductie van de arbeid op de bewegingsvrijheid en beleving van de zwangere vrouw kan hebben (bijv. noodzaak tot herhaaldelijke vaginale onderzoeken of continue foetale bewaking), zijn elementen die onder de aandacht gebracht worden (NICE, 2021). De NVOG voorziet zeer vergelijkbare informatie op een “keuzekaart” over het electief induceren van de arbeid à term (Kennisinstituut van de Federatie Medische Specialisten, 2022; NVOG, 2020).

Het inductiepercentage is in stijgende lijn in de meeste ontwikkelde landen. In Vlaanderen wordt momenteel bij ongeveer 1 op 4 zwangere vrouwen de arbeid ingeleid (Devlieger et al., 2021). De verwachting is dat deze proportie nog verder zal toenemen de komende jaren, ener-



zijds door toenemende comorbiditeit of complicaties tijdens de zwangerschap, anderzijds door klinische studies die de voordelige effecten van het electief induceren van de arbeid a term in laag-risico populaties hebben aangetoond (Grobman et al., 2018; Middleton et al., 2020). Er is echter de laatste jaren ook meer en meer kwalitatief onderzoek verricht naar factoren die een invloed kunnen hebben op de tevredenheid van de zwangere vrouw in de aanloop naar een inductie (besluitvorming), alsook het inductieproces zelf. Hierbij lijken factoren als het (tijdig) voorzien van duidelijke en volledige informatie en het stimuleren tot actieve participatie in de besluitvorming een positieve invloed te hebben (Coates et al., 2019).

Concreet kunnen we stellen dat een inductie van de arbeid een medische interventie is waarvoor het verkrijgen van een geïnformeerde toestemming evident is. Het belang van gezamenlijke besluitvorming komt in meerdere internationale richtlijnen aan bod, dewelke ook concrete topics aanhalen die ter sprake kunnen komen. Dergelijke discussie kan ook bijdragen aan een positieve globale geboorte ervaring.”

Clémence Vital Durand, hoofdvroedvrouw Sint-Pieter Ziekenhuis Brussel, lid van Upsfs wetenschappelijk committee en voorzitter Belgian Midwives Association.

“Met andere woorden, hoe verzoenen we de individuele keuzes van vrouwen met de toepassing van meer algemene zorgprotocollen op basis van recente wetenschappelijke gegevens? Deze eenvoudige vraag ligt aan de basis wat volgens mij één van de spannendste kwesties in onze verloskundige praktijk is: het navigeren door de problemen van het collectief, of met andere woorden, de volksgezondheid, en toch zo individueel mogelijke zorg verlenen, waardoor onze discipline tot een kunstvorm wordt verheven en we uit de routine en verveling blijven.

Praktisch gezien zijn er éénvoudige hulpmiddelen om over deze ethische problemen na te denken. Allereerst de wet, zoals bepaald in de wet op de patiëntenrechten van 2002: ‘de patiënt heeft het recht vrijelijk in te stemmen met elke interventie van de beroepsbeoefenaar met voorafgaande (volledige en duidelijk geformuleerde) informatie’. In die zin leveren de proto-

collen van de expertisecentra en de verenigingen van zorgbegunstigden opmerkelijk werk op het gebied van informatie en toestemming voor zowel de begunstigden als de professionals. Ik verwelkom hier de menselijke en vrijwillige inzet van de verenigingen om ons te helpen en te stimuleren deel te nemen aan deze maatschappelijke veranderingen.

Dan ontstaat een veel moeilijkere uitdaging: wat is vrije, geïnformeerde, volledige en duidelijke informatie? Ik denk dat we door terug te keren naar een holistische definitie van Evidence Based Practice (EBP) interessante stof tot nadenken kunnen vinden. Evidence Based Practice wordt vaak gereduceerd tot de dimensie van wetenschappelijke studieresultaten, ondanks de twee andere aspecten ervan, namelijk de ervaring van de beoefenaar en de voorkeur van de cliënt. Systematisch terugkeren naar deze definitie maakt de resultaten van wetenschappelijke studies, waarvan vaak wordt beweerd dat ze objectief en universeel zijn, complexer en zwaarder. Wij weten echter dat zij cultureel bepaald zijn en dat de toepassing ervan vaak in overeenstemming is met reeds bestaande zorggewoonten. Het geval van de ARRIVE-studie is hiervan een perfect voorbeeld als we kijken naar het enthousiasme voor de toepassing ervan in bepaalde zorgsectoren.

Bovendien waardeert deze EBP-benadering het partnerschap tussen de zorgverlener en de patiënt en gedeelde beslissingen, waardoor de verticale medische autoriteitskloof wordt doorbroken. In 2018 introduceerde de WHO het concept van positieve geboorte-ervaring als een essentiële variabele in het geboorteproces, samen met veiligheid van zorg, met een focus op het waarderen van het gevoel van persoonlijke prestatie en inclusiviteit in medische beslissingen. Dit zijn allemaal stimulansen die het voorstellen van alternatieven in de zorg en het toezicht bevorderen.

Ik beantwoord deze vraag als vertegenwoordiger van de beroepsverenigingen lid van de BMA (Belgian Midwives Association), een organisatie die alle Belgische vroedvrouwen vertegenwoordigt. Ik dien er op te wijzen dat bovengenoemde bepalingen veel tijd vraagt van de vroedvrouwen en weinig rekening houden met de ervaringen uit het verleden, de emoties en de risicotolerantie. Wij oefenen ons beroep uit

