



in een context van toenemende medisch-juridische druk en in een context van intense rentabiliteits-eisen. Gedeelde medische verantwoordelijkheid is dus een mentaliteitsverandering die collectief moet worden gedragen, zonder de gevolgen voor de gemeenschap te depolitiseren. Het vraagt ook een andere focus: om voor vrouwen te zorgen, moeten we ook voor vroedvrouwen zorgen.”

Sophie Van Cauwelaert en Ruth Sneyers, vroedvrouwen en oprichters van Samen voor Respectvolle Geboorte geven hun mening.

“Een medische indicatie of niet, daar hangt de keuzevrijheid van een persoon nooit vanaf. Je rechten als cliënt en als mens gelden in elke situatie. Het recht op geïnformeerd worden en zelf beslissen over wat er met je lichaam gebeurt, inclusief met de baby in je buik, hoort daarbij. Er is in het geval van een inductie ook geen sprake van absolute tijdsdruk en urgentie die hierop een impact zou kunnen hebben. Er moet daarom tijd gemaakt worden om de zwangere vrouw te informeren over de beweegredenen achter het voorstel, alsook over de risico's en alternatieven. Het moet voor haar duidelijk zijn wat de absolute risico's zijn van het afwachten t.o.v. die van de inleiding, zodanig dat ze deze informatie in de weegschaal kan leggen en tot een persoonlijk besluit kan komen.

Mogelijks heerst er bij de zorgverlener een angst voor tijdrovende discussies of voor moeilijke vragen. Deze bezorgdheid is begrijpelijk in de zorgcontext, maar dit mag nooit ten koste gaan van het recht op geïnformeerde keuzes. Gedeelde besluitvorming is hierbij waardevol. De zorgverlener legt algemene kennis en expertise in, de zwangere vrouw haar persoonlijke noden, waarden en prioriteiten. Door de zwangere vrouw en haar inbreng serieus te nemen ontstaat er wederzijds respect. Zorgverleners hoeven niet bang te zijn om in vraag gesteld te worden want dit is geen persoonlijke aanval, maar een teken dat de zwangere vrouw verantwoordelijkheid neemt over zichzelf en haar kind.”

Dr Toenga De Vos, gynaecoloog AZ Sint-Elisabeth Zottegem licht zijn mening toe.

“Ik ben grotendeels niet akkoord met de stelling uit bovenstaande poll. De keuzevrijheid van de zwangere vrouw speelt wel degelijk een rol,

maar we mogen ons uiteindelijke doel nooit uit het oog verliezen. We willen de arbeid graag beëindigen met een gezonde moeder en een gezond kind. Het is onze taak als hulpverlener dat het pad die daarvoor samen met de patiënt uitgekozen zal worden, gedragen is door beide partijen.

Afhankelijk van de urgentie van de situatie kan de zwangere vrouw meer of minder inspraak hebben in de wijze van inductie. We moeten dus eerst en vooral bepalen hoe dringend de bevalling is. Als de gezondheidssituatie van moeder en kind van die aard is dat we nog enkele dagen ‘tijd’ hebben voor de bevalling geeft dit bedeutend meer keuzevrijheid aan de aanstaande mama. Dit kan bijvoorbeeld zo zijn in het geval van serotiniteit. We hebben dan verschillende opties in de manier van (pre-) inductie. We kunnen op een mechanische manier inleiden door een ‘ballonnetje’ te plaatsen. We kunnen ook prostaglandinen via diverse toedieningswegen geven voor de pre-inductie. We kunnen dit in opname of ambulante starten. Indien de baarmoedermond al rijp is kunnen we er voor kiezen om de vliezen te breken en Syntocinon® te starten. Afhankelijk van situatie tot situatie en de rijpheid van de baarmoedermond is de ene behandeling beter dan de andere.

Wanneer mensen zelf een voorkeur hebben voor een of ander traject en we hebben medisch gezien geen tegenargumenten dan vind ik het zeker de moeite waard om te opteren voor het traject dat de patiënt in zijn hoofd heeft. Meestal hebben deze vrouwen vroeger al een inleiding gehad en waren ze niet tevreden over de manier waarop en willen ze nu heel graag eens een andere manier proberen. In zo'n situatie is overleg met de cliënt en zelf de voor- en nadelen afwegen en een compromis bekomen zeker aanvaardbaar en te verdedigen.

Moeilijker wordt het als ik zie dat het medisch noodzakelijk is dat de cliënt dezelfde dag nog bevalt. Dit kan het geval zijn bij infecties of bij vrouwen met ernstige pre-eclampsie, die toch vaginaal kunnen bevallen. Als mensen in dit soort situaties graag opteren voor een trage manier van inductie met ambulante opvolging tijdens pre-inductie, dan is het iets moeilijker voor mij als arts om daarin mee te gaan omdat het uiteindelijke doel van een snelle bevalling dan wellicht niet gehaald wordt. Het doel van