



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





*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*