Sint Niklaas, 20 juni 2023

Aan mevrouw Stephanie D’Hose,

voorzitter van de Belgische Senaat

Geachte mevrouw D’Hose,

De tekst van de Belgische Senaat (23/05/2023) “Informatieverslag over lichamelijke zelfbeschikking en het tegengaan van obstetrisch geweld, vaststellingen en aanbevelingen.” werd besproken binnen de Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (VVOG). De VVOG is erg ontgoocheld. De tekst is zeker niet in overeenstemming met het advies van de VVOG. Er staan manifeste fouten in, vele zaken worden ook ongenuanceerd weergegeven.

De VVOG wil in afwachting van het colloquium dat in het najaar zal worden georganiseerd al een aantal opmerkingen formuleren.

* **Algemeen:**
	+ Als bijlage nogmaals het statement van de VVOG dd. dat aan de Senaat werd overgemaakt.
	+ We moeten opletten de term obstetrisch geweld niet verkeerd te gebruiken. Er moet een onderscheid gemaakt worden tussen obstetrisch geweld (een onrespectvolle behandeling) en een slechte bevallingservaring.Een “slechte bevallingservaring”  kan medisch zijn: een premature baby, een baby met een afwijking, een moeilijke ventouse, foetale nood met mogelijke sequelen, enz. Het kan ook zijn dat het een minder goede beleving was, dat alles niet is verlopen zoals gepland en gehoopt. Een bevallingsplan dat in duigen valt. Onder obstetrisch geweld verstaan we onrespectvol handelen of bejegenen: zonder toestemming handelen, geen empathie tonen en grensoverschrijdend gedrag van zorgpersoneel zitten hierin vervat. We moeten opletten dat de term ‘geweld’ niet de perceptie geeft van een dader en een slachtoffer, van kwaad opzet, van slechte intenties. We moeten streven naar een “Good & Happy Birth” voor de vrouwen. Hierin zit het adagio “Bevallen van een gezond kind met behoud van eigen gezondheid en de aangename beleving met een aangename herinnering ipv. trauma’s en frustraties”.
	+ In de volledige tekst vinden wij dat er minachtend over de vrouw wordt geschreven, het gaat van betutteling tot paternalisme. Bovendien komen bepaalde patiëntengroepen zelfs niet aan bod. Een voorbeeld hierbij: “Gynaecologisch en obstetrisch geweld kan alleen bij mensen met een baarmoeder”. En wat dan met transmannen? Wat met de mannelijke partners? Wat met gynaecologisch ‘geweld’ post-hysterectomie?
	+ Het onderwerp mag en kan niet beperkt worden tot gynaecologie en verloskunde.
		- Is het vermijden en sanctioneren van verbale en/of fysieke agressie niet een evidentie voor iedereen?
		- Staat het niet in het strafrecht dat onthouden en/of nalaten van zorg niet kan?
		- Is het geen evidentie voor alle zorgverstrekkers dat er geen plaats is voor ongepaste/ongewenste handelingen?
* **De cijfers:**
	+ Het is moeilijk tot zelfs onmogelijk om aanbevelingen te formuleren over een item dat niet duidelijk gedefinieerd is en waarover geen enkel wetenschappelijk onderzoek bestaat.
		- p2: “Er verschijnen getuigenissen *in groten getale* op sociale netwerken.” Dat is geen basis voor een wetenschappelijke discussie.
		- p3: Er is geen eenduidige definitie van obstetrische geweld (zelfs geen Belgische) en er wordt gegoocheld met percentages van 10 tot 30 %.
		- P4: *“Vooral mensen uit kwetsbare doelgroepen worden erdoor getroffen. Zij zijn immers vaker het slachtoffer van gynaecologisch en obstetrisch geweld, onaangepaste zorg of gebrek aan verzorging.”* Ook hier vragen wij ons af op welk wetenschappelijk onderzoek dat is gebaseerd?
	+ 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 onderzoek (14) 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. Voor België zou dat betekenen dat voor de 113 739 baby’s die in 2020 geboren werden, 11 000 tot 22 000 van de bevallingen als traumatisch werden ervaren. Als we dat doortrekken naar het gegeven van posttraumatische stress, zitten we tussen de 1 000 en 3 400 vrouwen.

Zolang er geen objectieve data in ons land beschikbaar zijn, kan je data van andere landen niet vergelijken met onze situatie! In Nederland is het namelijk zo dat vooral verloskundigen en vroedvrouwen verantwoordelijk zijn voor de obstetrische zorg terwijl dat in ons land meer georganiseerd en gecoördineerd wordt via het ziekenhuis en de gynaecoloog.

* + Cijfers en gegevens betreffende de pandemie moeten sterk worden genuanceerd! Die worden overschaduwd door een grote onwetendheid bij de zorgverleners over te volgen procedures. Bovendien hebben alle zorgverleners op dat moment mensonwaardige taken moeten uitvoeren omdat het niet anders kon en mocht. We verwijzen naar situaties waar wij moeder en kind hebben moeten scheiden omdat moeder COVID-positief testte en we bang waren voor de overdracht en impact op het kind! Voor ons was dat een ernstige vorm van obstetrisch geweld naar het gezin toe, maar eveneens naar ons.
* **De episiotomie:**
	+ De paragraaf over episiotomie is, ondanks de verduidelijking van de gynaecologen tijdens de hoorzitting, ongenuanceerd.
	+ De episiotomie wordt geclassificeerd als 'genitale mutilatie'. Dat is niet correct, het is een medische handeling met een indicatie. De reden waarom we die uitvoeren is het verhinderen van een sfincterruptuur, wat ons inziens nog steeds veel traumatischer is dan een episiotomie. Door juridisch een medische handeling te klasseren als genitale mutilatie kan iedereen die bevallingen doet, schuldig bevonden worden aan slagen en verwondingen.
	+ “Deze procedure is pijnlijk en traumatisch omdat de wondheling lang duurt.” Dat is opnieuw ongenuanceerd en niet correct. De wondheling duurt relatief gezien niet lang en het doel is ervoor zorgen dat het niet pijnlijk is (lokale of locoregionale anesthesie perpartaal + pijnstilling in postpartum).
	+ We lezen: *“episiotomie in lighouding (formeel afgeraden door de wereldgezondheidsorganisatie”.* Het WHO raadt aan om een rechtopzittende houding aan te nemen bij een bevalling. Over episiotomie zeggen ze dat ze **niet routinematig** mag geplaatst worden. Volledig correct. Maar de toonzetting in de senaattekst leidt tot stemmingmakerij.
	+ “Volgens de laatste cijfers wordt in Vlaanderen bij 40,6% van de patiënten een episiotomie verricht, in Wallonië bij 20,2% en in Brussel bij 14,9% (6).” Met als referentie het SPE ipv. het SPI. Daarenboven zijn de cijfers onjuist, het percentage in 2021 in Vlaanderen was 27,2%. **Het foutief overnemen van cijfers of bronmateriaal ondermijnt zeer sterk de betrouwbaarheid van een tekst**.
* **De ‘Echtgenotensteek’:**
	+ Vanuit de VVOG zijn we verbouwereerd die term te lezen. Velen onder ons hebben er nog nooit van gehoord. Als we hem even opzoeken, dan vinden we volgende verklaring: *“Tussen de jaren vijftig en tachtig hebben sommige Noord-Amerikaanse verloskundigen en gynaecologen de "echtgenootsteek" toegepast, die bestaat uit clandestiene hechtingen die worden uitgevoerd na een*[*episiotomie*](https://nl.frwiki.wiki/wiki/%C3%89pisiotomie)*om de ingang van de vagina smaller te maken om zogenaamd het genot te vergroten. Dat kan langdurige pijn veroorzaken. Er is geen bewijs dat die praktijk wijdverbreid is in Noord-Amerika, maar het komt wel voor in studies naar episiotomie in bijvoorbeeld Brazilië.’*
	+ Hoe kan het dat dergelijke gedateerde praktijken worden vermeld in een hedendaagse Belgische tekst? De essentie hier is te vermelden dat een vraag tot herstel van een genitale mutilatie volledig verboden moet worden!
* **De sectio’s**
	+ In verband met sectio’s staat er letterlijk *“om de bevalling te bespoedigen om zo sneller naar een andere patiënte te kunnen overgaan.”* Dat is voor de gynaecologen op zijn minst wenkbrouwfronsend. Het is een van de vele uitspraken in de tekst die het bewijs zijn dat dit document geschreven is door mensen die niet op de hoogte zijn van de materie. Dergelijke uitspraak gaat compleet in tegen de Eed van Hippocratis “Primum non nocere”, het is ondenkbaar dat dit gangbare praktijk is.
	+ Daarbovenop willen we ook wijzen op de ontwikkeling van een nieuwe richtlijn binnen de VVOG betreffende ‘Trial of Labor after C-section, TOLAC’, waarbij we binnen onze discipline het sectiopercentage willen verlagen.
* **Fundusdruk**
	+ We zijn het eens met de stelling dat fundusdruk indien mogelijk dient vermeden te worden. Anderzijds gebeurt dat wereldwijd veel frequenter dan bij ons. (Farrington E et al. Reprod Health. 2021 May 18;18(1):98.) Bovendien kan fundusdruk in bepaalde gevallen de geboorte bespoedigen en het gebruik van vacuum en forceps vermijden. (Kanninen T et al. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2022 Aug;275:70-83 / Berghella V et al. Am J Obstet Gynecol MFM 2022 Sep;4(5):100647)
* **Betreffende de infrastructuur/locatie van bevalling**
	+ We lezen in de tekst: “De infrastructuur, routines, inzet van procedures en apparatuur en de organisatie in de kraamklinieken herzien en richten op een fysiologisch proces op basis van individuele zorg.” Dus de opstellers gaan ervan uit dat de infrastructuur in de ziekenhuizen gericht is op medicalisering? In alle verloskamers in België wordt er actief gestreefd naar het brengen van een huiselijke sfeer binnen de verloskamer, evenwel zonder de nodige budgetten kunnen wij hier niet verder….
	+ Het ontwerpen van verloskamers die ook operatiekamers zijn, is moeilijk realiseerbaar. Steriliteit vormt hier al een eerste probleem, infrastructureel ook absoluut niet te verwezenlijken (luchtfilters, anesthesiemateriaal/apparatuur, hoogrisicomedicatie binnen handbereik,…), om van het financiële kostenplaatje nog niet te spreken.
	+ Over thuisbevallingen:
		- Her en der wordt verwezen naar thuisbevallingen. Zonder enige evidence of onderbouwing gepostuleerd. Is er minder obstetrisch geweld in de thuissetting? Wel wordt aangehaald dat er een directe en gemakkelijke toegang moet gewaarborgd worden tot de operatiezaal vanaf de kraamafdeling. Hoe kan je dat matchen met een thuisbevalling?
		- *“Er bestaat een risico van aansprakelijkheid bij moeilijke bevallingen, met name bij late overbrenging van bevallende vrouwen van hun woning naar het ziekenhuis.*” Dat is niet alleen het geval bij late overbrenging! Bij geen enkele thuisbevalling zijn “de nodige ondersteuning en infrastructuur” aanwezig om een “noodprocedure” in gang te kunnen zetten. Thuisbevallingen zijn bijgevolg altijd risicovol en dat dient ook zo met de patiënte en haar partner te worden besproken om te komen tot een volledig geïnformeerde toestemming, die in het zwangerschapsdossier dient te worden opgenomen!
	+ Over geboortehuizen: *“De aanwezigheid van geboortehuizen in of aan ziekenhuizen zal een betere naleving van de wettelijke bepalingen van de «kwaliteitswet» mogelijk maken.”* Vooraleer aan de uitbouw van geboortehuizen kan worden gedacht, dienen we eerst te weten of dat kostenefficiënt zal zijn. Immers het aantal thuisbevallingen in Vlaanderen (0,8%)/ België is laag en de nodige ondersteuning en infrastructuur zijn reeds aanwezig in de ziekenhuizen. Wat als bv een parturiënte in een geboortehuis toch vraagt om een epidurale tijdens de arbeid, zal men haar dan persoonlijk (begeleiding is noodzakelijk!) van het geboortehuis overbrengen naar het naastliggende ziekenhuis? Is het dan niet logischer om na te denken om in het ziekenhuis zelf de huiselijke sfeer meer te creëren? Om ervoor te zorgen dat goed opgeleide vroedvrouwen – die al op onze materniteitsafdelingen werken - in het ziekenhuis een one-to-one care kunnen aanbieden aan de parturiënten? Om voldoende financiële middelen ter beschikking te stellen om onze huidige infrastructuur hieraan te kunnen aanpassen?
* **De patiëntenrechten**
	+ Patiëntenrechten naleven en patiënten wijzen op hun patiëntenrechten zit vervat in ziekenhuisaccreditering en geldt voor alle artsen, niet alleen voor gynaecologen. Voor het niet-naleven, zijn procedures voorzien. Dat vraagt geen specifieke wetgeving inzake gynaecologisch en obstetrisch geweld. We zien niet in waarom gynaecologisch en obstetrisch geweld in het strafwetboek moet opgenomen worden. Een specifieke strafrechtmaatregel voor gynaecologen voelt aan als een heksenjacht op gynaecologen. Of is men van mening dat oncologisch geweld met therapeutische hardnekkigheid en nutteloze chemokuren of de perceptie van ontmenselijking van de zorg tijdens radiotherapie ook een specifieke wetgeving vraagt?
	+ We streven er met de VVOG naar dat er in de opleiding van allegezondheidswerkers meer aandacht moet geschonken worden aan dit onderwerp:
		- meer inzetten op betrokkenheid van patiënten
		- meer inzetten op betere informatie en geïnformeerde toestemming
		- zelfbeschikkingsrechten / rechten van de foetus
		- …
* **De kwaliteit van zorg**
	+ We lezen: “*Tevens kan een dienst voor perinatale begeleiding, zonder de geneeskundige follow-up te vervangen, de gezinnen pluridisciplinaire ondersteuning bieden en zich toeleggen op het ontstaan van de band tussen ouders en baby en op ouderschapsondersteuning.*” Wat is “een dienst voor perinatale begeleiding”? Men moet goed beseffen dat Vlaanderen al mooie initiatieven kent voor de postnatale opvolging, met op de eerste plaats Kind & Gezin, kraamzorg en de vroedvrouw aan huis in het postpartum. Enige zelfstandigheid en moedergevoel dienen verondersteld te worden, een band tussen moeder/ouder en kind is een “oergegeven”, een “dienst voor perinatale begeleiding” zal maar in een beperkt aantal van de kersverse ouders genoodzaakt zijn. Daarnaast werkt de VVOG, samen met de vroedvrouwen en andere partners, mee aan het opstellen van een zorgplan voor de detectie van gezinnen met psychosociale en financiële problemen (uitwerking via RIZIV/INAMI, in samenwerking met het kabinet van minister Vandenbroucke). Reeds meerdere ziekenhuizen zijn hiermee gestart, hebben een zeer nauwe samenwerking tussen vroedvrouw, gynaecoloog en diverse andere partners met betrekking tot psycho-socio-financiële ondersteuning. We verwijzen hier naar een recent gehouden event ‘Sharing Good Practices’ van 2 mei 2023, door Born in Belgium.
	+ De VVOG gaat absoluut niet akkoord met het statement “gynaecologische zorgverlening niet standaardiseren en kiezen voor een geïndividualiseerde aanpak”. Het zijn precies de up-to-date protocols, guidelines en/of richtlijnen die de kwaliteit van de zorg verbeteren. Uiteraard met hierbinnen een persoonlijke en geïndividualiseerde aanpak ifv de noden van de patiënte/partner/gezin.
	+ Men stelt voor: *“Een kwaliteitscontrole uitvoeren op basis van WGO-normen.”* Wat is het nut daarvan? Alsof er nu helemaal geen kwaliteitscontrole bestaat? Naast de perinatale cijfers (door de gynaecologen vrijwillig en correct bijgehouden) zijn er ook diverse controles door de overheid en door het ziekenhuis (accrediteringen). Is de WGO dan plots beter voor specifieke controles in België? En waar blijven de cijfers en controles betreffende outcome bij thuisbevallingen?
* **Financiering van de zorg**
	+ *“De financiering per prestatie afschaffen.”* Zal dat tot minder obstetrisch geweld leiden? Absoluut niet en dat gaat echter voorbij aan het doel van het document. Dat belangt daarenboven alle andere beroepsverenigingen aan.
	+ *“De financiering van de prenatale zorg moet herzien worden en gelijk zijn voor vroedvrouwen en gynaecologen.”* Waarom? De opleidingen zijn allerminst evenwaardig om te beginnen. De competenties uitermate verschillend. En wie doet de 20 weken echo? Wie counselt er bij een afwijkende NIPT? Wie verricht de vruchtwaterpunctie? Wie lost een onverwachte schouderdystocie op? Wie draineert het lactatieabces? De gynaecoloog en niet de vroedvrouw, en dat vertaalt zich – terecht - in een verschillende verloning.
	+ *“Een manier trachten te vinden om een betaalbare beroepsverzekering verplicht te maken voor alle vroedvrouwen. Waarom enkel voor de vroedvrouwen?“*  Waarom moet de gynaecoloog tussen 2000 en 6000 euro verzekering betalen per jaar, maar moet er voor de vroedvrouw - van wie men in dit document betoogt dat ze evenwaardig is aan gynaecologen - een goedkopere verzekering beschikbaar zijn?
	+ Men pleit voor open materniteiten. Akkoord, op voorwaarde dat ALLE zorgverleners die er handelingen verrichten dan ook meebetalen aan de kosten van de instelling. Hoe gemakkelijk zou het niet zijn voor iedereen mocht je overal een bevalling kunnen begeleiden, hiervoor betaald worden, en de opkuis/onkosten door een ander laten gebeuren?

**We besluiten met enkele algemene statements:**

* De VVOG benadrukt dat een bevalling, zelfs in de meest optimale, patiëntvriendelijke omstandigheden begeleid, een zeer traumatische gebeurtenis kan zijn. Met andere woorden: gevallen van traumatische ervaring zijn nooit volledig te vermijden en zeker niet altijd het gevolg van obstetrisch “geweld”.
* Er is geen enkele evidentie dat hechtingsproblemen tussen ouders en kinderen te wijten zijn aan obstetrisch “geweld”. Vaak is dat multifactorieel, vb. onderliggende psychische en sociale problemen.
* De VVOG verzet zich tegen het promoten van “evidence based midwifery”. Er is geen wetenschappelijke evidentie dat in België dat zorgpad evenwaardig zou zijn (laat staan beter) dan het actuele zorgpad waar er een multidisciplinaire samenwerking is tussen gynaecoloog, vroedvrouw en andere specifieke zorgverleners (per patiënte individueel verschillend). Een pad waar de gynaecoloog nog steeds verantwoordelijk moet blijven in het onderscheid maken tussen hoogrisico en laagrisico, tussen nood aan zeer brede ondersteuning en het minimaal aantal noodzakelijke consultaties en echografiën. Een multidisciplinair prenataal zorgplan kan enkel de kwaliteit van zorg verbeteren. **Het primaire doel van de senaatstekst mag geenszins zijn om het bestaande zorgtraject fundamenteel te veranderen!**
* De VVOG wenst de “niet gemedicaliseerde zorg” niet te promoten. Maar het is wel dankzij de medicalisering van de zorg dat wij in België uitstekende cijfers hebben voor wat betreft maternale en perinatale morbiditeit en mortaliteit. Medicalisering betekent geenszins nutteloze en/of overbodige onderzoeken of behandelingen uitvoeren.
* De gynaecologen willen in geen geval de problematiek negeren en beweren niet dat er geen verbetering van de zorg mogelijk is. Awareness voor dit onderwerp is zeker nodig. De VVOG heeft hierbij al verschillende initiatieven genomen.
	+ De VVOG heeft in mei 2023 zijn studiedag Ethiek en Economie, met talrijke opkomst, gewijd aan dit hot topic. Hierbij tonen wij als VVOG ook dat wij willen werken aan de opmerking weergegeven op pagina 10: *“Zorgverleners weten soms niet hoe ze moeten omgaan met een zwangere patiënten die een bepaalde therapeutische aanpak weigert.”*
	+ De bijzondere interessegroep “Jonge Gynaecologen” werkt samen met vroedvrouwen aan een document dat zwangeren maximaal moet informeren over de normale en mogelijks moeilijke gecompliceerde bevalling. Prenataal optimaal informeren, een goede communicatie tijdens de bevalling, een snelle debriefing met het personeel en een goed gesprek met de patiënte na een (vermeend) probleem kan vele problemen vermijden.
* De VVOG is voorstander van en wil meewerken aan correct uitgevoerde wetenschappelijke studies en aan een objectieve centrale registratie voor patiënten van vermeend obstetrisch geweld. En dat zowel voor patiënten en hun partner en/of omgeving als voor verloskundigen, vroedvrouwen en artsen die soms gedwongen worden tot praktijken waar zij niet achter staan.

**Tot slot:**

**Vanuit de VVOG zijn we verontwaardigd over de inhoud van dit “informatieverslag”. Waar het een correct wetenschappelijk document zou moeten zijn, met focus op het onderwerp, gaat het hier volledig aan voorbij. Foutieve informatie wordt weergegeven, de arts wordt geviseerd en er wordt een poging gedaan om voorstellen in te dienen om onze prenatale zorg volledig te herstructureren. En dat terwijl er vanuit het kabinet van minister Vandenbroucke al veel initiatieven ondernomen worden om de zorginfrastructuur en financiering te herzien. Initiatieven met multidisciplinaire overlegmomenten waar wij als artsen al heel veel tijd insteken en het aldus beschamend vinden dat er in dit document eventjes kort gewag wordt gemaakt van een herziening van het prenatale zorgplan – beyond the scope of the subject!**

Opmerking: De VVOG heeft contact opgenomen met onze Franstalige collega’s van de CRGOLFB. Wij staan volledig op dezelfde lijn. Wij reageren elk afzonderlijk, maar zijn inhoudelijk akkoord met elkaars tekst.

Wij staan open voor een constructieve dialoog.

Hoogachtend,

Koen Traen, voorzitter VVOG

Guy Verhulst, voorzitter Werkgroep Beroepsbelangen