



Arteveldehogeschool
Katholiek Hoger Onderwijs Gent
Bachelor in de Vroedkunde
Campus Kantienberg
Voetweg 66, BE-9000 Gent

OBSTETRISCH GEWELD

De verschillende verschijningsvormen van een wereldwijd fenomeen

Externe promotor: Mw. Van der Pijl Marit

Academiejaar: 2018-2019

Bachelorproef voorgedragen door:
Sophie VAN CAUWELAERT
tot het bekomen van de graad van
Bachelor in de Vroedkunde



Arteveldehogeschool
Katholiek Hoger Onderwijs Gent
Bachelor in de Vroedkunde
Campus Kantienberg
Voetweg 66, BE-9000 Gent

OBSTETRISCH GEWELD

De verschillende verschijningsvormen van een wereldwijd fenomeen

Externe promotor: Mw. Van der Pijl Marit

Academiejaar: 2018-2019

Bachelorproef voorgedragen door:
Sophie VAN CAUWELAERT
tot het bekomen van de graad van
Bachelor in de Vroedkunde

ABSTRACT

Obstetrisch geweld	
Promotiejaar:	2019
Student:	Sophie Van Cauwelaert
Externe Promotor:	Mevr. Marit van der Pijl
Trefwoorden:	Obstetrisch geweld; Respectvolle zorg; Mensenrechten
Obstetrisch geweld is een koepelterm voor verschillende vormen van geweld en misbruik vanwege de zorgverlener ten opzichte van de vrouw tijdens haar perinatale periode. Deze vormen kunnen zich voordoen op het interpersoonlijk niveau maar ook op het beleidsniveau en het culturele niveau. Vrouwen die obstetrisch geweld meemaken ervaren hun bevalling vaak als traumatisch, wat een impact kan hebben op hun zelfbeeld en psyché alsook op hun attitude bij volgende zwangerschappen. De vroedvrouw dient obstetrisch geweld te voorkomen door zorg aan te bieden die respectvol is en aangepast aan de individuele noden van de vrouw. Aan de hand van een folder kunnen vroedvrouwen en gynaecologen worden ingelicht over wat de term nu precies inhoudt, wat tot meer bewust gedrag zal leiden en meer respectvol handelen.	

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave.....	6
Dankwoord	7
Inleiding.....	8
1 Definiëring van obstetrisch geweld	9
2 De verschillende vormen van obstetrisch geweld.....	11
2.1 <i>Fysiek misbruik.....</i>	<i>12</i>
2.1.1 Gebruik van geweld	12
2.1.2 Fysiek beperken/ vastbinden	12
2.2 <i>Seksueel misbruik.....</i>	<i>13</i>
2.3 <i>Verbaal misbruik.....</i>	<i>14</i>
2.3.1 Harde of grove taal.....	15
2.3.2 Veroordelende opmerkingen	15
2.3.3 Bedreigingen en de schuld geven.....	15
2.4 <i>Stigma en discriminatie</i>	<i>16</i>
2.4.1 Discriminatie op basis van sociaaldemografische eigenschappen	16
2.4.2 Discriminatie op basis van medische toestand	18
2.5 <i>Het niet halen van de professionele standaard van zorg.....</i>	<i>19</i>
2.5.1 Tekort aan 'informed consent' en aan vertrouwelijkheid.....	19
2.5.2 Ongepaste houding bij fysieke onderzoeken en medische procedures	21
2.5.3 Verwaarlozing of verlaten	23
2.6 <i>Slechte band tussen vrouwen en zorgverleners</i>	<i>23</i>
2.6.1 Ineffectieve communicatie	24
2.6.2 Tekort aan ondersteunende zorg	24
2.6.3 Verlies van autonomie.....	25
2.7 <i>Conditie en beperkingen van het gezondheidssysteem.....</i>	<i>27</i>
2.7.1 Tekort aan middelen	28
2.7.2 Tekort aan procedures	30
2.7.3 Cultuur in de zorginstelling.....	31
3 Impact van obstetrisch geweld op de vrouw	33
3.1 <i>Invloed op attitude in volgende zwangerschap</i>	<i>33</i>
3.2 <i>Invloed op het mentaal welzijn</i>	<i>33</i>
3.2.1 Trauma en zelfbeeld.....	33
3.2.2 Post-traumatisch stress syndroom (PTSS) postpartum	34
3.2.3 Tocofobie.....	34

4	De rol van de vroedvrouw.....	36
4.1	<i>Interprofessionele samenwerking.....</i>	36
4.2	<i>Respectful maternity care.....</i>	37
4.2.1	Welke positieve invloeden kan de vroedvrouw uitoefenen?.....	39
4.3	<i>Zorgmodel en continuïteit.....</i>	40
4.3.1	Woman centered care.....	41
4.3.2	Midwifery led care.....	42
4.3.3	Continuïteit.....	43
4.3.4	Shared decision making.....	43
4.4	<i>Aandachtspunten binnen de opleiding vroedkunde.....</i>	44
5	Praktijkdeel	45
6	Algemeen besluit.....	46
7	Literatuurlijst.....	48
8	Bijlage	55
8.1	<i>Voorkant folder.....</i>	56
8.2	<i>Achterkant folder.....</i>	57

DANKWOORD

Voordat we de literatuur in duiken wil ik graag de mensen bedanken die me geholpen hebben bij het verwezenlijken van deze bachelorproef.

Inhoudelijk heb ik veel steun en raad gehad aan mijn externe promotor, Marit van der Pijl. Zij is een gezondheidswetenschapper bij de afdeling Midwifery Science in Amsterdam. Daar doet ze onderzoek rond het onderwerp van obstetrisch geweld en respectful maternity care. Met de kennis die ze zo opdeed heeft ze me kunnen sturen in mijn werk.

Tenslotte wil ik ook mijn mama, Helen Blow, bedanken. Als specialist in verschillende vormen van geweld, waaronder huiselijk geweld en eengerelateerd geweld, wordt ze geregeld uitgenodigd als lezer van bachelorproeven. Ik had het geluk dat ze ook mijn bachelorproef wou nalezen en van nuttige feedback voorzag.

Ondergetekende draagt de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor deze bachelorproef en staat toe dat haar werk in de mediatheek van de hogeschool wordt opgeslagen, geraadpleegd en gefotokopieerd

(Gent, Augustus 2019)

INLEIDING

“Disrespect and abuse during maternity care are a violation of women’s basic human rights.” – White Ribbon Alliance

In de loop van de voorbije eeuw zijn vrouwen meer en meer naar het ziekenhuis getrokken om te gaan bevallen. Het geboorteproces is gaan medicaliseren met een daling in het sterftcijfer voor moeder en kind als positief gevolg. Een ander gevolg van deze medicalisatie is echter een toename in het aantal onnodige interventies, wat negatief is, evenals als een veranderd gedachtegoed. De veiligheid van moeder en kind is nu de nummer één prioriteit. Veiligheid gaat echter niet altijd samen met een goede kwaliteit van zorg. Wereldwijd worden vrouwen onrespectvol en op een onwaardige manier behandeld. Hierbij worden hun mensenrechten geschonden en houden ze een negatief gevoel over aan hun bevallingservaring.

De term ‘obstetrisch geweld’ is nog niet bij iedereen bekend, toch is er een groeiende hoeveelheid wetenschappelijke literatuur die aantoont hoeveel en waarom het voorkomt. Daarbij zien we dat het niet enkel gebeurt in derdewereldlanden maar overal ter wereld, ook in België. Doorheen de literatuurstudie van deze bachelorproef wordt er gekeken naar wat obstetrisch geweld nu precies inhoudt alsook naar de verschillende verschijningsvormen die het aanneemt. Daarbij leren we dat het zich niet enkel afspeelt op interpersoonlijk niveau en dus niet enkel de schuld is van enkele nare zorgverleners. Het kan ook ontstaan door het gevoerde beleid van een gezondheidsinstelling of van een land. Verder is het onlosmakelijk verbonden met de heersende cultuur en diens houding ten opzichte van vrouwen in het algemeen en de bevalling in het bijzonder.

Hoewel obstetrisch geweld kan voorkomen tijdens de volledige perinatale periode, wordt er in deze bachelorproef gefocust op de arbeids- en bevallingsperiode. Verder wordt ook niet uitsluitend toegespitst op landen met een hoog inkomen maar op landen van alle inkomensniveaus. Dit omdat minder literatuur voorhanden is over hoge inkomenslanden, en ook om een volledig beeld te geven van hoe obstetrisch geweld er kan uitzien.

Om de literatuurstudie af te sluiten lezen we hoe vroedvrouwen meer respectvollere zorg kunnen aanbieden aan alle vrouwen. Vroedvrouwen spelen een cruciale rol, daar ze vaak het dichtst bij de vrouw staan tijdens haar begeleiding. Wanneer een vroedvrouw kan werken in overeenstemming met haar beroepsprofiel en competenties, wat onder andere wil zeggen dat ze een nauwe vertrouwensrelatie kan opbouwen met de vrouw, geeft dit ook haar voldoening.

Tenslotte eindigen we met een praktijkuitwerking: een folder met beknopte informatie voor de zorgverlener, hetzij de vroedvrouw of de gynaecoloog. De eerste stap naar een wereld zonder obstetrisch geweld is namelijk bewustzijn, zo kan een attitudeverandering plaatsvinden bij alle betrokken partijen.

1 DEFINIËRING VAN OBSTETRISCH GEWELD

Obstetrisch geweld is een koepelterm voor de verschillende vormen van geweld en misbruik vanwege de zorgverleners ten aanzien van vrouwen tijdens de arbeid, bevalling en nazorgen. Als het opengetrokken wordt naar zorg in het algemeen kunnen termen als “respectloos gedrag en misbruik” (*disrespect and abuse*), “dehumaniserende zorg” (*dehumanised care*) en “slechte behandeling van vrouwen” (*mistreatment of women*) gebruikt worden. Bepaalde van deze termen worden in literatuur vaak als synoniem gebruikt voor obstetrisch geweld.

Sadler et al. (2016) stellen echter voor de term ‘obstetrisch geweld’ te gebruiken daar deze het potentieel heeft om ook de structurele dimensie aan te kaarten. Het legt ook de focus op dehumaniserende zorg en dat binnen de verloskundige setting.

Los van welke term gebruikt wordt gaat het telkens over de medicalisering van het natuurlijke geboorteproces. Verschillende bronnen leggen de oorsprong van het geweld bij genderongelijkheid. Er zijn parallellen met geweld tegen vrouwen en omgekeerd vormt obstetrisch geweld een risico voor de rechten van de vrouw (Savage en Castro, 2017). Obstetrisch geweld kan gezien worden als een continuüm, gaande van subtiele discriminatie tot openbaar geweld (Miller en Lalonde, 2015). De verschillende vormen van obstetrisch geweld situeren zich ook op verschillende punten van het continuüm.

Doorheen de literatuur worden termen als “patiëntgerichte zorg” (*patient centred care*), “respectvolle maternale zorg” (*respectful maternity care*), “vermenselijking” (*humanisation*), “vrouw gerichte zorg” (*women centred care*) etc. gebruikt om de gewenste zorg te beschrijven, tegenover onrespectvolle en/ of misbruikende zorg.

Een algemene of officiële definitie van de term obstetrisch geweld die door alle bronnen gehanteerd wordt, is er niet. In 2007 werd ‘obstetrisch geweld’ wel opgenomen in de Venezolaanse wetgeving. Hier werd de volgende definitie gebruikt:

... The appropriation of women’s body and reproductive processes by health personnel, which is expressed by a dehumanising treatment, an abuse of medicalisation and pathologisation of natural processes, resulting in a loss of autonomy and ability to decide freely about their bodies and sexuality, negatively impacting their quality of life. ... (Sadler et al., 2016)

Een definitie van respectloze zorg en misbruik tijdens de bevalling wordt gegeven door Freedman (2014)

...Interactions or facility conditions that local consensus deems to be humiliating or undignified, and those interactions or conditions that are experienced as or intended to be humiliating or undignified...

Miltenburg, van Pelt, Meguid en Sundby (2018) beschreven gebrek aan respect en misbruik tijdens de bevalling als een gevolg van structureel geweld. Ze benadrukten hierbij dat deze vorm van geweld indirect, systematisch en vaak onzichtbare schade berokkend bij individuen. Dit zou gebeuren doorheen sociale structuren die het hun onmogelijk maken om in hun basisnoden te worden voorzien. Zij gaven volgende definitie voor structureel obstetrisch geweld:

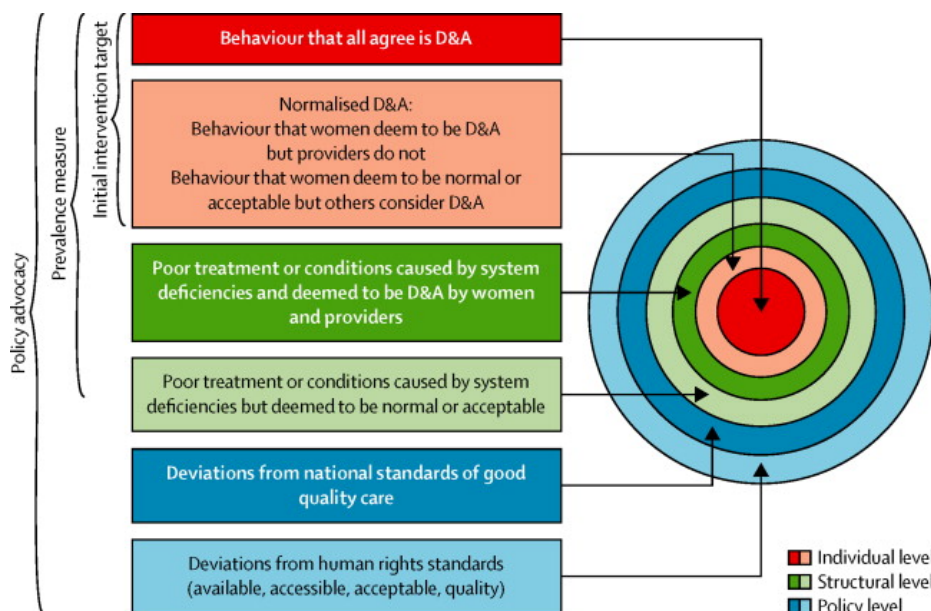
...Structural violence refers to social forces that create and maintain inequalities within and between social groups, which make way for conditions where interpersonal maltreatment and violence may be enacted...

Deze definities belichten alle drie een ander aspect van obstetrisch geweld. De eerste definitie beschrijft zeer volledig de uiting op interpersoonlijk niveau terwijl de laatste het verschijnsel breder bekijkt. De definitie van Freedman (2014) beschrijft zowel de persoonlijke interacties als een structurele oorzaak maar is minder specifiek. Aangezien de definitie van Miltenburg, van Pelt, Meguid en Sundby (2018) een brede kijk geeft die het structurele aspect van obstetrisch geweld meegeeft, en deze het recentst is, heeft deze de voorkeur voor de literatuurstudie van deze bachelorproef.

2 DE VERSCHILLENDE VORMEN VAN OBSTETRISCH GEWELD

In het vorige hoofdstuk zagen we dat obstetrisch geweld een koepelterm is. Hier gaan we kijken welke onderverdeling er gemaakt kan worden in de verschillende verschijningsvormen. De hieronder gebruikte categorieën werd voorgesteld na een *mixed-methods* systematische review, die in 2015 werd gepubliceerd door Bohren et al. Er zijn ook andere onderverdelingen terug te vinden in de literatuur, een veel gebruikte is van Bowser en Hill uit 2010. Een nadeel hiervan is echter dat er geen duidelijk onderscheid gemaakt wordt tussen misbruik door het gedrag van een individu (de zorgverleners) en misbruik te wijten aan structurele problemen in de gezondheidsinstelling (Savage en Castro, 2017). Breed genomen omvat de onderverdeling van Bohren alle categorieën die Bowser en Hill voorstelden, en biedt Bohren meer diepgang. We zullen die straks nader bekijken.

Bepaalde van deze categorieën gaan om intentioneel geweld, bijvoorbeeld fysiek en verbaal misbruik, andere gaan om een structureel gebrek aan respect. Dat is te zien bij de categorie 'condities en beperkingen van het gezondheidssysteem' (Jewkes en Penn-Kekana, 2015). Dit onderscheid is duidelijk zichtbaar in de figuur die werd gepubliceerd in 2014 door Freedman. "Respectloze en misbruikende zorg" wordt hier gedefinieerd met behulp van verschillende lagen die elk op een ander niveau plaatsvinden. Er wordt ook onderscheid gemaakt tussen het structureel niveau en het beleidsniveau. Freedman geeft ook aan dat misbruik vaak genormaliseerd wordt door de patiënten (de vrouwen), door de zorgverleners of door beide partijen (Freedman, 2014).



Figuur 1: Definities van onrespectvolle en misbruikende zorg van vrouwen in arbeid (Freedman, 2014, pagina 2)

Ook Miltenburg, van Pelt, Meguid en Sundby (2018) spreken over een normalisatie wat betreft het ontbreken van goede zorg. Hoewel de vrouwen in hun studie aangaven niet tevreden te zijn geweest met de ontvangen zorg beschouwden ze deze toch als normaal.

Bowser en Hill (2010) zagen in hun onderzoek dat de publieke perceptie van respect en het tekort daaraan afhankelijk was van de setting en de observator. Zo zagen ze dat in bepaalde situaties waar de vrouwen volgens de categoriën slachtoffer geacht werden van obstetrisch geweld, dat deze vrouwen toch aangaven zeer tevreden te zijn. Hoewel ze bepaalde zaken als vervelend ervoeren zagen ze deze behandeling toch als de norm. Ze kenden soms ook de concepten van mensenrechten niet of het was cultureel niet de gewoonte commentaar te geven.

2.1 FYSIEK MISBRUIK

De meest voor de hand liggende vorm van obstetrisch geweld is fysiek misbruik. Het gaat hier om een zorgverlener die de vrouw, eventueel met een instrument, lichamelijk onrecht aandoet. De termen 'geweld' en 'misbruik' worden beiden gebruikt, afhankelijk van de bron en de context.

2.1.1 *GEBRUIK VAN GEWELD*

Hier gaat het om fysiek geweld waarbij de zorgverlener de vrouw onnodig pijn doet. Zo werden vrouwen al geknepen of geslagen door hun zorgverlener (Bohren et al., 2015). Er zijn verschillende gevallen bekend waarbij de vrouwen tijdens het persen werden geslagen. Een andere, nog vaak toegepaste, praktijk is deze van fundusdruk. Ook dit valt onder de noemer van fysiek geweld (Bowser en Hill, 2010). Een groot verschil tussen slaan en het toepassen van fundusdruk is dat het laatste aanvaardbaar is onder bepaalde omstandigheden. Het is evidence-based om met behulp van externe druk de geboorte te bespoedigen wanneer hiertoe indicatie is en het gebeurt volgens strikte richtlijnen. Deze richtlijnen zijn er om de schade te beperken bij de moeder: het is namelijk aangetoond dat de kans op ernstige perineumletsels, dyspareunie en urine-incontinentie verhoogt wanneer fundusdruk wordt toegepast tijdens de tweede fase van de arbeid (Moiety & Azzam, 2014).

Bowser en Hill (2010) beschreven onnodige, grote episiotomieën als een vorm van fysiek geweld. Ook Zaami, Stark, Beck, Malvasi en Marinelli (2019) zagen in hun literatuuronderzoek verschillende bronnen, waaronder de WHO, die het plaatsen van een routine episiotomie als een vorm van obstetrisch geweld zagen. Hierbij is het belangrijk het verschil te maken met een selectieve episiotomie, deze wordt niet als een vorm van geweld beschouwd. Wanneer een ruptuur of episiotomie achteraf zonder anesthesie wordt gehecht spreken we eveneens van fysiek geweld.

2.1.2 *FYSIEK BEPERKEN/VASTBINDEN*

Naast fysiek geweld valt ook het fysiek beperken van vrouwen onder de noemer 'fysiek misbruik'. Hier gaat het om het vastbinden of tegenhouden van een vrouw tijdens haar arbeid en/ of bevalling. Ook het gebruik van een mondknevel om de vrouw het zwijgen op te leggen valt hieronder. Bohren et al. (2015) hadden het gebruik van mondknevels teruggevonden in studies

uit Tanzania en Brazilië. Het vastbinden van vrouwen tijdens de bevalling werd naast Bohren et al. (2015) ook door Bowser en Hill (2010) gevonden in een Libanese studie.

2.2 SEKSUEEL MISBRUIK

Seksueel misbruik tijdens de arbeid valt ook onder de noemer obstetrisch geweld. Deze categorie werd beschreven door Bohren et al. (2015) al vonden ze hierover weinig literatuur, net als collega's Bowser en Hill (2010). Het kan om seksueel misbruik of verkrachting gaan.

De termen wordt in het boek 'vrouwen onder druk' als volgt gedefinieerd (Leye en Temmermans, 2010):

Seksueel misbruik

...Hierbij is er fysiek contact, maar geen penetratie. Seksueel misbruik is het (onder dwang) opdringen van een fysieke daad van seksuele aard, het opzettelijk betasten van de genitaliën, kruis, anus, boezem, binnenkant billen of achterwerk inbegrepen, en dit bij een persoon die hiervoor geen toestemming geeft of niet in staat is om toestemming te geven of te weigeren...

Verkrachting

...Het opzettelijk penetreren van gelijk welk lichaamsdeel of gelijk welke lichaamsopening met een seksueel orgaan, een ander lichaamsdeel of een object, en dit bij een persoon die hiervoor geen toestemming geeft of niet in staat is om toestemming te geven of te weigeren...

De Belgische wetgeving spreekt niet over 'seksueel misbruik' maar over 'aanranding van de eerbaarheid' (artikel 373, lid 1, van het strafwetboek). Het onderscheid tussen aanranding van de eerbaarheid en verkrachting is hetzelfde als in bovenstaande definities, aanranding is zonder en verkrachting is met penetratie (Sensoa, 2019). Seksueel geweld is elke vorm van ongewenst seksueel contact. Aan de hand van toestemming (*consent*) kan het onderscheid gemaakt worden tussen gewenst en ongewenst contact (Seksueel geweld, 2019).

De arbeid en bevalling kunnen gezien worden als seksuele activiteiten. Het woord 'seksueel' wordt door het Kernerman woordenboek Nederlands omschreven als 'verband houdend met seks of de seksualiteit'. Seksualiteit wordt dan weer omschreven als de manier waarop seks ervaren wordt (Woorden.org, 2014). Deze definities geven context als wordt gesteld dat obstetrisch geweld vaak ervaren en geïnterpreteerd wordt als een verkrachting (Sadler et al., 2016). Studies merken op dat het taalgebruik dat vrouwen gebruiken na obstetrisch geweld erg lijkt op het taalgebruik bij het bespreken van ervaringen van seksueel misbruik en verkrachting. Er worden ook directe associaties gemaakt tussen de handelingen van zorgverleners en verkrachting. In Engelstalige kringen wordt de term '*birth rape*' gebruikt wanneer ze het hebben over bepaalde ervaringen van obstetrisch geweld (Reed, Sharman & Inglis, 2017).

Onafhankelijk van de intenties van de zorgverlener kunnen ongewenste aanrakingen ervaren worden als een vorm van aanranding. Daarom benadrukten de Palestijnse Hassan, Sundby, Husseini en Bjertness (2012) in hun onderzoek omtrent vaginale onderzoeken het belang van respectvolle omgang met de vrouwen bij het uitvoeren van vaginale onderzoeken, alsook het belang van goede communicatie hieromtrent.

Seksueel geweld heeft een ingrijpende impact op alle vlakken van het algemeen welzijn en kan ook op de seksuele, reproductieve, fysieke en psychologische gezondheid ingrijpend negatieve gevolgen hebben. Het komt overal ter wereld voor, in alle lagen van de bevolking (Leye en Temmermans, 2010). Vrouwen met een traumatische bevallingservaring hebben gelijkaardige symptomen als na een verkrachting (Reed, Sharman & Inglis, 2017).

Verder kunnen herinneringen aan seksueel misbruik of verkrachting naar boven komen door bepaalde acties en interacties met de zorgverlener. Het is vooral de manier waarop handelingen worden uitgevoerd die triggers zijn, eerder dan de handeling op zichzelf. In het bijzonder als de vrouw haar gevoel dat ze zelf controle heeft over het bevallingsproces ziet afnemen of zelfs verliest (Reed, Sharman & Inglis, 2017).

2.3 VERBAAL MISBRUIK

Naast fysiek misbruik kan ook verbaal misbruik plaatsvinden tijdens de arbeid en bevalling. In de onderverdelingen door Bowser en Hill (2010) wordt gesproken over 'niet-waardige zorg' (*non-dignified care*) met inbegrip van bewuste vernedering, verwijten, ruw behandelen, uitvliegen, openbaar maken van persoonlijke informatie en negatieve percepties op zorg. Dat lijkt op, maar valt niet volledig samen met, de categorie 'verbaal misbruik' die Bohren gebruikt. Daarbij gaat het om hard of grof taalgebruik, verwijten of beschuldigingen, dreigen met het achterhouden van zorg en de schuld geven voor een negatief resultaat (Bohren et al., 2015).

Er is overlap mogelijk tussen de verschillende categorieën (Miller en Lalonde, 2015). Zo is er verband tussen 'verbaal misbruik', 'stigma en discriminatie' en 'slechte band tussen vrouwen en zorgverleners'. Het zijn het vaak vrouwen met een lager sociaal-economisch statuut, migranten of vrouwen van een etnische minderheidsgroep die te maken krijgen met denigrerende opmerkingen (Declercq, Sakala, Corry, Applebaum, & Herrlich, 2014). Ook vrouwen die zich niet conform gedragen met de traditionele stereotypen voor hun geslacht/gender, ervaren soms slechte zorg als een 'afstraffing' (Betron, McClair, Currie & Banerjee, 2018).

De zorgverleners staan vaak onder (tijds)druk, dit kan weleens aanleiding geven tot een aanvaring. De reden hiervoor kan bijvoorbeeld zijn dat er een stressvolle situatie tegelijkertijd aan de gang is en ze hun aandacht moeten verdelen (Freedman, 2014).

2.3.1 HARDE OF GROVE TAAL

Denigrerende opmerkingen kunnen ook samengaan met beoordelingen. Grof taalgebruik komt zowel voor in landen met een hoog-, middelmatig- en laag inkomen. Het is een factor die de bevallingservaring geregeld negatief kleurt (Bohren et al., 2015).

2.3.2 VEROORDELENDE OPMERKINGEN

Sommige vrouwen hebben ook gemeld dat ze door de zorgverlener in verlegenheid werden gebracht wanneer deze ongepaste opmerkingen maakten over hun seksuele activiteiten. Adolescenten of alleenstaande vrouwen krijgen hier het meest te maken. Dit is vooral een problematiek in gebieden waar zwangerschap enkel aanvaard wordt binnen de context van een huwelijk (Bohren et al., 2015).

2.3.3 BEDREIGINGEN EN DE SCHULD GEVEN

Een andere vorm van verbaal misbruik is het uitten van bedreigen en verwijten. De vrouwen die hiermee te maken krijgen worden dan gezegd dat ze verantwoordelijk zijn voor slechte uitkomsten. Ze krijgen de schuld van iets dat is misgegaan tijdens het proces van arbeid en bevalling, of ze krijgen te horen dat er iets mis zal gaan als ze niet doen wat er van hun wordt gevraagd (Bohren et al., 2015). Als dit gebeurt tijdens een prenatale consultatie, waarbij de vrouw bepaalde onderdelen van de protocollen niet wenst, kan dit resulteren in het niet faciliteren van de bevalling door de gezondheidsinstelling, zelfs in geval van een hoog risico zwangerschap. Deze bedreigingen worden gebruikt om dwang uit te oefenen maar komen soms ook voort uit angst bij de zorgverlener, angst voor een slechte afloop en/ of om daarvoor verantwoordelijk gesteld te worden. Dit werd ook vermeld in het onderzoek van Hollander et al. (2017a) waarbij de geïnterviewde vrouwen vertelden dat de zorgverlener gezegd had dat ze het leven van hun kind riskeerden door te kiezen voor een thuisbevalling, al dan niet met begeleiding door een vroedvrouw. De term 'shroud waving' wordt hiervoor gebruikt.

Sociaal kwetsbare vrouwen voelen zich niet altijd veilig om mee te participeren in het beslissingsproces omdat hun pogingen om dit proces in eigen handen te nemen grotendeels genegeerd worden of negatief worden onthaald door de vroedvrouwen (Ebert et al., 2014).

Als we kijken naar de situatie in de Verenigde Staten zien we dat vrouwen soms bedreigd worden met een rechtszaak of met verwittiging van de kindbescherming bij het weigeren van een keizersnede (Morris en Robinson, 2017).

2.4 STIGMA EN DISCRIMINATIE

Vooroordelen kunnen verregaande gevolgen hebben voor de zorg die een vrouw krijgt. Het heeft een impact op de kwaliteit van de zorg (zie 2.5 'het niet halen van de professionele standaard van zorg') en op de band tussen de vrouwen in kwestie en de zorgverleners (zie 2.6). Het resulteert ook vaak in verbaal misbruik, waarbij de vrouw bespot wordt (Bohren et al., 2015). Angst voor bepaalde vormen van stigma en discriminatie is bij vrouwen die kiezen om niet naar het ziekenhuis (of een andere gezondheidsinstelling) te gaan een belangrijke drijfveer (Bowser en Hill, 2010; Bohren et al., 2015; Madula, Kalembo, Yu en Kaminga, 2018). De keuze van ziekenhuis wordt ook sterk beïnvloed door de perceptie van de manier waarop ze daar behandeld zouden worden (Freedman, 2014). In bepaalde landen en sommige staten van de Verenigde Staten gaat men hier tegenin door straffen te zetten op thuis bevallen, met of zonder vroedvrouw afhankelijk van de lokale regulering (Browser en Hill, 2010).

2.4.1 *DISCRIMINATIE OP BASIS VAN SOCIAALDEMOGRAFISCHE EIGENSCHAPPEN*

Binnen stigma en discriminatie omwille van sociaaldemografische eigenschappen zijn er volgende categorieën: etniciteit, religie, leeftijd en sociaaleconomisch statuut (Bohren et al., 2015). Bepaalde vrouwen hebben te maken met een combinatie van verschillende gestigmatiseerde eigenschappen. Dit kan de kwaliteit en toegankelijkheid van hun reproductieve zorgen in het gedrang brengen (WHO, 2014).

2.4.1.1 *Discriminatie op basis van etniciteit en religie*

Wanneer vrouwen van een andere afkomst in het gezondheidssysteem komen ervaren deze soms moeilijkheden. Naast een taalbarrière is er ook discriminatie en een ongevoelige houding ten opzichte van de cultuur van de vrouw. Die culturele ongevoeligheid kan in de ziekenhuisprotocollen vervat liggen. Bijvoorbeeld wanneer het cultureel of religieus wordt voorgeschreven strikte bedrust na te leven na een bevalling of niet te douchen leidt dit soms tot conflicten (Higginbottom et al., 2015). Doorheen verschillende onderzoeken is het duidelijk dat discriminatie omwille van etniciteit en religie vaak voorkomt (Bohren et al., 2015; Higginbottom et al., 2015). Dit is ook te zien in het Amerikaans onderzoek van Morris en Robinson (2017) waarbij dwingende tactieken vaker werden toegepast bij arme vrouwen, niet-blanke vrouwen en immigranten. De algehele maternale uitkomsten zijn volgens Sentell, Chang, Ahn en Miyamura (2015) ook sterk gecorreleerd met de etniciteit en afkomst van de moeder. Dit bevestigt het Amerikaans onderzoek van Vedam et al. (2019) die zagen dat de kans op slechte behandeling steeds hoger waren bij vrouwen met een donkere huidskleur of van een andere afkomst. Ook wanneer de vrouw zelf blank was maar haar partner een donkere huidskleur had, zagen ze meer gevallen van slechte behandeling. Een ander Amerikaans onderzoek vergeleek verschillende aspecten van de perinatale zorg op basis van afkomst (Declercq, Sakala, Corry, Applebaum, & Herrlich, 2014). Ze zagen significante verschillen. Zo waren het de vrouwen met een donkere huidskleur die het vaakst aangaven altijd of meestal slecht behandeld te worden in het ziekenhuis, dit op basis van hun ras, etniciteit, taal of culturele achtergrond. De blanke vrouwen waarbij een

episiotomie was geplaatst hadden hier minder vaak een keuze in gekregen, 36% ten opzichte van 59% bij de zwarte vrouwen en 46% bij de Latijns-Amerikaanse vrouwen.

Bepaalde traditionele overtuigingen die leven bij de zorgverleners kunnen ook een impact hebben, zo kunnen er beschuldigingen geuit worden bij bijvoorbeeld een niet vorderende ontsluiting omdat men gelooft dat dit te wijten is aan immoreel gedrag in het verleden (Amnesty International, 2009). Waar zou moeten gefocust worden op het omgaan met de situatie wordt de vrouw hier aangemoedigd om haar verondersteld wangedrag te bekennen (Browser en Hill, 2010).

2.4.1.2 Discriminatie op basis van leeftijd

Ongehuwde adolescenten en oudere multipara's worden vaker slachtoffer van discriminatie omwille van hun leeftijd (Bohren et al., 2015; Miltenburg, van Pelt, Meguid en Sundby, 2018). De jonge moeders van vijftien tot negentien jaar maken samen 11% uit van alle geboortes (WHO, 2014) terwijl niet alle zorg toegankelijk is voor deze leeftijdscategorie. Een voorbeeld in India is het Janani Suraksha Yojana, een plan om de gezondheid van zwangere vrouwen te verbeteren door financiële ondersteuning, enkel toegankelijk voor vrouwen ouder dan 19 jaar met twee kinderen of minder (Bowser en Hill, 2010). Ze krijgen ook vaak te maken met bespottingen omwille van hun seksuele activiteiten voor het huwelijk. De professionele vertrouwelijkheid zou in bepaalde gevallen ook geschonden geweest zijn omdat de jonge moeders niet serieus behandeld werden (Bohren et al., 2015). De kans op obstetrisch trauma is ook significant groter bij de jonge moeder (Sentell, Chang, Ahn en Miyamura, 2015). De Amerikaanse Vedam et al. (2019) zagen dat er een kleinere kans was op slechte behandeling bij vrouwen ouder dan dertig. Bij het eerste kind was de kans op slechte behandeling twee keer zo groot als bij vrouwen die reeds gebaard hadden.

2.4.1.3 Discriminatie op basis van sociaaleconomisch statuut

Discriminatie van vrouwen die arm zijn en/ of van rurale gebieden komen wordt door de vrouwen in kwestie opgemerkt aan de manier van communiceren. Zo worden deze vrouwen in een Malawiaanse studie op een andere manier aangesproken. Er wordt geroepen en neerbuigend tegen hen gesproken. De rijkere vrouwen, vaak uit stedelijke gebieden, worden dan weer met meer respect behandeld (Madula, Kalembo, Yu en Kaminga, 2018). Een studie uit Australië kwam tot de conclusie dat sociaal kansarme vrouwen zich niet veilig voelen om te participeren in het beslissingsproces over hun zorg. Dit door de combinatie van hun eigen laag kennisniveau omtrent gezondheid en de onwaarschijnlijkheid dat de vroedvrouwen de informatie zouden verstrekken die hun kon betrekken bij het nemen van eigen keuzes (Ebert et al., 2014). Vedam et al. (2019) zagen ook dubbel zoveel gevallen waarbij de vrouw werd bedreigd of waarbij er tegen de vrouw werd geroepen als deze een lage sociaaleconomische status had.

Analfabete vrouwen hebben het vaak moeilijk om bepaalde instructies en informatie te begrijpen. Wanneer ze om hulp vragen krijgen ze soms te maken met discriminatie, dit uit zich in verbaal

misbruik (roepen etc.) en een tekort aan *informed consent* (Madula, Kalembo, Yu en Kaminga, 2018).

Het Amerikaanse onderzoek van Declercq, Sakala, Corry, Applebaum en Herrlich (2013) vergeleek de behandeling van vrouwen die bevallen waren met een private of publieke verzekering. Ze besloten dat de vrouwen met een publieke verzekering minder goed waren geïnformeerd over hun opties en ze meer steun zouden moeten krijgen bij de geboorte en de borstvoeding. Ook Sentell, Chang, Ahn en Miyamura (2015) keken naar de verschillen afhankelijk van het type verzekering. In hun studie bleek dat vrouwen met een publieke verzekering een grotere kans hadden op ernstige complicaties na een keizersnede. Een kanttekening hierbij is wel dat de kans op een primaire keizersnede voor hen lager lag.

Uit deze onderzoeken kunnen we besluiten dat vrouwen met een lager sociaaleconomisch statuut meer kans hebben op discriminatie en algemeen gezien minder goede zorg ontvangen.

2.4.2 DISCRIMINATIE OP BASIS VAN MEDISCHE TOESTAND

2.4.2.1 Discriminatie op basis van HIV/ aidsstatus

Stigma kan voor hiv-positieve vrouwen verregaande gevolgen hebben. Zo zijn er al vrouwen wie de zorg geweigerd werd in hoog risico situaties (Bowser and Hill, 2010). Deze vrouwen hebben soms het gevoel dat zichzelf worden vermeden of dat interventies worden uitgesteld wegens angst voor patiëntencontact. Kenyaanse gezondheidsmedewerkers gaan hier niet mee akkoord maar geven wel aan dat zij voorzichtiger zijn in de omgang met hiv-positieve vrouwen uit ongerustheid (Bohren et al., 2015).

2.4.2.2 Discriminatie op basis van genitale besnijdenis/ verminking

Met genitale besnijdenis wordt bedoeld het gedeeltelijk of volledig verwijderen van de externe genitalia van de vrouw om niet medische redenen. Er zijn verschillende gradaties, de ergste is type 3 waarbij er gevaar is op, onder andere, obstetrische complicaties. Het onderzoek van Higginbottom geeft cijfermateriaal over de incidentie van discriminatie op basis van genitale verminking bij Somalische immigranten in het Canadese gezondheidssysteem. Zo kregen 87,5% van de vrouwen kwetsende commentaar van de zorgverlener over hun besnijdenis (Higginbottom et al., 2015). In de Engelse studie van Moxey en Jones (2015) waren er meer positieve ervaringen met de zorgverleners (in deze studie ging het enkel over vroedvrouwen). Verschillende studies kijken naar de Somalische bevolking omdat hier 98% van de vrouwen worden besneden, bij 63% van hun gaat het om type drie. In België komen zorgverleners ook in aanraking met genitale verminking. De moeilijkheid ligt hem erin dat niet alle zorgverleners hiermee vertrouwd zijn. Het is van belang dat alle zorgverleners die ermee in aanraking kunnen komen worden geschoold en dat de organisaties waarbinnen zij werken voldoende middelen hebben om ermee om te gaan (Leye en Temmerman, 2010). Scholing kan de vroedvrouwen en gynaecologen bijvoorbeeld leren dat genitale besnijdenis geen absolute indicatie is voor een keizersnede (Moxey en Jones, 2015). Uit de resultaten van het Canadese onderzoek bleek dat de helft van de genitaal besneden

vrouwen via een keizersnede is bevallen, maar opvallend is dat minder dan 1% van deze vrouwen dat ook zelf zo wilde (Higginbottom et al., 2015).

2.5 HET NIET HALEN VAN DE PROFESSIONELE STANDAARD VAN ZORG

Bij deze vorm van obstetrisch geweld gaat het om hulpverlening die niet aan de bedoelde, professionele eisen voldoet die nodig zijn bij het voorzien van een vrouw in haar basis noden tijdens haar arbeid en bevalling. In het bijzonder gaat het over een tekort aan *informed consent* en vertrouwelijkheid, een ongepaste houding bij fysieke onderzoeken en medische procedures of over het verwaarlozen, of in de steek laten, van een vrouw in arbeid of tijdens haar bevalling (Bohren et al., 2015).

2.5.1 TEKORT AAN 'INFORMED CONSENT' EN AAN VERTROUWELIJKHEID

2.5.1.1 Een tekort aan, of het ontbreken van 'Informed consent'

Door de toenemende medicalisering van de obstetrische zorg groeit ook de nood aan '*informed consent*' (Clausen, Juhl en Rydahl, 2016). Bohren et al. (2015) stellen dat wanneer vrouwen niet om toestemming worden gevraagd voor bepaalde medische procedures, of als dit wel wordt gevraagd maar ze krijgen niet voldoende informatie, dit kan worden aanzien als een vorm van obstetrisch geweld. Hetzelfde wordt omschreven door Bowser en Hill (2010). Zij geven enkele voorbeelden van vaak voorkomende medische procedures waarop dit van toepassing is: een keizersnede, episiotomie, hysterectomie, bloedtransfusie, sterilisatie en het toedienen van medicatie om de weeën te versterken. In het onderzoek van Bohren et al. (2015) werd aangegeven dat bepaalde instellingen soms vermeden worden voor de bevalling omdat er HIV tests worden afgenomen zonder toestemming.

Informeren via informatiebrochures

Een belangrijk onderdeel van informed consent is het verstrekken van juiste en volledige informatie aan de client. Bij het verstrekken van informatie aan de hand van informatiebrochures zijn er enkele valkuilen. Zo hebben vrouwen soms het gevoel dat als ze schriftelijk worden geïnformeerd, er geen tijd meer werd gemaakt door de vroedvrouw om met hun te praten. Als de vroedvrouw te weinig tijd ter beschikking heeft, vermindert ook de kans voor de vrouw om actief te participeren in het keuzeproces (Ebert et al., 2014). De kwaliteit van de brochures zelf werd in een Deens onderzoek (Clausen, Juhl en Rydahl, 2016) onder de loep genomen. Verschillende brochures over hetzelfde onderwerp (inductie met Misoprostol[®] in dit geval) werden naast elkaar gelegd. Hierbij waren opvallende verschillen in de informatie vastgesteld. Zo waren er bijvoorbeeld verschillende cijfergegevens over de meest voorkomende complicatie, namelijk hyperstimulatie. Volgens de brochures verschilde het risico met een factor van 100. Andere risico's werden niet vermeld, zoals de risico's voor de baby en het tekort aan evidentie. Er werden andere omschrijvingen gebruikt voor risico's, zo werd een 'zeer snelle bevalling' gebruikt als eufemisme voor hyperstimulatie. Tenslotte werd een paternalistische toon in de brochures gebruikt die niet bevorderlijk is voor de inspraak van de vrouwen in het keuzeproces. Zinnen die beginnen met 'wij raden aan...' zijn hier een voorbeeld van.

Information gap

Madula, Kalembo, Yu en Kamina (2018) beschreven in hun onderzoek een '*information gap*' tussen de zorgverleners en de vrouwen, in het bijzonder mindergeschoolde vrouwen. Deze ongelijkheid in kennis wordt vergroot wanneer vrouwen niet de kans krijgen om vragen te stellen of wanneer ze geen uitleg krijgen. De '*information gap*' kwam ook naar voor in het Palestijnse onderzoek van Hassan, Sundby, Husseini en Bjertness (2012) waarbij vrouwen postpartum gevraagd werden naar hun kennis over de reden voor vaginale onderzoeken. Zo wist bijvoorbeeld maar de helft (51%) van de vrouwen dat de dilatatie van de baarmoederhals werd gecontroleerd. Slechts een derde van de participanten kreeg informatie over het vaginaal onderzoek. De primipara's in het bijzonder voelden zich ongeïnformeerd over de procedure.

Administratieve documenten om een *informed consent* te bekomen kunnen worden misbruikt zoals bleek in een Amerikaans onderzoek van Morris en Robinson (2017). In bepaalde ziekenhuizen werden er blanco informed consent documenten gegeven aan de vrouwen bij aankomst, als ze deze niet tekenden konden ze niet worden opgenomen. Hierin werd toestemming gegeven voor bepaalde procedures als een keizersnede. In andere ziekenhuizen was het wel nodig om voor een keizersnede een specifiek *informed consent* document te tekenen maar werden sommige vrouwen hiertoe verplicht door de arts.

Het verstrekken van informed consent mag niet gezien worden als een puur administratieve zaak. Zo creëert men het gevoel dat enkel pro forma de stappen worden gezet die nodig zijn om de handtekening te verkrijgen, zonder werkelijke inspraak. Volgens het onderzoek van Bohren et al (2015) werd dit zo ervaren door bepaalde vrouwen. Onafhankelijk van de vorm waarmee toestemming wordt verkregen, schriftelijk of mondeling, is het de manier waarop dit gebeurd van groot belang voor de vrouwen (Houghton, Kingdon, Dower, Shakur-Still & Alfirevic, 2018). Informatievoorziening voor het bekomen van *informed consent* verdient tijd en aandacht, net als het vragen van toestemming voor procedures als vaginale onderzoeken. Beiden vormen een belangrijk onderdeel van respectvolle zorg (Shakibazadeh et al., 2018).

2.5.1.2 Schending van de privacy/ vertrouwelijkheid

Het waarborgen van de vertrouwelijkheid en de privacy van de vrouwen is voor hun een belangrijk onderdeel van kwaliteitsvolle zorg (Shakibazadeh et al., 2018). Wanneer in tegenstelling hiertoe de persoonlijke informatie van een vrouw niet discreet behandeld wordt, wordt dit beschouwd als een vorm van obstetrisch geweld (Bohren et al., 2015; Bowser en Hill, 2010). Wanneer informatie, bijvoorbeeld over de HIV-status, wordt vermeld aan de partner van de vrouw of aan derden kan dit ertoe leiden dat andere vrouwen wegblijven en thuis bevallen uit angst dat ook hun informatie zal worden doorgespeeld (Bohren et al., 2015). In Arabische landen is het soms de gewoonte om informatie over de gezondheid van de vrouw te delen met de familie eerder dan met de vrouw zelf (Hassan, Sundby, Husseini en Bjertness, 2012).

2.5.2 *ONGEPASTE HOUDING BIJ FYSIEKE ONDERZOEKEN EN MEDISCHE PROCEDURES*

2.5.2.1 *Pijnlijke vaginale onderzoeken*

Bohren et al. (2015) beschrijft vaginale onderzoeken die op een pijnlijke manier worden uitgevoerd als een vorm van obstetrisch geweld, dit als onderdeel van het niet halen van de standaard van de professionele zorg. Wanneer onderzoeken zeer frequent of door verschillende zorgverleners worden uitgevoerd kan dit ook als negatief ervaren worden door de vrouwen. De Wereldgezondheidsorganisatie raadt dan ook aan om steeds 4 uur tussen twee vaginale onderzoeken te laten en deze te laten uitvoeren door dezelfde zorgverlener, hetzij de vroedvrouw of de gynaecoloog.

In een Palestijns onderzoek (Hassan, Sundby, Hussein en Bjertness, 2012) bijvoorbeeld werd slechts 12% van de vrouwen door één zorgverlener onderzocht terwijl ze daar gemiddeld maar 4 uur in arbeid zijn in het ziekenhuis. Van de vrouwen rapporteerden ook 83% dat ze de vaginale onderzoeken als pijnlijk ervoeren. De vergelijking werd gemaakt met een aantal andere onderzoeken waarbij de percentages lager waren, daarbij ervoerde iets minder dan de helft pijn tijdens het onderzoek. Dit zou ermee te maken kunnen hebben dat het gaat om een Arabische cultuur waarbij, in tegenstelling tot de andere onderzoeken, de pijnervaring ook gender gerelateerd is. Zo werden onderzoeken door (vrouwelijke) vroedvrouwen als aangenamer ervaren dan die van de (mannelijke) artsen.

Vaginale onderzoeken zijn bijzonder pijnlijk voor vrouwen met een latex allergie. Het gevolg van een toucher met latex handschoenen is een brandende sensatie, oedeemvorming en het kan leiden tot shock en bemoeilijkte ademhaling. In het onderzoek van Hassan, Sundby, Hussein en Bjertness (2012) rapporteerden vrouwen met een (gekende) latex allergie zeer pijnlijke vaginale onderzoeken. Wegens een tekort aan middelen, er waren namelijk geen latexvrije handschoenen beschikbaar, hadden de zorgverleners met latex handschoenen getoucheerd. Wereldwijd is ongeveer 4.3% van de mensen allergisch aan latex (Wu, McIntosh en Liu, 2016).

Het wordt ook als onaangenaam en dehumaniserend ervaren als de intieme onderzoeken uitgevoerd worden zonder oog voor privacy en als er niet wordt ingegaan op de vraag hiernaar (Bohren et al., 2015; Hassan, Sundby, Hussein en Bjertness, 2012). Er werd ook aangegeven dat sommige vrouwen niet hadden ingestemd met de vaginale onderzoeken (Bohren et al., 2015). Dit gaat dan weer over het tekort aan routinematig informatie verlenen en toestemming vragen (Bowser en Hill, 2010) zoals besproken bij 'Tekort aan informed consent'.

2.5.2.2 *Ontzeggen of opdringen van pijnmedicatie*

Het gebeurt dat vrouwen pijnmedicatie wordt onthouden door de zorgverleners. De oorzaak kan liggen in het feit dat er geen medicatie beschikbaar is, maar het gebeurt ook wanneer de vrouw niet voldoende heeft betaald of kan betalen, afhankelijk van de setting en de zorgverleners (Bohren et al., 2015). In Bowser en Hill (2010) wordt beschreven dat het onthouden van

pijnbestrijding ook gebruikt wordt als '*moral instruction*', waarbij de zorgverlener de vrouw zo straft voor 'slecht gedrag'.

Aan de andere kant gaven vrouwen in het onderzoek van Zielinski, Acherson en Low (2015) aan zich gedwongen gevoeld te hebben tot het kiezen voor farmacologische pijnstilling. De zorgverleners drongen hier in bepaalde situaties op aan ook al wouden de vrouwen dit eigenlijk niet, zelfs wanneer ze dit specifiek in hun geboortepan hadden vermeld. Deze ervaring bracht hun mede tot de beslissing om thuis te bevallen in hun volgende zwangerschap. Ze hadden namelijk het gevoel dat er niet naar hun geluisterd was en dat hun vrije keuze werd beperkt.

2.5.2.3 *Uitvoeren van chirurgische ingrepen zonder toestemming*

Wanneer chirurgische ingrepen worden uitgevoerd tegen de wens van de patiënt in, spreken we over obstetrisch geweld. De professionele standaard van de zorg wordt niet bereikt, daar de patiëntenrechten, noch de mensenrechten, worden nageleefd. In België heeft de patiënt het recht om toestemming te weigeren (Decock et al., 2015). De chirurgische ingrepen kunnen bijvoorbeeld een episiotomie zijn, een keizersnede of een sterilisatie. De meeste vrouwen gaven achteraf aan geen inspraak te hebben gehad in het al dan niet uitvoeren van een episiotomie, dit volgens Declercq, Sakala, Corry, Applebaum en Herrlich (2013). Daarenboven worden ze vaak uitgevoerd zonder *evidence based* indicatie, dit gebeurt zeker ook in landen met een hoog inkomen (Sadler et al., 2016).

Tijdens de periode van arbeid en bevalling gaat het soms om moeilijke ethische vraagstukken aangezien de belangen van moeder en kind niet altijd dezelfde zijn. Het onderzoek van Morris en Robinson (2017) omtrent gedwongen keizersneden kijkt naar case-studies uit de Verenigde Staten, daar geldt hetzelfde recht om toestemming te weigeren. Er wordt gebruik gemaakt van dwingende tactieken, zoals het dreigen met kinderbescherming. Ze werden verplicht om een *informed consent* document te tekenen. Wanneer vrouwen nog steeds weigerden werd er een ad hoc rechtszaak gehouden. Hierbij werd de beslissing genomen om toch door te gaan met de keizersnede, de vrouw werd gezien als niet in staat zijnde om beslissingen te maken. Als de vrouwen nadien in beroep gingen bij de hogere rechtbank wonnen ze hun zaak altijd, op grond van de patiëntenrechten en recht op lichamelijke integriteit. Hetzelfde gebeurde in een Engels gerechtshof, in het jaar 1998, waarbij een vrouw met pre-eclampsie door het lager gerechtshof opgelegd werd om het advies van de arts tot keizersnede te volgen. Toen deze vrouw achteraf in beroep ging kreeg ze te horen dat haar autonomie wel degelijk geschaad werd en ze het recht had om deze 'behandeling' te weigeren. In Westerse landen zijn er verschillende rechtszaken van deze aard gekend (Kruske, Young, Jenkinson en Catchlove, 2013).

Als chirurgische ingrepen worden uitgevoerd zonder toestemming is er geen sprake van autonomie, laat staan van '*empowerment*'. Hier is overlap met het 'verlies van autonomie' (4.6.3). Er is ook gebrek aan *informed consent* en dus overlap met '4.5.1'. In Bowser en Hill (2010) wordt dit dan ook omschreven onder het item van 'niet toegestemde zorg'. Ze stellen dat episiotomieën

een wijdverspreid fenomeen zijn in de obstetrie die vaak gebeuren zonder de patiënt op de hoogte te stellen of toestemming in te winnen. Naast episiotomieën beschrijven ze ook dat het voorkomt dat rond het moment van geboorte reeds sterilisaties werden uitgevoerd zonder toestemming of zonder het medeweten van de vrouw.

2.5.3 VERWAARLOZING OF VERLATEN

Wanneer een vrouw tijdens de arbeid of bevalling wordt verwaarloosd of verlaten beschouwen we dit, net als bij voorgaande onderdelen, als een vorm van obstetrisch geweld waarbij sprake is van een ongepaste houding van de zorgverleners. Het gaat bijvoorbeeld om vrouwen die lang moeten wachten bij aankomst of die langdurig alleen gelaten worden tijdens de arbeid of tijdens de bevalling (Bowser en Hill, 2010).

Wanneer er sprake is van verwaarlozing kunnen de fysieke risico's voor de vrouw stijgen (Bohren et al., 2015). Dit wordt ook bevestigd door het onderzoek van Madula, Kalembo, Yu en Kaminga (2018) waarbij vermeld wordt dat de aanwezigheid van een professionele zorgverlener de duur van de arbeid verkort, de nood aan interventies zoals keizersneden en instrumentele verlossingen zakt, de ervaren pijn vermindert en de ervaring van de vrouwen verbetert. Ze rapporteerden ook een casus waarbij de zorgverlener niet assisteerde, wat ernstige gevolgen kan hebben. Deze extreme vorm van verwaarlozing vonden Bohren et al. (2015) ook terug in verschillende andere onderzoeken.

2.6 SLECHTE BAND TUSSEN VROUWEN EN ZORGVERLENERS

Bohren et al (2015) vonden een heleboel onderzoeken waarin vrouwen hun ontevredenheid uitten ten opzichte van de zorgverlener die hun bijstond tijdens de arbeid en de bevalling. Hollander et al (2017b) geven aan dat een gebrek aan steun tijdens de bevalling een risicofactor is om nadien het posttraumatisch stresssyndroom (PTSS) te ontwikkelen, een gebrek aan of verlies van controle en de communicatie/ uitleg tijdens het bevallingsproces kunnen hier ook toe bijdragen. Dit zijn elementen die duiden op een slechte band tussen vrouwen en zorgverleners. We gaan er hieronder dieper op in.

Miltenburg, van Pelt, Meguid en Sundby (2018) spreken over de machtspositie waarin de zorgverlener zowel als het gezondheidssysteem zich ten opzichte van vrouwen positioneren. Deze plaatst vrouwen in een onderdanige rol. De vrouwen gaan hier vaak in mee omdat ze het zelf rechtvaardigen. Zo vertrouwen ze dat de zorgverlener weet wat het beste voor hen is. Hier is de term '*authoritative knowledge*' van toepassing. Bij sociale interacties waarbij deze machtsstructuur sturend is, wordt veelal verwacht dat de vrouwen meegaan in wat van hen verwacht wordt. Problemen kunnen opkomen wanneer het vertrouwen van de vrouwen wordt aangetast (Vogel, Bohren, Tunçalp, Oladapo, en Gülmezoglu, 2015). Alsook wanneer vrouwen niet meegaan in de verwachtingen. Dit zowel wanneer het voortkomt uit een bewuste beslissing als wanneer de vrouw de verwachtingen niet had begrepen. Deze vrouwen worden dan als ongehoorzaam gezien door bepaalde zorgverleners. De machtspositie kan hier worden misbruikt

om volgzzaamheid af te dwingen. Als ze niet meegaan worden ze vaak zelf verantwoordelijk gesteld voor een negatieve afloop (Miltenburg, van Pelt, Meguid en Sundby, 2018)

2.6.1 INEFFECTIEVE COMMUNICATIE

Ineffectieve communicatie heeft overlap met verschillende andere onderdelen van obstetrisch geweld. Zo kan het samen gaan met verbaal geweld, discriminatie en een tekort aan *‘informed consent’*. Bohren et al (2015) ziet het als een verzameling van slechte communicatie, het niet serieus nemen van de bezorgdheden van de mensen, problemen met taal en interpretatie en als een algemene slechte attitude van de medewerkers.

In de studie van Madula, Kalembo, Yu en Kaminga (2018) was de helft van de bevraagde vrouwen tevreden met de attitude van de zorgverleners. Bij de andere vrouwen was er, onder meer, sprake van ineffectieve communicatie. De vrouwen hadden het gevoel de kans niet te hebben gekregen om vragen te stellen of ze hadden geen antwoorden gekregen. Vrouwen die een andere taal spreken hebben hier vaker mee te maken. De aanwezigheid van vertalers in de gezondheidsinstelling kan hierbij een meerwaarde zijn. Ze raden ook aan dat zorgverleners al hun patiënten zouden informeren, ongeacht hun scholingsgraad. Ook Declercq, Sakala, Corry, Applebaum en Herrlich (2013) stelden vast dat vrouwen soms geen vragen durfden te stellen aan hun zorgverlener. Ze waren bang *‘moeilijk’* gevonden te worden, vooral wanneer ze eigenlijk iets anders wensten dan hetgeen hun zorgverlener voorstelde of als de zorgverlener gestresseerd of opgejaagd overkwam.

2.6.2 TEKORT AAN ONDERSTEUNENDE ZORG

2.6.2.1 Tekort aan ondersteunde zorg door de zorgverleners

Adequate ondersteuning van de vroedvrouwen of andere zorgverleners is een belangrijk onderdeel van respectvolle zorg. Vrouwen drukken appreciatie uit voor bemoedigingen en emotionele steun door de vroedvrouw (Shakibazadeh et al., 2018). Alle vormen van obstetrisch geweld die hiervoor werden besproken hebben een negatieve impact op het zich gesteund voelen tijdens de arbeid en bevalling. Vrouwen kunnen zich hierdoor angstig en eenzaam voelen. Ze voelen zich soms ook teleurgesteld daar bepaalde vrouwen vertelden dat ze vooraf dachten dat ze goed ondersteund zouden worden in de gezondheidsinstellingen (Bohren et al., 2015).

2.6.2.2 Weigering vergezellend persoon naar keuze

De meeste vrouwen geven aan nood te hebben aan de aanwezigheid van een familielid of begeleidende persoon naar keuze gedurende de arbeid en bevalling. Dit is echter niet altijd mogelijk aangezien bepaalde gezondheidsinstellingen de aanwezigheid van vergezellende personen beperken of verbieden (Shakibazadeh et al., 2018; Bohren et al., 2015).

De recentste richtlijnen van de WHO (2018) raden aan een vergezellend persoon naar keuze toe te staan indien gewenst. Ze vonden ook dat het een positief effect kon hebben op de kans tot spontane vaginale bevalling met een daling van de hoeveelheid keizersneden en geassisteerde

verlossingen. Het kan er ook mede voor zorgen dat de arbeid sneller verloopt, dat er minder gebruikt gemaakt wordt van farmacologische pijnstilling en dat de bevalling minder negatief ervaren wordt. Hun aanwezigheid bevordert het zelfvertrouwen bij de vrouw en geeft haar meer controle over het verloop van arbeid en bevalling. Dit is toepassing in landen met een laag-, middelmatig- en hoog inkomen. Voor de baby worden er in bepaalde gevallen betere Apgar scores opgemerkt als de vrouw kan worden vergezeld door een persoon naar keuze.

2.6.3 *VERLIES VAN AUTONOMIE*

Als we kijken naar het Nederlandse onderzoek van Hollander et al. (2017) zien we dat de nood aan autonomie bij de vrouw één van de drijfveren is om buiten het ziekenhuis te bevallen. Ervaringen waarbij hun toestemming niet werd gevraagd voor invasieve procedures worden door sommigen als traumatisch ervaren. Het gaat hier om procedures zoals het plaatsen van een episiotomie, het breken van de vliezen, het overschakelen naar een geassisteerde bevalling (vacuüm/ forceps) of zelfs een keizersnede die plaatsvindt zonder te vrouw te betrekken in het beslissingsproces. Morris en Robinson (2017) beschreven hoe het inperken van de autonomie van de vrouw cultureel bepaald kan zijn. De culturele waarde zou zijn dat een zwangere vrouw alles moet overhebben voor haar foetus. Wanneer een vrouw dan een beslissing neemt die door de autoriteiten (het ziekenhuis, de dokter of de rechtbank) gezien wordt als zijnde riskant voor de foetus kan zij als onbekwaam gezien worden. Daaruit voortvloeiend wordt haar keuzevrijheid enkel gerespecteerd wanneer haar keuzes overeenstemmen met die van de autoriteit in kwestie. Haar recht op fysieke integriteit kan hierbij ook in het gedrang komen.

Naast de Amerikaanse Morris en Robinson (2017) wordt ook in Australisch onderzoek door Kruske, Young, Jenkinson en Catchlove (2013) hetzelfde fenomeen beschreven. In hun onderzoek gingen ze kijken bij vroedvrouwen en artsen wat hun percepties waren over de autonomie van zwangere vrouwen en de wetgeving hierrond. De onderzoekers konden uit de antwoorden van zowel de vroedvrouwen als de gynaecologen afleiden dat ze de eindbeslissing van vrouwen steunden zolang deze kozen in lijn met de voorkeur van de zorgverlener. Verder in het onderzoek gaven beide zorgverleners wel aan te geloven dat het motiveren van vrouwen om controle te nemen over de geboorte geen bedreiging zou zijn voor de veiligheid. Toch vonden de dokters dat de wensen of noden van de vrouw soms moeten worden overschreden in het belang van de foetus. Dit impliceert dat het vertrouwen in de beslissing van de vrouw niet overeind blijft wanneer de zorgverlener twijfelt of deze keuze een wel positief is voor de foetus. Het gevoel van verantwoordelijkheid dat de zorgverleners voelen ten opzichte van de foetus, hetzij legaal of moreel, is hierbij van grote invloed.

Veelvuldige vaginale onderzoeken kunnen de ervaren autonomie van de vrouw beperken. Volgens Hassan et al. (2012) worden de vaginale onderzoeken door bepaalde zorgverleners uitgevoerd als een ritueel dat de controle van de zorgverlener over de vrouw haar vagina reflecteert en drukt een gebrek aan vertrouwen in de capaciteit van de vrouw om zonder medicamenteuze hulp cervicaal te dilateren uit.

Bohren et al. (2015) beschreven nog enkele manieren waarop een verlies aan autonomie tot uiting kan komen binnen de obstetrie. De vrouwen die dit ervoeren voelden zich niet gerespecteerd, sommige gaven aan het gevoel te hebben van hun waardigheid te zijn ontnomen. Bijvoorbeeld wanneer ze een bepaalde houding moesten aannemen die niet hun eigen keuze zou zijn. Gupta et al. (2017) deden onderzoek naar bevallingshoudingen en merkten op dat de meeste vrouwen, in Westerse landen, in gynaecologische houding bevallen. Dat wil zeggen in rugligging met de benen in afzonderlijke beugels. Gynaecologen of vroedvrouwen geven de voorkeur aan deze houding. Ze zouden zo meer overzicht en controle hebben tijdens de bevalling. De controle hebben slaat voornamelijk op de gewoonte van damsteunen en het uitvoeren van kunstverlossingen. Deze invloeden van de zorgverleners en ziekenhuizen houdt weinig rekening met het comfort van de vrouw en de nood aan een positieve bevallingservaring. Medische praktijken als deze kunnen ervaren worden als ondermijnend en/ of vernederend ten opzichte van de vrouw. In het onderzoek van Bohren et al. (2015) werd gesproken over het verplichten van vrouwen die zich in een verticale houding bevonden om te gaan liggen. Zorgverleners gaven aan niet getraind te zijn in het begeleiden van bevallingen in alternatieve houdingen. Ze voelden zich dan ook niet comfortabel als de vrouw zelf een alternatieve houding zou aannemen. In het Amerikaanse onderzoek van Declercq, Sakala, Corry, Applebaum en Herrlich (2013) werd vastgesteld dat 68% van de bevallingen in gynaecologische houding gebeurde. Verder stelden zij vast dat vrouwen het als negatief ervaren wanneer hun lichaam ontbloot is in aanwezigheid van verschillende zorgverleners. Wanneer ze bijvoorbeeld naakt op handen en knieën moesten terwijl ze dat niet wilden. Ook kregen sommige vrouwen de indruk dat hun lichaam als object werd gezien waarbij technische procedures werden uitgevoerd (Bohren et al., 2015).

Een andere medische praktijk waarbij de autonomie van de vrouw in het gedrang komt is het ontzeggen van eten en drinken tijdens de arbeid (Bohren et al., 2015). Een review uit 2013 (Signata, Tranmer en Gyte) vergeleek verschillende mogelijkheden en adviseerden vrij eten en drinken tijdens de arbeid. Dit zou geen nadelige impact hebben op het verloop van de arbeid, noch op de uitkomst voor moeder en kind. Het vrij eten en drinken wordt ook aangeraden door de WHO (2018).

Geen rekening houden met veilige, traditionele gewoontes of deze verbieden wordt ook gezien als een vorm van ondermijning van vrouwen tijdens of na de arbeid. Een voorbeeld van zo'n gewoonte is het bijhouden van de placenta voor ceremoniële begraving.

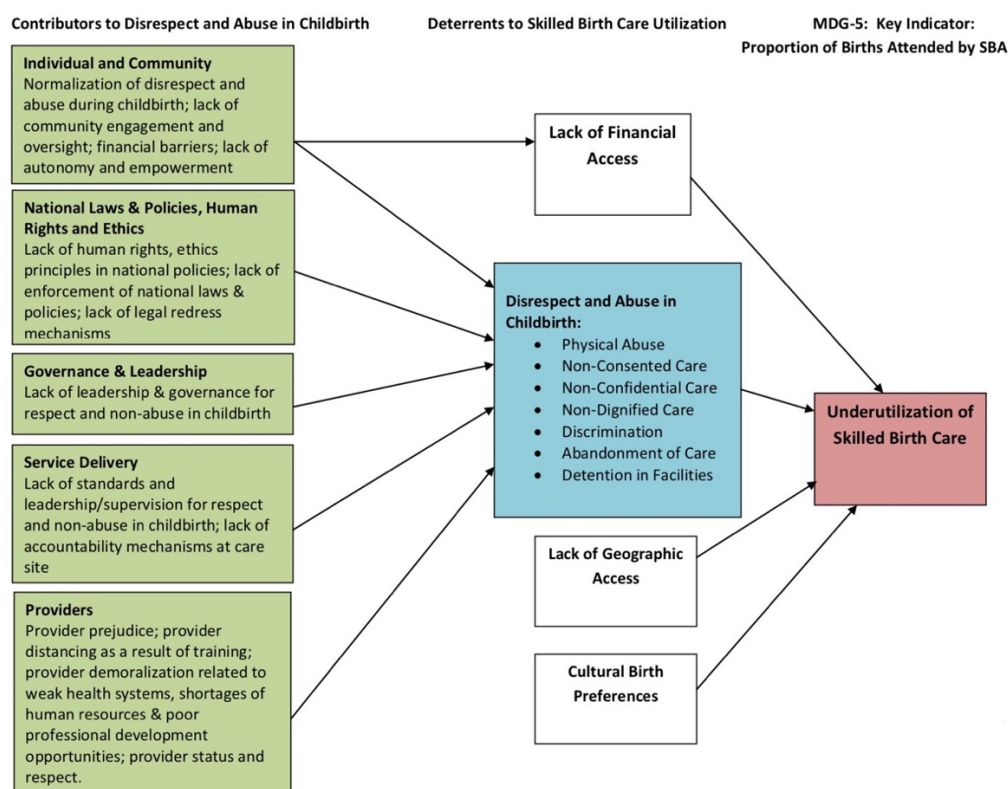
Tenslotte werd er ook beschreven dat vrouwen zouden worden gevangengehouden in de gezondheidsinstelling tot ze kunnen betalen. Hoewel er minder bewijs is van deze praktijk zou het ook een vorm van obstetrisch geweld zijn.

2.7 CONDITIES EN BEPERKINGEN VAN HET GEZONDHEIDSSYSTEEM

De vormen van obstetrisch geweld die tot dusver besproken werden keken naar een interactie tussen individuen, namelijk tussen de zorgverlener en de bevallende of zwangere vrouw. In dit hoofdstuk wordt er uitgezoomd naar een hoger niveau. Hier kijken we naar de zorginstellingen en welke impact deze heeft op het ontstaan van een omgeving waarin obstetrisch geweld voorkomt. Bohren et al. (2015) gaf aan dat vrouwen die obstetrisch geweld meemaakten vaak begrip hadden voor de zorgverleners. Deze zouden, in de meeste gevallen, zo goed ze konden roeien met de riemen die ze hadden. Toch kan een tekort aan middelen, aan personeel, moeilijke werkomstandigheden, ... aanleiding zijn tot zorg die ernstige kwaliteitsbeperkingen vertoont.

Onderstaande tabel uit het werk van Bowser en Hill (2010) keek naar de vijfde “Millennium Development Goal”, namelijk het tegengaan van moedersterfte. Dit hoopten ze te bereiken door meer begeleiding door geschoolde gezondheidsmedewerkers te bewerkstelligen in de perinatale periode. Bowser en Hill vonden dat obstetrisch geweld een drempel vormde tot de hulpverlening. Ze keken in onderstaande tabel welke factoren hiertoe bijdroegen. Aan de linkerkant van de tabel wordt duidelijk dat het niet enkel individuele zorgverleners zijn die verantwoordelijk kunnen worden gesteld voor het bestaan van obstetrisch geweld. Ook op hoger niveau zijn er factoren die respectvolle zorg bemoeilijken.

Table 1: POTENTIAL CONTRIBUTORS TO AND IMPACT OF DISRESPECT AND ABUSE IN CHILDBIRTH ON SKILLED CARE UTILIZATION



Figuur 2: Factoren van onrespectvolle en misbruikende zorg en de gevolgen (Bowser en Hill, 2010, pagina 8)

Ook in het onderzoek van Sadler et al. (2016) wordt aangegeven hoe het focussen op wangedrag van individuele zorgverleners contraproductief is. Dit wordt ook in het onderzoek van Jewkes en Penn-Kekana (2015) aangegeven wanneer ze oproepen om zorgverleners niet als groep te gaan

beschuldigen. Miller en Lalonde (2015) gaan nog een stapje verder door te stellen dat de etiologie van respectloosheid en misbruik tijdens de arbeid te wijten is aan het misbruik van de zorgverleners binnen gezondheidsinstellingen. Hierbij tonen ze bezorgdheden wat betreft de demoralisatie die ontstaat bij zorgverleners door de condities waarin zij werkten.

2.7.1 TEKORT AAN MIDDELEN

De Wereldgezondheidsorganisatie (2014) gaf in hun rapport rond seksuele en reproductieve gelijkheid aan dat een investering voor eerste- en tweedelijns instellingen gewenst is. Hierbij is er nood aan gepaste infrastructuur zowel als materiaal. Er zou ook nood zijn aan voldoende, geschoolde en gemotiveerde zorgverleners.

Pogingen tot het reduceren van misbruik tijdens de arbeid of bevalling moeten volgens Vogel, Bohren, Tunçalp, Oladapo, en Gülmezoglu (2015) steeds de faciliteiten binnen de zorginstelling in acht nemen. Veel zorgverleners werken in onveilige omstandigheden met een tekort aan materiaal en een teveel aan aanwezigen in de beperkte plaats. Daarenboven worden de zorgverleners vaak onderbetaald, zijn ze overbelast en hebben ze hiervoor geen adequate steun.

Een tekort aan middelen wordt voornamelijk gezien in landen met een laag tot middelmatig inkomen (Bohren et al., 2015). Toch kan het voor alle landen relevant om te beseffen welke impact dit heeft op de kwaliteit van zorg en op het voorkomen van obstetrisch geweld.

2.7.1.1 Tekort aan medewerkers en hun werkomstandigheden

Een tekort aan medewerkers heeft zowel een rechtstreekse als een indirecte impact op de kwaliteit van zorg. Zo kan het volgende vormen van obstetrisch geweld in de hand werken: slechte band tussen zorgverlener en zorgvrager, eventueel met verbaal geweld, en het niet halen van de professionele standaard van de zorg. Bohren et al. (2015) geven namelijk aan dat een tekort aan medewerkers niet enkel de toegang tot de zorg bemoeilijkt maar ook een averechts effect heeft op de motivatie van de zorgverleners en zo negatieve attitudes in de hand werkt. Ook in het onderzoek van Gebremichael et al. (2018) vermeldde dat het tekort aan medewerkers, zeker in combinatie met een verbod op een vergezellend persoon naar keuze, gevaarlijk kan zijn voor de gezondheid van moeder en kind.

Het tekort aan medewerkers ontstaat door financiële tekorten. Miltenburg, van Pelt, Meguid en Sundby (2018) geven aan dat een onderwaardering van vrouwen door sociale, economische en politieke structuren hiervan de oorzaak is. Ze bestudeerden in hun studie de situatie in Tanzania waar de overheid door bepaalde financiële maatregelen een reductie zag in het aantal zorgverleners en hun loon. Dit terwijl er een grote toename is in het bevolkingsaantal. Deze combinatie heeft een negatieve invloed op de moraal van de werknemers. De zorgverleners vertonen minder empathie, zijn vermoeid en hebben soms last van burn-out. Deze zaken zijn vaak onderliggende oorzaken van obstetrisch geweld.

Verder bespraken ze ook de impact van heersende machtsstructuren binnen het gezondheidssysteem. Hierbij zouden vooral (vrouwelijke) verpleegsters te maken krijgen met artsen of andere autoriteiten die hun zelfstandigheid om keuzes te maken ondermijnen. In het hoofdstuk rond 'slechte band tussen vrouwen en zorgverleners' zagen we hoe vrouwen door bepaalde machtsstructuren kunnen worden ondermijnd, hier zien we dat ook de zorgverleners zelf hier slachtoffer van kunnen zijn binnen het grotere systeem. Hun mogelijkheden om op een kwalitatieve manier zorg te bieden worden beperkt door een tekort aan middelen, een weinig kwalitatieve opleiding en een angst voor het verliezen van hun job. Jewkes en Penn-Kekana (2015) opperen dat het plegen van obstetrisch geweld door de zorgverleners een vorm van compensatie zou kunnen zijn voor de onmacht die ze zelf ervaren.

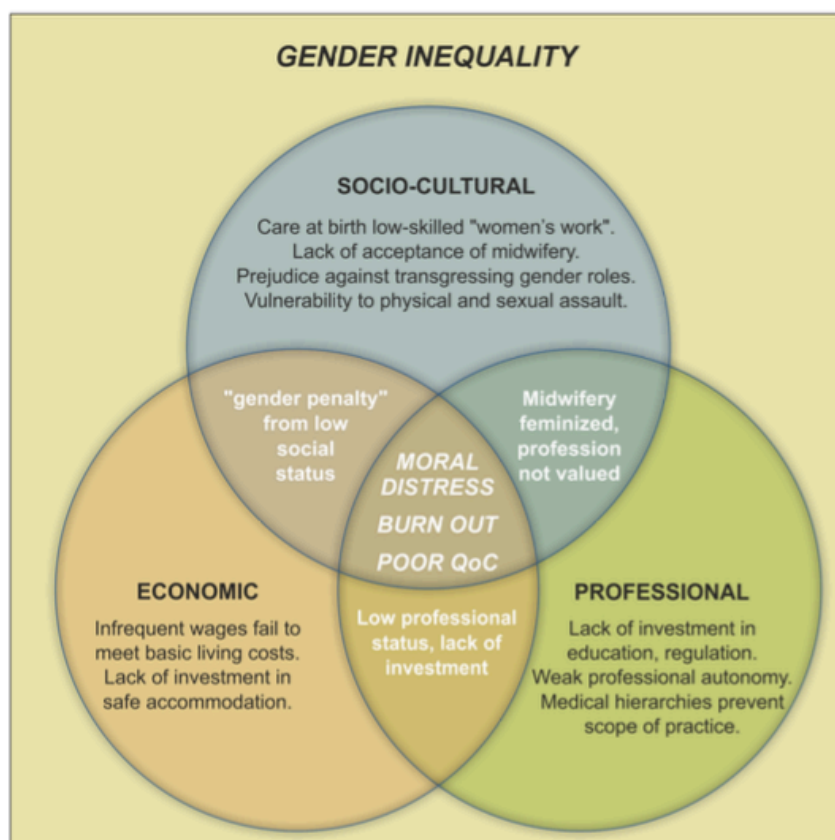


Fig 6. The revised analytical framework for barriers to the provision of quality of care by midwifery personnel.

Figuur 3: de barrières om kwaliteitsvolle zorg te bieden bij vroedvrouwen (Filby, McConville en Portela, 2016, pagina 15)

De bovenstaande schematische weergave door Filby, McConville en Portela (2016) maakt deel van hun onderzoek naar de barrières tot kwaliteitsvolle vroedvrouwenzorg in landen met een laag- tot middelmatig inkomen. Het versterken van de vroedvrouwen en de vroedkunde als discipline is de beste manier om de kwaliteit van zorg te verbeteren. De omstandigheden waarin bepaalde vroedvrouwen werken zorgen voor burn-out en morele stress. Morele stress kan ervaren worden wanneer niet kan worden gewerkt volgens professionele standaarden en waarden. De barrières die hun tegenhouden om wel te werken op een kwalitatieve manier kunnen sociaal, economisch en professioneel van aard zijn. Gender discriminatie is een belangrijke barrière voor maternele en neonatale mortaliteitsreductie, dit zowel ten opzichte van

de vrouwen als ten opzichte van de vroedvrouwen (Betron, McClair, Currie & Banerjee, 2018; Filby, McConville en Portela, 2016)

2.7.1.2 Staat van de instelling en een tekort aan benodigdheden

Het rapport uit 2014 van de Wereldgezondheidsorganisatie besloot dat er nood was aan het verbeteren van de faciliteiten door middel van adequate infrastructuur en materiaal en dit als onderdeel van een verbeterde kwaliteit van zorg. Een gezondheidsinstelling kan namelijk te maken hebben met een tekort aan benodigdheden, zoals medicatie of steriele (latexvrije) handschoenen. Het kan ook gebeuren dat de infrastructuur van bepaalde instellingen ontoereikend is, zo kan deze overbezet zijn met als gevolg een tekort aan privacy. Verder kan de staat van de instelling ook hygiënisch te wensen overlaten. Deze situaties hebben een negatieve impact op de kwaliteit van zorg die de vrouw ontvangt. Bohren et al. (2015) beschreven dat er in settings met een laag- en middelmatig inkomen vrouwen waren die bedden met elkaar moesten delen. De vrouwen gaven aan dat ze nood hadden aan privacy en wensten afgeschermd te worden van de andere patiënten en hun (mannelijk) bezoek. Ze wensten ook afgeschermd te worden van zorgverleners die hun niet begeleiden tijdens de arbeid. In hun onderzoek waren zorgverleners en patiënten het erover eens wanneer de omgeving vuil, luidruchtig en overbezet was. De zorgverleners zelf ervoeren stress wanneer ze een tekort hadden aan middelen, het bracht hun ook in gevaarlijke situaties. Wanneer er bijvoorbeeld geen steriele handschoenen aanwezig waren en ze zichzelf niet adequaat konden beschermen voor transmissie van overdraagbare aandoeningen zoals HIV.

In het Palestijns onderzoek door Hassan, Sundby, Husseini en Bjertness (2012) rapporteerden sommige vrouwen een tekort aan privacy te ervaren tijdens vaginale onderzoeken. Vrouwen specificerden dat de deuren niet steeds werden gesloten en dat er niet altijd gordijnen waren.

Het toelaten van een vergezellend persoon naar keuze kan soms door de infrastructuur van de zorginstelling de privacy van de andere vrouwen beperken (WHO, 2018). Dit logistiek probleem bemoeilijkt het om respectvolle maternele zorg te bieden.

2.7.2 TEKORT AAN PROCEDURES

2.7.2.1 Schadeverhaal en verantwoordelijkheidsstelling

Wanneer vrouwen een situatie meemaken waar ze niet tevreden over zijn is er vaak geen procedure om een klacht in te dienen binnen de gezondheidsinstelling. Als deze er wel is worden de klachten niet altijd behandeld of opgevolgd. Het kan ook zijn dat de vrouwen niet weten dat deze mogelijkheid bestaat wegens een tekort aan informatie of bewustzijn rond hun rechten. Verder zijn de vrouwen vaak ook bang voor wraak of worden ze weerhouden de langdradigheid van het proces heen. Dit merkten Bowser en Hill (2010) op in hun onderzoek. Ebert et al. (2014) gaven ook aan dat de ondervraagde vrouwen conflict vermeden uit angst dat hun zorg er negatief door zou worden beïnvloed. In het werk van Bohren et al. (2015) vertelden bepaalde vrouwen ook dat ze de gezondheidsmedewerkers niet in de problemen wilden brengen. Wanneer er niets

gebeurt met klachten raken de vrouwen gedemotiveerd om verder aangiftes te doen. Het gevolg van dit alles is dat de vrouwen zich te machteloos voelden om rechtvaardigheid op te eisen. Aan de andere kant kan het de zorgverleners het gevoel geven dat hun gedragingen gerechtvaardigd waren (Jewkes en Penn-Kekana, 2015).

Ook Miltenburg, van Pelt, Meguid en Sundby (2018) vinden het van essentieel belang dat de passende autoriteiten verantwoordelijk gehouden worden voor het tekort aan respectvolle zorg. Dit als onderdeel van een globaal meer zelfkritische maternale gezondheidszorg.

2.7.3 *CULTUUR IN DE ZORGINSTELLING*

In het onderzoek van Bohren et al. (2015) wordt ook de cultuur van de zorginstelling besproken als mogelijke induceerder van obstetrisch geweld. Vrouwen uit hun onderzoek rapporteerden dat ze een omkoopprijs moesten betalen (geld of iets materieels) om tijdige zorg, aandacht of medicatie te verkrijgen. Het kon zijn dat ze deze aan de portier, dokter, verpleegster, vroedvrouw of andere zorgverleners moesten betalen. Als ze dit niet deden werden ze genegeerd. Soms is er sprake van een onduidelijke communicatie over de kosten van de opname.

Naast financiële problemen stoten sommige vrouwen ook op onredelijke eisen. Zo moesten ze bijvoorbeeld zelf het bed kuisen na de bevalling of zelf materialen gaan halen in andere ruimtes tijdens of vlak na de bevalling.

Een onderzoek in de Verenigde Staten (Cheng et al., 2012) keek naar de stijgende trend in keizersneden. In de VS bevalt 32.9% van de vrouwen via een keizersnede. Zij merkten enkele niet-medische situaties op waarbij er een hogere kans was op een keizersnede, namelijk bij een bevalling op een vrijdag, ook tussen 6 uur 's morgens en 6 uur 's avonds, bij mannelijke zorgverleners en in academische instellingen. Ze suggereren dat dit het gevolg is van de vele rechtszaken in de obstetrie. Ook volgens de Amerikaanse Morris en Robinson (2017) is de stijging in keizersneden nauw verbonden met organisatorische en de legale situatie. Als we kijken naar België zien we dat 20% van de vrouwen via keizersnede bevalt, dit volgens het SPE-rapport van 2017. Minder dan in de Verenigde Staten dus maar nog steeds dubbel zoveel als aanbevolen door de WHO. Deze raden aan het percentage keizersneden onder de 10% te houden en enkel in geval van medische indicatie toe te passen (Sadler et al., 2016).

Jewkes en Penn-Kekana (2015) stellen dat negatief gedrag voornamelijk voortkomt uit de sociale normen binnen de omgeving. Dit zou kunnen leiden tot de verwachting dat de zorgverlener controle heeft ten opzichte van de vrouwelijke patiënten. Bijgevolg voelt het dan gerechtvaardigd om deze controle af te dwingen in geval van tegenwerking door middel van verschillende strategieën waaronder fysiek geweld. De sociale normen die dit in de hand werken zijn voornamelijk gebaseerd op gender ongelijkheid binnen de samenleving.

Het Nederlandse onderzoek van Hollander et al. (2017a) zag dat ziekenhuizen met een beleid gefocust op risico reductie een nauwe marge hadden van wat ze als normaal beschouwden. Het

gevolg hiervan is overbehandeling. Er gebeuren dan meer interventies zoals inducties, keizersneden en episiotomieën. Episiotomieën en keizersneden zijn ondertussen de meest wijdverspreide interventies bij de bevalling. Hoewel chirurgisch van aard worden ze vaak toegepast bij gezonde vrouwen waarbij hiertoe geen echte noodzaak is. Evidence based is het best om de episiotomie beperkt toe te passen en zeker niet als routinepraktijk te integreren in de zorg (Sadler et al., 2016). Volgens het SPE-jaarrapport van 2017 bevalt er in Vlaanderen nog 42.3% van de vrouwen met een episiotomie (Devlieger, Martens, Goemaes en Cammu, 2018) terwijl in dat in Denemarken bijvoorbeeld maar 4.9% is. De WHO (2017) bevestigt dat een groot deel van de gezonde zwangere vrouwen minstens een klinische interventie ondergaat in de arbeid. Deze interventies zouden, hoewel ineffectief en mogelijk schadelijk, routinematig worden uitgevoerd. De technologieën die gebruikt worden in settings met een hoog inkomen hebben, ondanks veelvuldig toegepast te worden, niet altijd een duidelijk voordeel.

3 IMPACT VAN OBSTETRISCH GEWELD OP DE VROUW

Wanneer een vrouw op een onrespectvolle manier werd behandeld gedurende haar arbeid en bevalling heeft dit een impact op verschillende domeinen.

3.1 INVLOED OP ATTITUDE IN VOLGENDE ZWANGERSCHAP

Het meemaken van obstetrisch geweld beïnvloedt de keuzes die vrouwen in volgende zwangerschappen maken wat betreft de locatie van hun bevallingen, net als de wijze van bevalling en de aanwezigheid daarbij (Reed, Sharman & Inglis, 2017). Zoals beschreven bij de 'condities en beperkingen van het gezondheidssysteem' vonden Bowser en Hill (2010) dat obstetrisch geweld een drempel vormde tot de hulpverlening. Vrouwen gingen bij volgende zwangerschappen minder gebruik maken van gespecialiseerde zorg na een negatieve ervaring. Dit uit angst voor een herhaling van de vernedering die ze meemaakten. Een Nederlands onderzoek keek naar de motivatie van vrouwen om thuis te bevallen tegen medisch advies in. De vrouwen kozen hiervoor na negatieve ervaringen in het gezondheidssysteem. Het ging dan vooral over een tegenstrijdige visie, discussie over het geboorteplan of de nood aan meer autonomie (Hollander et al., 2017a).

Vrouwen die in hun leven te maken kregen met misbruik in de gezondheidszorg hebben in hun zwangerschap vaker last van bevallingsangst, ze wensen vaker een keizersnede en hebben vaker een abortus, al dan niet geïnduceerd. Dit besloten Lukasse et al. (2015) met hun Europese studie die ook keek naar twee settings in Gent, België. Misbruik in de gezondheidszorg omvat onder andere verbaal en fysiek geweld, maar niet altijd gerelateerd aan de verloskunde. In België werd het door 13.5% van de ondervraagde vrouwen gerapporteerd.

3.2 INVLOED OP HET MENTAAL WELZIJN

3.2.1 *TRAUMA EN ZELFBEELD*

Een derde van de ondervraagden in het onderzoek van Reed, Sharman en Inglis (2017) gaf een traumatische bevallingservaring aan. De meerderheid hiervan, namelijk 66.7%, beschreef de acties en interacties met de zorgverlener als een traumatisch onderdeel van hun ervaring. Deze interacties worden door de vrouwen ervaren als een belangrijkere factor in het trauma dan de medische interventies of het type bevalling. Een traumatische bevallingservaring wordt geassocieerd met mentale gezondheidsproblemen. De symptomen na een traumatische bevallingservaring kunnen gelijkaardig zijn aan die na een verkrachting. Specifiek beschrijven ze een verandering in het zelfbeeld van de vrouwen, een ontwrichting van de relaties binnen het gezin, moeilijkheden met de moeder-kindhechting en bijgevolg een mogelijks negatieve invloed op de sociale, emotionele en mentale ontwikkeling van het kind.

Het negatieve effect op het zelfbeeld van de vrouwen werd ook beschreven door Miltenburg, van Pelt, Meguid en Sundby (2018), is. Ook het ervaren gevoel van veiligheid verzwakt na herhaalde

blootstelling aan niet-ondersteunende zorg. Een gevoel van onderdrukking kan gecreëerd of bevestigd worden. Dit vertaalt zich naar een onderdanige houding.

Een review uit de Verenigde Staten vond dat vrouwen die zich gedurende de arbeid en bevalling machteloos voelden, meer psychologische stress ervoeren postpartum (McGarry, Hinsliff-Smith, Watts, McCloskey, & Evans, 2017). Ze zagen dat dit vaker voorkwam bij geboortes in ziekenhuizen. Dit bevestigen ook Vedam et al. (2019) uit de Verenigde Staten, in de ziekenhuizen werd 24% van de vrouwen slechte behandeld opzichte van 5.1% bij thuisbevallingen.

3.2.2 *POST-TRAUMATISCH STRESS SYNDROOM (PTSS) POSTPARTUM*

In hun onderzoek zagen Sentilhes et al. (2017) dat vrouwen met een slechte bevallingservaring een significant hogere kans hadden op het posttraumatisch stresssyndroom (PTSS) postpartum. Zowel Grekin en O'Hara (2014) als Reed, Sharman en Inglis (2017) vonden een sterke correlatie tussen PTSS en de kwaliteit van interacties met de medische zorgverleners tijdens de bevalling, in het bijzonder wanneer er een tekort aan steun ervaren werd. Grekin en O'Hara schatten een prevalentie van 3.1% postpartum PTSS, en 15.7% bij risicogroepen. Het ervaren gevoel van controle tijdens de arbeid en bevalling zowel als de subjectieve bevallingservaring zijn risicofactoren voor het ontwikkelen van PTSS. Volgens Hollander et al. (2017b) is het verlies van controle, net als de interacties met de zorgverleners, zelfs de belangrijkste factor voor een traumatische ervaring van de bevalling. Een andere risicofactor is het plaatsvinden van interventies tijdens de arbeid en bevalling (Grekin en O'Hara, 2014). Dit duidt nog eens het belang aan om onnodige interventies te vermijden. Toch is het hierbij vooral de interactie met de zorgverlener op het moment van de interventie die maakt dat het al dan niet als traumatisch ervaren wordt, eerder dan de interventie op zich. Zo wist bijna de helft van de deelnemers in het onderzoek van Hollander et al. (2017b) niet waarom bepaalde handelingen wel of niet werden gesteld.

3.2.3 *TOCOFOBIE*

Vrouwen met tocofobie hebben een intense angst voor het proces arbeid en bevalling. Het komt voor bij 10% van de zwangere vrouwen. Bij 2% van hun is de angst zo omvangrijk dat gespecialiseerde hulp nodig zou zijn.

De angst kan primair of secundair zijn. In geval van secundaire tocofobie ontstond de angst na een negatieve bevallingservaring. Dit kan worden vermeden wanneer er meer aandacht besteed wordt aan de kwaliteit van het bevallingsproces, als de subjectieve bevallingservaring meer in rekening wordt gebracht en doorheen het humaniseren van de bevalling.

Bij 33.3.% van de vrouwen met tocofobie is een tekort aan steun van de zorgverleners een oorzaak van de angst. Verder wordt geopperd dat de medicalisatie van arbeid en bevalling geassocieerd is met de tocofobie. Dit omdat het een negatieve invloed heeft op het vertrouwen van vrouwen om te kunnen bevallen zonder hulp.

Vrouwen met een negatieve attitude tijdens het proces van arbeid en bevalling, waaronder deze met tocofobie, hebben een langere duur van arbeid en bevalling, hebben meer nood aan pijnstilling en een hoger risico op keizersneden (zowel primair als secundair). Sommige vrouwen met tocofobie gaan ook bewust een zwangerschap vermijden (Sioma-Markowska, Zur, Skrzypulec-Plinta, Machura, & Czajkowska, 2017).

4 DE ROL VAN DE VROEDVROUW

Vroedvrouwen hebben een belangrijke rol te spelen in de verbetering van de zorg die vrouwen ontvangen tijdens de perinatale periode. In dit hoofdstuk kijken we op welke manieren vroedvrouwen zorg kunnen bieden, die vrij is van obstetrisch geweld en vrouwen respecteert en ondersteund.

Om obstetrisch geweld zoveel mogelijk te reduceren is er ook nood aan een attitudeverandering bij alle andere zorgverleners die betrokken zijn, alsook in de gehele samenleving. (Betron, McClair, Currie & Banerjee, 2018).

Er kan niet van vroedvrouwen verwacht worden dat ze obstetrisch geweld volledig de wereld uit helpen, dit omdat ze niet de volledig verantwoordelijk dragen (International Federation of Gynecology and Obstetrics, International Confederation of Midwives, White Ribbon Alliance, International Pediatric Association & World Health Organization, 2015).

In bepaalde contexten is er ook nood aan een optimalisatie van de infrastructuur, wat de verantwoordelijkheid is van de gezondheidsinstanties en de overheden. De overheden hebben hierbij de verantwoordelijkheid om budget vrij te maken voor de verbetering van infrastructuur. Ze zijn ook verantwoordelijk voor het faciliteren van een wettelijk kader dat obstetrisch geweld vermijdt en correct bestraft (Sadler et al., 2016).

De gezondheidsinstanties dienen een cultuur te creëren in de instellingen die bevorderlijk zijn voor de maternele en neonatale uitkomsten. Dit zowel op fysiek-, als op emotioneel en psychologisch niveau (WHO, 2018).

4.1 INTERPROFESSIONELE SAMENWERKING

Een goede interprofessionele samenwerking tussen zorgverleners bevordert de zorg die vrouwen perinataal krijgen. Mattern, Lohmann en Aylerle (2017) stelden een open documentatie en – communicatie voor. In het Duitse onderzoek gaven de vrouwen aan conflicten op te merken tussen vroedvrouwen en gynaecologen. Deze leken elkaars input in de zorg niet te waarderen. Het gevolg hiervan was dat bepaalde vrouwen emotionele druk ervoeren. Daarbij hadden ze het gevoel dat ze hun keuzes qua zorgverlener moesten verantwoorden of ze gingen deze net verzwijgen. Voor deze vrouwen zou het stressreducerend werken als er een vlottere samenwerking was tussen beide zorgverleners.

Naast stressreductie is een goede interprofessionele samenwerking ook bevorderlijk voor de autonomie van de vrouw. Een studie uit Australië zag dat wanneer een teamlid zichzelf als meer competent ging beschouwen om bepaalde beslissingen te maken, dit een significante weerslag had op de autonomie van de vrouw om haar eigen beslissingen te nemen betreffende de zorg die ze, al dan niet, wenst te ontvangen. De reden hiervoor is dat de onbalans in macht de

samenwerking tussen arts en vroedvrouw kan belemmeren wat ook de focus op de noden van de vrouw vermindert. Er kunnen echter legale hindernissen zijn naar aansprakelijkheid die deze gelijkwaardigheid in de weg staan (Kruske, Young, Jenkinson & Catchlove, 2013).

Verder is er ook nood aan een gemeenschappelijk ethos onder de zorgverleners. Dat wil zeggen, een gemeenschappelijke attitude tenopzichte van het geboorteproces en de zorg. Vertrouwen tussen de zorgverleners is hier een belangrijk aspect van en bevordert een goede toepassing woman-centred care. In het Ierse onderzoek bleek dat zorgverleners hun opvolging vaak parallel verliep. Er was nood aan efficiënte communicatie ter bevordering van continuïteit van zorg (Hunter et al., 2017).

Tenslotte gaven Mattern, Lohmann en Ayerle (2017) nog aan dat vrouwen openstonden doorverwezen te worden naar andere professionals, zoals een dietist of psycholoog, wanneer het probleem buiten de competenties van de vroedvrouw lag. Bepaalde vrouwen uit het onderzoek kregen geen hulp aangeboden in geval van mobiliteitsbeperking door ernstige rugpijn.

4.2 RESPECTFUL MATERNITY CARE

Het implementeren van respectful maternity care interventies zorgt voor een duidelijke stijging van de tevredenheid. Na het implementeren van de interventies vond de WHO dat 22.8% van de ondervraagden respect als 'excellent' hadden ervaren tegenover 0% voorheen. Nadien had 94.7% van de vrouwen respectvolle zorg ervaren tegenover 89.7% voorheen. Het reduceerde de ervaringen van geweldadige of misbruikende zorg met ongeveer twee derden. Specifiek is er minder fysiek geweld en fundusdruk is, meer ervaren controle en minder episiotomieën. Over andere factoren had het onderzoek geen eenduidige conclusie (WHO, 2018).

Respectvolle zorg wordt door de vrouwen in het onderzoek van Hunter et al. (2017) beschreven als erkennend naar de persoon als individu, met eigen voorafgaande ervaring, voorkeuren en mogelijke angsten. Bijkomend is ook luisteren naar de vrouw een belangrijk onderdeel van respectvolle zorg.

De White Ribbon Alliance is een onafhankelijke organisatie met als doel de maternale en neonatale sterfte wereldwijd te doen dalen. Voor hun gaat veilig moederschap niet enkel over fysieke veiligheid maar ook over het respecteren van de mensenrechten van de vrouw. Ze stelden daarom 'the universal rights of childbearing woman' op, gefocused op de interpersoonlijke aspecten van obstetrisch geweld. Verder wordt ook vermeld dat obstetrisch geweld voorkomt in de rijkste, tot de armste landen, het belang duidend van deze toespitsing op de mensenrechten. Ze baseerde zich op de categoriën opgesteld door Bowser en Hill. Het respecteren van deze rechten bij de zorg over vrouwen is een essentiële stap voor vroedvrouwen (en andere zorgverleners) om respectvolle zorg te bieden (White Ribbon Alliance, 2011).

Tackling Disrespect and Abuse: Seven Rights of Childbearing Women

Category of Disrespect and Abuse ⁱ		Corresponding Right
1.	Physical abuse	Freedom from harm and ill treatment
2.	Non-consented care	Right to information, informed consent and refusal, and respect for choices and preferences, including the right to companionship of choice wherever possible
3.	Non-confidential care	Confidentiality, privacy
4.	Non-dignified care (including verbal abuse)	Dignity, respect
5.	Discrimination based on specific attributes	Equality, freedom from discrimination, equitable care
6.	Abandonment or denial of care	Right to timely healthcare and to the highest attainable level of health
7.	Detention in facilities	Liberty, autonomy, self-determination, and freedom from coercion

Figuur 5: Universal Rights of Childbearing Woman (White Ribbon Alliance, 2011, pagina 2)

Het 'mother-baby friendly'-label is opgesteld op basis van deze rechten en stelde tien criteria op om het label te kunnen behalen. Deze criteria staan in nauw verband met het voorkomen van beschreven vormen van obstetrisch geweld zoals het verlies van autonomie, discriminatie, gebrek aan vertrouwelijkheid, het niet toelaten van een vergezellend persoon naar keuze, ... (FIGO, ICM, WRA, IPA & WHO, 2015).

Table 1

Summary of criteria and indicators for qualifying a facility as mother and newborn friendly.

Criteria	Indicators
Adopt preferred positions for women in labor and provide food and beverages	Written policy and implementation as observed during care
Nondiscriminatory policy for HIV-positive women, family planning, youth services, ethnic minorities, etc.	Implementation of guidelines for HIV-positive women, family planning, and youth services
Privacy in labor/delivery	Curtains, walls, etc observed
Choice of birthing partner	Accommodation of partners, including traditional birth attendant observed
Culturally competent care	Trainings, posters, policies, direct observations of care
No physical, verbal, emotional, or financial abuse	Written policy, display Charter of Human Rights, no abuse observed, exit questionnaires for mothers/families/partners
Affordable or free maternity care	Costs clearly posted and in line with national guidelines
No routine practice	Evidence-based interventions in protocols and seen in direct observation
Nonpharmacological and pharmacological pain relief	Training on pain relief, direct observation of relief methods
Skin-to-skin mother-baby care and breastfeeding	Protocols/policies on combined care of mother and baby, immediate breastfeeding, observations of care

Figuur 6: Criteria en indicators voor het 'mother-baby friendly'-label (FIGO, ICM, WRA, IPA en WHO, 2015, pagina 2)

4.2.1 *WELKE POSITIEVE INVLOEDEN KAN DE VROEDVROUW UITOEFENEN?*

Een vroedvrouw kan proberen onnodige interventies te vermijden, net als praktijken die niet evidence-based zijn of die onrespectvol zijn ten opzichte van de cultuur van de vrouw, haar lichamelijke integriteit en haar waardigheid. De vroedvrouw kan ook een positieve omgeving voor de bevalling proberen te creëren binnen haar mogelijkheden, daar een geschikte omgeving ook een belangrijk onderdeel is van respectvolle hulpverlening (Miller en Lalonde, 2015).

Vrouwen zijn ook gevoelig aan de manier waarop ze worden onthaald bij opname in het ziekenhuis. De kwaliteit van deze interacties beïnvloedt het vertrouwen in de zorgverleners. Hier kan de vroedvrouw op inzetten (Andrissi et al., 2015). In de latente fase voelden de vrouwen in het Duitse onderzoek van Mattern, Lohmann en Ayerle (2017) zich vaak onwelkom in het ziekenhuis en waren ze niet tevreden met de zorg. Dit is een vorm van slecht management in de transitiefase. Wanneer vrouwen een continue begeleiding konden krijgen door de vroedvrouw vanaf de latente fase droeg dit bij tot een positieve bevallingservaring.

Voor vrouwen die in bepaalde opzichten benadeeld zijn, zoals laag opgeleide vrouwen, zouden er baat bij kunnen hebben als de vroedvrouw meeging naar de consultaties met de arts (Mattern, Lohmann & Ayerle, 2017).

Verder is kwaliteitsvolle zorg ook een belangrijk preventief middel voor traumareductie onder de vrouwen. Interpersoonlijke moeilijkheden met de zorgverlener, in het bijzonder een tekort aan ondersteunende zorg, zijn de sterkste voorspellers van PTSS, belangrijker nog dan de medische interventies die gebeurden of het type geboorte. Vrouwen hebben daarom nood aan emotionele ondersteuning tijdens de bevalling om het risico op trauma te reduceren (Reed, sharmen & inglis, 2017). Dit kan door simpele zaken bereikt worden zoals meer in communicatie te gaan en meer uitleg te geven, door te luisteren naar de vrouw en deze emotioneel zowel als praktisch beter te gaan ondersteunen. Het is ook belangrijk voor vrouwen dat ze serieus genomen worden wanneer ze spreken over hun eigen interpretatie van de intensiteit en de vorderingen van het arbeidsproces. Vrouwen niet (langdurig) alleen laten, maar continue zorg bieden is ook een traumareducerende interventie. Vroedvrouwen, net als gynaecologen, leken het vaak te druk te hebben om tijd voor hun vrij te maken (Hollander et al, 2017b).

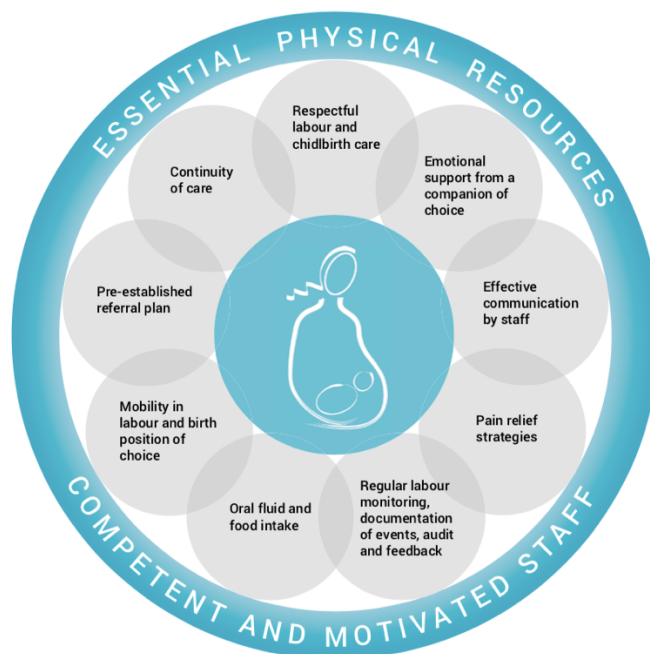
Naast trauma kan ook secundaire tocofobie vermeden worden door meer aandacht te schenken aan de kwaliteit van de bevalling. Hierbij dient rekening te worden gehouden met de subjectieve beleving van de vrouw en het humaniseren van de bevallingservaring (Sioma-Markowska, Zur, Skrzypulec-Plinta, Machura & Czajkowska, 2017).

Het is wel belangrijk te duiden dat de vroedvrouwen niet altijd de controle hebben over de kwaliteit van zorg die ze kunnen aanbieden. Ze moeten hun handelen vaak aanpassen aan de verwachtingen van de instelling waar ze tewerk gesteld zijn om zichzelf te beschermen. Hierbij ervaren ze soms conflict met hun eigen overtuigingen wat betreft kwaliteitsvolle zorg.

Vroedvrouwen kunnen ook zelf trauma ervaren, door het meemaken van bepaalde traumatische bevallingen, wat een invloed heeft op hun eigen integriteit (Reed, Sharman & Inglis, 2017).

4.3 ZORGMODEL EN CONTINUÏTEIT

De klinische uitkomsten van de zorg, net als de ervaring van de zorg, zijn grotendeels afhankelijk van het zorgmodel dat geïmplementeerd wordt. De Wereldgezondheidsorganisatie heeft een model opgesteld dat hun richtlijnen samenbrengt (zie afbeelding). Het samenbrengen van richtlijnen is een essentiële stap. Dit omdat zorgmodellen vrouwen het best kunnen ondersteunen en beschermen tegen onnodige interventies, wanneer alle elementen tezamen worden gebracht in de praktijk. Het model nodigt uit om vrouwen geïndividualiseerde zorg te bieden, gebaseerd op de mensenrechten. Aangezien het model onnodige interventies afraadt is het kostenbesparend, dit heeft een positieve invloed op kansarmen binnen de samenleving daar het de gelijkheid bevordert (WHO, 2018).



Figuur 4: Schematische representatie van het WHO intrapartum zorgmodel (WHO, 2018, pagina 178)

Continue, gepersonaliseerde zorg door de vroedvrouw die wordt aangereikt binnen een familiale of gespecialiseerde setting geeft het hoogste niveau in tevredenheid. Het bevordert zowel het psychologische als fysieke herstel en gaat hierbij vaak klinische acties overtreffen (Macpherson, Roqué-Sánchez, Legget, Fuertes & Segarra, 2016). Hieronder kijken we naar de zorgmodellen die deze manier van zorg het best ondersteunen, namelijk women-centred care, in het bijzonder doorheen midwifery-led care en begeleiding door eenzelfde zorgverlener, of een vast team, gedurende de perinatale periode. We kijken ook naar respectfull maternity care, beiden kunnen gelijktijdig worden geïmplementeerd in de zorg.

4.3.1 WOMAN CENTERED CARE

4.3.1.1 Voordelen van het 'woman centred care'-model

Het woman centred care (WCC) model is een goed model om na te streven als vroedvrouw daar het voordelen biedt voor de vrouwen zelf alsook de vroedvrouwen die voor hun zorgen. Een Australisch onderzoek, door Bradfield, Hauck, Kelly en Duggan (2019), keek naar de ervaringen van vroedvrouwen en hun patiënten in dit model en omschreef enkele voordelen voor de vrouwen, hun partners en de vroedvrouwen...

Voordelen voor de vrouw

Vrouwen die tijdens hun arbeid en bevalling begeleid werden in het WCC-model hadden betere geboorte ervaringen omdat ze met meer respect en waardigheid werden behandeld. Ze werden gezien als individu met hun eigen voorafgaande ervaringen, voorkeuren en angsten en er werd naar hun geluisterd. Voor bepaalde vrouwen die eerder een traumatische bevallingservaring hadden, had het een helende werking.

Voordelen voor de partner

De partner of andere familieleden worden nauwer betrokken en kunnen zo ook een vertrouwensrelatie opbouwen met de vroedvrouw.

Voordelen voor de vroedvrouw

"The importance of being 'with woman' extended to not just the practice of midwifery but to the very identification of what a midwife is" – Bradfield, Hauck, Kelly en Duggan (2019)

Hoewel bepaalde vroedvrouwen in het onderzoek aangaven dat er meer persoonlijke investering nodig was wanneer er met het WCC-model werd gewerkt, gaven ze ook aan dat dit voor hen de moeite waard was. Het model nodigde hen uit om niet enkel hun professionele, maar ook hun persoonlijke identiteit mee te nemen in de interacties met de vrouwen. Het gaf hun ook meer vertrouwen in hun eigen kunnen, net als een gevoel van veiligheid, omdat het hun de ruimte geeft de vrouw goed te leren kennen waardoor er beter kan worden ingespeeld op de persoonlijke noden.

4.3.1.2 Verwezenlijken van 'woman centred care'

De vroedvrouw kan in haar praktijk woman centred care proberen aanbieden, binnen de grenzen van haar werkomstandigheden. De beste manier om dit te verwezenlijken is doorheen midwifery led continuity care. Hieronder enkele belangrijke onderwerpen wanneer men woman centred care wilt bieden.

Ten eerste het beschermen van de fysiologie. Hiervoor dient het geboorteproces terug te worden genormaliseerd. In de huidige samenleving, beschreven door het Ierse onderzoek van Hunter et al. (2017), wordt veiligheid als het belangrijkste doel beschouwd. Modellen die de nadruk leggen

op veiligheid en het tijdig verlopen van arbeid en bevalling hebben nood aan een grote mentaliteitsverandering om fysiologie en het normaal verloop terug op de voorgrond te gaan plaatsen, deze zijn het namelijk gewoon veel medische interventies te gaan toe passen. Wanneer de fysiologie wordt beschermd, wordt er ook meer respect getoond naar de vrouwen toe. Concreet kan de vroedvrouw dit bereiken door de wensen van de vrouw te aanhoren en deze te gaan naleven, in het bijzonder haar geboorteplan.

De taak van de vroedvrouw bestaat er ook uit de vrouw goed te informeren omtrent het normale verloop, algemeen, en haar persoonlijke traject, zodat ze geïnformeerde keuzes kan maken. Eenmaal ze een keuze heeft gemaakt is het dan weer aan de vroedvrouw deze na te leven.

Ook het betrekken van de partner is een belangrijk onderdeel van het WCC-model. Vrouwen in het onderzoek van Mattern, Lohmann en Ayerle, (2017) zouden graag hebben dat hun partners meer betrokken worden bij de zorg en ook de nodige informatie ontvangen om hun zo goed te kunnen steunen bij het maken van beslissingen en bij de zorg voor het kind.

Ten slotte is het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de vrouwen een van de belangrijkste manieren om woman centred care in het handelen te integreren als vroedvrouw. Dit wordt best bereikt doorheen langdurige samenwerking, niet enkel tijdens de arbeid maar over de volledige perinatale periode. Vroedvrouwen die op deze manier te werk gaan geven aan dat het hun stimuleert op geïndividualiseerd zorg te bieden. Dit gaf op zijn beurt een verhoogd gevoel van veiligheid en van zelfvertrouwen in eigen competenties bij de vroedvrouw. Zelfs in het geval van een niet fysiologische zwangerschap is het de moeite om woman centred te gaan werken, daar het de vroedvrouw beter voorbereidt op de zorg van de vrouw en haar complexere noden. Bij vrouwen van een verschillende etnische of culturele achtergronden geeft WCC ook 'culturele veiligheid'. Dat wil zeggen dat de zorg afgestemd wordt op, en respectvol is tegenover, de culturen en diens specifieke gewoonten. Een aandachtspunt zijn vrouwen die anonimiteit wensen en geen relatie willen opbouwen, ook deze vrouwen dienen gerespecteerd te worden in hun keuzes (Bradfield, Hauck, Kelly & Duggan, 2019).

4.3.2 *MIDWIFERY LED CARE*

Midwifery led care is een zorgmodel waarbij de vroedvrouw de leidende zorgverlener is gedurende de perinatale periode. Er kan ook gesproken worden van midwife-led continuity care, daarbij wordt de vrouw door eenzelfde vroedvrouw, of vroedvrouwenteam, begeleid vanaf de eerste afspraak tot en met het nieuw ouderschap. Wanneer dit model wordt vergeleken met andere modellen, zoals modellen met de gynaecoloog of huisarts als leidende zorgverlener, zijn er minder interventies en is er een grotere kans op tevredenheid bij de vrouw. Het model is veilig daar het geen ongunstige effecten heeft op de maternele of neonatale uitkomsten (Sandall, Soltani, Gates, Shennan & Devane, 2016). Ook Stoll, Hauck en Hall (2015) zien het toepassen van midwifery led care in alle settings, dus zowel in het ziekenhuis, in geboortehuizen als in de thuissituatie, als een kostenefficiënte strategie met een daling in obstetrische interventies voor

laag-risico zwangerschappen. Het is ook de beste manier om gepersonaliseerde zorg te bieden, vertrouwen te creëren en de vrouw te *empoweren*. Daar deze zaken vertrekken vanuit een goede relatie tussen de vroedvrouw en de vrouw (Perriman, Lee Davis & Ferguson, 2018). Vrouwen uit een Duitse studie geven zelf aan een vroedvrouw te verkiezen als primaire zorgverlener tijdens de perinatale periode en gaan liever enkel op consultatie bij de arts wanneer dit nodig is (Mattern, Lohmann & Ayerle, 2017). Dit is niet bij alle vrouwen zo, er zijn ook vrouwen die een gynaecoloog verkiezen als leidende zorgverlener omdat ze hierbij een groter gevoel van veiligheid ervaren. In beide gevallen wordt waarde gehecht aan continuïteit van zorg (Fawsitt et al., 2017).

Tenslotte gaan vrouwen die worden begeleid door een team van vroedvrouwen, waarbij ze de mogelijkheid hebben om vragen te stellen, in combinatie met het beleven van een normaal fysiologische bevalling, significant minder postnatale PTSD symptomen vertonen (De schepper et al., 2016).

4.3.3 CONTINUÏTEIT

Het verschil tussen midwifery led care en midwife-led continuity care zit hem erin dat de vrouwen in het tweede model steeds dezelfde vroedvrouw(en) gaan zien doorheen de begeleiding in de perinatale periode. Vrouwen in het onderzoek van Mattern, Lohmann en Ayerle (2017) gaven aan op deze manier te willen worden begeleid. Een vroedvrouw, of team vroedvrouwen, die ze zelf gekozen hebben en die hun gaan begeleiden vanaf de conceptie tot en met de postpartumperiode. Ook vrouwen die geen fysiologische bevalling in het vooruitzicht hebben maar een keizersnede zouden graag door eenzelfde vroedvrouw worden begeleid perinataal. Doorheen deze continuïteit zien ze een mogelijkheid om een vertrouwensrelatie op te bouwen. Dit was moeilijk in ziekenhuizen waar ze een vroedvrouw werden toegewezen die hun onbekend was. Vrouwen met een fysiologische zwangerschap hoopten ook dat een vertrouwde vroedvrouw hun zou beschermen tegen onnodige interventies en aldus een natuurlijke geboorte zou helpen waarborgen. Het model met een gekende vroedvrouw wordt ook door vroedvrouwen als positief ervaren. Vroedvrouwen gaven, net als de vrouwen aan, een vertrouwensrelatie te kunnen opbouwen wanneer ze de vrouwen langdurig hadden kunnen begeleiden. Ze ervoeren ook dat ze door het opbouwen van een vertrouwensrelatie intuïtief gepersonaliseerde zorg konden aanbieden. Het voelde voor hun ook veiliger aan omdat ze de geschiedenis van de persoon goed kenden (Bradfield, Hauck, Kelly & Duggan, 2019).

4.3.4 SHARED DECISION MAKING

'*Shared decision making*' is een manier om bij het gehele bevallingsproces rekening te houden met de voorkeuren van de vrouw, haar achtergrond en cultuur. Het houdt een aangename wisselwerking in tussen de vrouwen en hun zorgverleners. Respect voor de vrouw's autonomie in het beslissingsproces is hierbij essentieel. Hoewel de term een gedeelde beslissing inhoudt opperen de vrouwen uit het onderzoek van Hollander et al. (2017a) dat de uiteindelijke keuze wel bij hen zou moeten liggen.

Vrouwen wiens autonomie wordt gerespecteerd en wiens wensen worden gehoord geven aan meer tevreden te zijn van hun bevallingservaring. Dit kan bereikt worden door beslissingen samen te nemen, '*shared decision making*', bij het opstellen van een geboorteplan. Bepaalde vrouwen in het onderzoek werden bij het opstellen van hun geboorteplan simpelweg geconfronteerd met de standaard protocollen. Hierbij hadden ze niet de mate van inspraak die ze wensten. Het gevolg hiervan was in sommige gevallen conflict met de zorgverlener.

Het vermijden van conflict bij het opstellen van het geboorteplan heeft als positief effect dat vrouwen met een risicozwangerschap tegen het medisch advies zouden ingaan door de gezondheidsinstelling te verlaten. Het Nederlandse onderzoek keek naar de redenen waarom vrouwen kiezen voor een hoog risico geboortesetting, tegen medisch advies in en zag dat dit soort conflict een trigger vormde voor bepaalde vrouwen. Door vrouwen volledig te informeren en te laten beslissen over interventies, inclusief deze die als insignificant of routine worden beschouwd (zoals abdominale palpatie, het breken van de vliezen, ...), kan dit vermeden worden.

4.4 AANDACHTSPUNTEN BINNEN DE OPLEIDING VROEDKUNDE

Vroedvrouwen die lesgeven aan de volgende generatie hebben ook een belangrijke rol in de preventie van obstetrisch geweld. Zo is het van belang dat de nadruk gelegd wordt op respect en mededogen. Wanneer geleerd wordt over reacties in spoedsituaties is het nuttig om niet enkel de medische handelingen aan te leren maar ook aandacht te besteden aan de omgang met de vrouw en haar naasten, net als aan de communicatie met hen. Student vroedvrouwen moeten leren hun parturiënten uit te leggen wat er aan het gebeuren is en waarom (Miller en Lalonde, 2015). Om kwaliteitsvolle WCC aan te bieden is er nood aan competente vroedvrouwen die op de hoogte zijn van de verschillende opties die ze kunnen aanbieden. Ze moeten leren om correct te communiceren, zowel met de vrouw als interprofessioneel (Hunter et al., 2017). Verder is het ook belangrijk dat vroedvrouwen in spé geïnformeerd worden over zaken als genitale verminking. Het is namelijk zo dat vroedvrouwen die hier kennis over hebben meer open communiceren en sterkere relaties opbouwen met de getroffen vrouwen. Daardoor hadden de vrouwen zelf positievere ervaringen (Moxey & Jones, 2015).

5 PRAKTIJKDEEL

Voor het praktijkdeel van deze bachelorproef werd gekozen voor een informatiefolder. Deze is gericht aan de zorgverleners waarmee een zwangere vrouw het meest in contact komt, namelijk de vroedvrouw en de gynaecoloog. Het doel van deze folder is de term 'obstetrisch geweld' bekend te maken en bewustzijn te creëren rond de inhoud van de term. Dit om gedragsverandering te bewerkstelligen. In de folder is er bewust gekozen om andere termen te gebruiken als degene in de literatuurstudie. Zo wordt fysiek misbruik bijvoorbeeld als fysieke handelingen opgeschreven. Dit om de aandacht van de lezer langer vast te houden. Wanneer zachtere termen worden gebruikt kan de aandacht soms langer worden bewaard, ontstaat er minder weerstand en komt de boodschap volledig over. Zorgverleners zijn er namelijk vaak niet bewust op uit de vrouwen iets aan te doen, ze doen dit soms onbewust terwijl ze zelf denken dat ze goede zorg bieden en het leven van moeder en kind (denken te) beschermen.

De structuur van de folder volgt deze van de literatuurstudie. Startende met een korte kennismaking met de term 'obstetrisch geweld'. Daarna worden alle verschijningsvormen beschreven. De belangrijkste termen werden in het vet gezet. Op die manier heeft een vluchtige lezer de essentie mee. Vooraleer gedragsveranderingen worden voorgesteld wordt de impact en zo ook het belang van deze veranderingen geduid. De praktische richtlijnen beschrijven de kernpunten uit het hoofdstuk 'rol van de vroedvrouw'. In plaats daarvan werden enkele kernelementen naar voren gebracht. Zo kan de lezer meteen met de nieuw vergaarde kennis aan de slag in zijn/ haar dagelijkse praktijk. Afsluitend staan de bronnen vermeld die gebruikt werden in de folder, deze zijn tevens enkele van de belangrijkste doorheen de volledige literatuurstudie.

De voor- en achterkant van de folder zijn als bijlage toegevoegd achteraan deze bachelorproef.

6 ALGEMEEN BESLUIT

Obstetrisch geweld is een complexe term. Het speelt zich af op verschillende niveaus, niet enkel tussen de zorgverlener en de vrouwen maar ook op beleidsniveau en binnen de heersende culturele normen en ideeën over vrouwen en de bevalling. Het bevindt zich ook op een continuüm van subtiele discriminatie tot openlijk fysiek geweld. Verder omvat het verschillende vormen van geweld en misbruik. Er is sterke overlap tussen bepaalde vormen, een voorbeeld is het samengaan tussen 'stigma en discriminatie' en verbaal geweld.

Om als vroedvrouw obstetrisch geweld te gaan herkennen is het belangrijk om het eerst te gaan erkennen. Vele vormen van obstetrisch geweld blijken namelijk genormaliseerd te zijn, zowel door de zorgverleners als door de vrouwen en de volledige maatschappij. Wat precies geaccepteerd wordt is afhankelijk van de context, de cultuur van de zorginstelling en de samenleving waarnaar gekeken wordt. Binnen het proces van herkennen en erkennen is het ook nuttig te gaan kijken naar de manier waarop de vroedvrouw zelf beïnvloed wordt door de omstandigheden waarin deze moet werken. Wanneer ze bijvoorbeeld tewerkgesteld is in een instelling waar ze de verantwoordelijkheid krijgt over meer vrouwen dan ze kan verzorgen heeft dit een negatieve impact op de kwaliteit van zorg en het leveren van respectvolle zorg. Het kan ook demoralisatie teweegbrengen bij de zorgverleners, die als het ware worden uitgeput in hun morele capaciteiten.

Ook na de bevalling is het werk van de vroedvrouw nog niet voorbij. De subjectieve bevallingservaring van de vrouw nagaan kan helpen. Het is namelijk niet zo dat wanneer alles klinisch gezien goed verlopen is, dat de vrouw ook een positieve ervaring heeft. Nu we weten dat ongeveer 1/3e van de vrouwen een traumatische bevallingservaring aangeeft postpartum, en dat een groot deel daarvan (deels) te wijten is aan de interacties met de zorgverlener, kunnen we besluiten dat meer aandacht besteedt dient te worden aan de subjectieve beleving. Dit is mede zo belangrijk omdat bepaalde vrouwen die een negatieve associatie hebben met gespecialiseerde hulp, er in volgende zwangerschappen minder tot geen beroep meer op doen. Soms ook als de volgende zwangerschap een hoger risico inhoudt. Onafhankelijk van het al dan niet opzoeken van gespecialiseerde hulp hebben vrouwen met een negatieve ervaring meer last van bevallingsangst in volgende zwangerschappen, soms zelfs van tocofobie. Het verwerken van een traumatische ervaring verloopt niet steeds vlot, zeker in gevallen waarbij de vrouw post-traumatisch stresssyndroom ervaart postpartum.

Vroedvrouwen kunnen een significant verschil maken in de beleving van de vrouw. De interacties met de zorgverleners blijken namelijk nog belangrijker dan de medische interventies en dergelijke wat betreft tevredenheid. Vroedvrouwen dragen de verantwoordelijkheid niet alleen, maar samen met de andere zorgverleners, de gezondheidsinstelling, de overheid en de gehele maatschappij.

Het beste model om obstetrisch geweld te vermijden lijkt het *woman centred care* model dat doorheen het *midwifery led continuity care* model bereikt kan worden. Dit in combinatie met het principe van *respectfull maternity care*. Voor dit laatste kunnen de *universal rights of childbearing woman* een goede leidraad zijn. Ziekenhuizen met het '*mother-baby friendly*'-label volgen de richtlijnen gebaseerd op deze rechten en zouden daarom in principe geweldloos en respectvol omgaan met de vrouwen.

Een ander belangrijk punt om obstetrisch geweld te vermijden en tegen te gaan is een degelijke opleiding in de vroedkunde (alook voor andere zorgverleners) waarbij een goede basis wordt gelegd. Dat wil zeggen dat studenten leren hoe ze moeten reageren in spoedsituaties maar ook dat ze een waaier aan opties kunnen aanbieden aan hun parturiënten. Daarnaast dient ook aandacht te worden besteed aan communicatie, empathie en respectvol omgaan met de vrouwen waarmee ze in aanraking zullen komen.

Het praktijkdeel van deze bachelorproef is een informatiefolder voor zorgverleners. Deze beoogt een bewustwording bij de lezer en zet in op actieve gedragsverandering aan de hand van vijf praktische richtlijnen, gebaseerd op enkele kernpunten die doorheen literatuurstudie terugkwamen.

7 LITERATUURLIJST

- Andrissi, L., Petraglia, F., Giuliani, A., Severi, F. M., Angioni, S., Valensise, H., Comoretto, N., & Tambone, V. (2015). *The Influence of Doctor-Patient and Midwife-Patient Relationship in Quality Care Perception of Italian Pregnant Women: An Exploratory Study*. PLoS One, 10(4), 1-12. doi: 10.1371/journal.pone.0124353
- Amnesty International. (2009). *Out of Reach: The cost of maternal health care in Sierra Leone*. Geraadpleegd op 16 januari 2019 via <https://www.amnesty.org/download/Documents/44000/afr510052009eng.pdf>
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P. & Javadi, D. (2015). *The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review*. 12(6). doi: 10.1371/journal.pmed.1001847
- Bowser, D., & Hill, K. (2010). *Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth*. Boston: USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health.
- Cheng, Y. W., Snowden, J. M., Handler, S. J., Tager, I. B., Hubbard, A. E., & Caughey, A. B. (2012). *Litigation in obstetrics: does defensive medicine contribute to increase in cesarean delivery?*. AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY, 206(1), S305-0.
- Clausen, J. A., Juhl, M., & Rydahl, E. (2016). *Quality assessment of patient leaflets on misoprostol-induced labour: does written information adhere to international standards for patient involvement and informed consent?*. BMJ OPEN, 6(5), 1-10. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011333
- Côrtes, C. T., Vasconcellos de Oliveira, J. S. M., Silva dos Santos, R. C., Francisco, A. A., Gonzalez Riesco, M. L., & Shimoda, G. T. (2018). *Implementation of evidence-based practices in normal delivery care*. REVISTA LATINO-AMERICANA DE ENFERMAGEM, 26, 1-11. doi: 10.1590/1518-8345.2177.2988
- Declercq, E. R., Sakala, C., Corry, M.P., Applebaum, S., & Herrlich, A. (2014). *Major Survey Findings of Listening to Mothers (SM) III: Pregnancy and Birth: Report of the Third National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences*. The Journal Of Perinatal Education, 23(1), 9. Publication: Jan. 2011-: New York: Springer Original Publication: Washington, DC: American Society for Psychoprophylaxis in Obstetrics, Inc., c1992- doi: 10.1891/1058-1243.23.1.9
- Diaz-Tello, F. (2016). *Invisible wounds: obstetric violence in the United States*. *Reproductive health matters*. 24(47), 56-64. doi: 10.1016/j.rhm.2016.04.004

- Fawsitt, C. G., Bourke, J., Lutomski, J. E., Meaney, S., McElroy, B., Murphy, R., & Greene, R. A. (2017). *What women want: Exploring pregnant women's preferences for alternative models of maternity care*. *Health policy*, 121(1), 66-74. doi: 10.1016/j.healthpol.2016.10.010
- Filby, A., McConville, F., & Portela, A. (2016). *What Prevents Quality Midwifery Care? A Systematic Mapping of Barriers in Low and Middle Income Countries from the Provider Perspective*. *PLOS ONE*, 11(5), 1-20. doi: 10.1371/journal.pone.0153391
- Freedman, L. P., & Kruk, M. E. (2014). *Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas*. *LANCET*, 384(9948), E42-3. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60859-X
- Gebremichael, M. W., Worku, A., Medhanyie, A. A., Edin, K., & Berhane, Y. (2018). *Women suffer more from disrespectful and abusive care than from the labour pain itself: a qualitative study from Women's perspective*. 18(1), 1-6. doi: 10.1186/s12884-018-2026-4
- Grekin, R., & O'Hara, M. W. (2014). *Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis*. *Clinical Psychology Review*, 34(5), 389-401. doi: 10.1016/j.cpr.2014.05.003
- Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J., & Vogel, J. P. (2017). *Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia*. *COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS* (5), 1-132. doi: 10.1002/14651858.CD002006.pub4
- Hassan, S. J., Sundby, J., Hussein, A., & Bjertness, E. (2012). *The paradox of vaginal examination practice during normal childbirth: Palestinian women's feelings, opinions, knowledge and experiences*. *REPRODUCTIVE HEALTH*, 9, 1-9. doi: 10.1186/1742-4755-9-16
- Higginbottom, G. M., Morgan, M., Alexandre, M., Chiu, Y., Forgeron, J., Kocay, D., & Barolia, R. (2015). *Immigrant women's experiences of maternity-care services in Canada: a systematic review using a narrative synthesis*. *Systematic Reviews*, 4, 13. Original Publication: London: BioMed Central doi: 10.1186/2046-4053-4-13
- Hollander, M., de Miranda, E., van Dillen, J., de Graaf, I., Vandenbussche, F., & Holten L. (2017a). *Women's motivations for choosing a high risk birth setting against medical advice in the Netherlands: a qualitative analysis*. 17(1), 1-13. doi: 10.1186/s12884-017-1621-0
- Hollander, M., van Hastenberg, van Dillen, van Pampus, de Miranda, E., & Stramrood. (2017b) *Preventie van traumatische bevallingsservaringen*. Geraadpleegd op 24 januari 2019 via

<http://stichtingbevallingstrauma.nl/wp-content/uploads/2017/09/Preventie-van-traumatische-bevallingservaringen-1-2.pdf>

- Houghton, G., Kingdon, C., Dower, M., Shakur-Still, H., & Alfirevic, Z. (2018). *What women think about consent to research at the time of an obstetric emergency: a qualitative study of the views of a cohort of World Maternal Antifibrinolytic Trial participants*. BJOG-AN INTERNATIONAL JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY, 125(13), 1744-1753. doi: 10.1111/1471-0528.15333
- Hunter, A., Devane, D., Houghton, C., Grealish, A., Tully, A., & Smith, v. (2017). *Woman-centred care during pregnancy and birth in Ireland: thematic analysis of women's and clinicians' experiences*. 17(1), 1-11. doi: 10.1186/s12884-017-1521-3
- International Federation of Gynecology and Obstetrics, International Confederation of Midwives, White Ribbon Alliance, International Pediatric Association & World Health Organization (2015). *Mother-baby friendly birthing facilities*. INTERNATIONAL JOURNAL OF GYNECOLOGY & OBSTETRICS, 128(2), 95-99. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.10.013
- Jewkes, R., & Penn-Kekana, L. (2015). *Mistreatment of women in childbirth: time for action on this important dimension of violence against women*. 12(6), e1001849. doi: 10.1371/journal.pmed.1001849
- Kernerman Nederlands Leerderswoordenboek. (2014). *De seksualiteit*. Geraadpleegd op 12 januari 2019 via <https://www.woorden.org/woord/seksualiteit>
- Kruske, S., Young, K., Jenkinson, B., & Catchlove, A. (2013). *Maternity care providers' perceptions of women's autonomy and the law*. BMC PREGNANCY AND CHILDBIRTH, 13, 1-6. doi: 10.1186/1471-2393-13-84
- Macpherson, I., Roqué-Sánchez, M. V., Legget, B., Fuertes, F., & Segarra, I. (2016). *A systematic review of the relationship factor between women and health professionals within the multivariant analysis of maternal satisfaction*. Midwifery, 41, 68-78. doi: 10.1016/j.midw.2016.08.003
- Madula, P., Kalembo, F. W., Yu, H., & Kaminga, A. C. (2018). *Healthcare provider-patient communication: a qualitative study of women's perceptions during childbirth*. 15(1), 1-10. doi: 10.1186/s12978-018-0580-x
- Mattern, E., Lohmann, S. & Ayerle, G. M. (2017). *Experiences and wishes of women regarding systemic aspects of midwifery care in Germany: a qualitative study with focus groups*. 17(1), 1-16. doi: 10.1186/s12884-017-1552-9

- McGarry, J., Hinsliff-Smith, K., Watts, K., McCloskey, P., & Evans, C. (2017). *Experiences and impact of mistreatment and obstetric violence on women during childbearing: a systematic review protocol*. JBI database of systematic reviews and implementation reports, 15(3), 620-627.
- Miller, S., & Lalonde, A. (2015). *The global epidemic of abuse and disrespect during childbirth: History, evidence, interventions, and FIGO's mother– baby friendly birthing facilities initiative*. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 131(Supplement 1), S49-3. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.02.005
- Miltenburg, A. S., van Pelt, S., Meguid, T., & Sundby, J. (2018). *Disrespect and abuse in maternity care: individual consequences of structural violence*. 26(53), 88-106. doi: 10.1080/09688080.2018.1502023
- Moiety, F. M. S., & Azzam, A. Z. (2014). *Fundal pressure during the second stage of labor in a tertiary obstetric center: A prospective analysis*. JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY RESEARCH, 40(4), 946-953. doi: 10.1111/jog.12284
- Morris, T., & Robinson, J. H. (2017). *Forced and coerced caesarean sections in the United States*. Contexts, Vol. 16, No. 2, pp. 24-29. doi: 10.1177/1536504217714259
- Moxey, J. M., & Jones, L. L. (2016). *A qualitative study exploring how Somali women exposed to female genital mutilation experience and perceive antenatal and intrapartum care in England*. BMJ OPEN, 6(1), 1-8. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009846
- Betron, M. L., McClair, T. L., Currie, S., & Banerjee, J. (2018). *Expanding the agenda for addressing mistreatment in maternity care: a mapping review and gender analysis*. 15(1), 1-13. doi: 10.1186/s12978-018-0584-6
- Nieuwenhuijze, M. J., Low, L. K., Korstjens, I., & Lagro-Janssen, T. (2014). *The role of maternity care providers in promoting shared decision-making regarding birthing positions during the second stage of labor*. J Midwifery Womens Health. 2014 May; 59(3): 277–285. doi:10.1111/jmwh.12187
- Leye, E., & Temmerman, M. (2010). *Vrouwen onder druk*. Tielt, België: Lannoo
- Lukasse, M., Schroll, A., Karro, H., Schei, B., Steingrims-Dottir, T., Van Parys, A., Ryding, E. L., & Tabor, A. (2015). *Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries*. ACTA OBSTETRICIA ET GYNECOLOGICA SCANDINAVICA, 94(5), 508-517. doi: 10.1111/aogs.12593

- Reed, R., Sharman, R., & Inglis, C. (2017). *Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions*. BMC PREGNANCY AND CHILDBIRTH, 17, 1-10. doi: 10.1186/s12884-016-1197-0
- Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (2016). *Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence*. Reproductive health matters, 24(47), 47-55. doi: 10.1016/j.rhm.2016.04.002
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. & Devane D. (2016) *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 4. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.
- Savage, V., & Castro A. (2017). *Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches*. 14(1), 1-27. doi: 10.1186/s12978-017-0403-5
- Seksueel geweld. (2019). *Wat is seksueel geweld?*. Geraadpleegd op 12 januari 2019 via <https://www.seksueelgeweld.be/ik-ben-slachtoffer>
- Sensoa. (2019). *Seksueel grensoverschrijdend gedrag volgens de wet*. Geraadpleegd op 12 januari 2019 via <https://www.seksualiteit.be/misbruik/seksueel-grensoverschrijdend-gedrag-volgens-de-wet>
- Sentell, T., Chang, A., Ahn, H. J., & Miyamura J. (2015) *Maternal language and adverse birth outcomes in a statewide analysis*. Geraadpleegd op 16 januari 2019 via <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4868388/>
- Sentilhes, L., Maillard, F., Brun, S., Madar, H., Merlot, B., Goffinet, F., & Deneux-Tharaux, C. (2017). *Risk factors for chronic post-traumatic stress disorder development one year after vaginal delivery: a prospective, observational study*. SCIENTIFIC REPORTS, 7, 1-9. doi: 10.1038/s41598-017-09314-x
- Shakibazadeh, E., Namadian, M., Bohren, M. A., Vogel, J. P., Rashidian, A., Nogueira Pileggi, V., Madeira, S., Leathersich, S., Tunçalp, Ö, Oladapo, O. T., Souza, J. P., & Güelmezoglu, A. M. (2018). *Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis*. BJOG-AN INTERNATIONAL JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY, 125(8), 932-942. doi: 10.1111/1471-0528.15015

- Singata, M., Tranmer, J., & Gyte, G. M. L. (2013). *Restricting oral fluid and food intake during labour*. COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS(8), 1-104. doi: 10.1002/14651858.CD003930.pub3
- Sioma-Markowska, U., Zur, A., Skrzypulec-Plinta, V., Machura, M., & Czajkowska, M. (2017). *Causes and frequency of tocophobia - own experiences*. GINEKOLOGIA POLSKA, 88(5), 239-243. doi: 10.5603/GP.a2017.0045
- Stoll, K. H., Hauck, Y. L., & Hall, W. A. (2016). *Home or hospital? Midwife or physician? Preferences for maternity care provider and place of birth among Western Australian students*. Women and Birth, 29(1), e33-5. doi: 10.1016/j.wombi.2015.07.187
- Smarandache, A., Kim, T. H. M., Bohr, Y., & Tamim, H. (2016). *Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of Canadian women*. BMC PREGNANCY AND CHILDBIRTH, 16, 1-9. doi: 10.1186/s12884-016-0903-2
- Snowden, A., Martin, C., Jomeen, J., & Martin, C. H. (2011). *Concurrent analysis of choice and control in childbirth*. BMC PREGNANCY AND CHILDBIRTH, 11, 1-11. doi: 10.1186/1471-2393-11-40
- Vedam, S., Stoll, K., Taiwo, T. K., Rubashkin, N., Cheyney, M., Strauss, N., McLemore, M., Cadena, M., Nethery, E., Rushton, E., Schummers, L., & Declercq, E. (2019). *The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States*. Reproductive Health, 16(1), 77. Original Publication: [London]: BioMed Central, 2004- doi: 10.1186/s12978-019-0729-2
- Vogel, J. P., Bohren, M. A., Tunçalp, Ö., Oladapo, O. T., & Gülmezoglu, A. M. (2016). *Promoting respect and preventing mistreatment during childbirth*. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 123(5), 671-674. doi: 10.1111/1471-0528.13750
- White Ribbon Alliance. (2011). *Respectful maternity care: the universal rights of childbearing woman*. Geraadpleegd op 10 januari 2019 via <https://www.whiteribbonalliance.org/resources/>
- World Health Organisation. (2014) *Sexual and reproductive health beyond 2014: equality, quality of care and accountability*. Geraadpleegd op 16 januari 2019 via http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112291/WHO_RHR_14.05_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Wu, M., McIntosh, J., & Liu, J. (2016). *Current prevalence rate of latex allergy: Why it remains a problem?*. JOURNAL OF OCCUPATIONAL HEALTH, 58(2), 138-144. doi: 10.1539/joh.15-0275-RA

Zaami, S., Stark, M., Beck, R., Malvasi, A., & Marinelli, E. (2019). *Does episiotomy always equate violence in obstetrics? Routine and selective episiotomy in obstetric practice and legal questions*. European Review For Medical And Pharmacological Sciences, 23(5), 1847. Original Publication: Rome: Verduci, [1997- doi: 10.26355/eurrev_201903_17219

8 BIJLAGE

Bijlagenlijst

Bijlage 1: Voorkant folder

Bijlage 2: Achterkant folder

Wat is 'Obstetrisch geweld'?

Obstetrisch geweld is een fenomeen binnen de perinatale gezondheidszorg waarbij de zorgverlener ongepast handelt tegenover de parturiënten. Het speelt zich af op interpersoonlijk niveau maar wordt ook beïnvloed door het gezondheidssysteem en door de cultuur in het algemeen. Het komt zowel in landen met een laag-, middelmatica- als hoog inkomen voor.

Verschuivingsvormen

1 Fysieke handelingen

Hier kan het gaan om het letterlijk slaan van een vrouw, maar ook deze **tegenhouden of beperken** in haar fysieke mobiliteit door haar bijvoorbeeld vast te maken aan het bed. De praktijk van **fundusdruk** kan ook onder deze noemer vallen.

2 Seksuele intimidatie

De arbeid en bevalling kunnen als seksuele ervaringen worden gezien en obstetrisch geweld kan daarom aanvoelen als een aanranding. Bijvoorbeeld wanneer er ongewenst vaginale onderzoeken worden uitgevoerd. In het Engels wordt de term "**birth rape**" gebruikt. Het kan ook herinneringen aan seksueel misbruik naar boven brengen.

3 Mondelinge interacties

Hierbij gaat het over vrouwen die onrespectvol worden aangesproken, met **harde of grove taal**. Het kan ook gaan over het uiten van **vooroordelen**. **Bedreigingen** en het aanpraten van **schuldgevoelens** valt ook onder deze noemer.

4

Stigma en discriminatie

Wanneer de zorgverlener een negatief vooroordeel heeft over een bepaalde bevolkingsgroep, die de kwaliteit van zorg negatief beïnvloedt, dan spreken we over een stigma. Dit kan leiden tot discriminatie. Het negatieve vooroordeel kan bij zorgverleners leven op basis van **sociaal-demografische eigenschappen**, maar ook op basis van de **medische toestand**.

5

Het niet halen van de professionele standaard van de zorg

Het recht op **informed consent** wordt niet altijd correct nageleefd. Verder gaat het ook over een **ongepaste houding bij fysieke onderzoeken** en medische procedures, bijvoorbeeld wanneer pijnmedicatie geweigerd wordt. Ook wanneer de vrouw wordt **verwaarloosd of verlaten** tijdens de arbeid of bevalling wordt de professionele standaard van zorg niet bereikt.

6

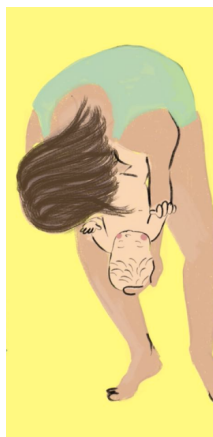
Slechte band tussen vrouwen en zorgverleners

Een goede band met de zorgverlener heeft een positieve invloed op de bevallingservaring. Als er echter ineffektieve **communicatie** is met de parturiënt, onvoldoende **ondersteuning** en een tekort aan respect voor haar **autonomie** kan dit ook onder obstetrisch geweld vallen.

7

Conditie en beperkingen van het gezondheidssysteem

Hierbij maken bepaalde omstandigheden het moeilijker voor de zorgverleners om respectvolle, kwalitatieve zorg te bieden. Het kan gaan om een **tekort aan middelen**, waaronder een tekort aan zorgverleners en een ontoereikende infrastructuur. Ook een gebrek aan procedures en de **cultuur van de zorginstelling** kunnen te wensen overlaten.



@lecoeformatiebase

Obstetrisch Geweld

Infolder voor
vroedvrouwen en
gynaecologen

Door Sophie Van Cauwelaert
Student vroedkunde aan Artevelde
Hogeschool



@lecoeurmarieeb0358

Impact op de vrouw

Aan de hand van deze gevolgen zien we dat obstetrisch geweld zeer negatieve gevolgen kan hebben en zoveel mogelijk vermeden dient te worden. De gevolgen kunnen een grote impact hebben op de parturienten.

Invloed op het mentaal welzijn

Een negatieve bevallingservaring kan traumatisch zijn en het zelfbeeld veranderen. Het kan zowel PTSS als toefobie (angst om te bevallen) veroorzaken.

Invloed op het gedrag

Bepaalde vrouwen die obstetrisch geweld meemaakten vermijden gespecialiseerde hulp uit angst opnieuw slecht behandeld te worden.

Doel → Respectvolle zorg

Hieronder 5 praktische richtlijnen om te vermijden dat vrouwen zich niet gerespecteerd voelen tijdens hun arbeid en bevalling.

1. Probeer tijd te maken om een vertrouwensband op te bouwen met de vrouw en luister naar haar bezorgdheden en wensen
2. Informeer de vrouw over handelingen, vraag steeds toestemming en respecteer de keuzes die ze maakt.
3. Vermijd onnodige interventies
4. Schenk naast het klinische ook aandacht aan de subjectieve bevallingservaring
5. Bewaak de privacy van de vrouw, heb aandacht voor haar fysieke privacy en ga discreet om met persoonlijke informatie

“Disrespect and abuse during maternity care are a violation of women’s basic human rights.” – White Ribbon Alliance

Boeiende bronnen

- Bahman et al. (2015)
The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review.
- Hunter et al. (2017)
Woman-centred care during pregnancy and birth in Ireland: thematic analysis of women’s and clinicians’ experiences.
- Mittman, Lohmann & Ayerle (2012)
Experiences and wishes of women regarding systemic aspects of midwifery care in Germany: a qualitative study with focus groups.
- Miller & Lalande (2015)
The global epidemic of abuse and disrespect during childbirth: History, evidence, interventions, and FIGO’s mother–baby friendly birthing facilities initiative.
- Reed, Shurman, & Ingalls (2017)
Women’s descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions.
- Santilhas et al. (2017)
Risk factors for chronic post-traumatic stress disorder development one year after vaginal delivery: a prospective, observational study.
- Slama-Markowska, Zur, Skrzypulec-Plinta, Michum & Czalkowska (2017)
Causes and frequency of toefobia.

