

Geboortegeweld

Infodossier 2020

Een verkenning van het zogenaamde obstetrisch geweld en een focus op internationale aanbevelingen

Contents

Infodossier 2020.....	1
Een verkenning van het zogenaamde obstetrisch geweld en een focus op internationale aanbevelingen	1
Wat is obstetrisch geweld?	4
Definities	4
Interpersoonlijk.....	5
Gezondheidssysteem en organisatiecultuur	6
Beleid en vrouwenrechten	6
Welke vormen?	6
Interpersoonlijk.....	6
Fysiek	6
Verbaal/psychisch	7
Stigma en discriminatie	7
Gezondheids/beleidsniveau.....	7
Overgebruik bij bepaalde ingrepen	8
Beperkingen in het gezondheidssysteem	11
Gevolgen voor de vrouw	13
Bevindingen en aanbevelingen internationale instellingen.....	14
Wereld Gezondheidsorganisatie	14
VN	15
Europese instellingen.....	19
Studie 6 Europese landen.....	21
Landen met wetgeving.....	21
Activisme	23
Wereldwijd.....	23
België	24
Platform voor een waardige geboorte	24
Tools.....	24
Blogs.....	24
Tijdens Corona	25
Aanbevelingen	25

Bijlage 1: lijst 56 WHO aanbevelingen	28
Bronnen	31

Op basis van getuigenissen die bij vrouwenorganisaties toekomen en van vaststellingen door onderzoekers in verschillende landen naar geweld op vrouwen tijdens het geboorteproces, kunnen we ons een idee vormen over de lichamelijke en psychische gevolgen van geboortegeweld (of obstetrisch geweld) op vrouwen.

We willen te weten komen welke de reële situatie in België/Vlaanderen is. In welke mate komt geboortegeweld bij ons voor? Verloopt de behandeling van zwangere vrouwen tijdens de prenatale periode, het geboorteproces en postnataal in overeenstemming met de aanbevelingen van internationale organisaties, zoals de VN, de WHO, de Europese instellingen,... over respectvolle bevallingen en ook conform de mensenrechtenkaders?

Hoe zit het met de financiële kosten van de gevolgen van obstetrisch geweld voor de samenleving? Wanneer dergelijke informatie voldoende beschikbaar is, kunnen de beleidsniveaus Volksgezondheid (en Gelijke kansen/non-discriminatie) in samenwerking met de betrokken administraties en in overleg met vrouwenorganisaties in de nabije toekomst gepaste maatregelen beginnen nemen om geboortegeweld tegen te gaan.

Dit dossier geeft geen antwoord op bovenstaande vragen. We maken een verkenning van dit fenomeen dat wereldwijd aan de orde blijkt te zijn. We proberen daarmee de herkenning van obstetrisch geweld op de beleidsagenda te zetten om uiteindelijk tot erkenning en maatregelen te komen.

Wat is obstetrisch geweld?

Obstetrisch geweld is een koepelterm voor verschillende vormen van geweld binnen de verloskundige setting.

Definities

Uit de literatuurstudie van Sophie Van Cauwelaert¹ blijkt dat verschillende auteurs de oorsprong van het geweld leggen bij genderongelijkheid. Zo zijn er parallellen met geweld tegen vrouwen in het algemeen en vormt geboortegeweld bovendien een risico voor de rechten van de vrouw. Obstetrisch geweld wordt gezien als een continuüm van subtiele discriminatie tot openbaar geweld en de verschillende vormen van obstetrisch geweld situeren zich op dat continuüm.

Een algemeen aanvaarde definitie is er (nog) niet. Er zijn wel een aantal voorbeelden van definities te vinden:

In de literatuur:

¹ Sophie Van Cauwelaert, *Obstetrisch geweld. De verschillende verschijningsvormen van een wereldwijd fenomeen*. Bachelor tot het bekomen van de graad van Bachelor in de vroedkunde, Arteveldehogeschool Gent, 2018-2019, p. 9.

- Structureel 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”*²
- Respectloze zorg en misbruik tijdens de bevalling: *“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”*³

In regelgeving en teksten van internationale instanties:

- De Venezolaanse wetgeving: *“The appropriation of women’s body and reproductive process by health personnel, which is expressed by a dehumanizing treatment, an abuse of medicalization 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.”*
- De UN Special Rapporteur gebruikt de term ‘obstetric violence’ wanneer ze verwijst naar *“violence experienced during facility-based childbirth”*. Obstetric violence is a term widely used but is not yet in use in international human rights law.⁴ Ze hanteert ook het begrip *“violence against women during childbirth.”*
- [Resolutie Europees Parlement 2306](#) (2019): *“Obstetrical and gynaecological violence is a form of violence that has long been hidden and is still too often ignored. In the privacy of a medical consultation or childbirth, women are victims of practices that are violent or that can be perceived as such. These include inappropriate or non-consensual acts, such as episiotomies and vaginal palpation carried out without consent, fundal pressure or painful interventions without anaesthetic. Sexist behaviour in the course of medical consultations has also been reported.”*

Obstetrisch geweld kan voorkomen tijdens de prenatale en de perinatale periode en doet zich voor op verschillende niveaus:

Interpersoonlijk

Deze vorm van geweld vertrekt vanuit de zorgverlener die ongepast handelt. Het slachtoffer is in de eerste plaats de zwangere vrouw en/of de kersverse moeder. Maar ook andere betrokkenen kunnen slachtoffer zijn: de baby, de partner, familie of vrienden. In buitenlandse literatuur komen in dit verband termen voor als ‘disrespect and abuse’, ‘dehumanised care’, ‘mistreatment of women’.

² Uit de masterproef van Sophie Van Cauwelaert: Miltenburg A.S., et al., Disrespect and abuse in maternity care: individual consequences of structural violence, 2018.

³ Uit de masterproef van Sophie Van Cauwelaert: Freedman, L.P., et al., Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. LANCET, 2014.

⁴ Dubravka Šimonović, United Nations Special Rapporteur on violence against Women, [A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence](#), 2018, p. 6-7.

Gezondheidssysteem en organisatiecultuur

Maar het gaat niet enkel om interpersoonlijke relaties want het obstetrisch geweld vindt ook plaats binnen een context en wordt daarom ook als *structureel geweld* beschouwd. Het gezondheidssysteem en de organisatiecultuur waarin de zorgverlener werkt (bv. tijdsdruk en te weinig zorgverleners wegens besparingen) kunnen immers tekortkomingen hebben, die zelfs als normaal kunnen beschouwd worden. Het gaat om de houding ten opzichte van vrouwen in het algemeen en de zwangerschap/bevalling in het bijzonder.

Beleid en vrouwenrechten

Het respect voor de mensenrechten van vrouwen kan ook op beleidsniveau een rol spelen. In verschillende landen is er bijvoorbeeld een tendens om het aantal kraamklinieken te verminderen vanuit besparingsoverwegingen. Wanneer er dan niet voldoende omkaderende maatregelen voorzien worden, kunnen we dat beschouwen als het niet-respecteren van de mensenrechten van vrouwen (en hun naasten). Vrij recent was er in België ook de vermindering van het aantal dagen verblijf in de kraamkliniek zonder aanvankelijk aansluitend voldoende omkaderende maatregelen (o.a. hogere werkdruk op materniteiten, onvoldoende uitgebouwde kraamzorg aan huis). Het KCE (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg) heeft ook een voorstel klaar voor schaalvergroting van de materniteiten om de gemiddelde kosten van bevallingen te verlagen.⁵ Gaat dit gevolgen hebben voor het welbevinden van vrouwen die moeten bevallen?

Welke vormen?

Interpersoonlijk

Op interpersoonlijk niveau kan het gaan over volgende vormen van geweld, waarvan de zorgverleners (gynaecologen, vroedvrouwen) zich doorgaans niet eens bewust zijn (ze zijn als het ware genormaliseerd):

Fysiek

Bijvoorbeeld het weigeren van de afgesproken epidurale verdoving 'want het zal toch niet lang meer duren' ofwel het opdringen ervan; het onnodig frequent toucheren van de vagina tijdens de arbeid (tot zéér pijnlijk; zeker bij latexallergie) zonder geïnformeerde toestemming ('birth rape'- er zijn vrouwen die dat als verkrachting ervaren), soms in het bijzijn van derden; weigeren dat de vrouw naar het toilet gaan en ongevraagd een urinesonde steken; het heel hard/soms onnodig duwen op de buik (fundusdruk) om de bevalling te bespoedigen en zonder dat er enige indicatie aanwezig is (evidence-based) om het wel te doen;

⁵ KCE, [De organisatie van de materniteiten in België](#), 2019

het onnodig plaatsen van een vaginale knip en het hechten zonder anesthesie; de hand of een instrument tot in de baarmoeder brengen om resterend weefsel te verwijderen zonder te zeggen wat er gaat gebeuren;...

Het lang alleen gelaten worden bij aankomst in het ziekenhuis, tijdens of na de bevalling (fysieke risico's kunnen toenemen); te laat starten met of weigeren van een handeling; situaties in het weekend;...

Het terugduwen van de baby vlak voor de bevalling omdat de gynaecoloog er nog niet is, waardoor bijvoorbeeld de hals van de baby geraakt wordt.

Verbaal/psychisch

Aanstaande of pas bevallen moeders worden onrespectvol aangesproken, met harde of grove taal ofwel enorm betuttelend. Het kan ook gaan over het uiten van vooroordelen, berispingen, bespottingen, vernederingen, bedreigingen en het aanpraten van schuldgevoelens, bedreigingen (om dwang uit te oefenen; of ze ontstaan uit angst vanwege de zorgverlener).

Volgzaamheid afdwingen, geen tijd krijgen om vragen te stellen, manipulatie van informatie, geen autonomie bij bevallingshouding, laten geloven wat het best is voor de betrokken vrouw, onverschilligheid m.b.t. vragen die gesteld worden door de vrouw, niet toestaan dat de vrouw iets drinkt of eet tijdens de arbeid,...nadien pushen (in plaats van aanmoedigen) om borstvoeding te geven,...

Schending van privacy/vertrouwen van de betrokken vrouw komt ook voor.

Bevallende vrouwen die het gevoel hebben dat ze systematische mechanische zorg ontvangen in plaats van ondersteunende zorg met oog voor vrouwvriendelijke communicatie; objectificatie van vrouwen. Bevallende vrouwen in de onderdanige positie plaatsen (de zorgverlener weet wat het beste voor hen is). Wanneer vrouwen niet meegaand zijn, ze verantwoordelijk stellen voor mogelijke complicaties.

Stigma en discriminatie

Onderzoeken brengen aan het licht dat een aantal vrouwen het gevoel hebben dat ze gediscrimineerd worden op basis van hun etnische achtergrond. Leeftijdscriminatie (oudere vrouwen en tienermoeders) komt ook voor. Ook de sociaaleconomische status kan een rol spelen.⁶ Bij taal- en interpretatieproblemen voelen vrouwen zich ook weinig ondersteund.

Gezondheids/beleidsniveau

We focussen op fenomenen/praktijken die vernoemd worden in internationale rapporten (zie verder bij hoofdstuk 'Bevindingen en aanbevelingen van internationale instanties') en waarover er cijfers beschikbaar zijn op Vlaams niveau: het overgebruik van de inleiding van de baring, de vaginale knip en de keizersnede.

⁶ In bepaalde landen komt het soms voor dat bevallen vrouwen de kliniek niet mogen verlaten vooraleer de rekening betaald is.

Vervolgens komen de beperkingen van het gezondheidssysteem aan bod (te weinig middelen, tekort aan zorgpersoneel en minder goede werkomstandigheden, tekort aan procedures).

Overgebruik bij bepaalde ingrepen

Inleiding van de baring

De inleidingen van de baringen nemen de laatste jaren weer toe in Vlaanderen. In 2018 werd bij 25,2% van de zwangerschappen de baring ingeleid. Er zijn verschillen tussen de kraamklinieken: van 11,8% tot 39,3%.

Tabel: Evolutie van de frequentie van de inleiding van de bevalling (%) in Vlaanderen⁷

	2004	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Inleiding	27,6	24,2	23,8	23,8	23,5	23,4	23,4	23,9	23,5	24,6	25,2
Laagst	15,1	13,1	12,9	11,4	10,8	11,4	11,4	10,4	8,8	11,5	11,8
hoogst	38,0	38,3	38,5	36,1	36,9	35,4	36,7	37,9	35,2	40,8	39,3

Laagst en hoogst wijst op de verschillen tussen de kraamklinieken.

Vaginale knip

Een episiotomie of vaginale knip is het inknippen van het perineum (een diepe snede in de bekkembodemspier) tijdens de bevalling om de vagina-opening groter te maken zodat de bevalling vlotter kan verlopen en de kans op een totaalruptuur of inscheuren vermindert/verdwijnt. Een vaginale knip kan in verschillende richtingen gezet worden. Er zijn grote verschillen tussen de landen. Inknippen lijkt cultureel bepaald. Er zijn landen waar doorgaans naar links wordt ingeknipt (Nederland), bij andere naar rechts (VK), ook naar de anus toe (VS). Er zijn landen waar altijd ingeknipt wordt (Vietnam) en waar het zelden gebeurt (Zweden). De grootte van de knip varieert: meestal tussen 2,5cm en 7,5cm.

Redenen of voordelen om een vaginale knip uit te voeren zijn de foetale nood (dreigend zuurstoftekort vlak voor de geboorte of tijdens de bevalling) en wanneer de vagina-opening te smal is en niet voldoende kan uitrekken of wanneer een schouder van de baby blijft vastzitten achter het schaambeentje.

Maar er zijn ook nadelen: wanneer een vrouw al eens een knip gehad heeft, kunnen er ernstigere scheuren aan de anus ontstaan tijdens de volgende bevalling dan wanneer ze niet ingeknipt zou geweest zijn; wanneer je ingeknipt wordt voordat het perineum voldoende uitgerekt is, kan het een bloeding veroorzaken; na de bevalling verloopt seks moeilijker, er is verhoogde pijn en genezingstijd, groter risico op infectie, abces; er kan een ontstekingsgranuloom of endometriose in het litteken verschijnen; verlies van gevoel van eigenwaarde....

Vrouwen die niet ingeknipt worden en die slechts oppervlakkige scheurtjes krijgen, hebben na de bevalling minder pijn.

⁷ De jaarlijkse rapporten van het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie

De vaginale knip kan, wanneer er geen geïnformeerde toestemming is, fysieke en psychologische gevolgen hebben voor de vrouw en kan volgens het rapport van Dubravka Šimonović, United Nations Special Rapporteur on violence against Women⁸ leiden tot gendergerelateerd geweld, zelfs een vorm van foltering. Een ander probleem is volgens de rapporteur het routinematig overgebruik.

De WHO stelde in een onderzoek het volgende vast⁹: verschillen in de episiotomiegraad tussen de onderzoeksgroepen in de trials (11 groepen in Argentinië, Colombia, Canada, Duitsland, Ierland, Maleisië, Pakistan, Saoedi-Arabië, Spanje en et VK) varieerden van 21% tot 91%, waarbij drie trials een verschil van minder dan 30% rapporteerden. In de selectieve episiotomiegroepen varieerden de episiotomiepercentages van 8% tot 59% (mediaan 32%), en in de routinematige of liberale onderzochte episiotomiegroepen varieerden ze van 51% tot 100% (mediaan 83%). De routinematige of de zogenaamde 'liberale' toepassing van de vaginale knip bij vrouwen die een spontane geboorte ondergaan, wordt niet aanbevolen door de WHO.

Tabel: Evolutie van de frequentie van de vaginale knips (%) in Vlaanderen¹⁰

	2004	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Totaal	62,4	55,1	54,0	53,3	51,9	51,9	50,5	47,2	44,5	42,3	39,7

In Vlaanderen ligt het episiotomiepercentage op bijna 40% in 2018. Bij inductie van de arbeid ging het om 40,6% en bij spontane arbeid om 39,4%.

Het percentage vaginale knips daalt wel jaar na jaar in Vlaanderen. In 2001, het eerste jaar dat het aantal episiotomieën werd bevraagd, lag het percentage op 68,2%.

De WHO beveelt voor vrouwen in de tweede fase van het arbeidsproces technieken aan voor het verminderen van perineale trauma's en het vergemakkelijken van de spontane geboorte (met inbegrip van perineale massage, warme compressen en een 'hands on' bewaking van het perineum), rekening houdend met de voorkeuren van de betrokken vrouw en met de beschikbare opties (zie bijlage 1: aanbeveling 38).

Keizersnede

Wanneer medisch verantwoord, is een keizersnede een levensreddende ingreep voor moeder en baby. Maar wereldwijd is er een overgebruik vast te stellen. Voornamelijk in Europa en Latijns-Amerika vervangt de keizersnede voor een deel de vaginale geboorte. Volgens het rapport van Dubravka Šimonović, United

⁸ [A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence](#), 2019, p. 10.

⁹ [WHO recommendation on episiotomy policy](#), 17 February 2018

¹⁰ De jaarlijkse [rapporten van het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie](#)

Nations Special Rapporteur on violence against Women¹¹ zijn er regelgevingen in een aantal landen waarbij het belang van de foetus primeert boven dat van de rechten van de zwangere vrouw. Dat leidt tot situaties waarbij de mening van de betrokken vrouwen niet gevraagd wordt. Er zijn ook aanwijzingen dat vrouwen slachtoffer kunnen zijn van het gezondheidssysteem, waarbij geboortes gepland worden in functie van tijdmanagement en kostenefficiëntie (van de gynaecoloog en de kraamkliniek). Wanneer de geïnformeerde toestemming van de zwangere vrouw niet gevraagd wordt, kan keizersnede beschouwd worden als gendergerelateerd geweld en zelfs een vorm van foltering.

In België schommelt het aantal keizersnedes rond de 20%. Dat is boven de WHO-norm van 10%.¹² Er zijn grote verschillen naargelang de ziekenhuizen. Het IMA (Intermutualistisch Agentschap) geeft in een persbericht: [Aantal keizersnedes varieert sterk van ziekenhuis tot ziekenhuis](#) (08/11/2016) een overzicht per materniteit in de periode 2006-2014.

De jaarlijkse [rapporten van het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie](#) tonen een blijvende stijging in Vlaanderen:

Tabel: Evolutie van de frequentie van keizersnedes (%) in Vlaanderen

	2004	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Totaal	18,3	19,1	19,4	19,7	19,7	20,3	20,6	20,5	20,9	20,9	21,2
Laagst	8,5	12,0	12,6	13,0	11,7	12,2	11,8	13,2	13,8	13,4	15,2
Hoogst	25,4	29,0	28,3	28,4	30,1	29,0	29,0	31,1	30,8	30,5	28,7
Eenling	17,7	18,4	18,7	19,0	19,0	19,6	19,9	19,9	20,3	20,3	20,6
Meerling	53,0	55,3	54,8	56,0	58,0	56,7	56,4	57,9	57,2	57,6	57,0

Laagst en hoogst wijst op de verschillen tussen de kraamklinieken.

Het aandeel keizersnedes op het totaal aantal bevallingen in Vlaanderen stijgt.

Het KCE rapport 275As [Geplande keizersnede: wat zijn de gevolgen voor de gezondheid voor moeder en kind?](#) (2016) concludeert dat de keizersnede een chirurgische ingreep is die het leven van de moeder of het kind kan redden als deze om duidelijk omschreven medische redenen wordt uitgevoerd. Deze ingreep wordt echter de laatste drie decennia steeds vaker routinematig uitgevoerd, soms zelfs op vraag van toekomstige ouders om persoonlijke redenen, zonder medische oorzaak. Ook gynaecologen stellen vaak een keizersnede voor omdat dit beter in hun agenda past. Het KCE wil in dit rapport een goed onderbouwde en objectieve vergelijking maken tussen de gezondheidseffecten van bevallingen van keizersnedes op korte en lange termijn en die van vaginale bevallingen. Maar, zo stelt het KCE, er zijn zeer weinig studies (gerandomiseerde, gecontroleerde klinische onderzoeken) met een hoog bewijsniveau over dit thema. Wat wel beschikbaar is zijn retrospectieve of prospectieve observationele studies (grote studies waarin tienduizenden vrouwen en kinderen zeer lang worden opgevolgd) maar die vertonen ook methodologische zwakten (bijvoorbeeld ze vermelden niet op betrouwbare manier waarom een keizersnede werd uitgevoerd). Een aantal gevolgen van keizersnede zijn volgens het KCE wel duidelijk: de effecten op de volgende zwangerschappen na een eerste keizersnede: het risico op uterusruptuur is duidelijk, ligt aanzienlijk hoger en neemt toe met het aantal keizersnedes. Bijgevolg zou een eerste keizersnede zonder stricte indicaties

¹¹ [A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence](#), 2019, p. 10.

¹² [WHO Statement on caesarian section rates](#), April 2015.

moeten vermeden worden. Belgische en internationale gegevens tonen aan dat de belangrijkste reden voor een keizersnede een voorgaande keizersnede is en dat bij elke ingreep het risico groter wordt. Daarom moeten toekomstige ouders daarvan op de hoogte gebracht worden zodat ze met kennis van zaken mee kunnen beslissen over een keizersnede zonder medische indicatie.

Het herstel na een keizersnede verloopt moeilijker. Er kan littekenweefsel ontstaan aan de baarmoeder en dat kan bloedingen geven, abnormale groei van de placenta, buitenbaarmoederlijke zwangerschap, doodgeboren baby's, vroegtijdige bevalling bij een volgende zwangerschap. De risico's zijn beperkt maar kunnen wel zeer ernstig zijn. Er zijn aanwijzingen dat keizersneden een negatief effect kunnen hebben op het immuunsysteem van de baby en dat vergroot het risico op allergieën en astma en de darmbacteriën veranderen. De kindjes zouden ook een andere hormonale, bacteriële en medische ontwikkeling meemaken, wat ook een invloed op hun gezondheid heeft.

Beperkingen in het gezondheidssysteem

Toestemming

Geïnformeerde toestemming

Het niet halen van de professionele zorg gaat doorgaans om de 'informed consent' waarmee geen of te weinig rekening wordt gehouden. Er wordt vrouwen niet om toestemming gevraagd voor bepaalde medische procedures ofwel wordt het hen wel gevraagd maar krijgen ze geen of te weinig informatie of krijgen ze niet de kans om vragen te stellen. Men spreekt in de literatuur ook over de 'information gap' tussen vrouwen en zorgverleners.

Geen toestemming

Het kan gaan over medische/chirurgische ingrepen die zonder instemming worden uitgevoerd of tegen de wens van de vrouw, zoals het breken van de vliezen, de vaginale knip en zelfs een keizersnede of een sterilisatie. Ze worden dan ook nog vaak zonder evidence based indicatie uitgevoerd. Hier is sprake van een gebrek aan geïnformeerde toestemming en het negeren van de autonomie van de vrouw.

Onvoldoende autonomie

De keuzevrijheid van de vrouw wordt doorgaans enkel gerespecteerd wanneer die overeenstemt met die van de zorgverleners. Enkele voorbeelden:

- Geen keuze in bevallingshouding: doorgaans bevallen vrouwen bij ons in rugligging met de benen in beugels. Zorgverleners zouden dan meer controle hebben tijdens de bevalling. Het comfort van de vrouw kan daardoor in het gedrang komen. De vraag is of zorgverleners voldoende getraind zijn om vrouwen te begeleiden in andere bevallingshoudingen?

- Geen rekening houden met bepaalde en tegelijk veilige gewoontes zoals het afgeven van de placenta aan de moeder voor een ceremoniële begraving.
- Druk van de zorgverleners om in het ziekenhuis te bevallen wanneer de vrouw voor een thuisbevalling wil kiezen.

Tekort aan middelen

Door een tekort aan middelen – meestal omwille van besparingen – kan er in de materniteiten een tekort aan zorgpersoneel ontstaan waardoor de werkomstandigheden in het gedrang komen. Soms worden geboorteafdelingen als luidruchtig en te druk ervaren.

Kraamklinieken kunnen afgebouwd worden waardoor ze moeilijker bereikbaar worden voor vrouwen die moeten bevallen.¹³ Het aantal dagen verblijf in de kraamkliniek is in België sinds enkele jaren al verminderd.¹⁴

Wat kraamzorg betreft kunnen gezinnen na thuiskomst uit de materniteit in Vlaanderen een beroep doen op kraamzorg. In 2019 werden 16.349 dossiers kraamzorg aan huis geregistreerd. Er waren 62.862 geboortes in het Vlaams Gewest.¹⁵

Vlaanderen beschikt over een groot en gevarieerd aanbod van allerhande zorg voor zwangere vrouwen. Maar voor toekomstige ouders wordt het moeilijk om door de bomen het bos nog te zien. Het KCE pleit alvast voor een prenataal zorgpad¹⁶ voor elke zwangere vrouw. Bepaalde zwangere ouders krijgen in de praktijk veel zorg en kwetsbare ouders veel minder. Na de verkorting van de ligduur in de kraamklinieken is het aanbod van vroedvrouwen postnataal uitgebreid maar nog vrij onbekend.

En perinataal/postnataal? Ook daarvoor is er in Vlaanderen een divers aanbod: informatie op de website van het Agentschap Opgroeien voor toekomstige ouders; informatie in het zwangerschapsboekje; een universeel aanbod door de Huizen van het Kind. Vlaanderen is ook bezig met de hervorming van de eerste lijn. Zo zouden de eerstelijnszones het ideale niveau zijn om een perinataal zorgpad uit te tekenen. In het kader van de regionale zorgstrategische planning in de algemene ziekenhuizen wordt nagedacht over de organisatie van hun materniteiten en over perinatale zorg. Het Vlaams Expertisenetwerk voor Perinatale Mentale Gezondheid volgt de uitrol op van de regionale zorgpaden. Minder dan de helft van de vrouwen met

¹³ Zie voorstel van het KCE: [De organisatie van de materniteiten in België](#), 2019

¹⁴ De wet stelt dat moeder en baby bij een normale bevalling 4 dagen op de materniteit verblijven. De dag van de bevalling wordt beschouwd als dag 0. Moeder en baby mogen het ziekenhuis verlaten op dag 3.

¹⁵ <http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1583822>

¹⁶ KCE, [Naar een geïntegreerd prenataal zorgpad voor laag risico zwangerschappen](#), 2019

depressieve klachten in de perinatale periode blijkt hulp te zoeken. Daarvoor worden online tools ontwikkeld, gericht op depressieve en angstklachten tijdens de zwangerschap en in de postnatale periode.¹⁷

Voor obstetrisch geweld is er nog geen aandacht in de relevante informatieve websites van de Vlaamse overheid, laat staan dat er middelen voor vrijgemaakt zijn.

Gebrek aan procedures

Dat kan gaan over klachtenbehandeling als er iets misloopt of over het ontbreken van standaarden over het tegengaan van obstetrisch geweld of over het toepassen van respectvolle zorg.

Gevolgen voor de vrouw

Verkennde onderzoeken op basis van ervaringen van vrouwen wereldwijd brengen aan het licht dat een derde van de vrouwen hun bevalling als traumatisch bestempelt.¹⁸ Veel vrouwen over de hele wereld ondergaan een oneerbiedige, beledigende of verwaarlozende behandeling tijdens de bevalling in kraamklinieken. Dergelijke praktijken kunnen direct nadelig zijn voor zowel de moeder als het kind. Bij een grote groep heeft dat te maken met hoe ze de interactie met de zorgverlener ervaren. Zo'n ervaringen kunnen ernstige gevolgen hebben voor de kersverse moeder en haar omgeving.

Traumatische bevallingservaringen monden vaak uit in psychische gezondheidsproblemen, kunnen leiden tot een negatief zelfbeeld, ontwrichting van de relatie met de partner, hechtingsproblemen met de baby (impact op sociale, mentale, emotionele ontwikkeling van het kind). Sommige vrouwen krijgen zelfs te kampen met een posttraumatische stressstoornis (vergelijkbaar met wat zich na een verkrachting kan voordoen) vooral wanneer er tijdens de bevalling een tekort aan steun is ervaren.

Anderen ontwikkelen een intense angst om nog eens te bevallen. Sommige beslissen dat ze nooit meer zwanger willen worden. Dat fenomeen heet tocofobie. Tocofoobie is een enorme angst voor het bevallingsproces. Deze angst kan primair of secundair zijn. Secundaire tocofobie ontstaat na een negatieve bevallingservaring. Bij een volgende bevalling blijken ze er langer over te doen en hebben ze meer nood aan pijnstilling. Ook het risico op keizersnede verhoogt.

Vrouwen die eerder geboortegeweld meemaakten, blijken bij volgende zwangerschappen minder gebruik te maken van de gezondheidszorg. Zo proberen ze bijvoorbeeld een herhaling van vernederingen te vermijden.

¹⁷ <https://www.vlaamsparlement.be/commissies/commissievergaderingen/1371147/verslag/1372636>;
<https://www.vlaamsparlement.be/commissies/commissievergaderingen/1360604/verslag/1363029>

¹⁸ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5223347/>

Bevindingen en aanbevelingen internationale instellingen

Een aantal internationale organisaties hebben de voorbije jaren hun bevindingen over obstetrisch geweld en hun aanbevelingen voor de overheden gepubliceerd.

Wereld Gezondheidsorganisatie

De WHO (World Health Organization) bracht in 2015 een statement uit: [The prevention and elimination of disrespect and abuse during childbirth](#) en veroordeelde regelrechte lichamelijke mishandeling, diepe vernedering en verbaal geweld, al dan niet gedwongen medische procedures (inclusief sterilisatie), gebrek aan vertrouwen, het niet krijgen van volledige geïnformeerde toestemming, weigering om pijnmedicatie te geven, grove schending van de privacy, weigering van toelating tot de gezondheidszorg, het verwaarlozen van vrouwen tijdens de bevalling die te maken krijgen met levensbedreigende en vermijdbare complicaties, het vasthouden van vrouwen met hun babies in voorzieningen omdat ze de rekening niet kunnen betalen,... Dergelijke bedreigingen schenden niet enkel de rechten van vrouwen op respectvolle zorg volgens de WHO maar kunnen ook hun recht op leven bedreigen, hun gezondheid, hun integriteit.

Aanbevelingen

[WHO statement The prevention and elimination of disrespect and abuse during childbirth](#), 2015

De WHO vraagt in zijn statement grotere steun vanwege de overheden voor onderzoek en actie; voor ondersteuningsprogramma's om de kwaliteit van de gezondheidszorg voor moeders te verbeteren met een sterke focus op respectvolle zorg; de focus op de rechten van de vrouw ook tijdens de zwangerschap en de bevalling; dataverzameling en oplijsting van good practices; alle relevante stakeholders betrekken bij de plannen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en geweld en misbruik te bestrijden.

De vaginale knip

[WHO recommendation on episiotomy policy](#), 17 February 2018:

Routinematig of zogenaamd liberaal gebruik van episiotomie wordt niet aanbevolen voor vrouwen die een spontane vaginale bevalling ondergaan. Op dit moment is er geen bewijs dat de noodzaak van een episiotomie in de routinematige zorg bevestigt en een "aanvaardbaar" percentage episiotomie is moeilijk te bepalen. De rol van episiotomie in verloskundige noodgevallen, zoals foetale nood die een instrumentele vaginale bevalling vereist, moet nog worden vastgesteld. Als een episiotomie wordt uitgevoerd, is een effectieve plaatselijke verdoving en de geïnformeerde toestemming van de vrouw essentieel. De voorkeur gaat uit naar een medio-laterale incisie, omdat middellijnincisies gepaard gaan met een hoger risico op OASI

(complex obstetric anal sphincter injury). Een techniek van continue hechting heeft de voorkeur boven onderbroken hechting.

Keizersnede

[WHO Statement on Caesarian Section rates](#), April 2015:

De WHO stelt het Robson classificatiesysteem voor als wereldwijde standaard voor de beoordeling, het monitoren en vergelijken van percentages van keizersnedes binnen zorginstellingen.

[WHO recommendations Intrapartum Care for a positive childbirth experience](#), 2018:

Bevat een lijst van aanbevelingen per fase van de bevalling. Zie bijlage 1.

VN

De [CEDAW General Recommendation No. 35 on gender-based violence against women](#) (2017) updating General Recommendation No. 19 definieert gendergerelateerd geweld tegen vrouwen als geweld dat rechtstreeks tegen een vrouw gericht is omdat ze een vrouw is of omdat het geweld vrouwen disproportioneel treft. De jurisprudentie van het CEDAW Comité en andere justitiële en monitoring instanties werken specifieke vormen van geweld verder uit bij individuele gevallen in verband met reproductieve gezondheid en mensenrechten van vrouwen.

Dubravka Šimonović, United Nations Special Rapporteur on violence against Women, publiceerde in augustus 2018 een nota/rapport over [A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence](#): over de vormen, de oorzaken en de gevolgen ervan.

Geweld tegen vrouwen in reproductieve zorgvoorzieningen en tijdens de bevalling wordt in het rapport omschreven als deel van een continuum van geweldplegingen die voorkomen in de ruimere context van structurele ongelijkheid, discriminatie en patriërchaat en zijn het resultaat van het gebrek aan opleiding en aan respect voor de gelijke status van vrouwen en hun mensenrechten. Het komt wereldwijd voor en treft vrouwen uit alle socio-economische niveaus. Het rapport bevat aanbevelingen over de aanpak van structurele problemen.

Obstetrisch geweld uit zich via volgende fenomenen in diverse landen: overmedicalisering van bevallingen en gebrek aan evidence-based zorgverlening; het vastbinden van bevallende vrouwen (vaak gedetineerde vrouwen); het overgebruik van keizersnedes en de vaginale knip; het naaien zonder verdoving; het te strak dichtnaaien na de bevalling “the husband stich” (als gevolg van schadelijke patriarchale stereotypen en ongelijke relaties tussen mannen en vrouwen); onervaren medische staf voor gynaecologisch onderzoek; het overgebruik van synthetische oxytocine om contracties op te wekken wat kan leiden tot doodgeboorte of

ondraaglijke pijn voor de vrouw of een reeks andere klachten bij moeder en baby¹⁹; de fundusdruk (Kristeller manoeuvre) in de tweede fase van het geboorteprocess; een gebrek aan respect voor de privacy van de vrouw tijdens vaginale onderzoeken; het delen van gezondheidsinformatie over de betrokken vrouwen aan derden (ook over HIV status); een gebrek aan autonomie van de vrouw bij het nemen van beslissingen (kiezen van bevallingshouding); vernederingen, verbaal geweld en seksistische opmerkingen; een gebrek aan geïnformeerde toestemming door de vrouw bij de fases van de bevalling²⁰; een gebrek aan opleidingen van het personeel inzake geïnformeerde toestemming conform de wetgeving; het weigeren van epidurale verdoving.

De oorzaken van obstetrisch geweld zijn volgens dit rapport:

- *De gezondheidssystemen en de arbeidsvoorwaarden als structurele oorzaken*: de voorwaarden en de beperkingen vormen de kernoorzaken van deze vorm van geweld tijdens de geboorte. Het gaat vaak om de povere arbeidsvoorwaarden voor gezondheidsprofessionals, de historische oververtegenwoordiging van mannelijke gynaecologen en dit in contrast met de verplichtingen van de staten om toegankelijke en kwaliteitsvolle materniteiten te voorzien, goederen en diensten, gendergevoelige opleidingen van professionals. Veel staten slagen er niet in om aan de gezondheidszorg van vrouwen in hun budgetten een prioritaire plaats te geven. Dit wordt beschouwd als een schending van de rechten van vrouwen om vrij te zijn van discriminatie. Vaak is er te weinig personeel, moeten ze te lang werken, ontvangen ze te lage lonen en dat kan leiden tot negatieve houdingen waarvan bevallende vrouwen de dupe kunnen zijn.
- *Discriminerende wetgeving en praktijken en schadelijke genderstereotypen*: er zijn nog landen die de toestemming van de echtgenoot of van derden vragen voor de medische ingrepen bij de vrouw. Er zijn vrouwen die intersectionele vormen van discriminatie ervaren. Er zijn vrouwen die verplicht worden om hun zwangerschap verder te zetten tot de geboorte.
- *Machtsdynamieken en het misbruik van de 'medische noodzaak'*: professionals hebben de medische kennis en het sociaal privilege van de medische autoriteit. Ze hebben niet noodzakelijk de intentie om hun patiënten onrespectvol te behandelen maar de medische cultuur kan een cultuur van straffeloosheid bevorderen waarbij de mensenrechtenschendingen niet enkel ongeremedieerd blijven maar ook onopgemerkt.
- *De toepassing van internationale en regionale mensenrechtenkaders inzake mishandeling en geweld in reproductieve gezondheidszorgvoorzieningen*: geweld tegen vrouwen als een schending van de mensenrechten en als een vorm van discriminatie tegen vrouwen is verboden voor het VN-Verdrag ter uitbanning van alle vormen van discriminatie tegen vrouwen; artikel 12 (1979), de Internationale Verklaring over geweld tegen vrouwen (1993), het Inter-Amerikaans

¹⁹ Klachten die de moeder kan hebben: een vervreemd gevoel van zichzelf, postnatale depressie; geen band met de baby voelen; geen zin hebben in seks en zich geïrriteerd voelen naar de partner toe; een vlak gevoel hebben (geen vreugde); borstvoeding komt moeilijk op gang en/of te weinig moedermelkproductie.

Klachten die de baby kan hebben: in- en doorslaapproblemen; onrust en angst; overstrekken bij huilbuien of blijven huilen zonder aanwijsbare reden; buikpijn; alerte baby die weinig slaapt; hechtingsproblemen; woedeuitbarstingen; stemmingswisselingen; extreem aanhankelijk zijn; allergieën; overgevoeligheid aan licht en geuren en geluid; prikkelgevoeligheid; eetproblemen.

²⁰ Geïnformeerde toestemming is een process van lopende communicatie en interactie tussen patiënt en zorgverlener en enkel een handtekening op een document is niet voldoende.

Verdrag inzake Preventie, Bestrafing en Uitbanning van Geweld tegen Vrouwen (1994); het Peking Actieplatform van de vierde Wereldvrouwenconferentie (1995), CEDAW Comité – [Algemene aanbeveling n° 24 over vrouwen en gezondheid, artikel 12](#) (1999), het Protocol bij het Afrikaans Handvest voor de Mensen- en Volkerenrechten over de rechten van vrouwen in Afrika (2003), het Verdrag van de Raad van Europa inzake het voorkomen en bestrijden van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld (2011), Agenda 2030 voor Duurzame ontwikkeling (doelstellingen 5.1 en 5.2), de [Joint Statement by UN human rights experts](#), the Rapporteur on the Rights of Women of the Inter-American Commission on Human Rights and the Special Rapporteurs on the Rights of Women and Human Rights Defenders of the African Commission on Human and Peoples' Rights (2015): over de implementatie van Agenda 2030.

Aanbevelingen²¹

De staten zijn verplicht om de mensenrechten van vrouwen te eerbiedigen, te beschermen en na te leven, met inbegrip van het recht op een zo hoog mogelijk niveau van lichamelijke en geestelijke gezondheid tijdens reproductieve diensten en bevallingen, vrij van mishandeling en gendergerelateerd geweld, en passende wetten en beleid aan te nemen om dergelijk geweld te bestrijden en te voorkomen, de daders te vervolgen en de slachtoffers schadeloos te stellen en te vergoeden.

De mensenrechten van vrouwen omvatten hun recht op waardige en respectvolle reproductieve gezondheids- en verloskundige zorg, vrij van discriminatie en geweld, met inbegrip van seksisme en psychologisch geweld, marteling, onmenselijke en vernederende behandeling en dwang. In het kader van de reproductieve zorg en de bevalling moeten de gezondheidsstelsels over de nodige begrotingsmiddelen beschikken om een kwalitatief hoogstaande en toegankelijke reproductieve en maternale gezondheidszorg te kunnen bieden, zodat de behoeften en belangen van vrouwen op het gebied van de reproductieve gezondheid tijdens de bevalling, gynaecologische onderzoeken, vruchtbaarheidsbehandelingen, miskraam, abortus, anticonceptie en in andere seksuele en reproductieve gezondheidscontexten worden vervuld.

De staten moeten het huidige probleem van mishandeling van en geweld tegen vrouwen in reproductieve diensten en bij de bevalling aanpakken vanuit het oogpunt van de mensenrechten en dit aanwenden om een onafhankelijk onderzoek in te stellen naar de beweringen van vrouwen over mishandeling en gendergerelateerd geweld in de gezondheidszorg, die structurele en systematische oorzaken moet omvatten, waaronder stereotypen over de rol van vrouwen in de samenleving, en de resultaten en aanbevelingen publiceren, die moeten gebruikt worden om wetten, beleid en nationale actieplannen inzake reproductieve gezondheid te herzien.

De staten dienen een constructieve samenwerking tot stand te brengen tussen gezondheidsinstellingen en beroepsverenigingen met niet-gouvernementele vrouwenorganisaties, vrouwenbewegingen en onafhankelijke mensenrechteninstellingen die zich bezighouden met reproductieve en verloskundige zorg.

²¹ Dubravka Šimonović, United Nations Special Rapporteur on violence against Women, [A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence](#), 2018.

De staten moeten ook nationale strategieën voor reproductieve gezondheidsdiensten en bevallingen uitwerken om te zorgen voor een respectvolle en zorgzame behandeling van de mensenrechten in de context van bevallingen en andere reproductieve diensten, in overeenstemming met de internationale normen op het gebied van de mensenrechten van vrouwen, met inbegrip van de eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer en de vertrouwelijkheid.

Staten moeten het volgende aanpakken: a) Structurele problemen en onderliggende factoren binnen de systemen voor reproductieve gezondheidszorg die een weerspiegeling zijn van discriminerende sociaal-economische structuren in de samenleving; b) Het gebrek aan goed onderwijs en opleiding op het gebied van de mensenrechten van vrouwen voor alle gezondheidswerkers; c) Het gebrek aan gekwalificeerd personeel en de daaruit voortvloeiende zware werklust in de gezondheidszorg; en d) De budgettaire beperkingen. De staten dienen adequate financiering, personeel en uitrusting voor kraamklinieken en -faciliteiten toe te wijzen, overeenkomstig de internationale mensenrechtenwetgeving, die voorschrijft dat de staten de maximaal beschikbare middelen moeten besteden aan seksuele en reproductieve gezondheid, met inbegrip van programma's voor de gezondheid van moeders en bevallingen.

Geïnformeerde toestemming:

Om mishandeling van en geweld tegen vrouwen te bestrijden en te voorkomen, moeten de staten het volgende doen: (a) De effectieve en juiste toepassing van geïnformeerde toestemming garanderen, in overeenstemming met de mensenrechtennormen; (b) Effectieve gezondheidswetten en -beleidsmaatregelen aannemen voor de toepassing van geïnformeerde toestemming in alle diensten voor reproductieve gezondheidszorg en voorafgaande, vrije en geïnformeerde toestemming garanderen voor keizersneden, episiotomieën en andere invasieve behandelingen tijdens de bevalling; (c) De autonomie, integriteit en het vermogen van vrouwen om geïnformeerde beslissingen te nemen over hun reproductieve gezondheid respecteren.

Obstetrisch geweld voorkomen:

(d) In de praktijk het recht van vrouwen op een door henzelf gekozen persoon die bij de bevalling aanwezig is in de wet garanderen; (e) De mogelijkheid overwegen om thuisbevalling toe te staan en de criminalisering van thuisbevalling te vermijden; (f) Toezicht houden op de gezondheidszorg en gegevens verzamelen en publiceren over het percentage keizersneden, vaginale geboorten en episiotomieën en over andere behandelingen in verband met bevalling, verloskundige zorg en reproductieve gezondheidsdiensten op jaarbasis; (g) De mensenrechteninstrumenten voor vrouwen en de WHO-normen met betrekking tot respectvolle kraamzorg, intrapartumale zorg en geweld tegen vrouwen toepassen; (h) Aanpakken van het gebrek aan anesthesie en pijnbestrijding, het gebrek aan keuze van de geboorteplaats en het gebrek aan respectvolle zorg.

Verantwoordingsplicht:

(i) Instellen van op mensenrechten gebaseerde verantwoordingsmechanismen om ervoor te zorgen dat slachtoffers van mishandeling en geweld schadeloos worden gesteld, met inbegrip van financiële compensatie, erkenning van wangedrag, formele verontschuldiging en garanties voor het niet herstellen van de situatie; (j) Zorgen voor professionele verantwoordingsplicht en sancties door beroepsverenigingen in

gevallen van mishandeling en toegang tot de rechter in gevallen van mensenrechtenschendingen; (k) Garanderen van volledig en eerlijk onderzoek naar beschuldigingen van mishandeling van en geweld tegen vrouwen tijdens de bevalling; (l) Ervoor zorgen dat vrouwelijke slachtoffers van schendingen adequate rechtsmiddelen krijgen, die de vorm kunnen aannemen van restitutie, financiële compensatie, genoegdoening of garanties voor niet-herhaling; (m) Ervoor zorgen dat regelgevende organen, waaronder nationale mensenrechteninstellingen, ethische commissies en ombudspersonen en organen voor gelijke kansen, het mandaat en de middelen hebben om toezicht uit te oefenen op openbare en particuliere bevallingsfaciliteiten om de eerbiediging van de autonomie en de privacy van vrouwen te waarborgen; (n) Het bewustzijn van advocaten, rechters en het publiek over de mensenrechten van vrouwen in het kader van de bevalling vergroten om een doeltreffend gebruik van rechtsmiddelen te waarborgen.

Discriminerende wetten en schadelijke genderstereotypen:

(o) Herziening en versterking van wetten die alle vormen van mishandeling van en geweld tegen vrouwen, met inbegrip van psychologisch geweld, tijdens zwangerschap en bevalling en andere diensten voor reproductieve gezondheidszorg verbieden en dit in overeenstemming met de mensenrechteninstrumenten van vrouwen; (p) Afschaffing van elke verplichte toestemming van de echtgenoot, familielid of soortgelijke voor diensten voor reproductieve gezondheidszorg die betrekking hebben op vrouwen; (q) Intrekking van wetten die abortus onder alle omstandigheden strafbaar stellen, afschaffing van strafmaatregelen voor vrouwen die een abortus ondergaan, en op zijn minst legalisering van abortus in geval van aanranding, verkrachting, incest en wanneer de voortzetting van de zwangerschap de geestelijke en lichamelijke gezondheid van de vrouw of het leven van de vrouw in gevaar brengt, en het bieden van toegang tot veilige, kwalitatief hoogstaande zorg na de abortus; (r) Strafrechtelijke aanklachten en gevangenisstraf voor vrouwen die nood/verloskundige hulp hebben gezocht, onder meer vanwege miskramen, afschaffen van strafmaatregelen tegen artsen om hen in staat te stellen de nodige medische hulp te bieden; (s) De praktijk van gedwongen sterilisatieprocedures verbieden en aanpakken, met name ten aanzien van vrouwen die tot een minderheid behoren en inheemse vrouwen, de waarborgen tegen dergelijke schendingen van de mensenrechten verbeteren en zorgen voor passende schadeloosstelling en compensatie voor de slachtoffers; (t) De intersectionele discriminatie of verergerde stereotypen die door subgroepen van personen worden ondervonden, aanpakken.

Europese instellingen

De Europese Commissie erkende in 2016 het onderliggende probleem van bevallingen waarbij zonder instemming van de moeder medische interventies worden uitgevoerd.²² In het kader van Horizon 2020 loopt [Obstetric violence. The new goal for research, policies and human rights on childbirth](#). Op de website van dit project staan landen vermeld die al over een observatorium beschikken: [Observatories on OV](#), zoals in Frankrijk, Italië en Spanje in de EU.

²² European Commission, [Obstetric violence. The new goal for research, policies and human rights on childbirth](#), Horizon 2020.

Het Europees Parlement heeft in 2019 een resolutie goedgekeurd: [Obstetrical and gynaecological violence. Resolution 2306](#). Het EP beschouwt obstetrisch en gynaecologisch geweld als een vorm van gendergerelateerd geweld en pleit voor 1) bewustwording van de samenleving om een einde aan deze vorm van geweld te kunnen stellen en voor 2) preventieve maatregelen in een mensenrechtencontext, voornamelijk in de gezondheidszorgsector. Andere aanbevelingen uit de resolutie:

Aanbevelingen

De administratieve departementen moeten data verzamelen over medische procedures tijdens de bevalling en over gevallen van obstetrisch en gynaecologisch geweld en deze data publiceren.

Disseminatie van de goede praktijken van de WHO en nationale medische associaties moeten hierover in discussie gaan en aanbevelingen formuleren om deze vorm van geweld tegen te gaan. Dit kan via een commissie die een zorgbenadering in de gynaecologie promoot.

De lidstaten moeten bewustmakingscampagnes organiseren over patiëntenrechten en het voorkomen van en het bestrijden van seksisme en geweld tegen vrouwen, met inbegrip van gynaecologisch en obstetrisch geweld.

De lidstaten moeten wetgeving implementeren over de geïnformeerde toestemming van patiënten in de verschillende fases van medische procedures, indien dit nog niet gebeurd is.

De gezondheidszorgvoorzieningen moeten voldoende gefinancierd worden en het zorgpersoneel moet decente arbeidsvoorwaarden hebben, die rekening houden met een respectvolle en zorgende opvang van vrouwen in arbeid en met toegang tot pijnverlichting.

Obstetrische en gynaecologen moeten een specifieke opleiding krijgen over deze vorm van gendergerelateerd geweld.

De opleidingen van artsen, vroedvrouwen en verpleegkundigen moeten aandacht hebben voor de specifieke relatie tussen zorgverleners en patiënten; het concept van geïnformeerde toestemming; gelijkheid tussen vrouwen en mannen; het onthaal van LGBTI personen, personen met een beperking; communicatie; de preventie van seksisme en geweld en de promotie van een menselijke benadering van de zorg.

Specifieke en toegankelijke rapporterings/klachtenmechanismen uitwerken voor slachtoffers binnen en buiten de ziekenhuizen/materniteiten, met inbegrip van ombudspersonen.

Een mechanisme ontwikkelen om klachten te onderzoeken, met exclusie van bemiddeling, en sancties voorzien tegen zorgverlenend personeel wanneer er bewijs is van geweld.

Een ondersteuningsdienst voor slachtoffers.

Het implementeren van de [Recommendation CM/rec\(2019\)1 van de Committee of Ministers of the Council of Europe on preventing and combating sexism](#).

Studie 6 Europese landen

In 2015 hebben wetenschappers van de Bidens Study Group een cross-sectionele studie gemaakt over de prevalentie en kenmerken van vrouwen die geweld in de gezondheidszorg, angst om te bevallen en voorkeur voor keizersnede hebben gerapporteerd.²³ Het onderzoek vond plaats in zes landen: België, IJsland, Denemarken, Estland, Noorwegen en Zweden. 7.200 zwangere vrouwen, die prenatale zorg ontvingen, werden bevroegd. De vragen hadden betrekking op de socio-economische achtergrond, mentaal welbevinden, obstetrische voorgeschiedenis en voorgeschiedenis ervaringen met geweld.

Eén op vijf zwangere vrouwen, die prenatale zorg ontvingen, rapporteerde geweld in de gezondheidszorg doorheen hun leven. Maar de prevalentieverschillen varieerden significant tussen de landen (van 13,5% in België tot 30,2% in Estland). Het voorkomen van geweld in de gezondheidszorg tijdens de 12 maanden voorafgaand aan de bevraging was het laagst in België (1,7%) en Noorwegen (1,9%) en het hoogst in Estland (5,2%) en Denemarken (4,8%).

Geweld in de gezondheidszorg werd significant geassocieerd met vrouwen die te maken hadden met economische problemen, posttraumatische en depressieve symptomen en een gebrek aan sociale steun. De toenemende ernst van het geweld werd in verband gebracht met een toenemend aantal vrouwen die melding maakten van andere vormen van geweld en van symptomen van depressie en posttraumatische stress. Bij vrouwen die nog geen kinderen hadden, werd geweld in de gezondheidszorg geassocieerd met angst om te bevallen. Voor vrouwen die al eens bevallen waren werd enkel hun huidig ernstig lijden van geweld in de gezondheidszorg significant geassocieerd met angst om te bevallen. Huidig ernstig lijden van geweld in de gezondheidszorg werd significant geassocieerd met de wens om een keizersnede te laten uitvoeren en begeleiding voor de angst om te bevallen zowel voor vrouwen die nog geen kinderen hadden als degenen die er al wel hadden.

Als conclusie stelt het onderzoek dat geweld in de gezondheidszorg bij vrouwen in prenatale zorg gebruikelijk is en bij vrouwen die ernstig afzien van geweld in de gezondheidszorg werd dit geassocieerd met angst om te bevallen en hun vraag naar een keizersnede.

Landen met wetgeving

Enkele Latijns-Amerikaanse landen hebben obstetrisch geweld in hun wetgeving opgenomen. Specifieke wetten tegen obstetrisch geweld, als een vorm van gendergerelateerd geweld, bestaan in Venezuela (2007),

²³ Mirjam Lukasse, Anne-Mette Schroll, Helle Karro, Berit Schei, Thora Steingrims-Dottir, An-Sofie Van Parys (UGent), Elsa Lena Ryding and Ann Tabor, Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries, in [ACTA OBSTETRICIA ET GYNECOLOGICA SCANDINAVICA](#), 2015, 94(5). p.508-517

Argentinië (2009), Panama (2013), Mexico (2014) en Suriname (2014). In Europa wordt obstetrisch geweld nergens omschreven als een strafbaar feit.²⁴

Uruguay

[2001, Ley de acompañamiento mujeres, n. 17386](#)

Mexico

[2016, Estado de Colima, Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de violencia](#)

[2016, Estado de Hidalgo, Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de violencia](#)

[2015, Estado de Guanajuato, Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de violencia](#)

[2007, Ley Nacional de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de violencia](#)

Suriname

2014

Panama

2013

Venezuela

[2007, Ley Organica sobre el derecho de las mujeres a una vida sin violencia, Venezuela](#)

Argentinië

[2009, Ley de Proteccion Integral de Mujeres Argentina](#)

[2004, Ley de Parto Humanizado n. 25929](#)

²⁴ Dubravka Šimonović, United Nations Special Rapporteur on violence against Women, [A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence](#), 2018, p. 20; <https://www.obstetricviolence-project.com/laws>

Activisme

Sinds 2015 ontstaan wereldwijd sociale bewegingen/digitale platforms die rechten vragen voor vrouwen op het vlak van reproductieve gezondheid en rechten, ook tijdens het geboorteproces. Ze leggen de patronen van mishandeling van en geweld op vrouwen bloot.

Wereldwijd



- Duitsland: [Roses revolution](#)
- Finland: the Roses revolution en #Minä Myös Synnyttäjänä
- Frankrijk: #PayeTonUtérus
- Hongarije: #Másállapotot
- Italië: #bastacere: le madri hanno voce
- Kroatië: #PrekinimoSutnju
- Nederland: #Genoeggezwegen – [Nederlandse Stichting Bevallingsstrauma](#)
- USA: [The Roses Revolution](#)
- Zwitserland: [Roses revolution](#)
- [White Ribbon Alliance](#) - [Respectful Maternity Care](#) The Universal Rights of Women & Newborns
- [The International Childbirth Alliance. 12 steps to safe and respectful MotherBaby - Family Maternity Care](#), September 2018

België

Platform voor een waardige geboorte

[Plateforme pour une naissance respectée](#)



Plateforme pour
une naissance
respectée



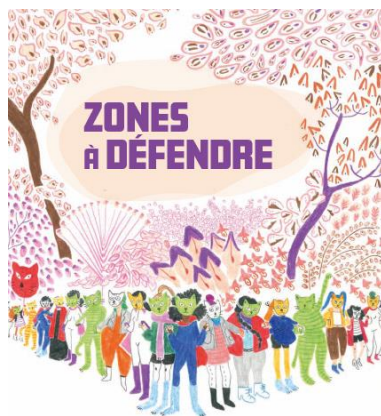
platform voor
een waardige
geboorte

Het platform verenigt burgers, gezondheidswerkers, mensenrechtenverenigingen, feministen, vertegenwoordigers van maatschappelijke verenigingen.

Dit Platform heeft een [Handvest voor een waardige geboorte](#) gepubliceerd.

Tools

[Zones à défendre](#). Manuel d'autodéfense féministe dans le cadre de la consultation en santé sexuelle et reproductive, 2020.



Deze gids is een publicatie van Femmes et Santé, in samenwerking met Bruxelles Laïque, Femmes de droit – Droits des Femmes, GACEPHA, Garance, La Plateforme pour une Naissance Respectée en WomenHelpWomen. De klemtoon ligt op wat vrouwen zelf kunnen doen, op empowerment.

Blogs

Marie accouche là: <https://marieaccouchela.net/>

Tijdens Corona

openDemocracy publiceert artikels over obstetrisch geweld tijdens de coronaperiode wereldwijd, bijvoorbeeld:

[Aid donors 'disturbed' by reports of childbirth violations](#)

[Mistreated pregnant women deserve more than your outrage](#)

Aanbevelingen

Geboortegeweld: van herkennen naar erkennen

Aftoetsing met internationale aanbevelingen

De overheden (federaal en gemeenschappen) moeten hun perinataal beleid aftoetsen aan de aanbevelingen van internationale instanties:

- De 56 aanbevelingen van de WHO van 2018 (zie bijlage 1; [WHO recommendations Intrapartum Care for a positive childbirth experience](#))
- De aanbevelingen de United Nations Special Rapporteur on Violence against Women van 2018; [A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence](#); zie ook p. 17-19.
- De aanbevelingen uit de resolutie van het Europees Parlement van 2019; [Obstetrical and gynaecological violence. Resolution 2306](#); zie ook p. 20.

Wetenschappelijk onderzoek

Obstetrisch geweld is in België nog niet op wetenschappelijke manier onderzocht, geen fenomeenonderzoek, laat staan de kosten van de gevolgen ervan voor de samenleving (kosten van onnodige ingrepen, op ziekenkas blijven na moederschapsverlof; kosten psycholoog,...).²⁵

Intersectionele aspecten kunnen ook een rol spelen blijkt uit buitenlands onderzoek, zoals leeftijd, beperking, etniciteit en religie, sociaal-economisch statuut, medische toestand,... Wat is de situatie in België?

De Vrouwenraad heeft bij het KCE (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg) in juni 2020 een vraag om wetenschappelijk onderzoek ingediend. In het november 2020 weten we of onze vraag geselecteerd zal zijn. Moest dat zo zijn, vragen we met aandrang dat het KCE eveneens rekening houdt met de aanbevelingen en uitgangspunten van internationale instanties, zoals de WHO; de United Nations Special

²⁵ Wat zijn de indirecte kosten in verband met bloedingen uit de toediening van oxytocine? Incontinentiezorg na het gebruik van een tang? Herstel van inwendige verwondingen veroorzaakt door abdominale expressies?...

Rapporteur on violence against Women ([A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence](#), 2019); de resolutie van het Europees Parlement van 2019 [Obstetrical and gynaecological violence. Resolution 2306](#).

Er is volgens ons ook nood aan inzicht op langetermijneffecten van bevallingen, om klachten op latere leeftijd te voorkomen. In plaats van onnodig veel keizersnedes uit te voeren bijvoorbeeld, zou er meer aandacht moeten zijn voor risico-inschatting op latere klachten. Onderzoek naar initiatieven in België en buitenland om de stijgende trend van het aantal keizersnedes om te buigen lijkt ons aangewezen.

Geïnformeerde toestemming

De wet op de patiëntrechten van 2002 biedt het kader voor geïnformeerde toestemming voor toekomstige ouders. Wij vragen onderzoek naar de praktijk: komt geïnformeerde toestemming voldoende aan bod tijdens het geboorteproces?

Attitudeverandering

Er is nood aan bewustzijnsverandering om een attitudeverandering te bereiken bij alle betrokken partijen. Obstetrisch geweld moet omgebogen worden naar patiëntgerichte zorg, respectvolle maternale zorg, vrouwgerichte zorg. Goede interprofessionele samenwerking tussen gynaecologen en vroedvrouwen en een gemeenschappelijke attitude/ethos inzake het geboorteproces en de zorgverlening moet uitgewerkt worden.

Kwaliteitsvolle zorg via regelgevend kader

Kwaliteitsvolle zorg is noodzakelijk als preventie voor traumareductie na de geboorte.

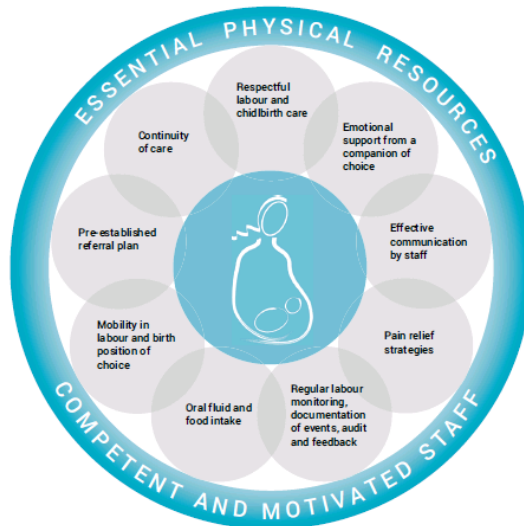
Het faciliteren van een regelgevend kader dat obstetrisch geweld tegengaat en/of sanctioneert is aan de orde.

Het op punt stellen van interprofessionele samenwerking; o.a. stressreductie; gemeenschappelijke ethos; vrouw-en baby-gerichte zorg; doorverwijzingen naar andere professionals (bv. psychologen, diëtisten, kinesisten en osteopaten → ook voor huilbabies; babies komen niet altijd ongeschonden uit het geboortekanaal; nadien bv. soms problemen aan de hals, scheefvallend/afgeplat hoofdje: kan opgelost worden met osteopathie; welke ouders zijn daarvan op de hoogte? + terugbetaling,...)

Het Intrapartum Zorgmodel WHO als mogelijke oplossing? Geïndividualiseerde zorg op basis van mensenrechten (afrading onnodige interventies en bijgevolg kostenbesparend en ook positieve impact op kwetsbare groepen).

Figuur: Schematische voorstelling van het Intrapartum Zorgmodel van de WHO²⁶

²⁶ [WHO recommendations Intrapartum Care for a positive childbirth experience](#), 2018, p. 169.



In dit zorgmodel zitten de richtlijnen van de WHO vervat.

En mogelijke toepassingen van andere modellen:

- Respectful Maternity Care (White Ribbon Alliance: respect voor mensenrechten van vrouwen 'Universal rights of childbearing women' met de klemtoon op interpersoonlijke aspecten van obstetrisch geweld)
- Women-centred care
- Midwifery led care gedurende de perinatale periode
- Midwife-led continuity care

Of de combinatie: het 'Women centred care' model dat kan bereikt worden via het Midwife-led continuity care model met in achtname van het principe van 'respectfull maternity care' (leidraad hiervoor: universal rights of childbearing women). Ziekenhuizen met het mother-friendly label volgen richtlijnen gebaseerd op deze rechten.²⁷

Opleidingen

De opleidingen voor gynaecologie en vroedkunde moeten aandacht hebben voor obstetrisch geweld.

²⁷ Sophie Van Cauwelaert (2018-2019), p. 46-47.

Bijlage 1: lijst 56 WHO aanbevelingen

[WHO recommendations Intrapartum Care for a positive childbirth experience](#), 2018, p. 12-16.

Samenvattende lijst van 56 aanbevelingen per fase van de bevalling:

Care option	Recommendation	Category of recommendation
Care throughout labour and birth		
Respectful maternity care	1. Respectful maternity care - which refers to care organized for and provided to all women in a manner that maintains their dignity, privacy and confidentiality, ensures freedom from harm and mistreatment, and enables informed choice and continuous support during labour and childbirth - is recommended.	Recommended
Effective communication	2. Effective communication between maternity care providers and women in labour, using simple and culturally acceptable methods, is recommended.	Recommended
Companionship during labour and childbirth	3. A companion of choice is recommended for all women throughout labour and childbirth.	Recommended
Continuity of care	4. Midwife-led continuity-of-care models, in which a known midwife or small group of known midwives supports a woman throughout the antenatal, intrapartum and postnatal continuum, are recommended for pregnant women in settings with well functioning midwifery programmes.*	Context-specific recommendation
First stage of labour		
Definitions of the latent and active first stages of labour	5. The use of the following definitions of the latent and active first stages of labour is recommended for practice. <ul style="list-style-type: none"> — The latent first stage is a period of time characterized by painful uterine contractions and variable changes of the cervix, including some degree of effacement and slower progression of dilatation up to 5 cm for first and subsequent labours. — The active first stage is a period of time characterized by regular painful uterine contractions, a substantial degree of cervical effacement and more rapid cervical dilatation from 5 cm until full dilatation for first and subsequent labours. 	Recommended
Duration of the first stage of labour	6. Women should be informed that a standard duration of the latent first stage has not been established and can vary widely from one woman to another. However, the duration of active first stage (from 5 cm until full cervical dilatation) usually does not extend beyond 12 hours in first labours, and usually does not extend beyond 10 hours in subsequent labours.	Recommended
Progress of the first stage of labour	7. For pregnant women with spontaneous labour onset, the cervical dilatation rate threshold of 1 cm/hour during active first stage (as depicted by the partograph alert line) is inaccurate to identify women at risk of adverse birth outcomes and is therefore not recommended for this purpose.	Not recommended
	8. A minimum cervical dilatation rate of 1 cm/hour throughout active first stage is unrealistically fast for some women and is therefore not recommended for identification of normal labour progression. A slower than 1-cm/hour cervical dilatation rate alone should not be a routine indication for obstetric intervention.	Not recommended
	9. Labour may not naturally accelerate until a cervical dilatation threshold of 5 cm is reached. Therefore the use of medical interventions to accelerate labour and birth (such as oxytocin augmentation or caesarean section) before this threshold is not recommended, provided fetal and maternal conditions are reassuring.	Not recommended

SUMMARY

Labour ward admission policy	10. For healthy pregnant women presenting in spontaneous labour, a policy of delaying labour ward admission until active first stage is recommended only in the context of rigorous research.	Research-context recommendation
Clinical pelvimetry on admission	11. Routine clinical pelvimetry on admission in labour is not recommended for healthy pregnant women.	Not recommended
Routine assessment of fetal well-being on labour admission	12. Routine cardiotocography is not recommended for the assessment of fetal well-being on labour admission in healthy pregnant women presenting in spontaneous labour. 13. Auscultation using a Doppler ultrasound device or Pinard fetal stethoscope is recommended for the assessment of fetal well-being on labour admission.	Not recommended Recommended
Perineal/pubic shaving	14. Routine perineal/pubic shaving prior to giving vaginal birth is not recommended. ^a	Not recommended
Enema on admission	15. Administration of enema for reducing the use of labour augmentation is not recommended. ^b	Not recommended
Digital vaginal examination	16. Digital vaginal examination at intervals of four hours is recommended for routine assessment of active first stage of labour in low-risk women. ^a	Recommended
Continuous cardiotocography during labour	17. Continuous cardiotocography is not recommended for assessment of fetal well-being in healthy pregnant women undergoing spontaneous labour.	Not recommended
Intermittent fetal heart rate auscultation during labour	18. Intermittent auscultation of the fetal heart rate with either a Doppler ultrasound device or Pinard fetal stethoscope is recommended for healthy pregnant women in labour.	Recommended
Epidural analgesia for pain relief	19. Epidural analgesia is recommended for healthy pregnant women requesting pain relief during labour, depending on a woman's preferences.	Recommended
Opioid analgesia for pain relief	20. Parenteral opioids, such as fentanyl, diamorphine and pethidine, are recommended options for healthy pregnant women requesting pain relief during labour, depending on a woman's preferences.	Recommended

Relaxation techniques for pain management	21. Relaxation techniques, including progressive muscle relaxation, breathing, music, mindfulness and other techniques, are recommended for healthy pregnant women requesting pain relief during labour, depending on a woman's preferences.	Recommended
Manual techniques for pain management	22. Manual techniques, such as massage or application of warm packs, are recommended for healthy pregnant women requesting pain relief during labour, depending on a woman's preferences.	Recommended
Pain relief for preventing labour delay	23. Pain relief for preventing delay and reducing the use of augmentation in labour is not recommended. ^b	Not recommended
Oral fluid and food	24. For women at low risk, oral fluid and food intake during labour is recommended. ^b	Recommended
Maternal mobility and position	25. Encouraging the adoption of mobility and an upright position during labour in women at low risk is recommended. ^b	Recommended
Vaginal cleansing	26. Routine vaginal cleansing with chlorhexidine during labour for the purpose of preventing infectious morbidities is not recommended. ^a	Not recommended
Active management of labour	27. A package of care for active management of labour for prevention of delay in labour is not recommended. ^b	Not recommended

Routine amniotomy	28. The use of amniotomy alone for prevention of delay in labour is not recommended. ^a	Not recommended
Early amniotomy and oxytocin	29. The use of early amniotomy with early oxytocin augmentation for prevention of delay in labour is not recommended. ^a	Not recommended
Oxytocin for women with epidural analgesia	30. The use of oxytocin for prevention of delay in labour in women receiving epidural analgesia is not recommended. ^a	Not recommended
Antispasmodic agents	31. The use of antispasmodic agents for prevention of delay in labour is not recommended. ^a	Not recommended
Intravenous fluids for preventing labour delay	32. The use of intravenous fluids with the aim of shortening the duration of labour is not recommended. ^a	Not recommended

Fundal pressure	40. Application of manual fundal pressure to facilitate childbirth during the second stage of labour is not recommended.	Not recommended
Second stage of labour		
Definition and duration of the second stage of labour	33. The use of the following definition and duration of the second stage of labour is recommended for practice. <ul style="list-style-type: none"> — The second stage is the period of time between full cervical dilatation and birth of the baby, during which the woman has an involuntary urge to bear down, as a result of expulsive uterine contractions. — Women should be informed that the duration of the second stage varies from one woman to another. In first labours, birth is usually completed within 3 hours whereas in subsequent labours, birth is usually completed within 2 hours. 	Recommended
Birth position (for women without epidural analgesia)	34. For women without epidural analgesia, encouraging the adoption of a birth position of the individual woman's choice, including upright positions, is recommended.	Recommended
Birth position (for women with epidural analgesia)	35. For women with epidural analgesia, encouraging the adoption of a birth position of the individual woman's choice, including upright positions, is recommended.	Recommended
Method of pushing	36. Women in the expulsive phase of the second stage of labour should be encouraged and supported to follow their own urge to push.	Recommended
Method of pushing (for women with epidural analgesia)	37. For women with epidural analgesia in the second stage of labour, delaying pushing for one to two hours after full dilatation or until the woman regains the sensory urge to bear down is recommended in the context where resources are available for longer stay in second stage and perinatal hypoxia can be adequately assessed and managed.	Context-specific recommendation
Techniques for preventing perineal trauma	38. For women in the second stage of labour, techniques to reduce perineal trauma and facilitate spontaneous birth (including perineal massage, warm compresses and a "hands on" guarding of the perineum) are recommended, based on a woman's preferences and available options.	Recommended
Episiotomy policy	39. Routine or liberal use of episiotomy is not recommended for women undergoing spontaneous vaginal birth.	Not recommended

Fundal pressure	40. Application of manual fundal pressure to facilitate childbirth during the second stage of labour is not recommended.	Not recommended
-----------------	--	-----------------

Third stage of labour		
Prophylactic uterotonics	41. The use of uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage (PPH) during the third stage of labour is recommended for all births. ^a	Recommended
	42. Oxytocin (10 IU, IM/IV) is the recommended uterotonic drug for the prevention of postpartum haemorrhage (PPH). ^a	Recommended
	43. In settings where oxytocin is unavailable, the use of other injectable uterotonics (if appropriate, ergometrine/methylergometrine, or the fixed drug combination of oxytocin and ergometrine) or oral misoprostol (600 µg) is recommended. ^a	Recommended
Delayed umbilical cord clamping	44. Delayed umbilical cord clamping (not earlier than 1 minute after birth) is recommended for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. ^b	Recommended
Controlled cord traction (CCT)	45. In settings where skilled birth attendants are available, controlled cord traction (CCT) is recommended for vaginal births if the care provider and the parturient woman regard a small reduction in blood loss and a small reduction in the duration of the third stage of labour as important. ^c	Recommended
Uterine massage	46. Sustained uterine massage is not recommended as an intervention to prevent postpartum haemorrhage (PPH) in women who have received prophylactic oxytocin. ^a	Not recommended
Care of the newborn		
Routine nasal or oral suction	47. In neonates born through clear amniotic fluid who start breathing on their own after birth, suctioning of the mouth and nose should not be performed. ^c	Not recommended
Skin-to-skin contact	48. Newborns without complications should be kept in skin-to-skin contact (SSC) with their mothers during the first hour after birth to prevent hypothermia and promote breastfeeding. ^d	Recommended
Breastfeeding	49. All newborns, including low-birth-weight (LBW) babies who are able to breastfeed, should be put to the breast as soon as possible after birth when they are clinically stable, and the mother and baby are ready. ^e	Recommended

Haemorrhagic disease prophylaxis using vitamin K	50. All newborns should be given 1 mg of vitamin K intramuscularly after birth (i.e. after the first hour by which the infant should be in skin-to-skin contact with the mother and breastfeeding should be initiated). ^f	Recommended
Bathing and other immediate postnatal care of the newborn	51. Bathing should be delayed until 24 hours after birth. If this is not possible due to cultural reasons, bathing should be delayed for at least six hours. Appropriate clothing of the baby for ambient temperature is recommended. This means one to two layers of clothes more than adults, and use of hats/caps. The mother and baby should not be separated and should stay in the same room 24 hours a day. ^g	Recommended

Care of the woman after birth		
Uterine tonus assessment	52. Postpartum abdominal uterine tonus assessment for early identification of uterine atony is recommended for all women. ²	Recommended
Antibiotics for uncomplicated vaginal birth	53. Routine antibiotic prophylaxis is not recommended for women with uncomplicated vaginal birth. ³	Not recommended
Routine antibiotic prophylaxis for episiotomy	54. Routine antibiotic prophylaxis is not recommended for women with episiotomy. ³	Not recommended
Routine postpartum maternal assessment	55. All postpartum women should have regular assessment of vaginal bleeding, uterine contraction, fundal height, temperature and heart rate (pulse) routinely during the first 24 hours starting from the first hour after birth. Blood pressure should be measured shortly after birth. If normal, the second blood pressure measurement should be taken within six hours. Urine void should be documented within six hours. ⁴	Recommended
Postnatal discharge following uncomplicated vaginal birth	56. After an uncomplicated vaginal birth in a health care facility, healthy mothers and newborns should receive care in the facility for at least 24 hours after birth. ^{4,5}	Recommended

Bronnen

Council of Europe, [Recommendation CM/rec\(2019\)1 van de Committee of Ministers of the Council of Europe on preventing and combating sexism](#).

European Commission, [Obstetric violence. The new goal for research, policies and human rights on childbirth](#), Horizon 2020.

European Parliament, [Obstetrical and gynaecological violence. Resolution 2306](#), 2019.

IMA (Intermutualistisch Agentschap) persbericht: [Aantal keizersneden varieert sterk van ziekenhuis tot ziekenhuis](#) (08/11/2016).

KCE rapporten:

[Geplande keizersnede: wat zijn de gevolgen voor de gezondheid voor moeder en kind?](#), 2016.

[De organisatie van de materniteiten in België](#), 2019.

[Naar een geïntegreerd prenataal zorgpad voor laag risico zwangerschappen](#), 2019.

Mirjam Lukasse, Anne-Mette Schroll, Helle Karro, Berit Schei, Thora Steingrims-Dottir, An-Sofie Van Parys (UGent), Elsa Lena Ryding and Ann Tabor, Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries, in [ACTA OBSTETRICIA ET GYNECOLOGICA SCANDINAVICA](#), 2015, 94(5). p.508-517

Dubravka Šimonović, United Nations Special Rapporteur on violence against Women, [A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence](#), 2018.

Studiecentrum Perinatale Epidemiologie, Jaarrapporten, Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid, [Belangrijkste trends in geboorte en bevalling](#).

Sophie Van Cauwelaert, *Obstetrisch geweld. De verschillende verschijningsvormen van een wereldwijd fenomeen*. Bachelor tot het bekomen van de graad van Bachelor in de vroedkunde, Arteveldehogeschool Gent, 2018-2019.

[WHO statement The prevention and elimination of disrespect and abuse during childbirth](#), 2015.

[WHO Statement on Caesarian Section rates](#), April 2015.

[WHO recommendation on episiotomy policy](#), 17 February 2018.

[WHO recommendations Intrapartum Care for a positive childbirth experience](#), 2018

WHO, [A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence](#), 2019.