

**Aanbeveling**

**2026-R/08**

# **Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen**



**Aanbeveling met betrekking tot de  
ontwikkeling van een beleid ter preventie en  
bestrijding van gynaecologisch en obstetrisch  
geweld**



# 1. Voorwoord

De interfederale werkgroep gynaecologisch en obstetrisch geweld werd opgericht in het kader van het Nationaal actieplan in de strijd tegen gendergerelateerd geweld 2021-2025.

Maatregel 86 van dat plan legt de oprichting vast van een "interfederale werkgroep, om in samenwerking met stakeholders de aanbevelingen voor professionals inzake obstetrisch en gynaecologisch geweld op te volgen"<sup>1</sup>.

De werkgroep is samengesteld uit vertegenwoordigers van:

- de departementen die bevoegd zijn voor Gezondheid en Gelijkheid, op federaal, gemeenschappelijk en gewestelijk niveau (FOD Volksgezondheid, Departement Zorg, Afdeling Gelijke Kansen van het Agentschap Binnenlands Bestuur, Direction de l'Égalité des Chances van de Federatie Wallonië-Brussel, Safe.brussels, Vivalis, Service Public de Wallonie Intérieur et Action sociale, Sociale Zaken van de Duitstalige Gemeenschap, de Franse Gemeenschapscommissie en het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen);
- beroepsverenigingen (Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen, Collège Royal des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique, Union Professionnelle des Sages-femmes Belges);
- patiëntenverenigingen en leden van het maatschappelijk middenveld, vertegenwoordigd door de Plateforme citoyenne pour une naissance respectée en de Coalitie gender en gezondheid<sup>2</sup> ;
- experts op het vlak van de uitdagingen voor de mentale gezondheid van het zorgpad seksuele en reproductieve gezondheid (Expertisecentrum Kraamzorg de Kraamtuin en deskundig perinataal psychiater van UMC Sint-Pieter).

Het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen was belast met de coördinatie van de werkzaamheden.

Het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen werd opgericht door de wet van 16 december 2002 en heeft onder andere als opdracht om te waken over de naleving van de wetgeving inzake de gelijkheid van vrouwen en mannen en om elke vorm van discriminatie of ongelijkheid op grond van geslacht en gender te bestrijden.

In deze hoedanigheid is het Instituut onder meer bevoegd om adviezen en aanbevelingen tot de overheid te richten met het oog op het verbeteren van wet-, regelgeving en beleidsmaatregelen.

De werkgroep heeft zich twee doelen gesteld:

1. Een officiële definitie uitwerken van gynaecologisch en obstetrisch geweld in België
2. Prioritaire aanbevelingen terzake formuleren voor de verschillende overheden

De werkzaamheden van deze interfederale werkgroep bouwen voort op initiatieven die eerder al op politiek, academisch en middenveldsniveau zijn gevoerd, zowel op nationaal als internationaal vlak.

---

<sup>1</sup> [Nationaal actieplan in de strijd tegen gendergerelateerd geweld 2021-2025 | Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen.](#)

<sup>2</sup> De federale Coalitie Gender en Gezondheid is een interassociatieve alliantie die verschillende actoren mobiliseert om gynaecologisch en obstetrisch geweld te bestrijden, een genderbenadering in de gezondheidszorg te bevorderen en de stem van de gebruiksters van seksuele en reproductieve gezondheidszorg (SRG) te vertegenwoordigen in de interfederale werkgroep GOG, door expertise aan te reiken op basis van getuigenissen, de realiteit op het terrein en de uitdagingen die verband houden met meervoudige discriminatie.

De werkgroep heeft zich in het bijzonder gebaseerd op het [informatieverslag van de Senaat over lichamelijke zelfbeschikking en het tegengaan van obstetrisch geweld](#) (15 januari 2024), [Resolutie 2306 van de Parlementaire Assemblée van de Raad van Europa met betrekking tot obstetrisch en gynaecologisch geweld](#) (3 oktober 2019) en het [verslag van de Speciaal Rapporteur inzake geweld tegen vrouwen, de oorzaken en gevolgen ervan, over de inzet van een op mensenrechten gebaseerde benadering in de strijd tegen mishandeling van en geweld tegen vrouwen in reproductieve gezondheidsdiensten, in het bijzonder geweld tijdens de bevalling en obstetrisch geweld](#) (11 juli 2019).

De aanbevelingen van die drie organen weerklinken in de aanbevelingen van de interfederale werkgroep.

De uitwerking van een gemeenschappelijk begrip van het fenomeen gynaecologisch en obstetrisch geweld past binnen de aanbevelingen van de Senaat.

De definitie van gynaecologisch en obstetrisch geweld die door de werkgroep is opgesteld, is gebaseerd op de aanbevelingen van de leden en op verschillende internationale bronnen<sup>3</sup>.

De werkgroep is voor de eerste keer bijeengekomen in oktober 2024 en heeft haar werkzaamheden voortgezet tot eind 2025.

Deze aanbeveling is het resultaat van dat diepgaand en collectieve overleg met de verschillende belanghebbenden in ons land. Het vertegenwoordigt een eerste ervaring van een interinstitutionele (federaal, gewestelijk en gemeenschappelijk) en intersectorale samenwerking, die zich als doel heeft gezet om een specifieke beleidsrichting uit te werken voor het voorkomen en bestrijden van gynaecologisch en obstetrisch geweld in België.

Aangezien gynaecologisch en obstetrisch grensoverschrijdend gedrag en geweld (hierna "GOG") een vorm van geweld tegen vrouwen\* is (zie deel 2 Definitie hieronder), heeft de werkgroep zich bij het opstellen van haar beleidsaanbevelingen gebaseerd op het Verdrag van de Raad van Europa inzake het voorkomen en bestrijden van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld, het Verdrag van Istanbul. De aanpak die hierin voorgesteld wordt om geweld te bestrijden, is

---

<sup>3</sup> Namelijk: Verklaring van de WHO (2014), *Preventie en uitbanning van gebrek aan respect en mishandeling tijdens de bevalling in zorginstellingen*. [The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth](#); Dubravka, S., Verenigde Naties. Mensenrechtenraad, [Speciaal rapporteur van de Verenigde Naties inzake geweld tegen vrouwen, de oorzaken en gevolgen daarvan \(2019\)](#), *Een op mensenrechten gebaseerde aanpak van mishandeling en geweld tegen vrouwen in reproductieve gezondheidsdiensten, met name geweld tijdens de bevalling en obstetrisch geweld*, A/74/137. [A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence](#); Parlementaire Vergadering van de Raad van Europa (2019), Resolutie nr. 2306 over obstetrisch en gynaecologisch geweld. [PACE website](#); Europese Commissie, Wetenschappelijke analyse en advies over gendergelijkheid in de EU (SAAGE) en Quattrocchi, P. (2024), *Obstetric violence in the European Union: situational analysis and policy recommendations*, Publications Office of the European Union [Obstetric violence in the European Union - Publications Office of the EU](#); Europees Parlement, Brunello, S., e.a. (2024), *Obstetric and gynaecological violence in the EU – Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination*. [Obstetric and gynaecological violence in the EU - Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination | Think Tank | European Parliament](#); International Planned Parenthood Federation (IPPF) European Network (2022), *Gynaecological & obstetric violence*. [Gynaecological and Obstetric Violence - a form of gender-based violence | IPPF Europe & Central Asia](#); International Confederation of Midwives (ICM) (2024), *Verklaring. Obstetrisch geweld, mishandeling en geweld tegen vrouwen in de reproductieve gezondheidszorg*. [Obstetric Violence, Mistreatment, and Violence Against Women in Reproductive Health Services | International Confederation of Midwives](#); Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding observations on the eighth periodic report of Belgium*, CEDAW/C/BEL/CO/8, 1 nov. 2022, paras. 23-24, p. 7-8.

gebaseerd op vier pijlers, vier belangrijke domeinen: preventie, bescherming, vervolging en gecoördineerd beleid<sup>4</sup>.

De aanbevelingen die hier worden geformuleerd, hebben voornamelijk betrekking op de pijlers preventie en gecoördineerd beleid. De uitvoering van deze aanbevelingen is een eerste cruciale stap voor de erkenning en preventie van GOG in België. De werkgroep herinnert de bevoegde autoriteiten er echter aan dat het beleid ter bestrijding van GOG ook rekening moet houden met en verder moet inzetten op de pijlers bescherming en vervolging. Meer in het bijzonder wordt het belang benadrukt van verdere reflectie over de manier waarop de begeleiding (psychosociaal, juridisch, administratief) en ondersteuning van slachtoffers van GOG kan worden verbeterd.

Deze aanbeveling is gericht aan de bevoegde autoriteiten in België, op federaal, gemeenschaps- en gewestelijk niveau. De tabel hieronder is een lijst van de ministers die betrokken zijn bij de aanbevelingen die werden geformuleerd binnen de interfederale werkgroep rond GOG.

Federale bevoegdheden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minister van Gelijke Kansen</li> <li>- Minister van Volksgezondheid</li> <li>- Minister van Justitie</li> <li>- Minister van Wetenschapsbeleid</li> </ul>
Gemeenschaps- en regionale bevoegdheden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vlaams minister van Welzijn en Gelijke Kansen</li> <li>- Vlaams minister van Justitie en Handhaving</li> <li>- Vlaams minister van Onderwijs</li> <li>- Minister-Voorzitter van de Brusselse Hoofdstedelijke Regering belast met Wetenschappelijk Onderzoek</li> <li>- Minister van de Brusselse Hoofdstedelijke Regering belast met Sociale Actie, Solidariteit en Gelijke Kansen</li> <li>- Minister-Voorzitter van het College van de Franse Gemeenschapcommissie belast met Sociale Actie</li> <li>- Minister van het College van de Franse Gemeenschapcommissie belast met Kinderopvang en Gezondheid</li> <li>- Minister van het College van de Franse Gemeenschapcommissie belast met Onderwijs</li> <li>- Minister van de Federatie Wallonië-Brussel belast met Gezondheid, Vrouwenrechten en Gelijke Kansen</li> <li>- Minister van de Federatie Wallonië-Brussel belast met Hoger onderwijs</li> <li>- Minister van de Federatie Wallonië-Brussel belast met Onderwijs en Onderwijs voor Sociale Promotie</li> <li>- Minister van de Federatie Wallonië-Brussel belast met Kinderopvang</li> <li>- Minister van de Federatie Wallonië-Brussel belast met Onderzoek</li> <li>- Waals minister van Vrouwenrechten en Gelijke Kansen</li> <li>- Waals minister van Gezondheid</li> </ul>

<sup>4</sup> Zie de website van de Raad van Europa. Voor meer informatie over de vier pijlers van het Verdrag van Istanbul: [Les quatre piliers de la Convention d'Istanbul](#).

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Waals minister van Kinderopvang</li> <li>- Waals minister van Onderzoek</li> <li>- Minister van de Duitstalige Gemeenschap belast met Sociale Zaken en Gezondheid</li> </ul>
--	---

## 2. Definitie

We kunnen gynaecologisch en obstetrisch geweld (hierna "GOG") definiëren als **elke handeling, woord, gedraging, nalatigheid of verzuim van professionals in het kader van seksuele en reproductieve gezondheidsdiensten die de integriteit van vrouwen<sup>5</sup> aantasten en leiden tot, of waarschijnlijk zullen leiden tot, fysiek of psychologisch letsel of leed**. Kenmerken van GOG zijn:

- Het ontbreken van vrije en geïnformeerde toestemming van de patiënt·e<sup>6</sup>, op basis van systematische en volledige informatie<sup>7</sup>;
- Het niet eerbiedigen van de weigering van medische behandeling;
- De zorg stopzetten en het niet doorverwijzen van de patiënt·e naar een andere professional;
- Niet medisch gerechtvaardigde handelingen opleggen;
- Gebrek aan waardigheid of menselijkheid tegenover de patiënt·e;
- Gebrek aan respect voor de privacy, eerbaarheid en/of vertrouwelijkheid;
- Nalatigheid, ontkenning van geuite pijn of geen of niet voldoende rekening houden met pijn;
- Verbaal geweld;
- Fysiek geweld;
- Seksueel geweld<sup>8</sup>.

<sup>5</sup> We gebruiken de term vrouwen\* voor meisjes onder de 18 jaar, cisgender vrouwen, intersekse, non-binaire, transgender of agender personen. Er is rekening gehouden met genderminderheden die immers door hun genderidentiteit of geslacht in bijzondere mate worden blootgesteld aan mishandeling en discriminatie in de gezondheidszorg, vooral in de seksuele en reproductieve gezondheidszorg.

<sup>6</sup> Onder "patiënt·e" wordt verstaan: "de natuurlijke persoon aan wie [seksuele en reproductieve] gezondheidszorg wordt verstrekt, al dan niet op eigen verzoek", overeenkomstig artikel 2, 1° van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

<sup>7</sup> Onder "volledige informatie" wordt verstaan informatie die de elementen vermeldt die worden opgesomd in artikel 8, §2 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, namelijk: het doel, de aard, de graad van urgentie, de duur, de frequentie, de voor de patiënt relevante tegenaanwijzingen, nevenwerkingen en risico's verbonden aan de tussenkomst, de nazorg, de mogelijke alternatieven en de financiële gevolgen. Zie de [wet van 22/08/2002 betreffende de rechten van de patiënt](#), B. S., 26 september 2002.

<sup>8</sup> Seksueel geweld kan verschillende vormen aannemen: seksuele intimidatie, voyeurisme, niet-consensuele verspreiding van seksueel getinte inhoud, aantasting van de seksuele integriteit en verkrachting. Deze vormen van seksueel geweld kunnen zich voordoen in een gezondheidszorgkader (inclusief seksuele en reproductieve gezondheid) en vallen onder het strafrecht. Seksueel geweld gepleegd binnen een zorgrelatie kreeg bijzondere aandacht bij de hervorming van het seksueel strafrecht in 2022: bij de wet van 21 maart 2022 houdende wijzigingen aan het Strafwetboek met betrekking tot het seksueel strafrecht vormt een seksueel misdrijf gepleegd door een arts of een andere gezondheidswerker in de uitoefening van zijn of haar functie een verzwarende factor die in aanmerking wordt genomen bij de keuze van de straf en de zwaarte ervan. Zie de wet van 21 maart 2022 houdende wijzigingen aan het Strafwetboek met betrekking tot het seksueel strafrecht, B. S., 30 maart 2022, art. 417/23.

In de onderstaande tabel wordt elke vorm van GOG geïllustreerd met een of meer voorbeelden. Deze tabel is niet bedoeld als een exhaustieve lijst van alle gevallen van GOG in de seksuele en reproductieve gezondheidszorg, maar om de definitie te illustreren met concrete voorbeelden.

<b>Vormen van gynaecologisch en obstetrisch geweld</b>	<b>Voorbeelden</b>
<p>Het ontbreken van vrije en geïnformeerde toestemming van de patiënt·e, op basis van systematische en volledige informatie:</p>	<p>Een gynaecologisch onderzoek uitvoeren zonder toestemming van de patiënt·e;            Onvolledige informatie verstrekken aan de zwangere patiënt·e over de geschikte opties voor haar zwangerschapsbegeleiding en bevalling;            Een spiraaltje plaatsen zonder de patiënt·e te informeren over de mogelijke bijwerkingen en alternatieve anticonceptiemiddelen;            Gedwongen anticonceptie met name bij personen met een handicap of een erfelijke ziekte.</p>
<p>De weigering van een medische handeling niet respecteren:</p>	<p>Druk uitoefenen om een onderzoek of ingreep uit te voeren (bijv. ruggenprik, screening) ondanks de geïnformeerde weigering van de patiënt·e;            Een situatie dramatiseren om de patiënt·e ertoe aan te zetten een medische handeling te aanvaarden.</p>
<p>Stopzetting van de zorg:</p> <p>De patiënt·e niet doorverwijzen naar een andere professional (gebrek aan continuïteit in de zorg of behandeling):</p>	<p>Zich terugtrekken uit de zorgverlening als de patiënt·e de aanbevolen behandeling weigert, zonder haar door te verwijzen naar een andere professional.</p> <p>De patiënt·e niet doorverwijzen naar een andere dienst/professional na weigering om een vrijwillige zwangerschapsafbreking uit te voeren;            De patiënt·e niet doorverwijzen naar een bevoegde professional na weigering van zorgverlening om professionele redenen (bijvoorbeeld: bij gebrek aan de vereiste competenties).</p>
<p>Medisch niet-gerechtigde handelingen opleggen:</p>	<p>Een ingreep uitvoeren die niet in overeenstemming is met evidence-based practice (EBP);            Een episiotomie of een inductie zonder medische indicatie uitvoeren;            Gebruik van fundusexpressie.</p>

Gebrek aan waardigheid of menselijkheid tegenover de patiënt·e:	Vaginale onderzoeken uitvoeren zonder toestemming van de patiënt·e; De aanwezigheid van een student(e) opleggen tijdens een consult; Gebrek aan tact of empathie; Een patiënt·e verbieden om zich door een of meer steunfiguren te laten begeleiden.
Gebrek aan respect voor de privacy, eerbaarheid en/of vertrouwelijkheid:	De patiënt·e zich nodeloos laten ontkleden; De kamer binnenkomen zonder de naakte patiënt·e te waarschuwen.
Nalatigheid, ontkenning van geuite pijn of geen of niet voldoende rekening houden met pijn:	Het gevoel van de patiënt·e minimaliseren; Geen rekening houden met de pijn die de patiënt·e aangeeft; Opzettelijk weigeren om pijnstillers toe te dienen; Pijnlijke handelingen.
Verbaal geweld:	Dreigementen uiten; Schreeuwen of beledigen; Seksistische <sup>9</sup> , racistische, validistische, infantiliserende, denigrerende, vernederende of schuldgevoelens opwekkende opmerkingen maken (bijvoorbeeld over het gewicht van de patiënt·e, haar seksuele oriëntatie, haar seksuele activiteit, het al dan niet hebben van een kindwens, haar bevallingsplannen).
Fysiek geweld:	Opzettelijk pijnlijk gynaecologisch onderzoek; Gebruik maken van fixatie; De vrouw* een houding opleggen tijdens de bevalling; Brute handelingen opleggen; Gedwongen sterilisatie met name van personen met een handicap of een erfelijke ziekte.
Seksueel geweld:	In het kader van de seksuele en reproductieve gezondheidszorg:

<sup>9</sup> De wet van 22 mei 2014 ter bestrijding van seksisme in de openbare ruimte en tot wijziging van de wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van discriminatie tussen vrouwen en mannen, teneinde discriminatie strafbaar te stellen, definieert seksisme als "elk gebaar of handeling die, in de in artikel 444 van het Strafwetboek bedoelde omstandigheden, klaarblijkelijk bedoeld is om minachting uit te drukken jegens een persoon wegens zijn geslacht, of deze, om dezelfde reden, als minderwaardig te beschouwen of te reduceren tot diens geslachtelijke dimensie en die een ernstige aantasting van de waardigheid van deze persoon ten gevolge heeft", *B. S.*, 24 juli 2014, art. 2.

Bepaalde vormen van verbaal geweld die in de definitie van GOG worden beschreven, kunnen verwijzen naar seksistisch gedrag. Bijvoorbeeld het uiten van seksistische opmerkingen of het becommentariëren van het lichaam van de patiënt·e tijdens de medische behandeling.

	Seksueel getinte opmerkingen maken <sup>10</sup> ; Ongewenste seksuele avances maken; Indringende vragen stellen over het seksuele leven van de patiënt·e zonder verband met de consultatie (seksuele intimidatie); Intieme en seksueel geladen lichaamsdelen aanraken of strelen (bv. borstpalpatie) zonder enige medische rechtvaardiging en/of zonder de toestemming van de patiënt·e (aantasting van de seksuele integriteit); Verkrachting plegen.
--	---

GOG kan zich tijdens het hele leven van vrouwen\* voordoen bij de seksuele en reproductieve gezondheidszorg. Deze aanbeveling heeft dan ook betrekking op alle vormen van GOG waarmee vrouwen\* te maken kunnen krijgen, in de context van een gynaecologische consultatie, zwangerschapsonderbreking, zwangerschapsmonitoring, bevalling, medisch begeleide voortplanting (MBV), enz.

Hoewel GOG zich voordoet op interpersoonlijk niveau, in de relatie tussen de patiënt·e en de zorgprofessionals, maakt het deel uit van een bredere structurele en culturele context die dit geweld mogelijk maakt, tolereert of normaliseert.

Dit geweld is doorgaans onopzettelijk of onbewust. Dat maakt het echter niet minder ernstig of vermijdbaar. Het wordt in de hand gewerkt door verschillende, met elkaar verweven oorzaken, zoals verslechterde arbeidsomstandigheden (onder meer een tekort aan personeel of opleiding, tijdsdruk, standaardisering van de zorg en inkorting van het verblijf op de kraamafdeling), maar ook de beroepsnormen die historisch gezien zijn getekend door een hiërarchische rolverdeling. Daardoor wordt mogelijk minder rekening gehouden met de ervaringen en standpunten van de patiënt·e en zit er een rem op de verschuiving naar een collaboratievere aanpak waarin de noden en rechten van de vrouwen\* centraal staan.

Bovendien is GOG een specifieke vorm van gendergerelateerd geweld, geworteld in ongelijke machtsverhoudingen tussen vrouwen\* en mannen<sup>11</sup>, in de medicalisering van het lichaam van vrouwen en genderminderheden, in de bagatellisering van hun woorden en pijn en in de onzichtbaarheid van hun ervaringen in het domein van de gezondheidszorg. De Parlementaire Vergadering van de Raad van Europa beschrijft GOG als een “weerspiegeling van een patriarchale cultuur die nog steeds dominant is in de samenleving, in het bijzonder in de medische wereld”<sup>12</sup>.

GOG kan schadelijke en blijvende gevolgen hebben. Bij de patiëntes kan het medische complicaties, onderbrekingen in de zorgpaden, trauma's (gediagnosticeerd, zoals posttraumatische stressstoornissen of ongediagnosticeerd), psychische stoornissen (met name angst of zelfs depressie, waaronder post-partumdepressie) veroorzaken. Ze kunnen negatieve gevolgen hebben voor verschillende levenssferen van de betrokkenen, bijvoorbeeld de seksualiteit, het ouderschap, het sociaal of het beroepsleven.

<sup>10</sup> *Ibidem*.

<sup>11</sup> Verdrag van de Raad van Europa inzake de preventie en bestrijding van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld, *Série des Traités du Conseil de l'Europe*, nr. 210, Istanbul, 2011, p. 2. Beschikbaar op: [La Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique \(Convention d'Istanbul\) - Questions de genre](#).

<sup>12</sup> Paragraaf 5. [APCE - Résolution 2306 \(2019\) - Violences obstétricales et gynécologiques](#).



Geweld beleefd tijdens gynaecologische en obstetrische zorg kan leiden tot een verlies van vertrouwen in de gezondheidsdiensten en terughoudendheid om opnieuw een beroep te doen op dergelijke zorg.

GOG kan ook nadelige gevolgen hebben voor de professionals. Zorgverleners die oog in oog komen te staan met gewelddadige situaties, soms met geweld dat ze ongewild hebben gepleegd door organisatorische, institutionele of hiërarchische beperkingen, kunnen emotioneel leed en diepgaande ethische malaise ondervinden. Die blootstelling aan GOG kan zich vertalen in secundaire traumatische stress, plaatsvervangend trauma<sup>13</sup>, compassiemoetheid of burn-out. Sommige zorgverleners kunnen ook een gevoel van onmacht of schuld ervaren, wat kan leiden tot demobilisatie of het opgeven van de loopbaan.

GOG vormt een schending van de mensenrechten en betekent een directe bedreiging van de autonomie, waardigheid en lichamelijke en geestelijke integriteit en van het recht op respectvolle en hoogwaardige zorg. In België is GOG in strijd met de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

### 3. Prioritaire aanbevelingen

De interfederale werkgroep (hierna "WG") heeft zeven aanbevelingen uitgewerkt en als prioritair geïdentificeerd om een beleid inzake preventie en bestrijding van GOG in België op te starten of verder te zetten, op alle bestuursniveaus. De volgorde van de aanbevelingen is geen volgorde van prioriteit: ze zijn allemaal belangrijk en kunnen tegelijkertijd worden uitgevoerd.

#### 3.1 Patiëntes informeren over hun seksuele en reproductieve gezondheidsrechten door middel van sensibiliseringscampagnes

Om GOG effectief te voorkomen en te bestrijden, moet de betrokken doelgroep beter worden geïnformeerd over hun rechten, respect voor toestemming en mogelijke rechtsmiddelen. Die informatie helpt patiënten om op eigen benen te staan en stelt hen in staat om hun gezondheid in eigen handen te nemen, in samenwerking met de zorgprofessionals.

Doel: bewustzijn vergroten rond de problematiek van GOG, patiëntenrechten beter bekend maken bij het brede publiek en een cultuur van respect, toestemming en weloverwogen keuze bevorderen in de seksuele en reproductieve gezondheidszorg.

Inhoud: de rechten van de vrouwen\* op het vlak van seksuele en reproductieve gezondheid en de door de wet van 22 augustus 2002 erkende patiëntenrechten, waaronder:

- Het recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking;
- Het recht op toegang tot alle informatie die toestemming en een vrije en geïnformeerde keuze bij medische behandelingen mogelijk maakt;

---

<sup>13</sup> Bouvier en Dellucci definiëren plaatsvervangend trauma als "een trauma dat optreedt bij een persoon die 'besmet' is geraakt door de traumatische ervaring van een andere persoon met wie hij of zij in contact staat. [...] Een plaatsvervangend trauma kan dus optreden bij elke professional die met getraumatiseerde personen werkt", waaronder "zorgverleners". Zie Bouvier, G. en Dellucci, H., Hoofdstuk 25. Les traumatismes vicariants. In Tarquinio, C., Brennsthul, M.-J., e.a. (2017), *Pratique de l'EMDR : Introduction et approfondissements pratiques et psychopathologiques*, Parijs, Dunod, p. 269-278.

- Het recht op een vrije keuze van de zorgverlener<sup>14</sup> ;
- Het recht van de keuze van de plaats van zorg;
- Het recht om een medische handeling te weigeren;
- Beroepsmogelijkheden bij niet-naleving van de rechten van de patiënt.

Doelpubliek: meisjes, vrouwen en genderminderheden, toekomstige moeders, toekomstige ouders en kwetsbare groepen, vooral door een handicap, een precair verblijfsstatuut, taal, seksuele oriëntatie, etnische afkomst enz.

Verspreidingskanalen: sociale netwerken, audiovisuele spots, websites van overheidsdiensten die bevoegd zijn voor gezondheidszorg, gelijke kansen en de bestrijding van gendergerelateerd geweld, ziekenhuizen, geboortehuizen, medische huizen, centra voor gezinsplanning, Zorgcentra na Seksueel Geweld (ZSG), Centra Algemeen Welzijnswerk (CAW), *Office de la naissance et de l'enfance* (ONE), Opgroeien, mutualiteiten, scholen (vooral via relationele, emotionele en seksuele opvoeding), beroepsverenigingen van vroedvrouwen (VBOV en UPSFB) en gynaecologen-verloskundigen (VVOG en CRGOLFB), overkoepelende organisaties die patiënten, LGBTQIA+-personen, migranten personen of personen met een handicap vertegenwoordigen, enz.

Deze aanbeveling gaat hand in hand met opleiding en bewustmaking van professionals (in opleiding en in de praktijk) over de wet betreffende de rechten van de patiënt en de dynamieken van het bestaande institutioneel en gendergerelateerd geweld in de seksuele en reproductieve gezondheidszorg (zie aanbeveling 3.3. hieronder).

### **3.2 Het partnerschap tussen patiëntes en zorgprofessionals versterken**

Het doel van deze aanbeveling is de patiënt·e te erkennen als een actieve en deskundige partner in haar eigen gezondheidszorg, volledig geïnformeerd en betrokken bij de beslissingen die haar aangaan en waarbij rekening wordt gehouden met de geleefde ervaring. De kwaliteit van de therapeutische relatie heeft een directe impact op zowel de medische resultaten als de zorgervaring.

Doel: een zorgrelatie bevorderen die gebaseerd is op vertrouwen, wederzijds respect, communicatie en gedeelde besluitvorming, om GOG te voorkomen en een ware therapeutische alliantie op te bouwen.

Er worden drie hefboomen voor actie voorgesteld om dat partnerschap te versterken:

#### **a) De effectieve naleving van de vrije en geïnformeerde toestemming waarborgen**

Een patiënt·e-partner moet alle en begrijpelijke informatie krijgen<sup>15</sup> over de onderzoeken, tussenkomsten en zorgkeuzes die haar aangaan. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgprofessionals om ervoor te zorgen dat de toestemming daadwerkelijk vrij, geïnformeerd en

<sup>14</sup> Krachtens artikel 6 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt kan deze vrije keuze echter worden beperkt, bijvoorbeeld wanneer een beroep wordt gedaan op spoed- of wachtdiensten of om organisatorische redenen, zoals de aanwezigheid van slechts één specialist in een ziekenhuis.

<sup>15</sup> Er bestaan hulpmiddelen om te garanderen dat patiënten voorafgaand aan hun toestemming voldoende informatie krijgen. Zo wordt de BRAIN-methode onder andere in de gezondheidszorg gebruikt om geïnformeerde toestemming te garanderen en ervoor te zorgen dat mensen zich volledig bewust zijn van de implicaties van hun keuzes, door de voordelen (Benefits), risico's (Risks), alternatieven (Alternatives), intuïtie (Intuition) en gevolgen van het niet handelen (Nothing) van de mogelijke opties te bekijken. Het zou interessant zijn om te onderzoeken in hoeverre deze methode geschikt is voor de preventie van GOG.

continu is, zoals vastgelegd in de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

Bij een zwangerschap kan het geboortewensplan een waardevol hulpmiddel voor dialoog, vooruitkijken en gedeelde besluitvorming zijn en zo de therapeutische alliantie versterken.

#### **b) Debriefings na zorgverlening veralgemenen**

Systematisch ruimte voorstellen voor debriefing na seksuele en reproductieve zorgverlening heeft talrijke voordelen: tijdens dat moment van uitwisseling heeft de patiënt-e de mogelijkheid om de zorgteams feedback te geven over hun ervaringen met de zorg, zich erkend te voelen in haar ervaring en, indien nodig, extra uitleg te krijgen.

De debriefings stellen de professionals in staat om hun werkwijze verder te blijven ontwikkelen, zodat ze kunnen blijven streven naar het bieden van zorg die de rechten en het welzijn van vrouwen\* respecteert.

Zo dragen dergelijke momenten ook bij aan het verbeteren van de zorgrelatie en kunnen ze in sommige gevallen leed of trauma voorkomen en zelfs een conflict de-escaleren.

In het geval van een conflict moeten de gesprekken die tijdens de debriefing worden gevoerd worden vastgelegd, zodat ze, als de patiënt-e dat wil, kunnen worden gebruikt als een mogelijk startpunt bij een bemiddeling.

Die debriefing zou echter niet beperkt moeten blijven tot moeilijke situaties: het is ook een gelegenheid om de positieve aspecten van de zorgverlening in de verf te zetten en de zorg op een constructieve en respectvolle manier af te sluiten.

De WG beveelt aan dat de debriefing plaatsvindt met de betrokken gezondheidsprofessionals die aanwezig waren tijdens de behandeling van de patiënt-e.

#### **c) Bemiddelingsmechanismen versterken en uitbreiden naar patiëntes die het slachtoffer zijn van GOG**

Het lijkt noodzakelijk om de bemiddelingsmechanismen te versterken, aangezien bepaalde huidige elementen de volledige doeltreffendheid ervan in situaties van GOG kunnen beperken:

Enerzijds bestaat het risico dat slachtoffers van GOG niet als zodanig worden geïdentificeerd, omdat de bemiddelaars<sup>16</sup> onvoldoende zijn opgeleid op het gebied van gendergerelateerd geweld en omdat er geen specifieke categorieën "GOG" bestaan in de meldingssystemen van de intramurale en extramurale ziekenhuisombudsdiensten (Federale ombudsdienst "Rechten van de patiënt"), waardoor er geen procedures onder deze benaming kunnen worden opgestart<sup>17</sup>.

Anderzijds is het essentieel om de onafhankelijkheid van de bemiddelingsdiensten bij de ziekenhuizen te waarborgen, om relationele onevenwichtigheden te voorkomen, bijvoorbeeld tussen een getraumatiseerde patiënt-e en een professional met een gezaghebbende positie.

Deze beperkingen kunnen bijdragen tot een onzichtbaarheid van GOG en een secundaire victimisatie van patiënten.

Toch hebben bemiddelingsdiensten een reëel potentieel om geweld tegen slachtoffers van GOG te bestrijden: zodra ze geconsolideerd zijn, kunnen ze een doorslaggevende rol spelen bij de erkenning en begeleiding van patiënten die het slachtoffer zijn van GOG, bij de verandering van beroepspraktijken en bij het herstel van de dialoog tussen patiënten en zorginstellingen.

---

<sup>16</sup> Onder bemiddelaars wordt verstaan: de ombudsambtenaar in de gezondheidszorg, met name een neutrale, onafhankelijke en onpartijdige persoon, wiens functie is vastgelegd in de Belgische wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002 (art. 11 en art. 16). Het betreft een derde die belast is met het faciliteren van de dialoog tussen een patiënt en een zorgverlener of zorginstelling, en met het ontvangen en behandelen van klachten over de niet-naleving van de patiëntenrechten zoals vastgelegd in de wet, met eerbiediging van de vertrouwelijkheid en de onpartijdigheid van de bemiddeling.

<sup>17</sup> Zie aanbeveling 36.c) van de Senaat om "de wettelijke grondslag en de precieze criteria vast te stellen op grond waarvan de bemiddelaars in het ziekenhuis en de federale ombudsdienst een zaak kunnen kwalificeren als gynaecologisch en obstetrisch geweld"; [Informatieverslag over lichamelijke zelfbeschikking en het tegengaan van obstetrisch geweld](#), p. 35.

Daarom beveelt de WG aan om een interassociatieve en interprofessionele werkgroep op te richten die zich specifiek bezighoudt met deze kwestie van bemiddeling. Deze groep, bestaande uit vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen, verenigingen die zich bezighouden met seksuele en reproductieve gezondheid en rechten, bemiddelaars, de medische wereld, het Vlaams Meldpunt Grensoverschrijdend Gedrag<sup>18</sup> en ziekenhuizen, zal als taak hebben om concrete aanbevelingen uit te werken die snel kunnen worden toegepast en aangepast zijn aan de bestaande regelingen in de gezondheidsinstellingen.

### **3.3 De initiële en voortgezette opleiding versterken van professionals in de seksuele en reproductieve gezondheidszorg**

De kwaliteit van de zorg en het voorkomen van GOG zijn enkel mogelijk door een hervorming van de opleiding van professionals in de seksuele en reproductieve gezondheidszorg, in lijn met de hedendaagse uitdagingen van respect voor rechten van patiënten, geïnformeerde toestemming, verbindende communicatie en rekening houden met kwetsbaarheden en de erkenning van gendergerelateerd geweld in de samenleving, waaronder in de medische sector. De opleiding van professionals speelt een centrale rol bij het veranderen van de mentaliteiten, het verzekeren van respectvolle, inclusieve en juridisch geïnformeerde zorg, het verbeteren van de relatie tussen de patiënt·e en de zorgverlener en het waarborgen van waardige en respectvolle opvang van alle vrouwen\*, zonder discriminatie.

Investeren in de opleiding van professionals zal hun competenties verbeteren (zowel op relationeel als op technisch en medisch vlak) en patiëntes\* een veiligere zorg bieden.

De leden van de werkgroep hebben een kloof vastgesteld tussen de principes die worden aangeleerd in het kader van de initiële opleiding en de praktijken in het veld van de seksuele en reproductieve gezondheidszorg. Die kloof maakt duidelijk hoe belangrijk het is om de initiële en continue opleiding samen te herzien, en om de hiërarchieën en stagebegeleiders te betrekken bij de implementatie van een vernieuwde (respectvolle, geïntegreerde, continue en gepersonaliseerde) aanpak van de seksuele en reproductieve gezondheidszorg.

De leden van de WG benadrukken ook het belang van het betrekken van vrouwen\*- en patiëntenverenigingen bij de opleiding van en het voortzetten van de samenwerking met gezondheidsprofessionals. Hun betrokkenheid maakt het mogelijk om innovatieve, impactvolle en echt op een partnerschap tussen patiënten en zorgverleners gebaseerde instrumenten en opleidingsprogramma's te ontwikkelen.

De opleiding over GOG en een respectvolle zorg moet verplicht zijn voor alle (toekomstige) professionals die contact hebben met patiëntes in het kader van seksuele en reproductieve gezondheidsdiensten.

Doelgroepen: studenten en professionals in de brede zin van het woord, die werken in de sector van de seksuele en reproductieve gezondheidszorg en contact hebben met patiëntes, waaronder (toekomstige) gynaecologen, verloskundigen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, anesthesisten, kinderartsen, kinderbegeleiders, huisartsen, psychologen, psychiaters, seksuologen, maatschappelijk werkers, bemiddelaars, onthaalpersoneel, onderhoudspersoneel, interculturele bemiddelaars, etc.

---

<sup>18</sup> De deelname van het Vlaams Meldpunt Grensoverschrijdend Gedrag is vereist gezien zijn opdrachten, die erin bestaan meldingen van grensoverschrijdend gedrag te ontvangen, er gevolg aan te geven en slachtoffers van dit gedrag te begeleiden, waaronder ook situaties die zich kunnen voordoen in het kader van een zorgtraject op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid.

Verschillende onderwerpen die in de initiële en voortgezette opleiding aan bod komen, dragen bij tot het voorkomen van GOG in de seksuele en reproductieve gezondheidszorg:

- Respectvolle communicatie en actief luisteren;
- Gedeelde besluitvorming;
- Vrije, geïnformeerde en herroepbare toestemming;
- Patiëntenrechten en seksuele en reproductieve gezondheidsrechten;
- Omgaan met moeilijke situaties en/of conflicten;
- Evidence-based medicine;
- Non-discriminatie in de gezondheidszorg;
- Patient centered care;
- Gendersensitieve zorg;
- Gendergerelateerd geweld, waaronder GOG;
- Zorg met oog voor interculturaliteit en intersectionaliteit, door het leren van interculturele communicatie en het onder de knie krijgen van relationele hulpmiddelen om een geruststellend, respectvol en inclusief zorgklimaat te creëren voor iedereen (zie aanbeveling 3.4. hieronder);
- Traumasensitieve zorg;
- De emotionele veiligheid van de patiënten;
- De psychosociale risico's bij zorgberoepen en de opsporing ervan (bijv. burn-out, plaatsvervangend trauma);
- Model van continue zorg.

Het theoretisch aanleren van deze inhoud volstaat niet om de omzetting ervan in de beroepspraktijk en toekomstige zorgrelaties te garanderen. De werkgroep waarschuwt voor het risico dat bepaalde kennis en competenties als vanzelfsprekend worden beschouwd, enkel en alleen omdat ze in de opleidingsprogramma's voorkomen. Een concept in theorie begrijpen en het kunnen belichamen en toepassen in de zorgrelatie zijn twee verschillende fasen van het leerproces. Daarom moet de opleiding verder gaan dan het verwerven van inhoud en gebaseerd zijn op pedagogische methodes die het mogelijk maken deze kennis te ontwikkelen en in de praktijk te integreren, om elke vorm van GOG in de seksuele en reproductieve gezondheidszorg te voorkomen.

Er moet ook worden nagedacht over een evaluatie van de manier waarop deze verschillende inhoud wordt aangekaart, overgedragen en toegepast.

Voorgestelde onderwijsmethoden:

- Ervoor zorgen dat GOG vanuit een interdisciplinaire en intersectorale invalshoek wordt benaderd, waarbij de perspectieven en expertise van de verschillende disciplines en betrokken actoren worden gebundeld, in de eerste plaats de patiënten en de verenigingen die hen vertegenwoordigen;
- De stageplaatsen van studenten diversifiëren, zodat zij onder meer kunnen werken in centra voor gezinsplanning, geboortehuizen en gemeenschapsstructuren;
- GOG in de praktijk aanpakken met behulp van vlaggensysteem<sup>19</sup>, simulatieworkshops, analyses van casestudies, e-learningmodules, enz.
- Zorgen voor de opleiding van een referentiepersoon voor gendergerelateerd geweld, waaronder GOG, in de zorgteams en -structuren<sup>20</sup>. De aanwezigheid van een referentiepersoon voor gendergerelateerd geweld zal ervoor zorgen dat alle professionals ermee rekening houden, door middel van sensibilisering en permanente opleiding.

---

<sup>19</sup> Door vzw Sensoa ontwikkelde tool, in het Frans vertaald en aangepast door de vzw Garance.

<sup>20</sup> In lijn met maatregel 87 van NAP 2021-2025: 87. Nagaan of het haalbaar is om een "referentiefunctie gendergerelateerd geweld" in te voeren in de ziekenhuizen, naar analogie met de alcoholpreventieprojecten (p. 76).

Ten slotte moet worden opgemerkt dat in maart 2024, op verzoek van de minister van Hoger Onderwijs, ARES (*Académie de recherche et d'enseignement supérieur*) de opdracht heeft gekregen om de aanbevelingen van het informatieverlag van de Senaat met betrekking tot de opleiding van (toekomstige) gezondheidswerkers om te zetten in concrete acties. Er werd een werkgroep opgericht met vertegenwoordigers van universiteiten, hogescholen, patiëntenverenigingen en instanties die werken rond gendergelijkheid, om de integratie van GOG in de onderwijs- en opleidingsprogramma's in de Federatie Wallonië-Brussel te analyseren en te waarborgen.

De interfederale werkgroep rond GOG verwijst naar de werkzaamheden van de ARES-werkgroep voor de uitvoering van deze aanbeveling, die tot doel heeft om de basis- en voortgezette opleiding van professionals in de seksuele en reproductieve gezondheidszorg te versterken.

De interfederale WG nodigt de VLIR (Vlaamse Interuniversitaire Raad) uit om te onderzoeken of het zinvol is om een gelijkaardige oefening als die van de ARES-WG te starten, met het oog op de integratie van GOG in de opleidingsprogramma's rond seksuele en reproductieve gezondheid in de Vlaamse Gemeenschap.

### **3.4 De seksuele en reproductieve gezondheidszorg inclusiever maken voor kwetsbare groepen**

Bepaalde patiëntengroepen hebben een hoger risico op blootstelling aan GOG, door de sociaal geconstrueerde kenmerken of situaties die ze marginaliseren.

Jongeren, ouderen, personen met een handicap, LGBTQIA+-personen, migranten, geracialiseerde personen, anderstaligen, personen in de prostitutie, personen in economische precare situaties, geïsoleerd personen, personen met verslavingsproblemen, personen die lijden aan een psychische aandoening of slachtoffer zijn van huiselijk geweld lopen vaak tegen grote obstakels aan in het zorgpad seksuele en reproductieve gezondheid: stigmatisering, onbegrip, infantilisering, verbaal of fysiek geweld of moeilijkheden bij toegang tot zorg of volledig gebrek aan zorg. Deze voorbeelden van GOG en discriminatie kunnen worden verklaard door vooroordelen en stereotypen bij gezondheidsprofessionals, zoals het 'mediterrane syndroom'<sup>21</sup>, die de zorgverlening beïnvloeden.

Met een intersectionele benadering wordt rekening gehouden met de verschillende machtsverhoudingen (zoals racisme, seksisme, klassisme, validisme, enz.) die elkaar overlappen en versterken en zo specifieke ervaringen van discriminatie (zoals grossofobie, homofobie en transfobie) en geweld creëren voor de personen die op de intersectie staan van verschillende minderheidsidentiteiten.

Binnen de seksuele en reproductieve gezondheidszorg betekent een intersectionele benadering de specifieke kenmerken van die doelgroepen erkennen, nota nemen van de discriminaties en ongelijkheden waar zij mee te maken krijgen en een zorgmodel uitwerken met aandacht voor ieders beleving, context, noden en specifieke obstakels.

---

<sup>21</sup> Wetenschappelijk ongefundeerde overtuiging dat patiënten die als niet-blank worden beschouwd, de neiging hebben om hun pijn op een overdreven of theatrale manier te uiten, wat kan leiden tot vooroordelen in de zorg, zoals: het bagatelliseren of zelfs ontkennen van de uitgedrukte pijn, een gedifferentieerde behandeling of het niet behandelen van patiënten. Dit stereotype kan schadelijke gevolgen hebben voor de gezondheid van de patiënten die ermee te maken krijgen, aangezien het niet behandelen van de pijn tot overlijden kan leiden.



Doel: effectieve en gelijkwaardige toegang tot de seksuele en reproductieve gezondheidszorg waarborgen voor elke doelgroep, zonder enige discriminatie, door de zorgstructuren en -praktijken grondig te hervormen en inclusiever, toegankelijker te maken, met meer respect voor de rechten en specifieke ervaring van elke patiënt·e.

Er worden verschillende hefbomen voor actie voorgesteld om dat te bereiken:

**a) Professionals opleiden in intersectionaliteit en interculturaliteit**

Professionals bewustmaken van stereotypen, meervoudige discriminatie (conform de anti-discriminatiewetgeving: seksisme, validisme, racisme, LGBTQIA+-fobie, leeftijdsdiscriminatie, gewichtsdiscriminatie, enz.) en hun concrete impact op het zorgpad in de seksuele en reproductieve gezondheidszorg;

Modules opnemen rond interculturele communicatie, de diversiteit van lichaam, seksuele diversiteit en culturele normen rond seksuele en reproductieve gezondheid;

Die modules opnemen in de initiële opleiding van de toekomstige seksuele en reproductieve gezondheidszorg-professionals en versterken in de continue opleiding;

De opleidingen uitwerken voor deze professionals met betrokkenheid van de doelgroep in samenwerking met de betrokkenen en hun ervaringskennis inzetten.

**b) Als professional een luisterende, respectvolle houding, zonder enig oordeel, aannemen**

Aangepaste, verbindende, toegankelijke en onbevooroordeelde communicatie bevorderen;

Een 'trauma-informed' zorgcultuur kweken: de tekenen leren herkennen, de houding aanpassen en een veilig kader kunnen bieden;

Ruimte laten voor zelfbeschikking: vragen naar de gebruikte voornaamwoorden, nooit zomaar ergens van uitgaan, bijvoorbeeld van een bepaalde genderidentiteit, seksuele oriëntatie of kindervens van de patiënten;

Terugkeren naar de specifieke behoefte van elke patiënt·e, zonder generalisering of pathologisering.

**c) De omgeving en zorgvoorzieningen aanpassen**

De zorgruimtes toegankelijk maken (toegang voor PBM<sup>22</sup>, duidelijke bewegwijzering, tolken, aangepaste consultatieduur, behandelstoel die geschikt is voor elke lichaamsbouw enz.);

Specifieke of uitgebreidere consultaties aanbieden aan kwetsbare doelgroepen, zoals anderstalige vrouwen\*, neurodivergente vrouwen\*, slachtoffers van geweld, LGBTQIA+-personen en vrouwen\* in asielcentra of het gevangeniswezen;

Patiënten die dat wensen de mogelijkheid bieden om zich te laten begeleiden door lotgenotenbegeleiders en interculturele bemiddelaars, en/of opgeleide tolken, om ervoor te zorgen dat de informatie wordt doorgegeven en dat toestemming wordt verkregen, met name in het geval van anderstalige patiënten.

**d) Ruimtes voor dialoog met kwetsbare groepen institutionaliseren**

Gebruikerscomités oprichten met gemarginaliseerde groepen, om de diversiteit van de zorgpaden aan te kaarten, hun noden en ervaringen te belichten en op basis van hun feedback praktijken aan te passen en belemmeringen op te sporen voor toegankelijke, aangepaste en inclusieve zorg.

---

<sup>22</sup> Dit omvat het toegankelijk maken van zorgruimtes voor personen met beperkte mobiliteit (PBM), maar ook het beschikbaar en gemakkelijk toegankelijk maken van informatie over de toegankelijkheid van elke zorglocatie en over eventuele specifieke aanpassingen voor personen met een handicap en personen met beperkte mobiliteit.

#### e) De informatiedragers aanpassen en inclusieve informatietools ontwikkelen

Toegankelijke dragers voorstellen (meertalig, eenvoudige taal, braille, audiodescriptie, pictogrammen enz.) en visuals waarop de diversiteit in vooral leeftijd, gender, etniciteit en lichaamsbouw zichtbaar is;

De specifieke ervaring van kwetsbare groepen opnemen in de campagnes voor het voorkomen en bewustmaken van GOG.

### 3.5 Intervisies<sup>23</sup> voorzien voor de ondersteuning van professionals in de seksuele en reproductieve gezondheidszorg

GOG in de seksuele en reproductieve gezondheidszorg kan verklaard worden door organisatorische en institutionele oorzaken<sup>24</sup>. Het is dan ook van essentieel belang om werkomstandigheden te creëren waarin zorgprofessionals respectvolle en kwalitatief hoogstaande hulpverlening kunnen bieden en kunnen "zorgen voor"<sup>25</sup> patiënten.

Een manier om dit te bereiken is door ruimtes te creëren voor uitwisseling en reflectie tussen peers.

Doel: in alle zorgstructuren - binnen en buiten de ziekenhuizen - ruimte voorzien voor zorgprofessionals, voor ondersteuning en interdisciplinaire intervisies, om:

- Een ruimte te bieden waar ze hun ervaringen, moeilijkheden en goede praktijken kunnen delen;
- Een houding van reflectie over zorgpraktijken te bevorderen;
- Plaatsvervangend trauma en burn-out te voorkomen.

Om een goede werking te garanderen, moeten de intervisieruimtes al tijdens de opleiding van stagiair·e-s in seksuele en reproductieve gezondheid geïntroduceerd worden. Leren hoe om te gaan met een moeilijke situatie (vb. geweld, medische fout, slecht nieuws brengen) en hoe hierover op de juiste manier te communiceren met collega's en patiënten moet deel uitmaken van de basis- en voortgezette opleiding van (toekomstige) zorgprofessionals, zodat zij deze vaardigheden vervolgens kunnen toepassen in hun beroepspraktijk.

Uitvoeringsmodaliteiten:

Die ruimtes zouden verschillende elkaar aanvullende vormen kunnen krijgen:

- Intervisies en uitwisselingen van praktijken (formeel of informeel);
- Balint-groepen: praatgroepen rond de analyse van de relatie zorgverlener-patiënt·e (op te zetten en te begeleiden door opgeleide professionals);
- Teamcoaching na een moeilijke gebeurtenis;

---

<sup>23</sup> Onder intervisie wordt een vorm van collectieve reflectie tussen professionals begrepen, gericht op de analyse van praktijksituaties. Zij berust op gestructureerde uitwisselingen, gebaseerd op wederkerigheid, vertrouwelijkheid en de afwezigheid van een gezagsverhouding, die de deelnemers in staat stellen hun standpunten met elkaar te confronteren, hun voorstellingen in vraag te stellen en gezamenlijk verbeteringspistes voor de praktijk te ontwikkelen. Intervisie kadert in een traject van permanente professionele ontwikkeling en bevordert reflectiviteit, ervaringsgericht leren en onderlinge ondersteuning tussen peers.

<sup>24</sup> Aanbeveling 3.7 hieronder speelt eveneens in op de organisatorische en structurele oorzaken van GOG in de gezondheidszorg in België.

<sup>25</sup> Zorgen voor in de zin van "care" of "care-giving", gebeurt volgens J. Toronto in vier fasen: i) zorg als de erkenning van een behoefte (*caring about*), ii) verantwoordelijkheid nemen voor de zorg (*taking care*), iii) het eigenlijke zorgwerk en de bijbehorende vaardigheden (*care-giving*) en ten slotte iv) de reactie van de ontvanger (*care-receiving*). Toronto, J. 2009 [1993], *Un monde vulnérable : Une proposition politique pour fonder l'éthique du care*, Paris, La Découverte, p. 147-150.





Deze interviews moeten worden begeleid door een derde persoon, die ervoor moet zorgen dat de uitwisselingen gebaseerd zijn op respect, vertrouwelijkheid en gelijkwaardigheid en vrij zijn van beïnvloeding (waaronder hiërarchische verhoudingen). Ze kunnen bijvoorbeeld worden georganiseerd door referenten die zijn opgeleid in het vlaggensysteem<sup>26</sup> en die debriefingsessies in teamverband kunnen leiden.

Het is heel belangrijk dat er in die ruimtes plaats is voor verschillende beroepen die betrokken zijn bij de seksuele en reproductieve gezondheidszorg (artsen, verloskundigen, verpleegkundigen, psychologen, maatschappelijk werkers, enz.) en ook voor studenten en stagiair-e-s, die zich vrij moeten kunnen uiten zonder schrik te hebben dat dat negatieve gevolgen zou kunnen hebben voor hun evaluatie of professionele toekomst.

Te bespreken inhoud:

- Delen van ervaringen of geleerde lessen (ook positieve ervaringen);
- Beheer van complexe situaties (bv. diagnose van onvruchtbaarheid, medische complicaties, conflicterende waarden, enz.);
- Emotionele uitputting, te hoge werkdruk, stress;
- Vragen over beroepspraktijken;
- Ervaringen met het waarnemen of melden van geweldsituaties, waaronder GOG;
- Kwaliteit van communicatie en multidisciplinaire samenwerking;
- Collectieve denkoefening over de continue zorg van patiëntes.

Die structuren moeten worden erkend, op waarde geschat en opgenomen in de werktijd: het is niet de bedoeling om werklust toe te voegen, maar om een moment van ademhaling en een leermoment voor te stellen in een benadering van 'zorg dragen voor zorgverleners'.

Een dergelijke benadering erkent dat de emotionele beleving en subjectieve ervaring van professionals een centrale rol kan spelen bij de evolutie van praktijken.

Door zorg te dragen voor de zorgverleners, dragen we zorg voor de patiëntes. De kwaliteit van de zorgrelatie is nauw verbonden met de omstandigheden waarin de professionals hun beroep uitoefenen. Die professionals een veilige ruimte geven waar ze hun verhaal kunnen doen, moeilijke situaties kunnen analyseren en kunnen nadenken over hun praktijken, betekent een belangrijke hefboom voor het voorkomen van GOG en, meer in het algemeen, het verbeteren van de arbeidsomstandigheden en het kweken van een menselijkere, respectvollere en zorgzamere zorgcultuur, voor zowel patiëntes als zorgverleners.

### 3.6 De kennis over GOG versterken met gegevensverzameling

Ondanks het feit dat er de laatste jaren onderzoeken naar obstetrisch geweld werden uitgevoerd<sup>27</sup>, beschikt België nog steeds niet over systematische gegevens die het fenomeen van GOG documenteren.

---

<sup>26</sup> Door vzw Sensoa ontwikkelde tool, in het Frans vertaald en aangepast door de vzw Garance.

<sup>27</sup> We denken in het bijzonder aan de studies die een licht werpen op het fenomeen van obstetrisch geweld tijdens de COVID-19 periode in België: Amjahad, A., Cosentino, C. Richard, F., Guiot, F., Servais, J. en Warnimont, M. (2021), *Les conditions d'accouchement en Belgique francophone avant et pendant le COVID*, Plateforme citoyenne pour une naissance respectée ; Galle, A., Berghman, H., D'Hauwers, S., e.a. (2024), "Quality of care at childbirth during the COVID-19 pandemic in Belgium: a cross-sectional study based on WHO standards", *BMJ Open* ; Galle, A., Berghman, H. Mariani, I., e.a. (2025), "Experiences of disrespect and abuse during childbirth in the World Health Organization European region: a mixed-method study among 22 countries", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*.

Een betere kennis over de gangbaarheid en de vormen van GOG is onmisbaar voor het uitwerken van doeltreffend en evidence-based overheidsbeleid (*evidence-based policy*).

Er worden drie hefbomen voor actie voorgesteld om de gegevensverzameling over GOG en de kennis van de zorgmodellen waarin ze kunnen voorkomen te verbeteren:

#### **a) Een nationale enquête over GOG opstarten**

Een grootschalige enquête uitvoeren, bij een representatieve steekproef van de bevolking. Het doel van die enquête zou zijn om op basis van een rigoureuze wetenschappelijke methodologie de ervaringen te verzamelen van vrouwen\* en professionals in de seksuele en reproductieve gezondheidszorg, om de verschillende vormen van geweld te identificeren die kunnen optreden doorheen het zorgpad.

Die enquête zou regelmatig moeten worden herhaald om de evolutie van de beroepspraktijken op te volgen en de impact van de ingevoerde maatregelen te meten.

Ze zou ook kwantitatieve gegevens (prevalentie, frequentie, verspreiding van handelingen en praktijken) moeten kruisen met kwalitatieve gegevens (getuigenissen, waarnemingen, fysieke, psychologische en professionele impact) en een intersectionele benadering moeten volgen.

Verschiedende gegevensbronnen kunnen worden ingezet of verrijkt, in het bijzonder tevredenheidsenquêtes in ziekenhuizen, de gezondheidssenquêtes van Sciensano, de gegevens van het Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE), het "Centre d'Epidémiologie Périnatale" (CEpiP), het Studiecetrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE), Opgroeien en het Office de la naissance et de l'enfance (ONE), en van bestaande Europese enquêtes naar gendergerelateerd geweld als Eurostat.

Er zouden zeker ook specifieke categorieën moeten worden opgezet om gevallen van GOG op te sporen in de meldingssystemen van ombudsdiensten (zie aanbeveling 3.2. c) hierboven) en ze op deze manier te kunnen registreren.

#### **b) De transparantie verhogen van obstetrische praktijken**

Deze aanbeveling voor meer transparantie berust op de vaststelling dat er aanzienlijke verschillen bestaan tussen kraamafdelingen in België op het vlak van inducties, episiotomieën en keizersneden. Het doel is om meer inzicht te krijgen in wat er achter die variatie zit en mensen bewust te maken van het feit dat een percentage inducties, episiotomieën of keizersneden dat boven de internationale aanbevelingen ligt een teken zou kunnen zijn van een routinisering van zorgverlening, niet medisch gerechtvaardigde praktijken en GOG.

Het doel: toegang geven tot het percentage inducties, episiotomieën en keizersneden van elke kraamafdeling.

Die transparantie draagt bij aan een betere controle over de kwaliteit van de zorgverlening door eventuele afwijkingen van medische aanbevelingen en internationale standaarden op te sporen. Daarnaast legt ze ook juist de bestaande goede praktijken in kraamafdelingen bloot, zodat die verder kunnen verspreiden.

Bovendien vergroot transparantie de autonomie van vrouwen\*, die zo extra informatie hebben en een weloverwogen keuze kunnen maken over hun plaats van bevalling.

Tot slot bevorderen we zo, door de medische praktijken per kliniek zichtbaar te maken, het in vraag stellen van routinematige zorgverlening en moedigen we een eventuele heroriëntatie aan richting geïndividualiseerde praktijken op maat van elke patiënt-e.

Die transparantie moet echter wel vergezeld gaan van methodologische en ethische voorzorgen. De cijfers mogen niet bruto worden meegedeeld, om het risico van stigmatisering van bepaalde structuren te vermijden. Hogere percentages zouden kunnen wijzen op een specialisatie in zwangerschappen met een hoog risico en hoeven niet per definitie gelijk te staan aan geweld. Het is heel belangrijk om de gegevens te contextualiseren om overhaaste interpretaties te vermijden.

De publicatie van die gegevens moet dus absoluut vergezeld gaan van een kwalitatieve analyse die rekening houdt met het profiel van de patiëntes, obstetrische en neonatale uitkomsten (obstetrische interventies worden uitgevoerd om de gezondheid van moeder en kind te vrijwaren), de bijbehorende risico's en de medische context.

De gegevens over de obstetrische praktijken in België moeten duidelijk in hun context worden geplaatst voordat ze kunnen worden verspreid onder de betrokkenen (professionals, gebruikst-ers, politieke autoriteiten) en, in bredere zin, onder het grote publiek.

De werkgroep raadt ook aan om perinatale gegevens van structuren buiten de ziekenhuizen op te nemen in de epidemiologische rapporten van het SPE en het CEpiP. Een registratie van de uitkomsten van de geplande bevallingen buiten het ziekenhuis<sup>28</sup> maakt een vergelijking mogelijk met de gegevens uit kraamafdelingen, wat zou kunnen bijdragen aan een beter geïnformeerde kijk op bevallingen buiten het ziekenhuiskader.

### **c) Verdere reflectie over het (de) aan te nemen zorgmodel(len) aangaande seksuele en reproductieve gezondheid in België**

In het kader van het werk van de interfederale werkgroep werd de vraag gesteld welk zorgmodel<sup>29</sup> in België moet worden aangenomen om kwaliteitsvolle zorg te waarborgen en alle vormen van GOG te voorkomen. De discussie ontstond in de context van de promotie van het zorgmodel van de verloskundige voor perinatale zorg door de WHO<sup>30</sup>. Binnen de WG bestaat er geen consensus over de vraag of dit model volledig moet worden omgezet in de Belgische gezondheidsdiensten. Tijdens de discussie werd het belang naar voren gebracht van een zorgmodel met aandacht voor:

- De centrale plaats van de patiënten en hun noden;

---

<sup>28</sup> De registratie zou kunnen gebeuren volgens het principe van "intention to treat".

Het concept van "intention to treat" (ITT) is een statistische analysemethode die gebruikt wordt in gerandomiseerde klinische onderzoeken om de doeltreffendheid van een interventie te beoordelen. Volgens dit principe worden alle deelnemers die aanvankelijk aan een behandelingsgroep werden toegewezen, in de analyse opgenomen, ongeacht of ze zich aan de behandeling houden, van het protocol afwijken of in de loop van het onderzoek uitvallen. Meer informatie hier: Gupta, Sandeep K. (2011). "Intention-to-treat concept: A review", In *Perspectives in Clinical Research* 2(3), p. 109-112.

In de context van de verloskunde maakt de ITT-methode het mogelijk om alle geplande buiten het ziekenhuis geplande bevallingen in de analyse op te nemen, ongeacht de daaropvolgende gebeurtenissen, met name spoedtransporten naar het ziekenhuis. Dit voorkomt een grote vertekening die te maken heeft met het feit dat sommige bevallingen die aanvankelijk thuis gepland waren, uiteindelijk in het ziekenhuis plaatsvinden door complicaties. Door de gegevens volgens de ITT-methode te analyseren, krijgt men een nauwkeurigere, biasvrije schatting van de veiligheid en de resultaten van geplande bevallingen buiten het ziekenhuis, rekening houdend met de klinische realiteit dat niet alle trajecten plaatsvinden zoals gepland. Op deze manier weerspiegelt deze methode beter de werkelijke praktijk en maakt ze een eerlijke vergelijking van zorgmodellen mogelijk (thuisbevallingen versus ziekenhuisbevallingen), zonder de risico's van verplaatsingen of complicaties te overschatten of te onderschatten.

<sup>29</sup> Een "zorgmodel" verwijst naar een conceptualisering van hoe de diensten geleverd zouden moeten worden, inclusief de zorgprocessen, de organisatie van de zorgverleners en het beheer van de diensten, gebaseerd op de identificatie van de rollen en verantwoordelijkheden van de verschillende platformen en zorgverleners doorheen het zorgpad. WHO (2024), *Transitioning to midwifery models of care: global position paper*, p. ix.

<sup>30</sup> *Ibidem* en WHO (2025), *Implementation guidance on transitioning to midwifery models of care*, 152 p.

- Het partnerschap tussen zorgverleners en patiënten;
- De interprofessionele samenwerking;
- De rol van verloskundigen, vooral bij zwangerschappen met een laag risico;
- Doorlopende en geïntegreerde zorg.

De leden van de WG dringen er daarom bij de bevoegde autoriteiten op aan om het (de) zorgmodel(len) dat (die) momenteel gebruikt wordt (worden) in het kader van de seksuele en reproductieve gezondheid te evalueren en mogelijke verbeteringspunten te identificeren. Deze denkoefening moet worden uitgevoerd in samenwerking met alle betrokken partijen<sup>31</sup>, waarbij elke polarisatie moet worden vermeden, en in overeenstemming met de nationale en internationale aanbevelingen en wetenschappelijke gegevens. Tot slot moet dit ook gepaard gaan met voldoende financiering om het gekozen zorgparadigma op de lange termijn te ondersteunen.

### **3.7 Voldoende structurele financiering waarborgen voor de diensten en verenigingen die actief zijn op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid**

Het gebrek aan menselijke, materiële en financiële middelen in structuren voor seksuele en reproductieve gezondheidszorg is een van de structurele factoren van GOG. Het belemmert de ontwikkeling van beveiligde, kwalitatieve, continue zorg, waarin de noden van de patiënt·e centraal staan.

Financiering is dus een voorwaarde voor elke doeltreffende actie voor preventie en bestrijding van GOG. De verbetering van de arbeidsomstandigheden en de kwaliteit van de relatie tussen zorgverlener en patiënt·e en de concrete invoering van alle andere aanbevelingen zijn afhankelijk van voldoende financiering.

In dat opzicht heeft de werkgroep vier budgettaire prioriteiten vastgelegd:

- a) De consultaties financieel herwaarderden, om de tijd te kunnen waarborgen die nodig is voor hoogwaardige begeleiding, op maat van elke patiënt·e en waar luisteren, communicatie en de vertrouwensrelatie centraal staan.
- b) De middelen verhogen voor de initiële en voortgezette opleiding van professionals in de seksuele en reproductieve gezondheidszorg.
- c) Het aantal zorgverleners verhogen, vooral voor zwangerschapsafbreking, prenatale opvolging, tijdens de bevalling en in de postpartumperiode, met bijzondere aandacht voor het verhogen van het aantal vroedvrouwen in en buiten de ziekenhuizen, alsook hun verloning en werkomstandigheden.
- d) Een structurele, meerjarige financiering garanderen voor middenveldorganisaties die actief zijn op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid en die een essentiële rol spelen bij sensibilisering, opleiding, ondersteuning van kwetsbare groepen, vertegenwoordiging van patiënten en bijdragen aan onderzoek.

---

<sup>31</sup> Waaronder patiëntenverenigingen en verenigingen die actief zijn op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid.