



CONSEIL de l'Égalité des CHANCES ENTRE HOMMES ET FEMMES
RAAD VAN de Gelijke KANSEN VOOR MANNEN EN VROUWEN
RAT FÜR CHANCENGLEICHHEIT ZWISCHEN MÄNNER UND FRAUEN

Advies nr. 145, van 13 februari 2015, van de Raad van de Gelijke Kansen voor Mannen en Vrouwen betreffende de inkorting van het ziekenhuisverblijf na een bevalling

Inleiding

De federale regering heeft beslist om de gemiddelde duur van het ziekenhuisverblijf bij een “normale” bevalling in te korten met één dag. Dit idee werd in juni 2013 al geformuleerd in een ontwerpresolutie die werd ingediend in de Senaat door toenmalig senatrice en huidig Staatsecretaris bevoegd voor de Gelijke Kansen van mannen en vrouwen, Elke Sleurs. Het door de regering nagestreefde doel is het terugdringen van de ziekenhuiskosten bij een bevalling. Daarbij verwijst men enkel naar de verloskundige aspecten. Voor deze post voorziet de begroting van het RIZIV/gezondheidszorg een vermindering van de uitgaven met € 11.730.000 voor 2015.

Dit voorstel kwam voort uit de vergelijking met de duur van het kraamverblijf in de andere OESO-landen: in 2009 was de gemiddelde duur van een normale (vaginale) bevalling 4,1 dagen in België en Frankrijk of meer dan 5 dagen in Zwitserland, maar minder dan twee dagen in Nederland¹, het Verenigd Koninkrijk en Mexico. In België vereist een bevalling via keizersnede, waarvan het aandeel regelmatig toeneemt², een hospitalisatie van 6 à 7 dagen met een gemiddelde van 6,6 dagen volgens de aangehaalde studie³.

Ontwikkelingen

De Raad is verbaast dat een beslissing die enkel vrouwen treft aan geen enkele “gendertest” werd onderworpen en niet door een overleg met de vrouwenorganisaties of met de Raad voorafgegaan werd. Een paar zeldzame geprivilegieerde vrouwen, ongetwijfeld geïnspireerd door het beroemde schilderij van Ghirlandaio (XVde eeuw)⁴, zullen in de pers verklaren dat ze na de bevalling zo snel mogelijk naar huis willen. Dit kunnen ze nu al mits het akkoord van hun arts. Eëndagsbevallingen zijn zeldzaam en thuisbevallingen staan slechts in voor minder dan 2% van het totaal aantal bevallingen⁵.

Voor de meeste vrouwen is een kortere hospitalisatie dan ook een indirecte dwangmaatregel die ze als een straf zullen ervaren. Op het moment waarop de “sociale solidariteit” verheugd zou moeten zijn over een nieuwe geboorte, getuigt dit op zijn minst van weinig interesse voor de geboorte en het onthaal van het kind in de maatschappij.

¹ In Nederland gaat het om een specifieke situatie aangezien thuisbevallingen veel vaker voorkomen en de moederschapzorg veel uitgebreider is.

² Momenteel gebeuren meer dan 19% van de bevallingen via keizersnede.

³ Mutualités Libres, *Le coût hospitalier des accouchements en Belgique*, Bruxelles, novembre 2012.

⁴ Het betreft een post-partumscène van de geboorte van Johannes de Doper: de moeder ligt comfortabel in bed; een voedster geeft het kind de borst, een baadster maakt zich klaar om hem een bad te geven, een dienstster brengt de moeder versnaperingen, waaronder een karaf wijn, de gouvernante houdt alles in de gaten en een vroedvrouw en haar assistente zijn ook aanwezig, een bezoeker brengt een fruitschotel mee.

⁵ De lidstaten hebben een eigen beslissingsbevoegdheid om het volksgezondheidsbeleid te bepalen, zeker het beleid betreffende bevallingen in een ziekenhuis onder medisch toezicht of thuis bijgestaan door een gekwalificeerde vroedvrouw, zonder dat dit ingaat tegen artikel 8 van het EVRM ter eerbiediging van het privé familie- en gezinsleven (arrest van 11 december 2014, Dubska and Krejzová v. The Czech Republic (req. n° 28859/11 et 28473/12).

Van de begroting van het RIZIV naar het budget van de toekomstige moeders en hun gezin

De vermindering van de kost ten laste van de verzekering voor gezondheidszorgen zal zich automatisch vertalen in een verhoging van de uitgaven voor de moeder en haar gezin.

Met de kosten voor een normale bevalling voor de verzekering ten bedrage van € 2909, waarvan 60% verblijfskosten (de zogenaamde hotelkosten), zou de vermindering met één dag hospitalisatie de moeder het equivalent van € 367 kosten. De bevalling zelf kost al meer dan € 135 aan remgeld en € 960 aan diverse supplementen (honoraria, enz.).

Voor al deze nieuwe moeders zou een vervroegde terugkeer naar huis dus een aanzienlijke verhoging van de kost van het moederschap betekenen. Dit zal nog moeilijker zijn wanneer het gaat over moeders of gezinnen met een lage levensstandaard. Dit zorgt voor een “familiale privatisering” van kosten die momenteel theoretisch door de sociale zekerheid *verzekerd* worden. Voor veel vrouwen, waarvan sommigen al getroffen worden door andere besparingsmaatregelen (verlies of vermindering van werkloosheidsuitkering, enz.), zal elke geboorte een toename van het armoederisico inhouden.

Meer huishoudelijk werk voor de moeder

Het vroeger verlaten van het ziekenhuis betekent voornamelijk voor de moeder ook een voortijdige toename van het huishoudelijk werk dat een nieuwe geboorte met zich meebrengt. Eens terug thuis moet ze haar gewoonlijk gezinstaken terug opnemen, naasten ontvangen en de baby verzorgen. Het risico op een post-partumdepressie dreigt toe te nemen. De regering wijst op de noodzaak om de vervroegde terugkeer te begeleiden met gepaste hulp en diensten (vroedvrouwen⁶, kinesitherapie, dienstencheques...), maar de ervaringen uit het verleden met deinstitutionalisering (vermindering van bepaalde ziekenhuisbedden) zetten niet aan tot vertrouwen in deze snel vervagende beloften. In de jaren '80 beloofde een vorige regering bijvoorbeeld dat een deel van de besparingen uit de vermindering van de ziekenhuisbedden naar de thuishulp- en thuiszorgdiensten zou gaan. Deze diensten worden nog steeds erbarmelijk gesubsidieerd.

Onder de noodzakelijke voorwaarden voor een snellere terugkeer naar huis lijken de beleidsverantwoordelijken de potentiële rol van de andere ouder te hebben vergeten. De aanwezigheid van de andere ouder op het moment van de thuiskomst van het kind zou, op termijn, de standaard moeten zijn.

De bevalling zien binnen een complex sociaal, medisch en affectief traject

De Raad schaaft zich achter het advies van het KCE (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg), waarin de inkorting van de verblijfsduur in de kraamkliniek vooreerst de coördinatie van alle zorgverstrekkers vereist. Er moet een goede opvolging van de moeder en het kind georganiseerd worden om de continuïteit van de zorg van de prenatale tot de postnatale periode te waarborgen.

Het KCE stelt voor om initiatieven te ontwikkelen zoals “kraamzorg aan huis”, dat al gedeeltelijk in Vlaanderen georganiseerd wordt. Hierbij wordt hulp geboden bij het huishoudelijk werk, de verzorging van de baby, de opvang van de kinderen, de persoonlijke

⁶ In een persmededeling van 27 oktober 2014 verklaren de voornaamste Franstalige vroedvrouwenorganisaties zich bereid om hieraan mee te werken als hun functie geherwaardeerd wordt.

hygiëne enz. Volgens het KCE veronderstelt dit ook dat het beroep van vroedvrouw geherdefinieerd en geherwaardeerd moet worden om hen een ruimere toegang tot eerstelijnszorgen aan huis te bieden.

Ten slotte zou volgens het KCE een nieuwe financieringsvorm moeten gecreëerd worden om zich ervan te vergewissen dat een deel van de door de inkorting van het kraamverblijf vrijgekomen middelen daadwerkelijk toegewezen wordt aan deze nieuwe multidisciplinaire en plurilokale manier om de zorg voor en na de bevalling te organiseren.

In het rapport van het KCE wordt de vraag naar de ondersteuning bij borstvoeding vaak aangehaald maar amper uitgewerkt. De stuwning van de melk vindt plaats binnen de 2 à 4 of 5 dagen na de geboorte. In afwachting moet men zich ervan vergewissen dat de baby zich met voormelk voedt en na het aanvankelijke gewichtsverlies terug bijkomt. Als de moeder geen borstvoeding wenst te geven moeten haar medicijnen worden voorgeschreven om de lactatie te stoppen en moet de doeltreffendheid ervan nagegaan worden. Het pasgeboren kind en de moeder moeten rustig aan het nieuwe leven kunnen wennen. We weten niet voor welke categorieën van moeders (sociaal milieu, kennis van de taal, psychologie, enz.) en in welke mate deze postnatale zorgen “normaal” verlopen. De vrees bestaat dat de wens naar de rendabiliteit van de bedden (aantal bevallingen per bed per jaar in de kraamafdeling) ten koste gaat van het welzijn van de moeder en het pasgeboren kind wat een prioriteit vormt voor de leden van de Raad en ongetwijfeld voor de ouders.

Men moet ook rekening houden met het eventuele “pré- en postnataal geweld” en met de belangrijke rol die het perinataal onderzoek speelt in de preventie van dit geweld. Volgens vzw Zijn, moet men een onderscheid maken tussen het partnergeweld dat al aanwezig was voor de zwangerschap (voortduren van het risico op geweld), het geweld dat tijdelijk onderbroken wordt tijdens de zwangerschap (zwangerschap als beschermende factor) en het geweld dat start tijdens de zwangerschap (zwangerschap als risicofactor). De prevalentie van deze laatste relatie tussen zwangerschap en geweld is nog te weinig in België bestudeerd. Een studie van het OCMW van Brussel – wat deel uitmaakt van het ziekenhuis Saint-Pierre – stelt dat 11% van het partnergeweld verbonden is aan de zwangerschap. Volgens An-Sofie Van Parys en haar collega’s van de Universiteit van Gent liggen deze cijfers in Vlaanderen lager (nl. 3 – 8%)⁷. Dezelfde onderzoekers onderzochten de efficiëntie van de preventieve tussenkomsten tijdens de perinatale periode. Na het consulteren van verschillende internationale studies, konden ze bevestigen dat de zorg, vlak voor en na de bevalling, een onvervangbare rol speelt in de preventie van intrafamiliaal geweld dat samenhangt met de zwangerschap⁸.

Als voor de meeste vrouwen de bevalling een bron van vreugde is, blijkt dit het omgekeerde bij vrouwen die tijdens hun zwangerschap met de eerste gewelddaden te maken krijgen. Rekening houdend met dit risico blijkt de mogelijkheid van contact en toezicht tijdens het ziekenhuisverblijf van levensbelang voor moeders en pasgeborenen. Thuiszorg laat het moeilijker toe om moeders in nood te helpen die soms het ondergane geweld zullen verbergen omwille van angst voor de wraak van hun partner.

⁷ Zwangerschap & partnergeweld. Symposium ‘Geweld & Hulpverlening’, Jan Yperman, UGent, mei 2013.

⁸ An-Sofie Van Parys and al., Intimate Partner Violence and Pregnancy : A Systematic Review of Interventions, PLoS ONE 9 (1) : e85084 (janvier 2014)

De Raad vreest dat een verkorting van het kraamverblijf het geweld tegen vrouwen en kinderen zal doen stijgen door een vermindering van de preventieve effecten van het kraamverblijf.

De moederschapsverzekering verbeteren

De moederschapsverzekering ging van kracht op 1 januari 1991. De vrouwenorganisaties en de Commissie voor sociale emancipatie vroegen al geruime tijd dat het moederschap niet langer als een “arbeidsongeschiktheid” beschouwd en als dusdanig vergoed zou worden. Ze onderstreepten ook dat het gewaarborgd maandloon (bedienden) of weekloon (arbeidsters) ten laste van de werkgever een hinderpaal vormde voor de toegang tot de tewerkstelling van jonge vrouwen, in het bijzonder in ondernemingen met een grotendeels vrouwelijk personeelsbestand.

Sindsdien wordt het moederschapsverlof vanaf de eerste maand (de eerste 30 dagen) vergoed door de moederschapsverzekering, zowel voor arbeidsters als bedienden. Maar enkel deze eerste periode wordt berekend op basis van (82%) van het *niet-begrensde* verloren bruto maandloon, wat een volledige vervanging van het nettoloon waarborgt.

Vanaf de 31ste dag tot het einde van het moederschapsverlof daarentegen ontvangt een werkneemster niet meer dan 75% van haar brutoloon, dat op hetzelfde niveau *begrensd* is als voor de verzekering voor arbeidsongeschiktheid, zijnde momenteel € 131,6023/dag (6-dagenweek) of €157,9228/dag (5-dagenweek).

Hoewel zij instaan voor de hernieuwing van de intergenerationele solidariteit, krijgen alle vrouwen gedurende 11 weken van hun moederschapsverlof een vervangingsinkomen dat lager ligt dan hun gewoonlijke arbeidsinkomen. Dit inkomensverlies is nog meer uitgesproken bij vrouwen die een hoger inkomen hebben dan het plafond dat door het vervangingstarief wordt bepaald.

De Raad vraagt dat de regering beslist om het vervangingsinkomen tijdens deze tweede periode op te trekken naar dat van de eerste maand (30 dagen), dit wil zeggen naar 82% van het *niet-begrensd* brutoloon. Hij heeft deze vraag al meer dan 10 jaar geleden geformuleerd in zijn advies nr. 84 *betreffende de verloven ter bevordering van de combinatie van gezins- en beroepsleven*.⁹

⁹ Zie punt 3.4.2. van dit advies

Besluit

Als men zoekt naar besparingen in het domein van de gezondheidszorg en daarbij gebruik maakt van bezuinigingsmaatregelen, betreurt de Raad dat een dergelijke beperkende maatregel - welke zich toespitst op moeders - werd genomen zonder het gelijktijdig nemen van bijhorende en noodzakelijke maatregelen om het kind goed te onthalen in het gezin.

De Raad vreest dat het inkorten van het kraamverblijf na een normale bevalling bijna geen rekening zal houden met verschillende sociaaleconomische en culturele verschillen tussen moeders en afbreuk zal doen aan de maatregelen ter preventie van het geweld tegen vrouwen en zuigelingen die nochtans aanbevolen worden in het kader van het beleid ter bestrijding van intrafamiliaal geweld. In zijn advies nr. 132 van 9 december 2011 over de *publieke kost van partnergeweld*, vroeg de Raad aan de regering om een evaluatie te maken van het belang van de maatschappelijke kosten (waaronder deze die samenhangen met de gezondheidszorg) met betrekking tot dit geweld. De Raad is ervan overtuigd dat effectieve preventiemaatregelen voor een vermindering van deze maatschappelijke kosten zouden zorgen.

De Raad sluit zich aan bij de vraag van het KCE aangaande de organisatie van een “klinisch zorgpad” dat het geheel van zorgen voor en na de bevalling coördineert. Hij vraagt dat deze coördinatie van zorg en van geïntegreerde diensten geïntroduceerd wordt vooraleer men de verkorting van het kraamverblijf realiseert.

Tussen de initiatieven die onmiddellijk ingesteld of ontwikkeld moeten worden, moet men denken aan de principes van “kraamzorg aan huis” wat al bestaat in Vlaanderen of een “familiehotel” die aan bepaalde Zweedse ziekenhuizen grenzen. Daarnaast vindt de Raad het interessant om de good-practices van de wijkgezondheidscentra van het RIZIV verder te ontwikkelen om vroedvrouwen, gynaecologen en kinderartsen toe te voegen aan het GMD (Globaal Medisch Dossier) van de patiënt die er wordt ingeschreven vanaf zijn geboorte.

De Raad vraagt dat er een specifiek financieringsfonds gecreëerd wordt dat men subsidieert met de besparingen bij ziekenhuisverblijven. Dit dient op voldoende wijze de geboortes van kinderen te ondersteunen zodat dit geen nieuwe bron van sociaaleconomische ongelijkheid tussen gezinnen wordt.

De Raad vraagt om het belang van de rol van de andere ouder voor zijn kinderen vanaf hun geboorte te erkennen. Het vaderschapsverlof moet het voorwerp uitmaken van een analytische reflectie met als doel dit verplicht te maken.

De Raad vraagt om de redenering achter het moederschapsverlof te volgen door het bedrag van het vervangingsinkomen van de tweede verlofperiode te verhogen naar dit van de eerste periode.

De Raad vraagt dat de Staatssecretaris zich engageert om met de gemeenschappen en gewesten samen te zitten omtrent deze thematiek.