

Vanzelfsprekend veilig: Gynaecologen en verloskundigen in debat over de veiligheid van de thuisbevalling

Rita Struhkamp & Anja Krumeich

Waarom laait de discussie over de veiligheid van de thuisbevalling en het 'vervreemdende' karakter van de ziekenhuisbevalling telkens weer op? Uit analyse van standpunten van verloskundigen en gynaecologen in het debat over de thuisbevalling blijkt dat 'veiligheid' geen eenduidig begrip is, maar in de verschillende teksten op verschillende wijze tot stand komt. Gynaecologen verbinden veiligheid met constante bewaking en nauwkeurigheid, gewaarborgd door de inzet van medische technologie. Verloskundigen lokaliseren veiligheid daarentegen in lichamelijke, beleving en sociale verhoudingen. Daarom is consensus over wat wel of geen veilige bevalling is problematisch en hooguit van tijdelijke aard.

[thuisbevalling, ziekenhuisbevalling, veiligheid, controverse, Nederland, gynaecologie, verloskunde]

Bevallingen verlopen in Nederland anders dan in de rest van de Westerse wereld. In andere geïndustrialiseerde landen bevallen bijna alle vrouwen in het ziekenhuis. In Frankrijk bijvoorbeeld wordt iedere bevalling als 'hoog risico' beschouwd en vindt 99,5% van alle bevallingen plaats in het ziekenhuis onder meer opdat iedere bevalling geregistreerd kan worden met behulp van een CTG (foetale hartregistratie) (Pasveer en Akrich 1996). In Duitsland en de VS is de legale status van de thuisbevalling twijfelachtig en worden verloskundigen die thuisbevallingen leiden niet door de zorgverzekeraar vergoed. In West Europa en de VS is het bijna vanzelfsprekend geworden om in het ziekenhuis te bevallen. In Nederland onderscheidt men daarentegen hoge en lage risico bevallingen. Bij een verhoogd risico komt de baby in het ziekenhuis ter wereld. Bij een laag risico heeft men de keuze voor de polikliniek of thuis. Uiteindelijk bevalt 30% van de vrouwen thuis. Op advies van een speciaal daartoe ingestelde onderzoekscommissie beschermt en ondersteunt de Nederlandse overheid de thuisbevalling sinds het eind van de jaren tachtig (Ministerie van VWC 1989). De thuisbevalling heeft in Nederland mede door dit overheidsbesluit een vaste plaats in de verloskunde. Noch de Nederlandse noch de bevallingspraktijken elders lijken nog ter discussie te staan.

Toch is de positie van de Nederlandse thuisbevalling noch die van de buitenlandse ziekenhuisbevalling zo stabiel als men op basis van allerlei wetten en voorschriften zou

vermoeden. Zowel in het buitenland als in Nederland wordt kritiek geuit op de bestaande praktijk. In de VS wijzen met name feministische auteurs al geruime tijd op het medicaliserende karakter van bevallingen. Zij pleiten voor alternatieve vormen van bevallen, waaronder de thuisbevalling. De Britse regering heeft in 1993 het rapport "Changing childbirth" uitgebracht waarin zij zich voor 'minder ziekenhuisbevallingen' sterk maakt. In Nederland blijft ondanks het substantiële aantal bevallingen thuis, de thuisbevalling omstreden. In verschillende tijdschriften verschijnen, ondanks het overheidsbeleid nog regelmatig artikelen die de wenselijkheid van de thuisbevalling in twi- fel trekken. In 1996 is in Utrecht een symposium gehouden met de titel "The Dutch system of obstetrical care: relic or example?" (Essed en Zwartsenburg 1996).

Hoe kan het dat het debat over de thuisbevalling, ondanks dat er schijnbaar duidelijke afspraken worden gemaakt en er schijnbaar stabiele praktijken ontstaan, nog steeds niet is beslecht? Waarom laait de discussie over de beste plaats van bevallen steeds weer op? Om deze vraag voor de Nederlandse situatie te beantwoorden zijn uitgangspunten, argumenten en vanzelfsprekendheden in het debat over de thuisbevalling in Nederland nader bestudeerd. Een aangrijpingspunt in deze studie is de manier waarop de veiligheid van de bevalling in de betogen van de deelnemers aan het debat vorm krijgt. De analyse van veiligheid maakt inzichtelijk waarom consensus over de thuisbevalling haast onmogelijk is.

Voor deze analyse zijn de laatste 18 jaargangen van twee relevante Nederlandse tijdschriften onderzocht. Het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde is geselecteerd omdat het een indruk geeft van het geneeskundige standpunt in deze discussie en het Tijdschrift voor Verloskundigen omdat het de belangrijkste spreekbuis voor verloskundigen is. Tevens is gekeken naar artikelen over de Nederlandse thuisbevalling in internationale tijdschriften over reproductieve geneeskunde.

Over het algemeen blijken verloskundigen zich als voorstanders van de thuisbevalling te profileren terwijl gynaecologen een tegenpositie innemen. De gynaecologen worden in hun positie tegen de thuisbevalling ondersteund door onderzoekers van het Centraal Bureau voor Statistiek (CBS), zoals blijkt uit enkele publicaties in de jaren zeventig en tachtig. Ook de verloskundigen krijgen versterking. In de loop van de geschiedenis heeft een klein aantal gynaecologen zich als medestander van de verloskundigen ontpopt. Vooral gynaecologen die aan het hoofd van opleidingen voor verloskunde stonden maakten deel uit van de dissidenten. Deze directeuren waren krachtige bondgenoten voor de voorstanders van de thuisbevalling. Een bekend voorbeeld was de Amsterdamse hoogleraar in de obstetrie en gynaecologie en tevens voormalig hoofd van de Amsterdamse vroedvrouwenschool, Kloosterman. Hoewel dus niet alle gynaecologen de thuisbevalling afwijzen en niet alle verloskundigen per definitie voor de thuisbevalling pleiten zal voor de overzichtelijkheid in dit artikel worden gesproken over 'de gynaecologen' als de tegenstanders van de thuisbevalling zijn bedoeld en over 'de verloskundigen' als de voorstanders ter sprake komen.

De gynaecologen: constante bewaking

In de jaren zeventig wordt veiligheid van de bevalling onder gynaecologen vaak gelijk gesteld met de perinatale sterfte. Deze maat ontstaat door het aantal sterfgevallen onder pasgeboren baby's per duizend levendgeborenen te berekenen.

In zijn "Pleidooi voor bevallen in het ziekenhuis" (1980) wijst Eskes op het belang van de perinatale sterfte bij de beoordeling van bevallingen. Een sterftecijfer van nul kenmerkt volgens hem een ideale geboortepraktijk. Uit de gepubliceerde cijfers voor de thuisbevalling blijkt echter dat de sterfte "significant van nul" afwijkt. De thuisbevalling is daarom onveilig en dient verworpen te worden.

Hoogendoorn (1978) bepleit evenals Eskes het gebruik van perinatale sterftecijfers in de beoordeling van bevallingen:

Het lijkt van belang mee te delen dat de partiële correlatiecoëfficiënt voor het verband tussen de hospitalisatie van de barenden enerzijds en de perinatale sterfte anderzijds voor de drie beschouwde tijdvakken werd berekend als $r = -0,74$, resp. $r = -0,54$ en $r = -0,66$. [...] Deze waarueming geeft enige steun aan de veronderstelling dat het in dit artikel aan de orde gestelde verband causaal mag worden genoemd (Hoogendoorn 1978: 1177).

Veiligheid is volgens auteurs als Eskes en Hoogendoorn een epidemiologische maat, te berekenen aan de hand van geregistreerde sterftegevallen. Veiligheid wordt beoordeeld met behulp van statistische berekeningen. Percentages, stijgingen en dalingen geven volgens gynaecologen inzicht in de wenselijkheid van de plaats van bevallen:

Er lijkt enige reden te bestaan om te veronderstellen dat een verdere toeneming van de hospitalisatie van de barenden een verdere daling van de perinatale sterfte met zich zal brengen, vooral in provincies waar het percentage vrouwen dat in een ziekenhuis bevalt, betrekkelijk laag is (Hoogendoorn 1978: 1171).

In het begin van de jaren tachtig wordt veiligheid van de bevalling niet meer slechts in epidemiologische termen uitgedrukt. Nieuwe parameters voor de beoordeling van de bevalling worden geïntroduceerd. Met deze nieuwe veiligheid begint de techniek een duidelijke rol in de discussie te spelen.

Een voorbeeld voor deze verschuiving in het denken van de gynaecologen over veiligheid is de studie van Eskes et al. uit 1981. Zij onderzoeken de bloedgaswaarden van het kind tijdens de bevalling. Deze bloedgaswaarden zijn volgens de auteurs indicatoren voor foetale acidose of hypoxie en zouden derhalve goede graadmeters zijn voor de veiligheid van de bevalling. Acidose en hypoxie hangen samen met een verminderde zuurstofvoorziening van de baby en voorspellen mogelijk afwijkingen in het centrale zenuwstelsel en latere gedragsafwijkingen bij kinderen. Zij baseren hun hypothesen onder meer op dierproeven met apen:

Acidosis and hypoxia can lead to damage of the central nervous system in monkeys (Eskes et al. 1981: 405).

Dierproeven en kwantitatieve studies met een groot aantal metingen tijdens de bevalling zijn het gereedschap waarmee gynaecologen de vraag naar de veiligheid van de thuisbevalling aanpakken:

The outcome was measured by pH, pCO₂, and base deficit in arterial cord blood (early morbidity) and by neurological examination with Prechtl's method (late morbidity) (Lievaart en De Jong 1982: 376).

All samples were analyzed in the hospital within 75 minutes after birth on a 940 AVL automatic gas check apparatus for pH, pO₂ (kPa), pCO₂ (kPa) and base excess (BE, in mmol/liter) (Eskes et al. 1981: 405).

Op basis van de analyse van een groot aantal laboratoriumgegevens concluderen Eskes et al. (1981: 408):

We conclude therefore [...] that continuous fetal surveillance and monitoring results in less acidotic gas values of umbilical cord blood in hospital deliveries as compared to home delivery.

De betere resultaten van de bevalling in het ziekenhuis zijn volgens Eskes et al. dus rechtstreeks toe te schrijven aan de nauwkeurige registratie. Minder acidotische gaswaarden worden naar voren gebracht als het directe resultaat van het registreren van bloedgaswaarden door middel van een apparaat. De gynaecologen hebben een belangrijke bondgenoot gevonden: de techniek. Lievaart en De Jong trekken dezelfde conclusies als Eskes et al. uit hun onderzoek:

The better outcome of the infants born in the hospital under the care of a gynaecologist is most probably (also) due to the tools of surveillance used in the supervision of the deliveries, i.e., electronic monitoring and determination of fetal scalp blood pH, and the capability to perform a cesarean section (Lievaart en De Jong 1982: 385).

Lievaart en De Jong benadrukken niet de daadwerkelijke interventies die in het ziekenhuis plaatsvinden maar de *mogelijkheid* tot ingrijpen. Elektronische bewaking en bepaling van bloed-pH zijn van groot belang wanneer het om een goed geboorteresultaat gaat.

De tegenstanders van de thuisbevalling maken een vanzelfsprekende koppeling tussen registratie en veiligheid van de bevalling. Zij laten in hun betogen niet zien welke mechanismen leiden tot een veiligere bevalling, veiligheid *is* registratie. Deze redenering betekent in haar consequentie dat elke bevalling onder constante controle van apparaten zou moeten plaatsvinden om veilig te zijn. Dit is in Nederland niet het geval. Men kent hier een systeem van risicoselectie. Vrouwen met een laag risico op een pathologische bevalling moeten thuis of poliklinisch bevallen. Zij hebben niet de mogelijkheid om te kiezen voor een klinische bevalling onder leiding van een gynaecologen met inzet van registrerende apparatuur. Een poliklinische bevalling is in feite een bevalling waarbij de slaapkamer van de aanstaande moeder is verhuurd voor een kamer in het ziekenhuis. Ook hier wordt geen gebruik gemaakt van de door gynaecologen zo belangrijk geachte medische apparatuur. In feite stellen de gynaecologen dat de poliklinische bevalling net zo onveilig is als een thuisbevalling. *Elke* vrouw zou volgens

de gynaecologische positie in de verloskamer onder toezicht van gynaecologen en apparaten moeten bevallen.

De medische technologie en haar inzet bij de bevalling vormt vanaf dit moment een belangrijk punt in de discussie over de bevalling. Een veilige bevalling is volgens de tegenstanders van de thuisbevalling alleen gewaarborgd als er continu geregistreerd wordt:

Het foetale cardiogram (CTG) kan continu worden gemaakt zowel tijdens de zwangerschap met uitwendige (indirecte) methoden als tijdens de baring met inwendige (directe) methoden. Met behulp van EFB [elektronische foetale bewaking] kunnen, onafhankelijk van het feit of er al dan geen weeën zijn, [...] nauwkeurige gegevens worden verzameld [...]. Door de registratie van de EFB is van de barenden te allen tijde een objectief document van de foetale neurale en circulatoire conditie beschikbaar, zowel voor onderzoek als voor eventuele retrospectieve evaluatie (Eskes 1980: 184-85).

Zoals de thuisbevalling in Nederland op dit moment georganiseerd is kan deze dus per definitie niet veilig zijn. Apparaten zijn niet aanwezig en de bewakingsmethoden die een verloskundige ter beschikking staan zijn onacceptabel in het denkbeeld van gynaecologen waar betrouwbare cijfers de gouden standaard vormen. De "traditionele bewakingsmethoden" (Eskes 1980: 184), zoals de controle van "het verschijnen van meconium en de intermitterende auscultatie van de foetale hartfrequentie" zijn volgens Eskes onnauwkeurig en onbetrouwbaar:

In de literatuur heerst geen eenstemmigheid over de betekenis van meconiumhoudend vruchtwater, behalve in extreme gevallen [...]. Intermitterende auscultatie van de foetale hartfrequentie heeft een groot aantal nadelen in vergelijking met de continue registratie van de foetale hartfrequentie die gebruik maakt van de afstand (in msec.) tussen twee R-toppen van het foetale electrocardiogram:

1. grote meetfouten [...],
2. een toename van de fout in de meting buiten de normale foetale hartfrequentie van 120-160 slagen per minuut,
3. de onmogelijkheid om de foetale hartfrequentie te beluisteren tijdens de uteruscontractie,
4. het ontbreken van een objectieve registratie van de foetale conditie tijdens de baring (Eskes 1980: 184).

De nauwkeurigheid waarmee een apparaat waarden vaststelt kan door een verloskundige nooit worden bereikt. Veiligheid betekent volgens gynaecologen bewaking, controle, nauwkeurigheid en betrouwbaarheid. Deze attributen ontbreken bij een thuisbevalling.

Opvallend in het betoog van gynaecologen is verder de afwezigheid van de vrouw, de moeder en het kind. In hun artikelen schrijven zij over de "bepaalde bloedgaswaarden", "the occurrence of 10 neurologically nonoptimal infants" (Lievaart en De Jong 1982: 376) en over de "lijn van de doodgeboorte" en de lijn van de "totale perinatale sterfte" (Hoogendoorn 1986: 1436). In artikelen over de veiligheid van de bevalling wordt gebruik gemaakt van een vocabulaire dat afstand doet van concrete personen en

steun vindt in technische, statistische en medische termen. De 'objectieve' taal die in de artikelen van de gynaecologen wordt gehanteerd komt overeen met het beeld van veiligheid dat medici hebben. Veiligheid is alleen mogelijk in een omgeving waar gegevens met behulp van technologie worden geproduceerd en nauwkeurig worden vastgelegd. Binnen dit beeld van veiligheid past een taal die uitgaat van cijfers, tabellen en curven en niet van vrouwen en huilende kinderen. De verloskundigen maken geen deel uit van dit medisch-technologische discours. Hoe krijgt hun betoog vorm en waarop bouwen zij hun veiligheid?

De verloskundigen: lichaam, beleving en sociale verhoudingen

Verloskundigen hebben een ander beeld van veiligheid dan gynaecologen. Veiligheid krijgt in hun artikelen vorm op individueel niveau, op het niveau van de barendes vrouw en haar kind, de verloskundige en de vader. Een epidemiologische maat als perinatale sterfte wordt door verloskundigen pas na enige aarzeling geaccepteerd en dan ook slechts als "één van de graadmeters van de kwaliteit van de verloskundige zorg" (Lems et al. 1994: 14). Verloskundigen wantrouwen statistische cijfers. Pas als een casus uit de statistieken te voorschijn komt krijgen cijfers betekenis:

Bij deze groep vrouwen was de perinatale sterfte 1,1 op duizend. Dit sterfgeval deed zich voor in het ziekenhuis na overplaatsing. Er bestond geen verband met het feit dat de baring thuis begonnen was (Kloosterman 1980: 191-192).

Statistieken hebben voor verloskundigen pas een waarde als zij in een specifieke situatie beoordeeld kunnen worden. Beoordeling en inschatting van statistische risico's in een concrete context zijn belangrijker dan een betekenisloos cijfer:

De risico-inschattingen dienen uiteraard op wetenschappelijke gronden te worden gemaakt. Belangrijker is echter of de betreffende risico's wel of niet adequaat door de eerste lijn kunnen worden opgevangen (Van der Hulst 1996: 30).

Gynaecologen creëren veiligheid door te registreren. Verloskundigen, zoals blijkt uit het citaat van Van der Hulst, zoeken de veiligheid van de bevalling in de vraag of door verloskundigen adequaat gereageerd kan worden als zich problemen voordoen. Verloskundigen vestigen de aandacht niet op het feit dat zij even nauwkeurige cijfers en bloedgaswaarden kunnen produceren als een machine in de verloskamer maar op het feit dat zij in staat zijn de vereiste hulp te verlenen bij een normale bevalling:

Midwives are fully qualified and licensed to provide independent care during normal pregnancy and childbirth (Van Alten et al. 1989: 656).

Veiligheid is niet het risico zelf maar een adequate inschatting en omgang met het betreffende risico, het wel of niet ingrijpen.

Naast de nadruk die verloskundigen in tegenstelling tot gynaecologen leggen op inzicht in het specifieke verloop van individuele bevallingen verdedigen verloskundigen de veiligheid van de thuisbevalling op heel andere gronden. Zij maken in hun

studies geen gebruik van bloedgaswaarden en laboratoriumgegevens maar leggen vragenlijsten voor aan vrouwen en verloskundigen. Wiegiers en Berghs verwerken in hun studie "niet alleen medische gegevens", maar "ook de meningen, gevoelens, behoeften en belevingen van de (aanstaande) moeders" (Wiegiers en Berghs 1994: II). In de inleiding van hun onderzoeksrapport wordt deze keuze als volgt gemotiveerd:

De verloskundigen konden zich er ook niet mee verenigen dat de meest belanghebbende, de (aanstaande) moeder, nauwelijks betrokken was in de meeste onderzoeken, behalve in statistieken (Wiegiers en Berghs 1994: I).

Het gebruik van vragenlijsten in plaats van epidemiologische sterftecijfers of bloedgaswaarden weerspiegelt de verloskundige opvatting dat de vrouw en haar kind als geheel en als individuen in het centrum van de bevalling staan. Als het met de moeder of het kind (in plaats van met de pH) goed gaat dan is de bevalling veilig en dan kan deze ook thuis plaats vinden.

Verloskundigen benadrukken dat aanstaande moeders in ziekenhuizen tot patiënten worden:

Gevreesd werd dat in Nederland de internationale trend gevolgd zou gaan worden door iedere barende als een patiënt te beschouwen en haar bijgevolg met morele, financiële en maatschappelijke maatregelen te dwingen in het ziekenhuis te bevallen (Wiegiers en Berghs 1994: I).

Het ziekenhuis als instituut voor behandeling van pathologie botst met het verloskundig idee van een bevalling als een natuurlijk, normaal en niet-pathologisch proces.

Kortom: een volmaakt spontaan verlopende bevalling zonder enig ingrijpen van buitenaf, als uiting van het feit dat ook bij de mens het geboorteproces in principe behoort tot het gebied van de normale levensverrichtingen zoals ademen, denken, binnemen, zwanger maken en zwanger worden, een dergelijke bevalling moet nagestreefd worden (Kloosterman 1980: 196).

Schoon verwoordt dit contrast tussen het natuurlijke geboorteproces en de ziekenhuisomgeving waar dit proces geherdefinieerd wordt in termen van ziekte. Zij spreekt liever van een "ziekenhuisbevalling om niet-medische redenen" dan van een "poliklinische bevalling". Deze benaming geeft volgens haar beter aan waar het om gaat, "[n]amelijk dat een gezonde zwangere in een ziekenhuis gaat bevallen" (Schoon 1995: 183).

Vrouwen worden in de ogen van verloskundigen tot patiënten als zij in ziekenhuizen bevallen. De inzet van technologie speelt in dit proces een belangrijke rol. De techniek krijgt evenals bij de gynaecologen een centrale plaats in de vertogen van verloskundigen. Volgens de verloskundigen bieden de technologische mogelijkheden in het ziekenhuis echter geen garantie voor de veiligheid van de bevalling maar vormen deze een gevaar, een bedreiging voor de bevalling:

Uit de lauden om ons heen weten wij hoe de bevalling gemedicaliseerd raakt als er geen thuisbevallingen meer zijn (Schoon 1995: 184).

Onder de sleutelbegrippen medicalisering en hospitalisering vatten verloskundigen de negatieve consequenties van een bevalling in het ziekenhuis samen. Net als gynaecologen bewaking en registratie onprobleematisch koppelen aan een beter geboorteresultaat representeren medicalisering, hospitalisering en technologie in de ogen van verloskundigen als vanzelfsprekend een gevaar voor bevallingen.

Wanneer de huisbevalling als officieel erkende en deskundig begeleide mogelijkheid niet meer bestaat en de ziekenhuizen (en de specialist-obstetricki) een monopolie verworven hebben, bestaat het gevaar dat geleidelijk aan de verloskundige praktijkvoering verandert en steeds meer beheerst wordt door de technologie. Het grote ziekenhuis vraagt om vaste regels, om aanpassing van de werklust aan de beschikbare mogelijkheden ten aanzien van personeel en apparatuur, kortom om beheersing van een proces dat van nature gekenmerkt wordt door een vrij grote mate van onvoorspelbaarheid en grote individuele variaties (Kloosterman 1980: 194).

Kloosterman spreekt van gevaren en beheersing door technologie zonder concreet aan te geven waarin het gevaar in zijn ogen bestaat: "[i]eder overbodig ingrijpen (anesthesie, episiotomie, kunstverlossing)" kan "het risico voor moeder en kind alleen maar verhogen" (Kloosterman 1980: 196). Waaruit dit risico bestaat blijft onduidelijk. Wiegers en Berghs gaan in hun citaat wel meer in op de aard van de bedreiging die medicalisering vormt:

Er doemde een beeld op van steeds verder gaande medicalisering, van steeds meer medische interventies, met daaraan verbonden risico van iatrogene schade (Wiegers en Berghs 1994: 1).

Een gemedicaliseerde bevalling betekent volgens verloskundigen een gevaar voor het lichaam van de vrouw. Bij een gemedicaliseerde bevalling wordt vaker ingegrepen en dit kan 'iatrogene schade' veroorzaken. Hoewel hier de richting wordt aangegeven waar men de gevaren van de gemedicaliseerde bevalling moet zoeken, blijft ook hier in het midden wat vrouwen overkomt wanneer zij 'iatrogene schade' oplopen. Waar gynaecologen niet eens een poging doen om uit te leggen hoe de relatie tussen registratie van de bevalling en 'een beter geboorteresultaat' verloopt, doen verloskundigen voorzichtige stappen in de richting van een meer concrete invulling van de gevaren van medicalisering.

Verloskundigen beschrijven behalve lichamelijke ook psychologische gevolgen van medicalisering en hospitalisering:

Wij zien dan ook bij totale hospitalisatie het aantal inleidingen van de baring toenemen, evenals het aantal kunstverlossingen, terwijl de zelfwerkzaamheid van de vrouw steeds meer wordt onderdrukt (Kloosterman 1980: 194).

Inleidingen en kunstverlossingen, volgens Kloosterman een direct en logisch gevolg van hospitalisering, grijpen in op de psyche van bevallende vrouwen. Hiermee introduceren verloskundigen een nieuwe dimensie van de veilige bevalling: de psychologische veiligheid. Volgens verloskundigen willen veel vrouwen "de geboorte van hun kind bij voorkeur als een scheppende daad" beleven (Kloosterman 1980: 194). Een

bevalling moet bij vrouwen een gevoel van zelfwerkzaamheid en zelfrespect ondersteunen:

Het zelfrespect van de vrouw die zonder hulp van buitenaf haar kind ter wereld bracht neemt toe (Kloosterman 1980: 196).

De voordelen van een thuisbevalling liggen "vooral op het gebied van geestelijke volksgezondheid" (Kloosterman 1980: 196). De thuisbevalling speelt volgens verloskundigen in op de behoeften van vrouwen en verhoogt op deze manier de tevredenheid van vrouwen:

In een gemeenschap waarin de vrouw zich aan een [...] star ziekenhuisregime kan onttrekken door thuis te blijven [...] zal men rekening blijven houden met de door de consument naar voren gebrachte wensen en verlangens [...] (Kloosterman 1980: 194).

Verloskundigen laten zien waar volgens hen de schoen van de ziekenhuisbevalling knelt: op het fysieke en psychologische welzijn van de barendende vrouw.

Verloskundigen breiden hun veiligheid van het lichaam via belevingen verder uit naar de sociale context. Een veilige bevalling sluit aan bij en ondersteunt de sociale verhoudingen. Een thuisbevalling beantwoordt in hun ogen aan dit beeld:

Behalve dat een thuisbevalling veilig is heeft deze ook voordelen. Eén daarvan wil ik benoemen en wel het feit dat er een vloeiende overgang van de zwangerschap naar het ouderschap kan plaatsvinden. Thuis gaat de bevalling zo gemakkelijk over in het kraambed. Moeder en kind, vader en kind en ouders en kind worden niet van elkaar gescheiden. *Het tegendeel vindt thuis plaats: met z'n drieën in één bed. Tijd en gelegenheid om aan elkaar te wennen en van elkaar te genieten* (Schoon 1995: 183).

Vrouwen moeten volgens verloskundigen hun eigen wensen kunnen realiseren en de omgeving moet ervoor zorgen dat de mogelijkheden ervoor worden geschapen. De thuisbevalling is in de ogen van verloskundigen "een organisatievorm waarbinnen een maximale veiligheid gecombineerd wordt met een maximale vrijheidsgraad voor de aanstaande moeder." De moeder kan bij de thuisbevalling "de omstandigheden waaronder de geboorte zal plaatsvinden" zelf bepalen (Kloosterman 1980: 195).

Een thuisbevalling kan het veiligheidsideaal van zelfwerkzaamheid en autonomie garanderen. In de thuissituatie kan in tegenstelling tot het ziekenhuis de privacy van de aanstaande moeder en vader gerealiseerd worden:

Het is zelfs de vraag of er op de wereld nog gemeenschappen bestaan die zo rijk zijn dat zij in het kader van een groot ziekenhuis de privacy kunnen garanderen die in een eenvoudige omgeving thuis vanzelfsprekend is (Kloosterman 1980: 195).

De vraag waarom privacy zo belangrijk is voor een bevallende vrouw blijft echter onbesproken. Privacy maakt een bevalling simpelweg veilig, het belang van privacy staat in het discours van vroedvrouwen vast.

Veiligheid is in het verloskundig vertoog gericht op individuen, vrouwen, kinderen, mannen en vroedvrouwen. Veiligheid gaat over meningen en gevoelens en omvat licha-

men, belevingen en sociale verhoudingen. Een thuisbevalling is volgens verloskundigen veilig, een bevalling in het ziekenhuis niet.

Conclusie: verschillende veiligheden

In het debat over de thuisbevalling tussen gynaecologen en verloskundigen gaat het over verschillende veiligheden. De verloskundige gaat uit van de individuele moeder, haar nog ongeboren kind en mogelijk de vader. Deze veiligheid speelt zich af op het fysieke en psychologische vlak en figureert in een concrete sociale context. De gynaecologische veiligheid bestaat uit constante bewaking, controle en registratie door middel van apparaten. Zij ontstaat met de productie van nauwkeurige, betrouwbare en controleerbare cijfers.

De methoden waarmee beide partijen hun veiligheden creëren verschillen. Gynaecologen beroepen zich op statistieken en bloedgaswaarden. Zij doen dierproeven, produceren in hun laboratoria cijfers, berekenen correlaties en trekken hieruit hun conclusies. Verloskundigen daarentegen wantrouwen statistieken en prefereren vragenlijsten voor verloskundigen en de aanstaande moeders. Zij hechten waarde aan meningen, belevingen en gevoelens die zij in hun onderzoek verwerken.

Verloskundigen en gynaecologen redeneren, schrijven en opereren op verschillende manieren. Beide partijen hanteren een eigen logica en eigen vanzelfsprekendheden die geen verdere uitleg behoeven. Omdat zij elkaars taal niet spreken en elkaars argumenten niet erkennen, gaan zij in deze discussie over de optimale plaats van bevallen ook niet in op elkaars argumenten. Nergens in de onderzochte wetenschappelijke publicaties bekritisieren verloskundigen de, in epidemiologische kringen overigens omstreden, bewijslast verkregen door het vergelijken van perinatale sterftecijfers. Geen verloskundige plaatst vraagtekens bij de automatische koppeling tussen registratie en een beter geboorteresultaat. Anderzijds verdedigen gynaecologen zich niet tegen de weinig concrete aanklacht van 'medicalisering' van de bevalling in het ziekenhuis. Zij gaan niet in op de beschuldiging van verhoogd risico op 'iatrogene schade' bij een bevalling in het ziekenhuis. Verloskundigen en gynaecologen bewegen zich uitsluitend binnen de grenzen van het eigen vertoog en onderzoeken en schrijven vanuit dat kader.

De verschillende manier waarop de twee debatterende partijen 'veiligheid' construeren, maakt overeenstemming over de vraag of de thuisbevalling veilig is onmogelijk. De partijen gaan niet werkelijk met elkaar in debat en consensus wordt daarmee onbereikbaar.

Ogenscheinlijke oplossingen in het conflict over de thuisbevalling zijn derhalve niet blijvend, niet stabiel. De discussie die in de jaren tachtig tot een einde leek te komen laait telkens weer op. Het advies van een door de overheid samengestelde commissie (Adviescommissie Verloskunde 1987) over de verloskundige zorg in Nederland heeft niet de verwachte consensus gebracht. Hoewel de regering naar aanleiding van het rapport van de commissie de thuisbevalling officieel gaat steunen, zich als bondgenoot van de verloskundigen opwerpt en het pleit in het voordeel van de thuisbevalling lijkt te beslechten, blijft de discussie doorgaan. Het debat is aan het eind van de jaren tachtig

niet beslecht maar slechts tijdelijk naar de achtergrond geschoven. Tot op heden vinden symposia plaats over de veiligheid van thuis- dan wel ziekenhuisbevallingen. De gynaecologen proberen telkens opnieuw het tij te keren want de uitgangspunten waarop de argumenten van verloskundigen en beslissingen van de overheid gebaseerd zijn passen niet in het gynaecologische beeld van veiligheid.

Welke kant het uiteindelijk op zal gaan met de thuisbevalling in Nederland valt, gezien het voorafgaande, niet met zekerheid te zeggen. Verloskundigen evenals gynaecologen zullen proberen een stabiel netwerk te bouwen met sterke bondgenoten. De overheid, maar ook aanstaande moeders en vaders, opleidingsinstituten, epidemiologen en verzekeraars krijgen een plaats in die netwerken. Hoe de netwerken er precies uit gaan zien en of ze sterk genoeg zullen blijken om de ander voorgoed het zwijgen op te leggen is nu niet te voorspellen. Beelden van veiligheid zullen daarbij in ieder geval een belangrijke rol blijven spelen.

Noot

Rita Struhkamp studeert Theorie van de Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Maastricht en is werkzaam bij de vakgroep Gezondheidsethiek en Wijsbegeerte als student-assistent. Zij doet momenteel in het kader van haar afstuderen een onderzoek naar de constructie van pijn in de verhalen van vrouwen, hun partners, gynaecologen en verloskundigen.

Anja Krumeich, medisch antropologe, is als universitair docent verbonden aan de Faculteit Gezondheidswetenschappen van de Universiteit Maastricht. Zij heeft onderzoek gedaan naar vrouwen en gezondheid op Dominica en houdt zich tegenwoordig bezig met interculturalisatie en thema's rond zwangerschap en bevalling.

Adres van beide onderzoekers: Universiteit Maastricht, Faculteit Gezondheidswetenschappen, Vakgroep Gezondheidsethiek en Wijsbegeerte, postbus 616, 6200 MD, Maastricht (E-mail: Anja.Krumeich@gw.unimaas.nl).

Literatuur

Adviescommissie Verloskunde

1987 *Verloskundige organisatie in Nederland: Uniek, bewonderd en verguisd*. Rijswijk.

Alten, D. van, M. Eskes, & P.E. Treffers

1989 Midwifery in the Netherlands. The Wormerveer study: selection, mode of delivery, perinatal mortality and infant morbidity. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 96: 656-62.

Eskes, T.K.A.B.

1980 Bevalllen thuis of in het ziekenhuis: Pleidooi voor bevallen in het ziekenhuis. In: A. Querido & J. Roos (red.), *Controversen in de geneeskunde*. Utrecht: Bunge, pp. 180-90.

- Eskes, T.K.A.B., H.W. Jongsma & P.C.W. Houx
 1981 Umbilical cord gases in home deliveries versus hospital-based deliveries. *The Journal of Reproductive Medicine* 26: 405-8.
- Essed, G.G.M. & M.M.S. Zwartsenburg
 1996 Verloskundige zorg in Nederland: Voorsprong of achterstand? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 140: 1280-82.
- Hoogendoorn, D.
 1978 De relatie tussen de hoogte van de perinatale sterfte en de plaats van bevalling: Thuis dan wel in het ziekenhuis. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 122: 1171-78.
 1986 Indrukwekkende en tegelijk teleurstellende daling van de perinatale sterfte in Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 130: 1436-40.
- Hulst, L. van der
 1996 "Je moet een stevig systeem hebben opgebouwd, wil je de thuisbevalling kunnen handhaven." Interview met scheidend hoogleraar prof. dr. J. Bennebroek Gravenhorst. *Tijdschrift voor Verloskundigen* 21: 29-33.
- Kloosterman, G.J.
 1980 Bevallén thuis of in het ziekenhuis: Pleidooi voor de mogelijkheid tot de bevalling thuis. In: A. Querido & J. Roos (red.), *Controversen in de geneeskunde*. Utrecht: Bunge, pp. 191-97.
- Lems, A.A. et al.
 1994 De LVR en de perinatale sterfte. *Tijdschrift voor Verloskundigen* 19: 10-14.
- Lievaart, M. & P.A. de Jong
 1982 Neonatal morbidity in deliveries conducted by midwives and gynaecologists: A study on the system of obstetric care prevailing in The Netherlands. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 144: 376-86.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Cultuur
 1989 *Regeringsstandpunt Adviescommissie Kloosterman*. 's-Gravenhage: SDU.
- Pasveer, B. & M. Akrich
 1996 Hoe kinderen geboren worden: Technieken van bevallen in Frankrijk en Nederland. *Kennis en Methode* 20: 116-45.
- Schoon, A.
 1995 De 'keuzevrijheid' voor de plaats van de bevalling. *Tijdschrift voor Verloskundigen* 20: 182-87.
- Vasen, L.C.L.M.
 1982 Ervaringen met poliklinische bevallingen in een algemeen ziekenhuis. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 126: 1225-28.
- Wiegers, T.A. & G.A.H. Berghs
 1994 *Bevallén...: Thuis of poliklinisch?* Utrecht: NIVEL.