

Recht op een kind

Het web van machtsrelaties en betekenisgeving bij in-vitrofertilisatie

Marian Tankink

In dit artikel wordt een antwoord gezocht op de vraag waarom het krijgen van een kind niet meer wordt gezien als een Godsgeschenk maar als een recht ervaren wordt. Over het algemeen zoekt men een verklaring in de hegemonie van het bestaande gezondheidszorgsysteem waar de medici het voor het zeggen hebben. De auteur laat zien dat een coördinatiemodel meer ruimte biedt om de ingewikkelde verwevenheid van groeperingen en processen bij de invoering van in-vitrofertilisatie te analyseren. Ambivalente opvattingen en ogenschijnlijk van elkaar onafhankelijke processen blijken zeer bepalend voor de richting die het proces van invoering neemt. Deze invoering wordt door allerlei groeperingen actief gevormd door middel van in- en uitsluitingsprocessen, waarbij elementen als de traditionele moederschapsideologie en de medicalisering van onvruchtbaarheid een grote rol spelen.

[onvruchtbaarheid, IVF, hegemonie, coördinatiemodel, moederschapsideologie, medicalisering, Nederland]

Wachtend op de tram naar het centraal station was ik getuige van een gesprek tussen twee oude vrouwen die zo'n twintig jaar geleden buurvrouwen van elkaar waren geweest. Ze waren verheugd elkaar na al die jaren te ontmoeten en nauwgezet werd het wel en wee van elk gezinlid doorgenomen. Zo had de echtgenoot van een van beiden een hartaanval gehad en stond op de wachtlijst voor een operatie, was de zoon gescheiden en was de andere vrouw tot haar grote verdriet nog steeds geen oma. Haar dochter probeerde al jaren om zwanger te raken maar het wilde niet lukken. De vrouw vertelde dat zij en haar man elke dag een kaarsje voor haar ontstaken en voor haar baden, want het was uiteindelijk God die bepaalde of ze zwanger zou worden.

Deze conversatie hield me bezig gedurende mijn treinreis. De opmerking van de vrouw strookte niet met de heersende opvattingen van deze tijd en ik betrapte me op de gedachte dat het minst wat die dochter zou kunnen doen was door een arts te laten onderzoeken wat de oorzaak van het uitblijven van een zwangerschap is. Misschien zou ze zelfs voor in-vitrofertilisatie (IVF) in aanmerking kunnen komen.

Vroeger lag de beslissing over het al dan niet krijgen van kinderen inderdaad in Gods hand. Bleef men kinderloos dan was God je niet goed gezind of men had zondig

geleefd en Gods toorn over zich heen gehaald. Men kon proberen God milder te stemmen en op andere gedachten te brengen door veel te bidden, kaarsen te ontsteken en devoot te leven. Soms hielp het, maar vaak bleef God het zo gewenste kind ontzeggen. Het enige dat restte was trachten dit verlies te accepteren.

Louise Brown, het eerste kind dat in 1978 via IVF ter wereld kwam, werd het levende bewijs dat artsen een cruciale rol konden spelen bij het krijgen van een kind. Op 15 mei 1983 werd in Nederland het eerste IVF-kind geboren en nu, veertien jaar en vele 'reageerbuis kinderen' verder, lijkt het dat de artsen kunnen zorgen voor een Godsgeschenk. IVF wordt als dé oplossing voor onvruchtbaarheidsproblemen gezien en dé behandeling om het zo begeerde kind alsnog te krijgen. Deze medische ingreep lijkt te zijn omgeven met een aura van onaantastbaarheid; soms verwijt men degenen die deze behandeling aan een kritische beschouwing willen onderwerpen dat zij iemand het krijgen van een kind willen onthouden. Hoewel nog steeds zo'n 85% van alle reageerbuisbevruchtelingen mislukken (Kirejczyk 1996: 305) lijkt er een sfeer te zijn waarin een kind niet meer een geschenk is van God, maar een *recht*.

Hoe en door wat heeft die verschuiving in betekenisgeving plaatsgevonden? Gaat het gepaard met machtsveranderingen en, als dat zo zou zijn, waardoor vindt deze verschuiving van de macht plaats en waarom op deze wijze? Welke groepen, bewegingen en interactieprocessen spelen hierin een rol?

Als men uitgaat van de visie dat elk mens zijn of haar beperkingen heeft; fysiek, psychologisch, intellectueel of sociaal en het vanzelfsprekend is dat mensen trachten deze beperking zo min mogelijk van invloed te laten zijn op hun dagelijks functioneren en levensgeluk, dan houdt dit niet automatisch in dat deze beperking koste wat kost ongedaan kan en moet worden gemaakt. De nadruk zou, in dat perspectief, juist moeten liggen op het leren accepteren van grenzen in het leven en op het inpassen van deze grenzen in het dagelijks bestaan, ook al kan dit zeer pijnlijk zijn. Bij onvruchtbaarheid lijken veel vrouwen zich niet neer te leggen bij deze grenzen. De IVF-techniek geeft vrouwen nieuwe hoop op het niet hoeven doormaken van dit moeizame acceptatieproces. Het allerpijnlijkste is echter dat de meerderheid van de vrouwen na vele ingrepen, die fysiek, mentaal en sociaal zeer belastend zijn, alsnog opnieuw moeten beginnen met rouwen. Zo bezien beschadigt deze ingreep veel vrouwen juist meer.

Na een aantal standaard onderzoeken bleken mijn eileiders afgesloten. Daarom besloot ik tot IVF. In twee jaar tijd onderging ik vijf behandelingen. Zodra de bevruchte eicellen weer ingebracht waren, holde ik terug naar mijn werk. Ik zou gek worden als ik steeds thuis veertien dagen had moeten wachten. Ik kreeg telkens drie embryo's teruggeplaatst, één keer vier. Ze nestelden niet. Ik ben nooit aantoonbaar zwanger geweest.

Na iedere mislukte behandeling was ik weer een paar maanden uitgeteld. Na vijf pogingen kun je dat niet meer verwerken. In mei 1993 ben ik gestopt. De behandelingen waren deels verantwoordelijk voor het stranden van mijn huwelijk. Mijn man hoefde niet zo nodig kinderen, dus die vond het niet zo erg. Dat maakte het voor mij des te moeilijker.

Op het moment dat je met IVF stopt, kun je weer verder met je leven. De toekomst was nog leeg. Ik had verder willen studeren, maar door alle behandelende had ik daar

de fut niet voor, je bent afgemat. In mijn arbeidstoekomst investeerde ik in die jaren ook niet. Ik hoopte op kinderen (Leclaire 1998: 42).

Onvruchtbaarheid en IVF

Het ligt voor de hand om medici een grote rol toe te kennen bij de inbedding van IVF in onze samenleving. Zij presenteerden onvruchtbaarheid als een ziekte die behandeling behoefde en waarvoor nu ook behandeling was. Zo trokken ze het verschijnsel onvruchtbaarheid binnen de geneeskunde. De medici kregen steun van de media die wanhopige vrouwen aan het woord lieten om de ondraaglijkheid van zo'n ongewenst-kind-loos-bestaan te belichten. Tegelijkertijd schonk de media veel aandacht aan de intens gelukkige ouders die met behulp van IVF een kind hadden gekregen. Door deze beelden werd de aanvaardbaarheid groter. De techniek wordt nu gezien als een grote wetenschappelijke vooruitgang, die ten dienste staat van de samenleving, door onvruchtbare vrouwen en mannen (!) de mogelijkheid te geven toch een kind te krijgen. Bij een NIPO-onderzoek (N=931) (*de Volkskrant* 17-1-1997a) blijkt dat de helft van de ondervraagden onvruchtbaarheid als een ziekte beschouwt en dat men van mening is dat een arts moet worden geraadpleegd als men niet zwanger wordt, ook als na het eerste kind een volgende zwangerschap uitblijft. Tevens blijkt uit dit onderzoek dat 48 procent van de ondervraagden vindt dat IVF-behandelingen volledig moeten worden vergoed door de ziektekostenverzekeraars en 37 procent een gedeeltelijke vergoeding op zijn plaats vindt. Momenteel worden drie IVF-behandelingen per vrouw vergoed door een speciale regeling in het ziekenfonds.

Als men twijfels uit over de IVF als methode om zwanger te worden, wordt men al snel beticht anderen het geluk te ontnemen of iemand het recht om gebruik te maken van onze gezondheidszorg te ontfemen.

Het is zo makkelijk voor mensen... alternatieven aan te dragen en iets als IVF te veroordelen. Hoe kunnen zij nou beoordelen hoe ver ik mag gaan? Zij hebben een gezin! Je blijft het gemis altijd voelen.

Als de wetenschap eindelijk eens met een zeer succesvolle techniek zouden komen die de innesteling van bevruchte eicellen bevordert, zou ik het zo weer proberen (Leclaire 1998: 42).

Op kritische artikelen over IVF-behandelingen, wordt vaak op soortgelijke wijze gereageerd.

IVF is echter een gewone medische techniek, niet ingewikkelder dan tal van operaties die gemeengoed zijn. De medische wetenschap steekt het lichaam simpelweg een helpende hand toe, net zo goed als bij iemand die last heeft van suikerziekte en insuline krijgt, iemand die een nieuw hoornvlies krijgt omdat hij blind dreigt te worden. Zo'n operatie wordt door niemand ter discussie gesteld, niemand zegt: 'Tut tut, nu grijpen we wel in de natuur in zeg, kan dat eigenlijk wel?' ... We kunnen ons heel goed voorstellen

dat er mensen zijn die niets met kinderen hebben en zich afvragen of zij 'daaraan mee moeten betalen'. Maar datzelfde zouden wij ons kunnen afvragen over mensen die zichzelf bij sport ernstig blesseren of zich ziek roken.

Het is heel goed dat onze gezondheidszorg rond het solidariteitsprincipe is opgebouwd. De één heeft dit, de ander dat, en wie niets mankeert, die is straks misschien wel aan de beurt (en wie helemaal nooit iets mankeert, die zou vrolijk moeten zijn in plaats van over anderen te zaniken) (*de Volkskrant* 24-5-1997b).

Een andere vraag is hoe ver je kunt en wilt gaan om die kinderwens te realiseren. Het antwoord laat ik hier in het midden, maar ik acht het in ieder geval wél een vooruitgang dat er bij 'dit soort dingen' meer medische mogelijkheden zijn ontstaan... het gaat natuurlijk te ver om maar bij voorbaat al deze nieuwe mogelijkheden af te schaffen. Als je die redenering doortrekt, kun je in feite beter de gehele medische wetenschap afschaffen. Dan heb je tegelijkertijd een doeltreffende methode om de overbevolking terug te dringen (*de Volkskrant* 24-5-1997c).

Ook Liesbeth Wytzes [journaliste van de Volkskrant, MT.] kan er wat van. We moeten ons maar neerleggen bij de wetten van de natuur. Hoe zou mevrouw Wytzes in een dreigende kinderloze situatie reageren. Hoe reageert mevrouw Wytzes als zij eens kanker zou krijgen, of kiespijn, of diabetes, of haaruitval? Ook maar overlaten aan de wetten der natuur? Gelden dan plotsklaps andere wetten? (*de Volkskrant* 24-5-1997d.)

... want, zeggen ze [sceptici, MT], IVF is niet meer dan een luxegeneeskunde. Kinderloze paren zijn kerngezond en moeten, als ze hun behandeling niet kunnen of willen betalen, hun situatie maar accepteren, of desnoods een kind adopteren. Daarmee gaat men voorbij aan een bij de mens diepgeworteld biologisch verlangen naar eigen nakomelingenschap. Het is ook uitermate verfoeilijk om onvruchtbare mensen bijna verwijtend de vraag voor te leggen, waarom ze zo nodig eigen kinderen willen. Dat is een verlangen waarvoor ze niemand verantwoording schuldig zijn.

Een kenmerk van een ontwikkelde samenleving is dat men gezamenlijk de kosten draagt voor algemene voorzieningen. De kosten van de vruchtbaarheidsgeneeskunde vormen slechts een fractie van het totale budget van de gezondheidszorg. Het lijkt niet meer dan billijk dat deze bescheiden kosten gezamenlijk door iedereen gedragen worden, als blijkt van beschaving of naastenliefde (*de Volkskrant* 28-5-1996a)².

Deze citaten uit ingezonden brieven maken duidelijk dat men ongewenste kinderloosheid gelijkstelt aan ernstige, chronische of zelfs dodelijke ziekten. Bij deze ziekten geldt dat alles op alles moet worden gezet om de ziekte te genezen of zodanig te behandelen dat mensen een zo goed mogelijk bestaan kunnen hebben. Dat echter nog steeds niemand precies weet welke nadelige gevolgen IVF kan hebben, lijkt geen groot probleem te zijn, ook niet voor de overheid. Dat is opmerkelijk als men beziet hoeveel tijd en onderzoek er wordt gestoken in het testen van bijvoorbeeld medicijnen. Bij IVF is nog amper onderzoek gedaan naar de fysieke en psychische belasting bij de ingreep. Pas sinds twee jaar wordt onderzocht wat de lichamelijke consequenties zijn van de hoge doses hormonen die vrouwen moeten slikken. Evenmin is duidelijk wat de moge-

lijke afwijkingen en gezondheidsgevolgen op langere termijn zijn, voor de vrouwen en de kinderen. Toch wordt het door velen geaccepteerd als een goede behandeling bij onvruchtbaarheid. Ook lijkt het feit dat IVF geen behandeling is tegen de oorzaken van de onvruchtbaarheid – men blijft immers onvruchtbaar – geen discussiepunt. Volgens een aantal artsen brengt de IVF-techniek de onderzoeken naar de oorzaken van onvruchtbaarheid in gevaar, omdat daar nu minder geld voor beschikbaar komt. Blijkbaar hebben de IVF-artsen zoveel macht dat ze de wijze waarop geld binnen de gezondheidszorg wordt verdeeld, kunnen beïnvloeden. Ook hebben ze invloed op de criteria waaraan vrouwen moeten voldoen, willen ze in aanmerking kunnen komen voor IVF-behandeling, want in de periode dat IVF wordt toegepast is deze groep aanzienlijk uitgebreid. Was het aanvankelijk alleen weggelegd voor vrouwen met verstopte eileiders en ander fysieke obstructies, momenteel komen alle vormen van onvruchtbaarheid voor deze techniek in aanmerking. Bij niet minder dan 35 procent van de behandelingen is er zelfs sprake van onvruchtbaarheid bij de man en in 20 procent van de behandelingen is er geen verklaring te vinden voor het uitblijven van zwangerschap. Ook andere groepen willen van deze technieken gebruik maken, zoals homostellen en mensen die met behulp van draagmoederschap een kind wensen te krijgen. Zelfs de menopauze wordt niet meer als beletsel gezien. Deze kennis prikkelt de vraag hoe het toch komt dat IVF een algemeen aanvaarde techniek is geworden met een steeds groter toepassingsgebied.³

De invoering van in-vitrofertilisatie

Bij de keuzes die mensen maken, blijken dominante groepen in een samenleving een belangrijke rol te spelen. Zo hebben in onze samenleving medici grote invloed op de wijze waarop met ziekte en gezondheid wordt omgegaan. De uitgangspunten binnen de geneeskunde, dat elke zieke recht heeft op medische hulp, is bovendien een dominante ideologie geworden in onze samenleving. Om deze machtsrelaties en de daarbij horende betekenisgeving te beschrijven wordt binnen de antropologie vaak gebruik gemaakt van het hegemoniemodel van Gramsci. Dit model biedt echter onvoldoende mogelijkheid om te analyseren welke elementen in een proces van invloed zijn op de machtsverhoudingen en evenmin biedt het inzicht in hoe allerlei groepen in de samenleving het proces bij de invoering van IVF beïnvloedden of nog steeds beïnvloeden. Het hegemoniemodel suggereert een soort statische machtsverhouding zonder dat het zicht geeft op hoe deze machtsverhouding ontstaat en waar de mogelijke tegenbewegingen zijn te vinden of te verwachten. Het coördinatiemodel (De Ruijter 1995, 1996a, 1996b) biedt wel ruimte om het ingewikkelde web van interacties tussen allerlei groepen binnen een samenleving te analyseren om zo een beter inzicht te krijgen in de wijze waarop groepen een rol spelen bij de machtsrelaties, hoe deze machtsrelaties de betekenisgeving van de verschillende groepen beïnvloedt en hoe politieke, economische, sociaal-culturele en historische elementen van invloed zijn op dit proces.

Mensen willen anderen beïnvloeden en proberen dat ook. Deze dynamiek is volgens De Ruijter (1995) karakteristiek voor het samenleven. Ik zal nu eerst deze beïnvloedingsprocessen, bij groepen die betrokken zijn bij de invoering van IVF, analyseren om

vervolgens in de discussie uitgebreider terug te komen op het hegemonie- en coördinatie-model.

IVF-artsen en patiëntenvereniging

Het dynamisch proces rond IVF vindt niet plaats in een sociaal vacuüm. Mensen maken immers deel uit van sociale constellaties en omdat ze in verschillende sociale contexten participeren hebben ze verschillende, soms conflicterende (sub)identiteiten. Bovendien zijn mensen heel goed in staat deze identiteiten strategisch te gebruiken om zo de gewenste doelen te bereiken. De verbintenis die de Nederlandse Vereniging voor Reageerbuis Bevruchting (NVRB) is aangegaan met de IVF-artsen is daar een duidelijk voorbeeld van. De IVF-medici hebben van het begin af aan onvruchtbaarheid gedefinieerd als een medisch probleem waarvoor IVF een adequate therapie is. Niet alle artsen onderschreven deze definitie; velen wilden eerst meer onderzoek naar deze techniek, maar er werd al op een zeer vroeg moment een band gesmeed tussen de IVF-artsen en de ongewenst kinderloze vrouwen die hun wens vervuld wilden zien (Kirejczyk 1996). Beiden zorgden dat ze een zelfde doel hadden en om dit te bereiken werden kwesties over veiligheid en eventuele gevolgen, volgens Kirejczyk, al snel terzijde geschoven. Om de IVF acceptabel te maken werd het als een veilige ingreep voorgesteld. Dit gebeurde door IVF niet te associëren met de kwaliteit van de techniek maar met de onvruchtbaarheid. De IVF-artsen zetten zichzelf neer als belangenbehartigers van de vrouwen die ongewenst kinderloos waren. Door vervolgens een verbintenis aan te gaan met de media wisten de IVF-artsen de critici onder de medici een krachtige stem te ontnemen. Dat de artsen ook een persoonlijk, wetenschappelijk, belang hadden bleef buiten de argumentatie. Erkenning van de IVF zou immers hun werkdomein weer verder uitbreiden en gaf hen de mogelijkheid reproductietechnieken verder te ontwikkelen. Het pleiten voor invoering van de IVF-techniek was niet enkel omdat ze zo begaan waren met het lot van de onvruchtbare vrouwen, maar had ook te maken met persoonlijke uitdaging en erkenning door andere wetenschappers. Op geuite kritiek werd door een gynaecoloog als volgt gereageerd:

En wat wilt u dan? Experimenteel onderzoek? Eerst een handjevol behandelingen uitvoeren, en dan kijken wat de resultaten zijn? U zou eens een uurtje op mijn spreekkamer moeten meemaken. De mensen eisen de gekkigheid van de bomen. Gynaecologen staan soms onder druk. Er is flinke vraag, en er wordt ook geld aan verdiend. Het is gewoon marktmechanisme. (Leclaire 1998: 43)

De NVRB werd al vrij snel, nadat de IVF in Nederland mogelijk werd, opgericht. Zij toonde zich als een krachtige, eensgezinde patiëntenbeweging die goed kon lobbyen. De NVRB ging zeer sterk uit van de moederschapsideologie⁴ en adopteerde de visie van de IVF-artsen door onvruchtbaarheid te zien een medisch probleem waarbij de IVF een adequate therapie was. Doordat ze onvruchtbaarheid zeer nadrukkelijk als een ziekte zag, was het voor de NVRB vanzelfsprekend dat vrouwen in aanmerking moesten komen voor deze 'adequate' therapie. In principe mocht niemand daarbij worden uitgesloten. Door deze coalitie met de IVF-artsen kon de NVRB zich, volgens Kirejczyk (1996:

291), tot een "beleidsactor" transformeren waar niemand meer om heen kon. Dit blijkt ook, want tot nu toe is aan alle eisen van de IVF-artsen en de NVRB tegemoet gekomen. Met name het feit dat ze de financiering voor elkaar kregen, al is het een bijzondere regeling, maakte dat de techniek is geaccepteerd als een onderdeel van de normale reguliere gezondheidszorg. De patiëntenvereniging liet geen moment voorbijgaan om haar standpunten onder de aandacht te brengen van de zogenoemde beleidsarena. Haar nadrukkelijke aanwezigheid bracht zelfs met zich mee dat het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) de NVRB om becommentariëring vroeg van haar "conceptplanningsbesluit" (Kirejczyk 1996: 228). Hier wordt ook de interactie tussen micro- en macroniveau duidelijk. De NVRB is voortgekomen uit het microniveau, de individuele belanghebbenden, en is te zien als een groep die op mesoniveau functioneert, waarbij ze in een voortdurende interactie staat met de andere niveaus. Ze beïnvloedt de machtsrelaties en betekenisgeving en wordt zelf ook weer door die macro- en microniveaus beïnvloed. Dit is wat Kleinman (1989) 'dubbele dialectiek' zou noemen.

De IVF-artsen en de NVRB maakten dankbaar gebruik van de media, waarbij beroep werd gedaan op de cultureel diep gewortelde symbolische betekenis van het moederschap als een vitaal onderdeel van de vrouwelijke identiteit. Dit beeld werd nog versterkt door het geluk van ouders in beeld te brengen die met behulp van IVF toch kinderen hadden gekregen. Dat de technische aanpak bij IVF regelmatig de oorzaak was van meerlingen, werd door de media eerder beschouwd als een verveelvoudiging van het geluk dan als een ongewenste neveneffect. Het is pas sinds de laatste paar jaren dat er ook artikelen over kinderloze vrouwen in de vrouwenbladen staan, waarin vrouwen aan het woord komen die voor zo'n bestaan hebben gekozen en de waarde van hun leven benadrukken.

Op welke wijze de technologische industrie een rol in dit hele proces heeft gespeeld, en nog steeds speelt, is me niet duidelijk geworden, maar dat ze grote invloed uitoefenen lijkt me zeer aannemelijk. De technologische en farmaceutische industrie maken de ingreep mede mogelijk en er gaat veel geld in om. Een via IVF geboren kind kost tussen de 18.800 en 25.000 gulden (Leclaire 1998). Volgens Van der Geest (1994: 12) wordt de toenemende "vertechnisering" door drie partijen aangemoedigd, te weten de artsen, de patiënten en de leveranciers. De patiënten zijn echter de groep die de grootste druk uitoefenen omdat, zo argumenteert Van der Geest, ze de beste technische middelen willen om een zo groot mogelijke zekerheid te krijgen. Bij IVF wil men een zo groot mogelijk kans om zwanger te worden. Aan de technologie wordt alle macht toegekend omdat het is gebaseerd op een "natuurwetenschappelijk gedefinieerde werkelijkheid" (Van der Geest 1994: 2). De industrie zal hier ongetwijfeld de nadruk opleggen. Evenmin is duidelijk wat de leveranciers de artsen in het vooruitzicht stellen als ze bepaalde technieken gaan gebruiken. Hierbij duid ik niet alleen op relatiegeschenken, maar vooral op de mogelijkheden onderzoek te doen en zich als arts te kunnen profileren.

De ongewenst kinderloze vrouwen

In deze dynamische natuur van de identiteiten is de centrale vraag of een bepaald kenmerk relevant is voor het onderscheid 'zij' en 'wij' in een specifieke situatie. Met andere woorden; classificeren ligt aan de basis van interacteren en communiceren.

Hoe belangrijk de sociale, historische en de politiek-economische context is bij het formuleren van in- en uitsluitingscriteria, laat de analyse zien van de positie van de onvruchtbare vrouwen en de feministische groepen. Evenhuis (1990) heeft onderzocht hoe onvruchtbare vrouwen in de huidige tijd met kinderloosheid omgaan, hoe zij een 'keuzevrijheid' ervaren en in hoeverre de moederschapsideologie meespeelt in de beslissing al dan niet IVF-behandelingen te ondergaan. De motieven die vrouwen aandragen om een kind te willen, ook als blijkt dat het niet spontaan lukt, zijn: dat ze het als een natuurlijke drang ervaren; dat ze het als een verrijking zien van het leven en van het vrouw zijn; dat ze bang zijn alleen oud te worden; dat ze een kind willen zien opgroeien; dat ze mee willen kunnen praten en niet buitengesloten worden. Bovendien willen de meeste vrouwen een biologisch eigen kind. Als de IVF mislukt, blijkt maar een enkeling voor adoptie te kiezen. De echtgenoten van deze vrouwen nemen een secundaire positie in. De meeste mannen zijn niet zo uitgesproken over het wel of niet kinderen willen. Zij zien kinderen niet als een vervulling van hun relatie (Evenhuis 1990: 66). De vrouwen zeggen dat het moederschapsbeeld maar voor een deel hun kinderwens bepaalt, maar volgens Evenhuis is de moederschapsideologie zo verinnerlijkt dat men eigenlijk niet vrij kan kiezen voor wel of geen kinderen.

Veel vrouwen voelen zich falen in het vrouw-zijn als ze kinderloos blijven; ze voelen ze zich minderwaardig en het tast hun gevoel van vrouwelijkheid aan. Bovendien voelden de meeste vrouwen in het onderzoek van Evenhuis (1990) zich buitengesloten in hun sociale kring. Relaties met vrienden veranderen als die vrienden kinderen krijgen. De omgeving gaat, in hun nabijheid, soms 'voorzichtig' met het onderwerp kinderen om of geeft impliciet de vrouwen te kennen dat ze niet tot 'de club' behoren en dus ook niet over kinderen kunnen meepraten.

De ongewenst kinderloze vrouwen trachtten zich wel te verzetten tegen dit gevoel van machteloosheid, isolatie en falen door aan te tonen dat ze andere capaciteiten hebben, in bijvoorbeeld werk of studie. Ook al geeft dit voldoening en een stevigere basis om het gemis aan kinderen te accepteren, dan nog blijken velen van hen door de sociale druk te besluiten voor IVF kiezen. Bovendien speelt mee dat als ze niet alles hebben geprobeerd, ze het gevoel hebben dat het hun eigen schuld is dat ze geen kinderen hebben. Dit alles overziend blijkt niet enkel de natuurlijke, biologische drift om kinderen te krijgen bepalend (zo die niet cultureel is gekleurd); evenmin ervaren vrouwen zelf de moederschapsideologie als de hoofdreden, maar de druk van de omgeving die voortkomt uit deze ideologie blijkt doorslaggevend.

Het coördinatiemodel gaat uit van het idee dat mensen hun belangen of hun verzet bundelen. Op dat moment is er sprake van een groep die invloed zou kunnen uitoefenen op andere groepen. Individuen laten zich door de in- en uitsluitingscriteria door de, voor hen op dat moment belangrijke, groep leiden. De ongewenst kinderloze vrouwen trachten zich wel als individuen te verzetten tegen de druk van de omgeving, maar het blijkt

dat het moeilijk is om stand te houden. Het gevoel van uitsluiting is zeer bepalend voor de beslissing van een individu. Dus pas in groepsverband kan men de uitsluitingscriteria van anderen trotseren. Dat is niet verwonderlijk, men valt immers binnen de insluitingscriteria van die groep en hoort dus ergens bij. Geen kinderen betekent buitengesloten zijn, maar betekent ook dat een vrouw niet haar best heeft gedaan. Zo wordt het steeds moeilijker kinderloosheid te aanvaarden en bij de beslissing te blijven als er weer een nieuwe techniek wordt geïntroduceerd.

De toenemende medicalisering van de reproductie is van grote invloed op de maatschappelijke visie van ziekte en gezondheid. Al in de vorige eeuw werden voor psychologische klachten bij vrouwen regelmatig biologische oorzaken als verklaring gegeven. Er werden relaties gelegd tussen menstruatie, zwangerschap en de pathologie. Men ging soms zelfs over tot verwijdering van de baarmoeder om vrouwen van hun hysterische gedrag te genezen (Russell 1995). Voor de geneeskunde is de reproductieve functie de kern van het wezen van de vrouw. Bestaande maatschappelijke opvattingen over de vrouw worden door de medische visie versterkt. Men kan echter niet stellen dat vrouwen alleen 'slachtoffers' zijn van het medisch systeem. Vrouwen lieten alles niet zo maar gebeuren. Er was bij de vrouwen toenemende onvrede over de wijze waarop, met name de mannelijke artsen hen bejegenden en er ontstonden in de zeventiger jaren vrouwengezondheidscentra waar men werkte vanuit een holistische visie. Daarnaast is er, volgens Evenhuis, sprake van een wisselwerking tussen de belangen van de medici en de belangen van de vrouwen. Zij laat als voorbeeld zien hoe de vrouwen aan het begin van deze eeuw bij bevallingen vroegen om verdoving. De vrouwen wilden niet meer dat de biologie hun leven zo beheerste. In de zeventiger jaren riepen feministen (met name in andere westerse landen) op tot bevallen onder narcose. De artsen stonden hier aanvankelijk afwijzend tegenover, ze waren bang dat de stoffen het kind nadelig zouden beïnvloeden. De vrouwen wilden controle over de bevalling maar bereikten het tegengestelde, doordat bevallen nu een medische ingreep werd met opname in het ziekenhuis. Dit leidde tot uitbreiding van het medisch terrein (Evenhuis 1990: 90-91). In plaats van vergroting van het zelfbeschikkingsrecht van vrouwen werd door de toenemende medicalisering vrouwen steeds afhankelijker van de gezondheidszorg. De medische erkenning en verklaring voor de klachten van de vrouwen had als gevolg dat de andere verklaringen die vrouwen hadden van het toneel verdwenen; de reproductie werd binnen de gezondheidszorg getrokken. De pilverstreking en de abortusregeling, waarvoor de feministen en andere vrouwenbewegingen hadden gestreden, versterkten eveneens de medische bemoeienis op het gebied van de reproductie.

De positie van de feministen

Door naar de dagelijkse realiteit te kijken kan men, volgens De Ruijter, zicht krijgen op hoe gescheiden processen interacteren en hoe bepalend ze kunnen zijn voor het proces. Het biedt inzicht in de handelings- en overlevingsstrategieën van verschillende groepen onderling, die met een ingewikkeld proces van positie-toeëigening en -toewijzing betrokken zijn.

Eind jaren zestig schreef Joke Smit *Het onbehagen bij de vrouw*, waarin het verschil tussen man en vrouw aan de kaak werd gesteld. Ze stelde onder andere dat als de vrouw net als de man buitenshuis zou gaan werken, het verschil tussen beiden opgeheven zou kunnen worden. De Dolle Mina's eisten middels ludieke acties werk, scholing en het recht op om 'baas in eigen buik' te zijn. Er ontstonden praat- en zelfhulpgroepen en vrouwen streefden naar economische onafhankelijkheid. Het gezin belemmerde de vrouw om buitenshuis te gaan werken en vanuit Amerika waaide er een radicale feministische beweging over die het moederschap afwees. Als deze feministen toch een kind wilden kwamen ze voor een dilemma te staan: hun kindwens opzij zetten of verraad plegen aan hun gedachtegoed.

Als echter aan het eind van de zeventiger jaren een aantal feministische vrouwen op een kritieke leeftijdsgrens komt wat kinderen krijgen betreft, wordt het moederschap binnen de feministische beweging opgewaarderd. Vrouwen proberen een evenwichtiger verdeling met hun partners te maken, zodat moederschap met werk kan worden gecombineerd. Daar komt bij dat het een periode van economische recessie is, met grote werkloosheid, met name onder vrouwen. Door bezuinigingen die uit deze recessie voortvloeien kunnen de strijdpunten, zoals recht op betaald werk, niet worden bereikt (Evenhuis 1990: 45).

Deze opwaardering van het moederschap is mogelijk één van de redenen dat de vrouwenbeweging zo traag reageerde op de reproductietechnologie. Maar er waren meer redenen. De verschillende vrouwengroepen waren onderling verdeeld en de feministische discussie vertoonde, volgens Kirejczyk (1996), een aantal kenmerken die een effectieve inbreng in het proces verkleinde. Zo hadden de feministen het zelfbeschikingsrecht zeer hoog in het vaandel staan. Dit betekende dat de vrouwen een onbelemmerde keuzevrijheid zouden moeten hebben in voortplantingstechnieken, net zoals 'onbelemmerde' toegang tot technieken om van voortplanting af te zien. Bovendien zagen ze IVF en kunstmatige inseminatie (KI) als ingrepen van gelijke strekking. Ze hadden weliswaar hun twijfels over de kwaliteit van de IVF en zouden het eigenlijk willen afwijzen, maar door die gelijkschakeling ontnamen ze zichzelf de mogelijkheid om deze twee technieken afzonderlijk van elkaar te beoordelen. Door keuzevrijheid als belangrijkste criterium te zien, maar tegelijkertijd IVF af te wijzen, kwam het feministische debat in een impasse. Volgens Kirejczyk groeide dit dilemma uit "tot een bijna onneembare barrière" (1996: 296).

De feministen onderkenden in de beginjaren het belang van beleidsbeïnvloeding, maar namen door hun onderlinge verdeeldheid geen initiatieven. Bovendien was toentertijd hun strategie vooral gericht op het verspreiden van informatie onder de vrouwen, in plaats van zich naar buiten te richten. Hierdoor misten ze de boot. De arena waar de beleidsvoorbereiding plaats vond werd gevuld met de IVF-medici, de adviesraden en de ministeries van justitie en WVC. Geen van deze groepen voelde zich erg verwant met de genderproblematiek en toen de vrouwenbeweging eindelijk toe wilde treden werd ze geweerd, omdat ze de besluitvorming anders nog meer zou bemoeilijken. Ook de Nederlandse Christelijke vrouwenbond werd de toegang geweigerd en hun voorstel om 50% van de plaatsen in de adviesraden door vrouwen te laten bezetten werd door de minister afgewezen (Kirejczyk 1996: 286). Latere pogingen van, respectievelijk, de

Emancipatieraad, de Raad voor Jeugdbeleid en de Directie Coördinatie Emancipatiebeleid om tot de arena toe te treden mislukten eveneens. De vrouwenorganisaties van de grote partijen volgen nog steeds in grote lijnen hun partijen en hopen door het organiseren van congressen over voortplantingstechnologie voldoende druk te kunnen uitoefenen op het beleid.

De laatste jaren pleiten de feministen, volgens Kirejczyk, niet voor de opheffing van het zelfbeschikkingsrecht van de vrouwen en hun keuzevrijheid, maar voor het stellen van maatschappelijke grenzen aan het toepassingsgebied van de technologie en voor het herstel van het denken op collectief niveau binnen de feministische politiek. "In verband hiermee wordt voorzichtig gesuggereerd dat de feministische principes van het individuele zelfbeschikkingsrecht van de vrouw over hun voortplanting mogelijkwerijs aan herziening toe is" (Kirejczyk 1995: 171). Bovendien pleiten feministen nu voor het los van elkaar zien van verschillende technieken die er bestaan bij de voortplantingsbeïnvloeding. De positie van de feministen is een duidelijk voorbeeld van een uitsluitingsproces, waarbij de specifieke interacties tussen de groepen, binnen groepen en de relatie met andere gelijktijdige processen deze uitsluiting veroorzaakten. Er is niet simpel één groep of oorzaak aan te wijzen voor deze uitsluiting.

Adviesorganen en de overheid

Volgens De Ruijter is een kernelement van een samenleving het 'managen van macht', niet uitsluiting. "Specifieke vormen en maten van uitsluiting zijn niets anders dan tijdsgebonden verschijningsvormen van machtsuitoefening" (De Ruijter 1996b: 219). Wat van belang is, is dat meningen verenigbaar zijn en dus niet dat ze gemeenschappelijk zijn. De Ruijter ziet als de taak van de overheid deze verenigbaarheid over te brengen en groepen met verschillende identiteiten met elkaar in contact te laten komen, bijvoorbeeld door publieke debatten te organiseren. Dit heeft de overheid nog niet kunnen realiseren bij de besluitvorming van de IVF, mogelijk omdat zij ook een partij in het proces is.

Het beleidsnetwerk in de gezondheidszorg bestaat uit een groot aantal advies- en bestuurslichamen. Sommige hebben enkel een adviserende taak, andere hebben ook bindende beslissingsbevoegdheden. Kirejczyk (1996: 71) noemt als belangrijkste nationale advieslichamen, die zich met de IVF problematiek bezig houden: de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV); de Gezondheidsraad; de Ziekenfondsraad (ZFR); het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) en het college voor ziekenhuisvoorzieningen (CvZ). Deze raden geven de overheid kennis en deskundigheid die de betrokken ambtenaren missen en bovenal kunnen deze raden het beleid, in overeenstemming met de eigen belangen, beïnvloeden.

De NRV heeft twee taken: de advisering over de structuur, uitvoering, kwaliteit en doelmatigheid van de gezondheidszorg en de uitvoering van de wetten en andere relevante zaken voor de volksgezondheid. De meeste invloed in deze raad hebben de vertegenwoordigers van de gezondheidszorg. Het CvZ geeft bindende adviezen over bouw-aanvragen. Ook in dit college hebben de uitvoerende en dienstverlenende vertegenwoordigers, met name artsen, de meeste invloed. Het COTG stelt de tarieven vast. Zij bestaat uit leden die afkomstig zijn uit alle lagen van de gezondheidszorg en het minis-

terie. Binnen het COTG vindt veel strijd plaats over de economische belangen van de werkgevers, de werknemers, de financiers en de instellingen van de medische professie. De ZFR is adviserend en uitvoerend toezichhoudend voor zaken die onder de wettelijke ziektekostenverzekeringen vallen. Kirejczyk (1996: 705) geeft aan dat het onvermogen van de overheid om de expansie in de gezondheidszorg binnen de perken te houden, voor een deel moet worden verklaard uit de ongelijke machtsverhoudingen van deze groepen. De directe participatie van de overheid en van de patiënten in deze raden is zeer beperkt. De medische en (para)medische professies zijn in deze raden het sterkst vertegenwoordigd. Zo heeft de Gezondheidsraad een hoge, onbetwiste status en bestaat voornamelijk uit mensen uit de medische sector. In een latere periode van de besluitvorming, rondom de IVF, breidde de Gezondheidsraad haar definitie uit naar juridische, ethische en maatschappelijke aspecten. De Gezondheidsraad heeft sterk bijgedragen aan de acceptatie van de IVF, waarbij niet de medische kant als problematisch wordt gezien maar de sociale kant. Denk hierbij aan homostellen en aan alleenstaande vrouwen die kinderen willen en aan zaken als draagmoederschap of medische experimenten op embryo's. De meeste andere raden volgden de Gezondheidsraad en verplaatsten eveneens de aandacht van de techniek naar de positie van het toekomstige kind. Echter deze verschuiving van aandacht botste met de ziekenfondsraad die IVF-behandelingen buiten het ziekenfondspakket wilde houden. De strijd tussen deze adviesorganen had tot gevolg dat men strategieën ontwikkelde die de besluitvorming zeer langdurig maakten. Nog steeds is er nog geen politiek besluit gevallen over het opnemen van de IVF-behandelingen in het basispakket van het ziekenfonds.

De overheid, en dan met name het ministerie van WVC, heeft in de hele periode een afwachtende houding aangenomen. Steeds was er forse maatschappelijke of politieke druk nodig voordat het ministerie tot actie overging. Dit kwam omdat de opvattingen over de voortplantingsproblematiek zover uit elkaar lagen. Dat geeft problemen als men uitgaat van het integratiemodel, waarbij één dominante visie door de andere groepen moet worden geaccepteerd. Het gevolg was dat de uiteindelijke beslissing aan de uitvoerende artsen werd overgelaten. Zo zorgden deze processen ervoor dat de IVF als medische techniek stevig werd verankerd in de Nederlandse klinische praktijk; dat het op steeds grotere schaal wordt toegepast; er steeds meer vormen van onvruchtbaarheid worden geïndiceerd voor een IVF-behandeling en dat men nu veel sneller overgaat tot deze behandeling als er sprake blijkt van onvruchtbaarheid. Dit heeft mede tot gevolg dat deze ingrijpende techniek zelfs wordt toegepast op vrouwen, waarvan later blijkt dat ze alleen verminderd vruchtbaar zijn en na eerst een kind via IVF te hebben gekregen vervolgens spontaan zwanger worden van een tweede kind. Zelfs bij onvruchtbaarheid van de man kan worden ingegrepen in een gezond lichaam van de vrouw.

Een ander element dat mogelijk een rol kan spelen is de vergrijzing van onze samenleving. De overheid voorziet al jaren problemen door neergaande geboortecijfers en de groei van het aantal ouderen. Zij spreekt regelmatig haar zorg uit over de financieringsproblemen die zullen ontstaan. Echter een beleid om mensen openlijk te stimuleren meer kinderen te nemen – zoals in Frankrijk een aantal jaren geleden, waar onder andere door middel van 'billboards' langs de wegen mensen werden aangespoord het kinderaantal te vergroten – past niet in ons land waar het krijgen van kinderen bij uitstek

wordt gezien als een individuele keuze van de vrouw, al dan niet samen met haar partner, die te allen tijde dient te worden gerespecteerd.

Ook in de kabinet en tijdens het kamerdebat werd geen duidelijk standpunt ingenomen. Volgens Kirejczyk werd de maatschappelijke aanvaardbaarheid voor IVF versterkt omdat én door het kabinet én tijdens het parlementaire debat geen substantiële vraagtekens werden gezet bij de aanvaardbaarheid van deze techniek. Zowel in de maatschappelijke en parlementaire discussies was en is er sprake van botsende normatieve principes. Sommige groeperingen beriepen zich op de keuzevrijheid van de vrouw bij de voortplanting en anderen zagen juist een heteroseksuele relatie als enige stabiele basis voor een kind. Wat voortdurend weer terug komt is dat men, zoals Ten Have (1994: 236) dat noemt, vragen stelt die *in* een technologie aan de orde komen; hoe kan een ontwikkelde techniek worden ingevoerd, aanvaard en hoe moet die worden gebruikt. Vragen *over* de technologie, zoals in hoeverre een techniek binnen de maatschappelijke waarden past, lijkt men stelselmatig uit de weg te gaan. Ten Have signaleert daarbij ook een verschuiving bij het kritisch volgen. Was het twintig jaar geleden, volgens hem, zo dat dit kritisch volgen met name een bezigheid van linkse intellectuelen was, nu wordt “dezelfde activiteit retorisch afgedaan als een bekommernis van EO-gezinden en een handvol religieus gemotiveerde intellectuelen” (1994: 237).

Hetzelfde geldt voor de ethiek. Ethische vragen die worden gesteld gaan al snel over de wijze waarop de technologie wordt gebruikt. Dit komt omdat meestal eerst de techniek wordt ingevoerd en de ethische discussie daarop volgt. De vraag of deze vorm van technologie, ethisch gezien, überhaupt moet worden gebruikt blijft dan buiten de discussie.

Discussie

Aan het begin van dit essay vroeg ik me af welke groepen en interactieprocessen van invloed waren op de verschuiving van ‘het krijgen van een kind in Gods hand’, naar: ‘recht op een kind’. Het ligt dus voor de hand, wil men dit beïnvloedingsproces begrijpen, om naar machtsrelaties te gaan kijken. Zoals eerder opgemerkt, neemt men vaak het hegemoniemodel van Gramsci. In zijn model verwijst Gramsci naar een samenlevingsvorm waarin ondergeschikten hun situatie accepteren, omdat ze ermee instemmen en niet omdat ze ertoe worden gedwongen. Het gaat hierbij niet om een soort hersenspoeling van de massa door de dominante groep, maar om “the tendency of public discourse to make some forms of experience readily available to consciousness while ignoring or suppressing others” (Lears 1985: 577). Volgens Gramsci zitten de ondergeschikten gevangen in het wereldbeeld van de dominante groep. Hij was geïnteresseerd in niet-politieke instituties en individuen die een belangrijke rol spelen in het handhaven en versterken van de dominante ideeën (Singer & Baer 1995) en hij keek met name naar de intellectuelen die de dominante ideeën creëerden. Doordat de dominante groep machtsrelaties, publieke zaken en historische gebeurtenissen mystificeert, ontstaat er, volgens hem, passiviteit en fatalisme, waardoor men niet meer tot politieke actie komt (Singer & Baer 1995: 271-72).⁵

Het probleem bij deze denkwijze is dat niet duidelijk is waarom juist de ideeën van deze groep intellectuelen het dominante discours bepalen. Waarom wordt de visie van bijvoorbeeld prof. dr. A.P.M. Heintz, gynaecoloog, geen dominant discours? In een interview met de Volkskrant zegt hij:

Als je soms ziet wat mensen zich aan doen, welke behandelingen men bereid is te ondergaan, dan vind ik dat deerniswekkend. Het is veel gemodder met weinig resultaat. Ik denk dat de verwerking van kinderloosheid en het bereiken van een andere invulling van het bestaan in hoge mate wordt belemmerd door onze kijk op het gezin. Een gezin met kinderen, de gouden standaard! Ik moet erkennen de beroepsgroep van artsen doet er weinig aan om het ontstaan van obsessies tegen te houden.

Er is een groot misverstand gegroeid in onze maatschappij, het misverstand namelijk dat er iets zou bestaan als recht op gezondheid... Je ziet het ook aan de ontwikkelingen in de bevruchting via de reageerbuis, de IVF-behandeling. Het zijn processen die door niemand worden gekeerd, kennelijk is men bang de vingers te branden. Ik denk dat de overheid zich veel meer zou moeten inspannen om de gezondheidscultus af te remmen. Wat bestaat is recht op gezondheidszorg, niet op gezondheid als zodanig (*de Volkskrant* 1993).

Het overgrote deel van de bevolking heeft een groot vertrouwen in de medici en de medische techniek, zodat vragen over effectiviteit, belasting, betrouwbaarheid, negatieve aspecten en lichamelijke en geestelijke effecten nauwelijks worden gesteld. Het geloof dat de artsen al hun handelen ten dienste stellen van de patiënten en het welzijn van de patiënt hun enige belang is, lijkt rotsvast aanwezig. Men zou hier van enige mystificatie kunnen spreken. De teleurstellende resultaten – slechts 15% van de behandelingen leidt tot de geboorte van een kind, waarbij ook nog eens een groot deel van deze zwangerschappen met veel problemen gepaard gaat – zetten mensen vreemd genoeg niet aan tot een kritische kijk of tot een roep om gedegen onderzoek. Integendeel, mensen die hierop wijzen worden geattendeerd op het inhumane van hun uitspraak.

De overheid heeft de ideologie van de IVF-gynaecologen echter niet helemaal overgenomen. In feite heeft de overheid tot de dag van vandaag de IVF-techniek op zijn beloop gelaten. Ze heeft er geen duidelijk uitspraak over gedaan. Omdat men echter zag dat de gynaecologen de behandeling uitvoerden is er een ‘tijdelijke’ regeling getroffen van maximaal drie vergoedingen. Deze regeling valt buiten het normale ziekenfondspakket.

De verklaring dat de medici hun ideologie als de dominante ideologie hebben weten te verspreiden en dat deze visie door een groot deel van de bevolking is overgenomen, doet groepen mensen te kort, omdat deze zienswijze hen impliciet afbeeldt als wezens, die zich niet bewust zijn van hun ondergeschikte visie en zijn vervallen tot passiviteit en fatalisme. Ze zijn echter actieve actoren in het proces van praten over IVF en in het beïnvloeden van besluiten en groepen mensen.

Er heerst in onze maatschappij nog steeds een overtuiging dat een samenleving uit elkaar zal vallen als de algemene standaarden en waarden niet meer worden gedragen door de mensen en organisaties binnen een samenleving (De Ruijter 1995). Deze centrale waarden staan onder grote druk, er is een toenemende individualisering en diffe-

rentiëring; religie heeft zijn bindende functie verloren en de overheersende ideologieën zijn in diskrediet geraakt. De bevolking komt in aanraking met verschillende groepen die immense hoeveelheden tegengestelde informatie verstrekken.

Er heerst het idee dat een pluriforme samenleving alleen kan bestaan als er een soort consensus is over bepaalde waarden en uitgangspunten tussen de verschillende groepen in een samenleving. Een voorwaarde om hier toe te komen is dat "one group should make the other into replica of itself through socialisation processes" (De Ruijter 1995: 217).

Maar in een pluriforme samenleving wordt het steeds moeilijker om centraal gedeelde waarden te hebben. Mensen maken hun eigen kenmerkende tekens en symbolen, maken hun eigen regels en modellen en vormen van identiteit door processen van in- en uitsluiting als gevolg van de toenemende culturele pluriformiteit en individualisatie. De loop van sociale processen wordt minder voorspelbaar. Bovendien is het, volgens De Ruijter, zelfs niet functioneel om dezelfde aannames, uitgangspunten en waarden te hebben. In de optiek van deze auteur is cultuur eerder een instrument om diversiteit te organiseren.

We maken in- en uitsluitingen op grond van allerlei afwegingen, opvattingen, belangen, ervaringen en verwachtingen die we van anderen hebben (De Ruijter 1995, 1996a). Daarvoor is het nodig de politiek-economische, historische en sociaal-culturele context te kennen om te weten waarom mensen denken dat een bepaald cultureel kenmerk belangrijk is in de ene situatie en niet in een andere situatie.

For that matter, this is not a one-sided definition. Image and identification are results of interpretative processes. The power to determine the definition of a situation plays a key role in this respect... I note that *this power is nearly never hegemonic*. Even the marginalized and powerless have instruments at their disposal for resistance. One such weapon is strongly emphasizing a possibly invented common identity or culture postulated in the past in order to develop solidarity in this way (De Ruijter 1995: 220, cursief door MT.).

Dit brengt een ingewikkelde, continu in beweging zijnde, verwevenheid tussen allerlei groeperingen in de samenleving met zich mee. Analyse volgens het coördinatiemodel toont aan dat het 'gevecht' om de macht bij de inbedding van de IVF-techniek in Nederland geen dualistische strijd is. Evenmin blijkt dat de ideologie van de dominante groep door de andere groepen zomaar klakkeloos wordt overgenomen. Het ligt aanzienlijk ingewikkelder, waarbij de historische, politieke, economische, sociale en culturele achtergronden van een beslissing die een bepaalde groep op een bepaalde tijd en plaats neemt, een grote rol spelen. De vrouwenbeweging is hier een goed voorbeeld van. Door het proces van de vrouwenbeweging historisch te ontlede wordt duidelijk dat zij in het verleden veel invloed heeft weten uit te oefenen op de gezondheidszorg. Dit wetende is het interessant om te zien welke elementen ertoe hebben bij gedragen dat de vrouwen-groepen momenteel geen toegang meer krijgen tot de beleidsarena. Als dan blijkt dat, bij de opkomst van de IVF, de vrouwenbeweging intern was verdeeld en zichzelf verstrikte in het feit dat ze koos voor het zelfbeschikkingsrecht van de vrouw, maar tegelijkertijd IVF afwees, hetgeen haaks stond op het zelfbeschikkingsrecht, daarnaast ook nog eens een strategie koos welke intern was gericht, in plaats van beïnvloeding van andere groeperingen, dan wordt duidelijk dat de vrouwenbeweging zichzelf buitensloot.

Hierdoor werden de andere groepen niet gedwongen zich vanuit het genderperspectief bezig te houden met IVF en werd het voor hen makkelijker om op een later tijdstip de vrouwengroepen buiten de deur te houden. Iets wat voor de IVF-artsen en de NVRB van belang was, omdat de vrouwenbeweging hun visie niet deelde. Immers de vrouwenbeweging wil zich nu richten op de maatschappelijke grenzen van het gebruik van de IVF-technieken en op de grenzen van het zelfbeschikkingsrecht. Zij onderschrijft dus niet de opvatting dat men recht heeft op een kind.

De worsteling binnen de vrouwenbeweging toont eveneens aan hoe de contextuele positie op een bepaald moment, samen met de ervaringen en de doelstellingen, bepalend is voor de richting van een proces. Ogenscheinlijk onafhankelijke processen – zoals het dilemma van de ‘oudere’ feministen bij de keuze voor een eigen kind en de invoering van de IVF – lijken elkaar te beïnvloeden. Men is vaak ambivalent. Deze, altijd aanwezige, ambivalentie en ambiguïteit verklaren de ingewikkelde verwevenheid van groeperingen en van processen en wordt pas helder als men groepen analyseert op basis van de in- en uitsluitingscriteria.

Een ander proces, dat op deze wijze van analyseren duidelijk wordt, is de machtsbeïnvloeding van beneden naar boven. De patiëntenvereniging, de NVRB, is daar een goed voorbeeld van. Van alle groeperingen komt de NVRB als een van de krachtigste groepen naar voren en zou men haast kunnen spreken van een ‘bottom-up’ beïnvloeding. Door deze wijze van deconstrueren wordt de continue interactie en wederzijdse beïnvloeding tussen micro-, meso- en macroniveau vanzelf zichtbaar.

De overheid coördineert niet maar tracht te werken via het integratiemodel, zoals De Ruijter dat noemt. Doordat de meningen erg zijn verdeeld komt er geen beleid van de grond; immers eerst zouden alle deelnemers van de beleidsarena het met elkaar eens moeten zijn. Dit brengt met zich mee dat de IVF-artsen als het ware vrij spel krijgen. Door een verandering in de aanpak waarbij er embryo's over blijven en de uitbreiding van de potentiële patiëntengroep is de aandacht van de overheid haast noodgedwongen verschoven van de vraag of IVF in ons gezondheidszorgpakket moet worden opgenomen, naar vragen rondom draagmoederschap en onderzoek op embryo's. De artsen zijn zeker een zeer sterke groep en zijn bovendien in bijna alle adviesgroepen ruim vertegenwoordigd, maar men kan niet van een hegemonie spreken. Het krachtenspel is veel diverser.

Alle interacties en (wederzijdse) beïnvloedingen hoeven niet direct zichtbaar te zijn. Deze min of meer verborgen krachten kunnen van essentieel belang zijn voor de wijze waarop mensen zichzelf en anderen classificeren. Een helder voorbeeld is de afbrokkende kritiek van de radicale feministen op de traditionele moederschapsideologie, omdat de vrouwen die deze kritiek verkondigden, zelf een kinderwens hadden. Door concrete settings te analyseren kan men zien dat er sprake is van een complex pluriform krachtenveld. Bij deze interacties en in- en uitsluitingen staat steeds de betekenisgeving centraal; daar liggen de spanningspunten. Een deconstructie volgens het coördinatie-model maakt deze spanningspunten zichtbaar.

Conclusie

Hoe hebben nu de hierboven genoemde processen geleid tot de opvatting dat men recht heeft op een kind? Twee elementen, die bij elke groep de kernpunten vormden, hebben de verschuiving in de opvatting over kinderen krijgen beïnvloed: de wijze waarop tegen de moederschapsideologie werd aangekeken en de medicalisering van onvruchtbaarheid. Deze twee processen versterkten elkaar.

Bij de individuele vrouwen *lijkt* het dat de moederschapsideologie geen hoofdrol speelt, maar is dat ook zo? De sociale druk die ze ervaren uit hun omgeving, met name van andere vrouwen met kinderen, komt voort uit de moederschapsideologie die in onze cultuur is ingebed. Doordat de vrouwenbeweging – die jarenlang heeft getracht deze ideologie ter discussie te stellen – intern was verdeeld over hoe het moederschap in een moderne maatschappij kon worden ingepast, had ze geen krachtige stem naar buiten. Tegelijkertijd lieten de IVF-medici, gesteund door de patiëntenvereniging en de media, zien dat ze onvruchtbare vrouwen konden helpen alsnog zwanger te worden. Door te appelleren aan het ondraaglijk verdriet dat ongewenste kinderloosheid met zich mee bracht en het onbeschrijflijke geluk en de verrijking van het leven dat kinderen ouders konden bieden, werd de traditionele moederschapsideologie versterkt. De economische recessie bracht mee dat vrouwen moeilijk toegang kregen tot het arbeidsproces, waardoor het moederschap eveneens werd opgewaardeerd.

Door tegelijkertijd de onvruchtbaarheid als ziekte te bestempelen en een behandeling daartegen aan te bieden, werd mensen voorgehouden dat de moederschapsideologie ook verwezenlijkt kan worden bij onvruchtbare vrouwen. Dit speelde in een periode waarin men in de samenleving gezondheid als hoogste goed begon te waarderen. Doordat de politiek het af liet weten kregen de medici de mogelijkheid deze techniek een plaats te geven binnen onze gezondheidszorg, al heeft het, gezien de financiering, nog een buitengewone positie. Deze koppeling van moederschapsideologie en onvruchtbaarheid als ziekte, had een wederzijdse bekrachtigende invloed. Als de kinderwens een biologisch, natuurlijk gegeven is, en als het hebben van een kind iets is waardoor een vrouw zich volwaardig mens voelt, lijkt het haast misdadig haar dit te onthouden.

In Nederland is het een taboe om mensen op te splitsen in categorieën waarvoor een bepaalde medische behandeling wel of niet zinvol en gewenst is. Iedereen die ziek is heeft recht op hulp. Doordat onvruchtbaarheid als ziekte wordt gedefinieerd, betekent het onthouden van een IVF-behandeling dat men verstoken blijft van gezondheidszorg. Op gezondheidszorg hebben we recht, deze gezondheidszorg is in staat onvruchtbare vrouwen zwanger te maken. Zo is de koppeling snel gemaakt: recht op gezondheidszorg is recht op een kind.

Noten

Marian Tankink is sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en doctoraal student culturele antropologie aan de Universiteit van Amsterdam. Adres: Voorweg 12, 2103 ST Heemstede (e-mail: mtankink@inter.nl.net).

Zij dankt de redactie van *Medische Antropologie*, in het bijzonder Els van Dongen, voor de waardevolle suggesties bij het schrijven van dit artikel.

1. Jaarlijks worden er 12.000 IVF-behandelingen uitgevoerd in Nederland (Leclaire 1998).
2. Hoewel ik denk dat deze voorbeelden de heersende opvatting in onze maatschappij verwoorden, is het toch goed zich te realiseren dat de Volkskrantlezers waarschijnlijk geen afspiegeling van de samenleving zijn. Bepaalde sociale groepen en/of regio's kunnen erin oververtegenwoordigd zijn. Bovendien behoren de briefschrijvers ook nog eens tot de categorie mensen die in staat is om de eigen mening te verwoorden en dit ook publiekelijk wil maken.
3. Helaas is de groep vrouwen die niet voor IVF kiest niet goed zichtbaar. Alleen de vrouwen die contact hebben gehad met IVF-artsen, maar van zo'n behandeling afzagen, zijn geregistreerd. Deze vrouwen zagen de ingreep als te belastend en opmerkelijk was dat het merendeel van deze vrouwen ander werk zochten, waar ze meer bevrediging uit konden halen of gingen studeren om zo hun leven op een andere wijze invulling te geven. Het is me onbekend of men nu ook kan zeggen dat hoger opgeleide vrouwen en vrouwen die veel bevrediging uit hun werk kunnen halen, eerder afzien van kinderen, als er sprake is van onvruchtbaarheid.
4. De traditionele moederschapsideologie wordt door Weeda als volgt beschreven: "Man en vrouw zijn een aanvullende eenheid; zij is van nature geschikter om te zorgen. In een huwelijk wil de vrouw haar natuurlijke wens om kinderen te baren en te verzorgen gestalte geven. Kinderen vormen de kroon op de liefde en een huwelijk zonder kinderen is incompleet" (1989: 24).
5. Volgens Frankenberg (1988) komt het belang dat Gramsci hecht aan de cultuur, wat betreft het maken en functioneren van de samenleving, overeen met hoe er binnen de antropologie tegen cultuur wordt aangekeken.

Literatuur

Evenhuis, W.

- 1990 *Een verleidelijke keuze. De culturele context van de keuze van vrouwen voor in-vitro-fertilisatie.* Amsterdam: Doctoraal Scriptie Culturele Antropologie.

Frankenberg, R.

- 1988 Gramsci, culture, and medical anthropology: Kundri and Parsifal? or Rat's tail to sea serpent? *Medical Anthropology Quarterly* 2(4): 324-37.

Geest, S. van der et al. (red.)

- 1994 *De macht der dingen. Medische technologie in cultureel perspectief.* Amsterdam: Het Spinhuis.

Have, H.A.M.J. ten

- 1994 Evaluatie van medische technologie: Een filosofische (na)beschouwing. In: S. van der Geest et al. (red.), 1994: 224-43.

Kirejczyk, M.

- 1996 *Met technologie gezegend? Gender en de omstrede invoering van in-vitrofertilisatie in de Nederlandse gezondheidszorg.* Utrecht: Jan van Arkel.

- Kleinman, A.
1989 The social sources of pain, distress and misery: a medical anthropological perspective on the symbolic bridge between social structure and physiology. *Kroeber Anthropological Society Papers* 67-70: 14-22.
- Lears, T.J. J.
1985 The concept of cultural hegemony: Problems and possibilities. *American Historical Review* 90: 567-93.
- Leclaire, A.
1998 O baby, baby. *HP/De Tijd* 6: 38-44.
- Ruijter, A. de
1995 Cultural pluralism and citizenship. *Cultural Dynamics* 7 (2): 215-31.
1996a Betekenisconstructie en sturing in een complexe wereld. In: M. Gastelaars & G.H. Hagelstein (red.), *Management of meaning. Besturen en organiseren als processen van betekenisgeving*. Utrecht: ISOR, pp. 9-23.
1996b Macht maakt verschil. *Beleid & Maatschappij* 5: 218-22.
- Russell, D.
1995 *Women, madness and medicine*. Cambridge: Polity Press.
- Singer, M. & H. Baer
1995 *Critical medical anthropology*. Amityville/New York: Baywood.
- Volkskrant, de*
1993 Het geluk zit in een klein kindje. 27 februari.
1996 IVF en basispakket. In rubriek 'Geachte redactie', 28 mei.
1997a Volledig vergoed middel voor onvruchtbaarheid verdwijnt van de markt, 17 januari.
1997b IVF-beweringen Albach en Wytzes kletspraat. In rubriek 'Geachte redactie', 24 mei.
1997c Kinderwens. In rubriek 'Geachte redactie', 24 mei.
1997d Gevoelig. In rubriek 'Geachte redactie', 24 mei.
- Weeda, I.
1989 Onderzoek naar moederschap. *Opzij* 7/8: 24-32.