

ARTIKELEN

EEN ETHISCHE ANALYSE VAN BEVALLINGSCONTEXTEN

Jan De Craemer¹

SUMMARY - *An ethical analysis of delivery-contexts* - In most industrialized countries - except for the Netherlands - childbirth is a particularly medicalized event. After a global survey of delivery-practices in Flanders, the ethical values within the described delivery-contexts are elucidated. The most important contexts are the medicalised delivery context on the one hand and the natural delivery context on the other. Because of different cultural, social and historical circumstances, a previous description of these delivery contexts is required. This enables a clarification of the ethical values at stake in both contexts, more particularly freedom, safety, efficiency, integrity, health, intimacy, and the worth of children as a value.

1. Inleiding

Tussen oktober 1994 en maart 1995 werd een groot onderzoek uitgevoerd in Vlaanderen naar de manier waarop vrouwen bevallen.² Het eerste wat opvalt als men de resultaten van de enquête bekijkt, is de hoge graad van medicalisering en standaardisering van de bevalling. Zo vindt bijvoorbeeld minder dan 1% van de bevallingen thuis plaats. De gemedicaliseerde bevallingscontext is in Vlaanderen ongetwijfeld de belangrijkste. Toch bestaat ook bij ons een groep mensen die kiezen voor de zogenaamde "natuurlijke bevalling". Deze laatste vorm van bevallen is het belangrijkste alternatief voor het gemedicaliseerd bevallen.

In wat volgt wil ik de verschillende bevallingscontexten kritisch evalueren aan de hand van een aantal waarden die dominant in de bevallingspraxis aanwezig zijn. In eerste instantie zal een typering van de twee belangrijkste bevallingscontexten worden gemaakt. Daarna volgt de waardenanalyse. Vooraf is het echter noodzakelijk in te gaan op de sociale en historische achtergronden van het fenomeen medicalisering als dusdanig.

2. Over de medicalisering van de bevalling

L. Doyal (1981) definieert medicalisering als: *het in een medische sfeer of invloed plaatsen van steeds meer aspecten van het dagelijks leven*. Het gaat dus om een historisch proces. Voor de medicalisering maakte de bevalling deel uit van het dagelijkse leven. De bevalling werd begeleid door vroedvrouwen die hun kennis overdroegen van generatie op generatie. De medicalisering van de bevalling verliep in drie fasen.³ De eerste fase loopt tot ongeveer het begin van de 18de eeuw. Al

¹ De auteur is maatschappelijk assistent en licentiaat in de moraalwetenschappen.

² Het betreffende onderzoek werd uitgevoerd door de consumentenorganisatie Test Aankoop in samenwerking met Kind en Gezin. 21.200 vrouwen gaven respons op de enquête, goed voor 68 % van de geboortes in Vlaanderen. De cijfers zijn niet representatief voor Brussel en Wallonië. 4 deelgebieden werden bevestigd: zwangerschap, bevalling, verblijf in de kraamkliniek en de kostprijs van consultaties en bevalling.

³ De medicalisering van de bevalling - waarvan ik hier slechts een korte schets geef - werd uitgebreid beschreven door Jacques Gelis in "De boom en de vrucht" (1987) en door Edward Shorter in "Geschiedenis van het vrouwelijk lichaam" (1984). Tevens baseer ik mij op een niet-gepubliceerde bundel van M. Thiery (1995).

daarvoor echter was er - zij het sporadisch - aandacht van medici voor de bevalling. De redenen waarom medici zo weinig aandacht hadden voor een toch belangrijk lichamelijke gebeuren zijn: a) zij hadden niet de macht om zich toegang te verschaffen tot de verloskamer, b) de medische wetenschap stond voor de achttiende eeuw zeer dicht bij de volksgeneeskunde. Medici hadden qua kennis en kunde slechts weinig meerwaarde. Pas omstreeks 1670 begonnen sommige heelmeesters zich te distantiëren van het gebruik van topische middelen, maar aan het eind van de 17de eeuw moest de vroedmeester nog geducht rekening houden met de vrouwen die de zwangere omringden.

Een tweede fase situeert zich in de 18e en 19e eeuw. Tot in de 19de eeuw was de bevalling vaak exclusief (tenzij voor hogere klassen en in de steden) een zaak van de vroedvrouw. Belangrijk is echter dat medici wél toegang kregen wanneer de bevalling slecht verliep of het kind te lang op zich liep wachten. In noodgevallen werd er al vroeg een beroep gedaan op geschoolde artsen. Dit blijven echter lange tijd de enige uitzonderingen op de regel. De feministe Sheila Kitzinger situeert de medicalisering van de bevalling in het begin van de 18e eeuw en wijst daarbij op de rol van de medicus bij niet-normale bevallingen. Ze schrijft: "*Hendrik van Deventer was (een Nederlands, jdc) vroedmeester, arts en chirurgijn en publiceerde in 1701 een belangwekkend boek over moeilijke bevallingen. Met recht is hij in de gehele Westerse wereld geëerd als een "vader van de moderne verloskunde"*" (Kitzinger, 1988: 116). Renate Blumenfeld-Kosinski (1990: 91) wijst er echter op dat reeds vanaf het begin van de 15de eeuw vrouwen systematisch werden uitgesloten van het verichten van de keizersnede. Volgens haar is dit het eerste domein dat vroedvrouwen werd ontnomen. Hess en Ferree (1987: 453) vermelden ook nog de uitsluiting van vrouwen aan de universiteiten in de 11e en 12e eeuw. Dit uitsluiten gebeurde dus systematisch en op last van de kerkelijke en burgerlijke autoriteiten. Hess en Ferree stellen: "*in de 14e eeuw vaardigde de kerk een decreet uit waarin vrouwen die genazen (de heilkunst beoefenden, jdc) en geen formele opleiding genoten hadden, heksen waren die gedood moesten worden*". Dat deze twee maatregelen - de uitsluiting van een opleiding en het verbod om zonder opleiding te genezen (wat bij een niet-normale bevalling het geval was) - een belangrijke stap waren in de doelbewuste uitsluiting van vroedvrouwen ten voordele van de medische stand mag hiermee aangetoond zijn.

Op alle mogelijke manieren trachtten artsen en vroedmeesters de vroedvrouwen te discrediteren. Bijvoorbeeld door hen verantwoordelijk te stellen voor de grote perinatale sterfte en het lijden van de barenden. Vaak was dit waarschijnlijk niet eens onterecht. Alleen, zo is gebleken, deden de artsen het in hun ziekenhuizen zeker niet beter. Pas wanneer het besef van een goede hygiëne zijn intrede deed en de levensomstandigheden algemeen verbeterden, daalden de hoge perinatalen en neonatale en maternale sterftcijfers (zowel bij de ziekenhuis- als bij de thuisbevallingen).

De strijd om het monopolie op de bevallingsbegeleiding had dus met competentie van de vroedvrouw of de medicus niet veel te maken. De artsen waren tot in de 18e eeuw zeker niet competenter dan de vroedvrouwen. Ik wees er reeds op dat tot dan de volksgeneeskunde en medische wetenschap zeer dicht bij elkaar stonden. Dit is een bewijs dat het wel degelijk om een machtsstrijd ging tussen vroedvrouwen en mannelijke geneeskundigen. Pas wanneer medici officiële steun

krijgen zullen zij die strijd winnen. Essentieel ging het hier om een proces van overheidscontrole: de vroedvrouwen en hun kennis (over leven, dood, abortus en vruchtbaarheid) konden onmogelijk aan banden worden gelegd tenzij ze bij wet weggehouden werden van de bevalling. Dit was echter, gezien hun immense populariteit en het wantrouwen tegenover mannen bij dergelijke vrouwenzaken, onmogelijk. Vandaar dat het proces traag verliep. De vroedvrouwen werden verstoten van kennis en opleiding. De enigen die deze opleidingen konden verzorgen, waren de medici zelf en zij wilden die niet geven omdat ze het bevallingsproces zelf wilden beheersen. Door hun wettelijk alleenrecht op het verrichten van operaties (keizersnede) en het gebruik van technische hulpmiddelen (forceps) werd de strijd uiteindelijk in hun voordeel beslecht.

De historicus J. Gelis (1987: 403) vermeldt het volgende: *'een vrouw in deze stad (Limoges, jdc) die tussen 1850 en 1860 op deze wijze (staande, jdc) vijf kinderen ter wereld had gebracht, verbaasde zich er in 1880 over een van haar dochters in bed te zien liggen op het moment dat ze haar kind baarde. Het gaat hier om een belangrijke overgang: de traditionele houding die eeuwenlang is doorgegeven, maakte in één generatie plaats voor de houding die de medische wetenschap voorschreef.*

De medicalisering kende haar voltooiing in een laatste fase die zich in deze eeuw situeert. E. Shorter stelt dat vóór de twintigste eeuw de vrouwen in het algemeen mannelijke artsen meden. Let wel, het gaat hierbij om plattelandsvrouwen. In de steden lag de situatie wellicht anders. Uit diverse bronnen blijkt dat het voor W.O.II in Vlaamse dorpen nog regelmatig voorkwam dat de bevalling thuis, door ongeschoolde dorpsvroedvrouwen begeleid werd. Pas in de tweede helft van deze eeuw werd de bevalling dus volledig gemedicaliseerd. Voor de hogere klassen echter verliep de medicalisering veel sneller. Shorter (1984: 131) stelt dat *'onderzoekers inmiddels met documenten hebben aangetoond hoe volledig tegen het eind van de 18de eeuw de triomf van de mannelijke verloskundigen was onder de hogere klassen in Londen en in de steden van het koloniale Amerika'*. Hess en Ferree stellen dat rond 1900 de "genderscheiding" in de gezondheidsvoorziening (dus ruimer dan de sector van de bevalling, jdc) bijna compleet was.

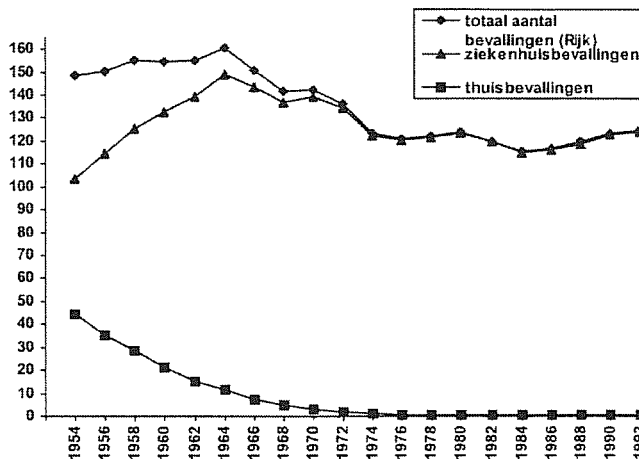
Op die manier kwam de bevalling in handen van de medici en verdween de vroedvrouw, die duizenden jaren lang de bevalling had begeleid en gecontroleerd, naar het achterplan. De perinatale sterfte en de kraambedsterfte daalden vooral onder invloed van betere levensomstandigheden, voeding en hygiëne. Voor de zogenaamde "zwarte bevallingen", waarin zich ernstige, levensbedreigende complicaties voordeden, betekende de medicalisering - althans in een laatste fase - een stap vooruit. Keerzijde van de medaille was echter dat de technische vooruitgang in de geneeskunde stilaan centraal kwam te staan. De mens werd ondergeschikt gemaakt aan de techniek. De vrouw die moest bevallen werd stilaan als een zieke, een patiënt beschouwd. Aan dat label is een complete sociale rol verbonden. Talcott Parsons (1952: 436-437) spreekt van de zgn. "ziekerol". Volgens hem vertoont de ziekerol volgende karakteristieken: a) De zieke wordt ontslagen van zijn/haar dagelijkse verantwoordelijkheden die verband houden met de gewone sociale rol (ouder, echtgeno(o)t(e), arbeider/ster, enz.); b) De zieke kan zelf niet beter worden. Hij/zij is ook niet zelf verantwoordelijk voor dit ziek-zijn; c) De zieke moet willen beter worden en d) De zieke is verplicht om zich te laten helpen en behandelen ("to seek technical competent help"). Uit deze rol spreekt duidelijk de reductie van de zieke tot een passief wezen tegenover de medici die

actief moeten ingrijpen. Maar tussen gezond en ziek liggen geen andere categorieën. Indien men gezond wordt verklaard, verdwijnt men (tijdelijk) uit de medische sfeer. Indien men ziek verklaard wordt, blijft men tot de genezing onder medisch toezicht. Een vrouw die een kind moet baren wordt als een zieke behandeld, hoewel zij dat hoegenaamd niet is. Ziekte betekent dysfunctie op fysiek, psychisch of sociaal vlak of op meerdere vlakken samen. Voor de bevalling gaat dit slechts op wanneer er bijvoorbeeld een keizersnede moet gebeuren om het leven van de moeder te redden. In de meeste andere gevallen, bij een normale bevalling dus, is het ziektebegrip niet van toepassing. In de waardenanalyse gaan we verder in op de gevolgen van het opgespeld krijgen van een ziekerol in bevallingscontexten.

3. Typering van de gemedicaliseerde bevalling

De prenatale zorg is in de verschillende contexten even uitgebreid en intensief. De prenatale zorg en het prenataal onderzoek bepalen wie zeker in het ziekenhuis moet bevallen omwille van potentiële risico's. In Vlaanderen worden 66% van alle bevallingen begeleid door een gynaecoloog en in mindere mate door de huisarts (5,5%).

Er is meestal slechts een beperkte keuze van bevallingspartners. Over het algemeen woont 1 partner de bevalling bij, meestal de vader. Het is onwaarschijnlijk dat familie, vrienden en kinderen de bevalling mee zouden volgen in het ziekenhuis. De centrale actor is de arts die de bevalling begeleidt. In bepaalde ziekenhuizen of in de praktijk van bepaalde verloskundigen wordt de bevalling ingepast in het werkschema van de arts. De begeleiding van de weeën en nazorg gebeuren door vroedvrouwen. De vroedvrouwen behouden in deze setting de functie van assistent van de verloskundige. De barende vrouw wordt in de ziekenhuiscontext in reële zin als patiënt beschouwd. Er is tevens een grote medische aandacht voor de gezondheid en welzijn van het kind.



Figuur 1. Evolutie van het aantal bevallingen in België volgens plaats van bevalling (bron: N.I.S.).

De bevalling vindt plaats in een ziekenhuis of kraamkliniek. In de bevallingsruimte is alle apparatuur aanwezig om in te grijpen bij mogelijke complicaties. Een baarkruk is meestal wel aanwezig maar de gebruikte onderzoeksgegevens wijzen niet op een feitelijk groot gebruik ervan. De bevalling grijpt plaats op een tafel of op een bevallingsbed met voetsteunen. De omgeving is steriel met het oog op het vermijden van infecties. Het geheel van de omgevingsfactoren kan een vervreemdend effect hebben op het medisch cliënteel. Vrouwen bevallen in ziekenhuizen hoofdzakelijk in een liggende houding. Dit is de minst makkelijke houding. Zij moet dan immers persen tegen de zwaartekracht in, wat de bevalling langer laat duren en pijnlijker is. Wanneer de vrouw een verticale houding aanneemt (staand, zittend of gehurkt) is dit niet het geval en helpt de zwaartekracht door het barenproces te versnellen.

De weeën worden vaak met chemische of technische middelen op gang gebracht, de zogenaamde inductie. Dit komt voor in een kwart van alle bevallingen. Ook het versterken van de weeën door chemische middelen komt frequent voor. Tijdens de weeën wordt er in veel gevallen aan electronic monitoring gedaan. Dit dient voor de registratie van de foetale harttonen en voor het opvolgen van de frequentie en kracht van de weeën. In bepaalde gevallen - bij contra-indicaties of complicaties - is deze gang van zaken medisch gesproken noodzakelijk. Bij toepassing van electronic monitoring is het vereist dat de vrouw een liggende positie inneemt. De bewegingsvrijheid is dan in belangrijke mate gereduceerd. De mogelijkheid om rond te lopen is wel aanwezig wanneer er niet geïnduceerd wordt en de vrouw niet aan een monitor gekoppeld wordt. De mogelijkheid om te baden tijdens de weeën is zelden voorhanden. Pijnbestrijding door epidurale verdoving komt voor in gemiddeld 48% van de bevallingen. Meestal gebeurt dit op vraag van de vrouwen zelf. Voor alternatieve niet-chemische pijnbestrijding is weinig ruimte. De bevalling gebeurt in de meeste gevallen (71%) zonder hulpmiddelen. De keizersnedes (13%) worden uitsluitend in ziekenhuizen uitgevoerd. In 15% gebruikt men een zuignap of verlostang, of beiden. Episiotomie is een bijzonder populaire ingreep en wordt meestal toegepast (in ongeveer 80% van alle bevallingen).

Na de bevalling wordt de navelstreng vaak onmiddellijk doorgeknipt en de baby na korte tijd weggebracht voor wassen, kleden en wegen. Bij ziekenhuisbevallingen komt ook regelmatig fotherapie voor (24% gemiddeld). Sommige ziekenhuizen passen het bijna routinematig toe (meer dan 70%).

De postnatale zorg is zeer uitgebreid. Het kind wordt onderzocht door een pediater en ook de moeder wordt meestal medisch gevolgd. In het ziekenhuis heersen vaste tijden voor bezoek, maar ook voor voeding van de baby.

De meeste vrouwen kiezen voor dit soort bevallingen omdat het nu eenmaal de gewoonte is. De keuze is waarschijnlijk minder bewust en beredeneerd dan bij natuurlijke bevallingen. Risicogeveallen vinden per definitie in een ziekenhuis plaats. Dat verklaart ten dele ook het hoog aantal ingrepen.

De waarde efficiëntie speelt een zeer belangrijke rol. In feite is al het andere daaraan ondergeschikt, hoeveel aandacht sommige ziekenhuizen aan begeleiding, aandacht en verzorging van de ruimtelijke omkadering ook besteden. Door de grote nadruk op efficiëntie zijn zaken als bewegingsvrijheid, de aandacht voor omgevingsfactoren, en zelfs de persoonlijke autonomie van ondergeschikt belang.

Ook gezondheid is een belangrijke waarde. Er wordt vooropgesteld dat moeder en kind gezond en wel het ziekenhuis verlaten. De verantwoordelijkheid ligt volledig in handen van de verloskundige. De wezenlijke kenmerken van de ziekenhuisbevalling zijn:

1. de nadruk ligt op een vlotte bevalling door efficiënte toepassing van techniek
2. de bevalling is ingepast in een gerationaliseerd werkschema
3. de bevalling kent een gestandaardiseerd verloop

De voorstanders van de gemedicaliseerde bevalling zijn voornamelijk artsen, specialisten en medisch personeel. Hun motivatie is een begrijpelijke vorm van eigenbelang. Demedicalisering betekent immers een verschuiving van arbeidsplaatsen (minder artsen, meer verpleegsters), maar ook verlies van macht, aanzien en erkenning. De geneeskunde is een zichzelf versterkend en uitbreidend systeem. Deze uitbreiding van het geneeskundig veld gebeurt door de verschillende vormen van iatrogenese en concretiseert zich in het onder een medische paraplu plaatsen van steeds meer maatschappelijke domeinen.

4. De natuurlijke bevalling

In eerste instantie is het onduidelijk waar de term "natuurlijke bevalling" voor staat. Deze term wordt vaak ongenueanceerd gebruikt en dekt verschillende ladingen. Zo worden zowel thuisbevallingen als onderwaterbevallingen in de literatuur consequent als "natuurlijk" bestempeld. Dit zorgt echter voor begripsverwarring.

Er wordt mee bedoeld dat de bevalling plaatsvindt zoals het geval zou zijn zonder medische interventie, een bevalling, waarbij de barendende vrouw de baby "laat komen" zoals zij dat "intuïtief" aanvoelt. In elk geval wordt er bij deze benadering uitgegaan van een zeer grote - zo niet volstreekte - autonomie van de bevallende vrouw. Zij kan doen wat ze wil, de houding kiezen die ze wenst en alle andere actoren, ook de arts, zullen er zich naar schikken. De natuurlijke bevalling kan in deze betekenis ook in een ziekenhuis plaatsvinden.

In discussies of polemieken omtrent de medicalisering van de bevalling wordt de term gebruikt als een ideaalbegrip. Een term waarmee wordt aangeduid hoe een bevalling zou moeten zijn en dus ook hoe het tegendeel, de gemedicaliseerde bevalling niet moet zijn. Binnen dit begrippenkoppel (natuurlijk/gemedicaliseerd) staan dan ook vrijheid/dwang, mens/ding, intimiteit/efficiëntie, verantwoordelijkheid/veiligheid, enz. tegenover elkaar.

De term slaat ook op een reële praktijk beoefend door zij die kritisch staan tegenover de medicalisering en genoeg hebben van artsen die vrouwen herleiden tot dingen, dikke buiken die - passief - verlost moeten worden of "ziek" zouden zijn. Bij hen is de roep naar een andere dan de technische verlossing zeer luid. De verlossing van de verlossing, als het ware het ontsnappen uit de greep van de gynaecoloog, dringt zich op. Indien we techniek beschouwen als een belangrijk element van de cultuur en cultuur zien als de antithese van de natuur kunnen we de natuurlijke bevalling inderdaad nog het beste zien als de bevalling die zonder veel ingrijpen er in een aangename, door de moeder zelfgekozen omgeving, plaatsvindt.

Bij thuisbevalling is de prenatale zorg even uitgebreid als in andere contexten. Het aantal consultaties verschilt niet naargelang de context. Niettemin is de prenatale zorg belangrijker voor het goed verloop van de bevalling dan in de andere contexten. Het is immers van belang op voorhand zoveel mogelijk uit te sluiten dat er zich tijdens de thuisbevalling complicaties voordoen. Moeders die een niet-normale zwangerschap doorlopen, zullen dan ook over het algemeen niet in aanmerking komen voor een thuisbevalling.

Bij de natuurlijke bevalling is er een grote keuzevrijheid inzake bevallingspartner(s). Desgewenst zijn vrienden, vriendinnen, familie of andere kinderen aanwezig bij de bevalling. De centrale actoren zijn moeder en kind. De moeder heeft een grote vrijheid en in principe maakt zij de keuzes. De bevalling wordt meestal begeleid door onafhankelijke vroedvrouwen of door de huisarts. Gynaecologen doen voor zover mij bekend geen thuisbevallingen. Veel onafhankelijke vroedvrouwen zijn er niet en dit is een leemte, want het betreft hier feitelijk een tekort aan faciliteiten. De vroedvrouwen zijn goed opgeleid en evenals de huisarts volledig gekwalificeerd voor het begeleiden van bevallingen.

Bij thuisbevalling moet de woning evenwel aan bepaalde normen voldoen. Er moet bijvoorbeeld een makkelijke doorgang zijn voor een brancard. Voorts worden voor thuisbevallingen door kraamcentra zogenaamde kraampakketten gebruikt. Die vervangen in zekere zin het apparaat dat in ziekenhuizen aanwezig is.

Tijdens de weeën heeft de vrouw een grote bewegingsvrijheid. Ze kan doen en laten wat ze wil, voor zover haar toestand dit uiteraard toelaat. Er is de mogelijkheid om rond te lopen, te baden, enz. De weeën kunnen niet ingeleid en versterkt worden. Ook chemische pijnbestrijding wordt meestal niet toegevend. Dit is wel vooraf duidelijk gemaakt aan de vrouwen die voor een thuisbevalling kiezen. Aangezien het hier om natuurlijk bevallen gaat en meestal om een zeer bewuste keuze, is dit ook geen probleem. Wel kunnen eventueel alternatieve pijnbestrijdingsmiddelen (rugmassage, ademhalingstechnieken, baden, e.a.) toegepast worden. De nadruk ligt op niet-ingrijpen.

De bevallingshouding kan door de berende zelf gekozen worden. Vroedvrouwen hebben ook vaak een baarkruk bij. De meest voorkomende positie is de gehurkte of de zittende houding, in elk geval een verticale. Ook na de bevalling is er een grote inbreng van de vrouw. De navelstreng kan men laten uitkloppen om zo de overgang voor de baby rustiger en pijnlozer te laten verlopen. Desgewenst kan de baby onmiddellijk aan de borst van de moeder gelegd worden. Moeder en vader beslissen zelf wanneer ze het wassen en aankleden.

De postnatale zorg is uitgebreid. Enerzijds is er de medische controle en anderzijds de verzorging en de huishoudelijke kraamhulp. Deze hulp kan zeer intens zijn. Nadeel is dat in bepaalde gevallen - afhankelijk van het ziekenfonds - thuisbevallen duurder kan uitvallen dan bevallen in een ziekenhuis. De thuisbevalling betekent niet dat de moeder minder rust krijgt dan in een ziekenhuis. Het bezoek kan naar eigen wensen en noden geregeld worden, het verzorgen en voeden van het kind gebeurt volgens persoonlijk ritme (in tegenstelling tot het vaste-urenschema in ziekenhuizen).

Mensen kiezen voor dit soort bevallingen om verschillende redenen. De meest gehoorde motivatie is de onvrede met de geforceerde en kunstmatige gang van zaken in ziekenhuizen. Anderen doen het dan weer omdat ze de bevalling zien als een sacraal gebeuren, het ontstaan van nieuw leven dat de continuïteit verzekert. Hier spelen de natuurlijke tijd en het persoonlijk ritme een belangrijke rol. Ook aan de omgeving wordt doorgaans veel aandacht besteed. Maar de natuurlijke bevalling impliceert vooral een natuurlijk ritme. De bevalling vangt aan, wanneer het er tijd voor is, op het ritme dat de natuur aan de moeder oplegt. In elk geval blijkt het - in tegenstelling tot de ziekenhuisbevalling - bij thuisbevallingen vaak om een zeer bewuste keuze te gaan. De vrouwen die ervoor kiezen, weten waar ze voor staan en zijn meestal goed geïnformeerd en gemotiveerd.

De waarde vrijheid is onmiskenbaar één van de belangrijkste. De vrouwen - en ruimer: het koppel - willen zelf beslissen waar en hoe de bevalling zal plaatsvinden. Tweede belangrijke waarde is verantwoordelijkheid. Wie de vrijheid bezit, draagt uiteraard ook de verantwoordelijkheid voor de gemaakte keuzen. Het thuisbevallen is ook een maatschappelijke keuze, waarvoor diegene die de keuze maakt de volledige verantwoordelijkheid draagt. Verder speelt intimiteit een zeer belangrijke rol. Er is veel aandacht voor omgeving en sfeer. Het licht kan gedempt worden, men kan kiezen voor muziek of voor respectvolle stilte. Dit is eveneens een uiting van de sacraliteit en het mystieke karakter dat de bevalling kan hebben. Ook integriteit is belangrijk, maar dan eerder in oppositie tegenover de ziekenhuissfeer waar volgens de voorstanders van natuurlijke bevalling de mens vervreemd is.

Hierboven werd een corpus aan attitudes, praktijken en waarden van de thuisbevalling uiteengezet. Er zijn echter nog een aantal andere vormen van natuurlijk bevallen, bijvoorbeeld het onderwaterbevallen. In België kan dit enkel in het Henri Serruysziekenhuis te Oostende. Hoewel ook deze praktijken als "natuurlijk" worden omschreven zijn er belangrijke verschillen met de thuisbevalling. Ten eerste grijpen ze plaats in een ziekenhuis, zij het in een aangepaste omgeving. Aan de sfeer wordt veel aandacht besteed. De instrumenten die bij de ziekenhuisequipe horen zijn geïntegreerd in de wanden en als dusdanig aan het oog onttrokken. Er is eveneens een grote mate aan vrijheid tijdens de fase van de weeën. De bevallingspartners kunnen eveneens vrij gekozen worden. Het verloop van de bevalling is bij een onderwaterbevalling anders. Er worden routinematig lavementen gezet en het aantal inducties is slechts weinig lager dan in andere ziekenhuizen. Chemische pijnbestrijding is ook hier uit den boze. Na de bevalling kan men de navelstreng laten uitkloppen en de baby wordt doorgaans direct aan de moeder gegeven.

Als eindconclusie blijft de vraag bestaan naar een globale concretisering van wat nu precies onder een "natuurlijke bevalling" verstaan dient te worden. Thuisbevalling, de natuurlijke ziekenhuisbevalling en de onderwaterbevalling worden alle natuurlijk genoemd, maar ze zijn in hun concrete aanpak zeer verschillend. De verleiding is groot om de natuurlijke bevalling als tegengesteld aan de klassieke ziekenhuisbevalling te beschouwen. Maar de vraag dringt zich dan op in hoeverre de onderwaterbevalling en andere modellen afwijken van de "klassieke" ziekenhuisbevalling. De wezenlijke kenmerken van het natuurlijk bevallen zijn:

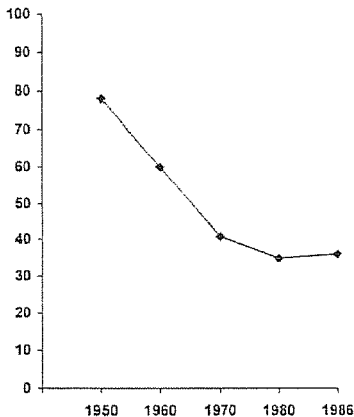
1. de nadruk ligt op niet-ingrijpen

- 2. de bevalling verloopt volgens het ritme van het lichaam
- 3. de beslissingen worden genomen door de barende

5. Herwaardering van de thuisbevalling tegen de achtergrond van het Nederlandse model

Omwille van deze kenmerken is de natuurlijke bevalling aan herwaardering toe. Dat dit ook in de praktijk haalbaar is, bewijst het Nederlandse model. In Nederland zijn thuisbevallingen geïnstitutionaliseerd. Dat betekent dat zij niet alleen een wettelijk kader hebben, maar ook een grote mate van sociale acceptatie. Ongeveer 30% van alle bevallingen gebeurt thuis (Figuur 2).

In het veld van de verloskunde werken twee verschillende teams. Het ene situeert zich op de eerste lijn. Hierbij gaat het om vrij gevestigde vroedvrouwen, soms ook huisartsen, die normale zwangerschappen en bevallingen begeleiden, thuis of in het ziekenhuis. Zij worden daarbij geassisteerd door kraamverzorgsters. Bij een risicozwangerschap wordt de vrouw begeleid door een obstetricus, geassisteerd door een gespecialiseerde verpleegkundige. Dit soort bevallingen gebeurt doorgaans in ziekenhuizen waar alle noodzakelijke technologie (operatiemogelijkheid, couveuse-afdeling, enz.) om deze zwangerschappen en bevallingen tot een goed einde te brengen, voorhanden is. Het team bestaat naast obstetricus en verpleegkundige ook nog uit een pediatier. Die begeleiding situeert zich op de tweede lijn.



Figuur 2. Evolutie van het percentage thuisbevallingen in Nederland (bron: Spanjer et al., 1984).

Belangrijk is ook de terugbetalingsregeling voor bevallingen. Wie zonder een medische indicatie naar een gynaecoloog stapt om zich bij de bevalling te laten begeleiden, moet zelf voor de kosten opdraaien. Enkel bij medische indicatie wordt de bevalling bij een gynaecoloog terugbetaald door het ziekenfonds. Een thuisbevalling, begeleid door een vroedvrouw, is het goedkoopst.

Het is een volwaardig alternatief voor de gemedicaliseerde bevalling. Boven-

dien draagt dit model een humaan ideaal in zich: het respect voor de autonomie, de zelfbepaling en de integriteit van de vrouw die een kind moet baren. De bevalling is immers een existentiële ervaring voor de moeder die aan een nieuw wezen het leven geschonken heeft en zo de continuïteit met vorige en volgende generaties heeft verzekerd. De manier waarop een vrouw bevalt is sociaal-cultureel, historisch en ook ethisch bepaald. In de huidige maatschappij is het menselijk leven in belangrijke mate bepaald door techniek en technologie. Dit geldt voor verschillende sectoren van ons individueel en maatschappelijk leven. Zo ook voor de bevalling. Het concept van de natuurlijke bevalling eist temidden van ons door techniek bepaalde mens- en wereldbeeld terug de aandacht op voor de individuele beleving en voor respect voor het menselijk lichaam in één van de belangrijkste levensdomeinen.

De aanhangers van de natuurlijke bevalling zijn - in tegenstelling tot wat sommigen wel eens beweren - geen reactionairen die een pleidooi voor terugkeer naar de natuur houden. Het gaat voornamelijk om critici van de medicalisering die pleiten voor een reële ommekeer inzake de bevallingspraktijk. Een ommekeer waarin persoonlijke keuzevrijheid voor de vrouw centraal staat en waarin elk niet strikt noodzakelijk medisch handelen of ingrijpen achterwege wordt gelaten. Deze kritiek is eveneens een kritiek op de sociale (de verslaving van het individu aan zijn arts voor de oplossing van al zijn problemen) en structurele (de vernietiging van de autonomie van de patiënt en onteigening van verantwoordelijkheid voor zelfzorg) iatrogenese en gaat gepaard met een pleidooi voor een structurele verandering van de bevallingspraktijk (Illich, 1984). Deze critici hebben waardering voor alternatieven (bijvoorbeeld onderwaterbevalling) - en zijn zelfs vaak de grote pleitbezorgers voor deze alternatieven - maar plaatsen toch de aloude thuisbevalling centraal in hun pleidooi.

De voorstanders van de natuurlijke bevalling vormen een heterogene en weinig georganiseerde groep. Hoewel veel initiatieven en publicaties van deze groep afkomstig zijn, is er toch niet zoiets als een belangenorganisatie die opgewassen is tegen de lobby van artsen die de medicalisering van de bevalling bepleiten. Tot de voorstanders van de natuurlijke bevalling behoren individuele of georganiseerde vroedvrouwen, ecologen, feministen, progressieve artsen en gynaecologen, een aantal individuele vrouwen of koppels die ervaringen hebben met een "natuurlijke bevalling", en individuen, wetenschappers en critici die de geneeskunde willen humaniseren of de maatschappij willen demedicaliseren. Bij een heel kleine minderheid onder deze mensen speelt de idealisering of idolatrie voor het natuurlijke of "De Natuur" een rol in hun motivatie. Voor het overgrote deel gaat het om een welgemeend, goed gefundeerd en mijns inziens terecht pleidooi voor humanisering van de maatschappij in het algemeen en de medische sector in het bijzonder.

Tussen de voorstanders van de medicalisering en de critici van dit model speelt zich reeds jaren een polemiek af. De eersten zien de bevalling liefst in de setting van een ziekenhuis gebeuren, waar de vrouw omringd is door deskundigen en waar alle technische middelen aanwezig zijn om, indien het tijdens de bevalling misgaat, deze toch nog tot een goed einde te brengen. In Nederland, waar toch een unieke bevallingspraktijk is, pleiten bepaalde gynaecologen ervoor dat elke vrouw voor haar eerste bevalling naar het ziekenhuis zou komen.

Vooral de waarde veiligheid speelt in de argumentatie een grote rol. Medici stellen de veiligheid van moeder en kind in de polemieks voorop en menen dat zij in hun ziekenhuizen het best deze veiligheid kunnen garanderen. Maar tegelijkertijd laten zij uitschijnen dat de thuisbevalling minder veilig zou zijn dan een ziekenhuisbevalling. Wat natuurlijk op groot verzet stuit van voorstanders van de natuurlijke bevalling. Eigenaardig genoeg gebruiken zij in feite dezelfde argumenten, in casu de veiligheid van moeder en kind. Nederlandse feministen tonen daarbij graag cijfers. Zij stellen bijvoorbeeld dat de maternale sterfte evenals de perinatale sterfte in Nederland tot de laagste ter wereld behoren - en dat terwijl Nederland toch een vrij hoog percentage (ca. 30%) thuisbevallingen heeft. Een natuurlijke bevalling is voor hen dan ook even veilig - zometer veiliger, vanwege de rust die uitgaat van de eigen omgeving - dan de bevalling in medische context. Voor risicobevallingen en de zogenaamde zware bevallingen, evenals bij complicaties, is de ziekenhuisomgeving de beste plaats om de bevalling, ondanks de complicaties, toch tot een goed einde te brengen. Er is echter weinig reden om alle bevallingen in het ziekenhuis te laten plaatsvinden. Eén van de nadelen bij de ziekenhuisbevalling is de ondergeschiktheid van de autonomie, de vrijheid, de persoon ten voordele van de efficiëntie. Bij ernstige complicaties zal een zinnig mens graag zijn autonomie en bewegingsvrijheid tijdelijk afstaan om de bevalling voor moeder en kind mits ingrijpen toch tot een goed einde te brengen. Dat de iatrogene aspecten van efficiënte geneeskunde frequent beginnen voor te komen bij normale zwangerschappen en normale bevallingen is een onrustwekkende evolutie. Wanneer de efficiënte medisch gezien niet absoluut noodzakelijk is schuilt het gevaar voor routine. Routine betekent het toepassen van technieken en hulpmiddelen zonder noodzakelijke indicatie. Hierachter gaat de filosofie "baat het niet, het schaadt ook niet", schuil. Die routine moet bij normaal verlopende zwangerschappen niet getolereerd worden.

Er speelt echter nog een tweede belangrijke waarde mee in deze discussie: vrijheid. We kunnen daarom ook spreken van een machtsstrijd. De barendende vrouw wordt in deze discussie gezien als diegene die tegen de historische achtergrond van de medicalisering haar autonomie over de bevallingspraktijk is kwijtgeraakt en die nu ten alle prijze terug moet winnen. De medici daarentegen pogen te behouden wat zij reeds verworven hebben.

6. Waardenanalyse

Als we de beide bevallingscontexten ethisch willen duiden, zien we dat een aantal waarden steeds weer op de voorgrond treden. Vrijheid, veiligheid en efficiëntie zijn ongetwijfeld de belangrijkste. De vrijheidsthematiek en -problematiek stelt zich op verschillende niveaus en bij verschillende actoren. De waarde veiligheid is zeer belangrijk in de hele discussie omtrent natuurlijke en gemedicaliseerde bevalling. In die zin kan gesproken worden van een veiligheidsdiscours. Minder dominant, maar zeer belangrijk zijn ook de waarden intimiteit, (lichamelijke) integriteit en verantwoordelijkheid. Intimiteit wordt dan vaker geassocieerd met natuurlijk bevallen. Integriteit wordt in verband gebracht met verschillende aspecten van de gemedicaliseerde bevalling. Verantwoordelijkheid dient gekop-

peld te worden aan de macht om de bevallingscontext vrij te kiezen. Tenslotte spelen nog andere waarden mee: respect, liefde, kinderen als waarde op zich, maar ook de meer negatief gedefinieerde waarden als geld, macht en aanzien. Bepaalde waarden zoals het belang van kinderen speelden een belangrijker rol in vroegere perioden van de geschiedenis dan momenteel het geval is. Andere waarden zoals geld en aanzien hebben dan weer meer te maken met protectie en behoud van verworven rechten en status, en hoeven dus eigenlijk niet noodzakelijk negatief geformuleerd worden.

In wat volgt ga ik op deze waarden in. De eindconclusie heeft betrekking op de oppositionele verhouding tussen natuurlijke en gemedicaliseerde bevalling.

6.1. vrijheid

Vrijheid betekent hier in de eerste plaats in de mogelijkheid verkeren om tussen alternatieven te kiezen. Ik wens hier tevens het door Isaiah Berlin geconcipieerde onderscheid tussen positieve en negatieve vrijheid op te nemen. Bij positieve vrijheid gaat het om de individuele mogelijkheden, de handelingsvrijheid. Bij negatieve vrijheid staat het niet belemmerd zijn door externe factoren voorop, met andere woorden vrij zijn van dwang.

In de bevallingscontexten situeert de vrijheid zich op verschillende vlakken. Gebrek aan vrijheid betreft in eerste instantie het koppel of de zwangere vrouw. Hierbij gaat het om de mogelijkheid om plaats, houding, begeleider, enz. te kiezen, of om de keuze tussen een natuurlijke of een gemedicaliseerde bevalling. Die is principieel wel aanwezig doch niet (altijd) praktisch, mede door een gebrek aan faciliteiten. We zouden dit een tekort aan positieve vrijheid kunnen noemen. Gebrek aan faciliteiten houdt in dat er bijvoorbeeld te weinig zelfstandige vroedvrouwen zijn of te weinig artsen die bereid zijn om thuisbevallingen te begeleiden. Hierbij spelen uiteraard de historische evoluties mee die ertoe hebben geleid dat thuisbevallingen eerder een marginaal fenomeen werden, uitzonderingen voor alternatievelingen.

Ik ben reeds op de evolutie van de verloskunde en de verhoudingen tussen de diverse actoren ingegaan. Deze evolutie heeft er in de Westerse wereld - met uitzondering van Nederland - toe geleid dat vroedvrouwen een ondergeschikte positie zijn gaan innemen en dat vrouwen voor hun bevalling werden verwezen naar het ziekenhuis en ingepast werden in een medisch discours. De vrijheid en de machtsstructuren werden geïnstitutionaliseerd, vastgelegd in allerlei regels, attitudes, routines en praktijken waar niet van afgeweken mag worden.

Een van de belangrijkste aspecten van die medicalisering was het onttrekken van kennis over het eigen lichaam aan het individu. We moeten ons echter weinig illusies maken over de omvang van die kennis, ook voor het medicaliseringsoffensief. Zij is waarschijnlijk nooit zeer groot geweest en was doorspekt met allerlei bijgeloof, hetgeen over de objectiviteit vragen doet rijzen. Maar de geneeskunde heeft zich wel ontwikkeld tot wat Ivan Illich (1984) een radicaal monopolie op gezondheid noemt. Toen artsen aan het begin van de medicalisering de kennis over het lichaam en zijn functioneren naar zich toe trokken, was de tendens gezet om in latere tijden ook de nieuwe kennis in eigen handen te hou-

den. De kenniskloof tussen medici en niet-medici is nog nooit zo groot geweest als nu. Voor de medicalisering was kennis nog sterk bepaald door een magisch denken, maar ze gaf zekerheid, ze werd geloofd. De hedendaagse praktijk staat daarvoor te ver van de niet medisch geschoolde mens. De geneeskunde hanteert een hermetisch taalgebruik, een vakjargon waar de meeste mensen weinig voeling mee hebben. Het wordt niet begrepen - maar wel sterk geloofd- en levert het gevoel op uitgeleverd te zijn aan het onbekende. We spreken van vervreemding.

Binnen de medicalisering komt de vrijheidsproblematiek radicaal aan de oppervlakte. Dit heeft te maken met de structuur en organisatie van de geneeskunde. In de geneeskunde geldt het paternalistisch medisch model of "beneficence" model. Fenomenen van structurele en sociale iatrogenese, de sociale rol van patiënt en arts, de behandeling van medische problemen en tekorten in de uitvoering van het burgerlijk recht en strafrecht, versterken de macht van de artsen ten nadele van de vrijheid van de patiënt in het algemeen en van de zwangere vrouw in het bijzonder. De vrijheid van de patiënt is nochtans geregeld, zowel bij wet als in morele codes (het informed consent-model, de principes van autonomie).

Essentieel staat het medisch paternalisme tegenover de persoonlijke autonomie van de patiënt, die in de medische ethiek nochtans zo sterk wordt benadrukt, omwille van de existentiële waarde die autonomie voor de mens heeft. In de hedendaagse maatschappij is autonomie de basis voor zelfverwezenlijking en zingeving. De mens wil zelf, aan het eigen leven zin geven door de keuzes te maken die voor de realisatie van zijn individueel levensplan noodzakelijk zijn. Hoewel dit levensplan en het levensdoel (of levensdoelen) primair zijn, gaat zingeving verder. Om zulke doelen te bepalen is vereist dat de mens voor zichzelf uitmaakt wat waardevol is en wat niet, welke waarden hij belangrijk vindt en welke niet. Voorts veronderstelt zingeving ook een positiebepaling, een situering tegenover de andere en tegenover instellingen. Het individu staat uiteraard in een min of meer gespannen verhouding tot deze anderen of tot de wereld.

Belangrijk is dat de mens de mogelijkheid heeft of krijgt om in eerste instantie zelf zijn levensplannen op te stellen en er naar te leven en te streven als naar een ideaal. De sociale correctie en bijsturing en zelfs de sociale begrenzing volgen dan wel vanzelf. Het belang van autonomie ligt in de zelfverwezenlijking. Zonder die zelfverwezenlijking - zonder autonomie - is er eigenlijk geen "individu", enkel massa of beter gezegd, enkel sociale verbanden. Elk mens bevindt zich ergens op een lijn tussen volkomen individualisme (zonder enige andere) en volkomen socialiteit (zonder individuele eigenheid). Het is de autonomie die een individu heeft, die zal bepalen waar die plaats op de schaal juist ligt.

Autonomie bepaalt dus de zingeving die uit verschillende componenten bestaat: doelbepaling, waardering, positiebepaling in de maatschappij. De bepaling van levensdoelen is bovendien afhankelijk van de kennis die iemand bezit, van zijn wereldbeeld, maar ook van de sociale klasse en het maatschappijmodel waartoe hij behoort en van de cultuur. Autonomie is dus steeds een relatieve waarde. De mate van autonomie kan eveneens verschillen naargelang maatschappijtype, tijdperk, cultuur en sociale klasse. Musschenga (1987: 65-66) zegt hierover: *"Dat principe (van respect voor autonomie, jdc) schrijft voor dat wij bij beslissingen die de belangen van anderen raken, hun vrijheid moeten erkennen en respecteren om zelf beslissingen te nemen. Anders gezegd: dat wij ons moeten onthouden van inmenging in de*

autonome beslissingen van anderen." Het medisch model dat past bij het principe van respect voor autonomie is het informed consent-model. De patiënt/cliënt wordt ingelicht over alle aspecten van zijn/haar toestand en over alle alternatieven van medisch handelen. Dit alles in een voor de betrokkene begrijpelijke taal. Op grond van autonomie kiest men dan weloverwogen het alternatief dat het beste past bij zijn/haar levensplannen, doelstellingen, principes. In realiteit heerst echter nog altijd het beneficence-model, waarbij de arts/patiënt-verhouding per definitie als ongelijk wordt beschouwd. De arts bezit meer kennis over de toestand van de patiënt/cliënt en bepaalt daarom wat goed of slecht voor hem is. De arts heeft bovendien de plicht om *te doen wat hij vanuit objectief medisch gezichtspunt goed voor een patiënt acht* (Musschenga, 1987: 112). Paternalisme is ingaan tegen de wil van patiënten of voorbijgaan aan die wil met het oog op de bestwil van die patiënten. In moreel opzicht is paternalistisch handelen bij wilsbekwame mensen zeer moeilijk te rechtvaardigen. Sommigen hebben de vraag opgeworpen of berende vrouwen wilsbekwaam zijn. In de fase van de weeën en uitdrijving zouden ze te emotioneel zijn om adequate beslissingen te nemen. Allereerst is emotionaliteit uiteraard geen criterium voor wilsonbekwaamheid. Maar vaak heeft de vrouw een duidelijk omschreven bevallingsplan, een beeld van hoe haar bevalling er uit zal zien. Dit bevallingsplan moet vooraf besproken worden met diegene die de bevalling zal begeleiden. Bovendien speelt ook de bevallingspartner een belangrijke rol in het vasthouden aan het oorspronkelijk bevallingsplan.

Maar belangrijker is de vraag naar de belangen van de moeder en de belangen van het kind. Kinderen zijn volgens de definitie wilsonbekwaam en daar is paternalisme - zoals hierboven gedefinieerd - wel gerechtvaardigd. De arts zou in een situatie waarbij de foetus in ademnood verkeert, gerechtvaardigd zijn om weeënversterkende middelen, pijnbestrijding of zelfs keizersnede te doen. Twee zaken lijken mij hierbij van belang. De ingrepen om het kind in nood te helpen gebeuren op of via de moeder. Het gaat om haar lichaam en haar persoon. Het lijkt absurd dat de moeder, wanneer de foetus in reële nood zou verkeren, een ingreep zou weigeren. Maar er stelt zich een probleem wanneer dit wel het geval is. Geldt dan het principe van autonomie of is paternalisme gerechtvaardigd? De arts heeft immers een verantwoordelijkheid jegens twee menselijke wezens: de moeder, maar ook de foetus. Ten tweede lijkt het mij belangrijk om de oorzaak van foetale nood te onderzoeken en waar mogelijk te voorkomen. In de huidige medische praktijk is foetale nood meestal het gevolg van het vele en onnodige ingrijpen, bijvoorbeeld ademhalingsmoeilijkheden door de chemische middelen die gebruikt worden bij inductie en pijnbestrijding of het onnodig rekken van het bevallingsproces door neveneffecten van dezelfde middelen.⁴

Niettemin blijven informed consent en het principe van respect voor autonomie vaak dode letter. Nochtans is een informed consent-model het enige volwaardige alternatief. Belangrijk ook is het fenomeen van de in de medische praktijk

⁴ Belangrijk onderzoek naar de relatie tussen de gebruikelijke dorsale houding tijdens de bevalling en foetale nood werd verricht door Studd et. al. (1980); over bijwerkingen van epidurale verdoving door Crawford (1972); over de effecten van pijnstillers en epidurale verdoving tijdens de bevalling en de effecten ervan op de pasgeborene door Kron et. al. (1966), Shnider en Moya (1964), Adamson (1975), Standley et. al. (1974), Eastman (1959) en Moya en Thorndike (1962). Deze onderzoeken worden uitgebreid becommentarieerd in Spanjer et. al. (1984).

vaak voorkomende routines. Het routinematig toepassen van episiotomie, induceren van de bevalling, verdoven, gebruik van fotherapie, doen van echografieën, enz. is fundamenteel ongepast binnen een informed consent-model. De routine werkt dehumaniserend omdat ze uit gemakzucht, verdedigingsdrang ('defensieve geneeskunde') of om redenen van interne organisatie en efficiëntie mensen dwingt in een vooraf gepland en buiten de betrokkene om bepaald keurslijf. Routine gaat uit van veralgemening, van het zondermeer toepassen van een techniek. Er wordt per definitie geen rekening gehouden wordt met de mening of de wens van de barendende vrouw (en het medisch cliënteel in het algemeen). Elke keuze wordt bij voorbaat ongedaan gemaakt.

Autonoom bevallen betekent verder dat de moeder de reële macht heeft om de bevalling te sturen in de door haar gewenste richting. Dat houdt in dat ze een adequate pijnbestrijding kan vragen als de pijn voor haar ondraaglijk wordt. Ook het baden behoort tot de alternatieve pijnreductie. Immers, eisen van vrouwen dat zij de pijn bij de bevalling verdragen in een tijdperk waar een adequate pijnstilling voorhanden is, is niet alleen wreed maar ook moreel onhoudbaar. De grote nadelen en mogelijke risico's van de chemische pijnbestrijdingsmiddelen moeten ons er echter van weerhouden deze technieken routinematig toe te gaan passen. Tot alle risico's uitgesloten kunnen worden en tot alle langetermijneffecten gekend zijn, verdienen de alternatieve vormen om baringspijn tegen te gaan minstens evenveel aandacht. Het toepassen van kunstmatige middelen zonder volledige kennis van de risico's en effecten heeft in het verleden tot genoeg menselijke drama's en rampen geleid.⁵ Het verder gebruik van onbekende of onvoldoende geteste medicijnen is eveneens moreel verwerpelijk. Bovendien kan de individuele keuze- en bewegingsvrijheid niet opgeofferd worden aan het idioom pijnloos te bevallen. Nog minder mogen we toelaten dat door pijnbestrijding vrouwen nog verder afhankelijk worden van de artsen voor hun bevalling. Een ernstige terughoudendheid ten aanzien van chemische pijnbestrijders is omwille van deze argumenten gerechtvaardigd.

Maar laten we niet vergeten dat vrijheid inzake de bevalling ook een zeer uitgebreide verantwoordelijkheid inhoudt. Als de vrouw de beslissingen neemt, betekent dit dat vrouw én haar bevallingspartner de verantwoordelijkheid dragen, in eerste instantie de verantwoordelijkheid voor de mogelijke gevolgen van de gekozen procedures.

De vrijheidsproblematiek heeft ook betrekking op de positie van de vrouw in de maatschappij. Hess en Ferree (1987: 442-456) wezen erop dat het medisch korps in hoofdzaak mannelijk is en dat daar slechts traag verandering in komt. Zeker met betrekking tot de specifieke vrouwenproblematieken (de gynaecologie en de verloskunde) leidt dit tot problemen. De geschiedenis van de geneeskunde brengt immers al te veel zaken aan het licht als een pre-occupatie van onderzoekers met vrouwelijke geslachtsorganen, ontoelaatbare medische experimenten, over-

⁵ Naast het bekende Softenondrama waarbij toediening van het middel Softenon tegen zwangerschapsbraken leidde tot de geboorte van honderden ernstig fysiek gehandicapte baby's was er recent het onderzoek naar het middel Dolantine dat als pijnstiller tijdens de bevalling werd gebruikt. Recent kwam aan het licht dat Dolantine tot ernstige ademhalingsstoornissen bij de baby kan leiden. Dolantine - pas in 1987 van de markt gehaald - wordt inmiddels verantwoordelijk geacht voor de geboorte van tientallen kinderen die met ernstige handicaps werden geboren als gevolg van zuurstoftekort na toediening van het middel tijdens de bevalling.

consumptie van medicijnen (tranquillizers) en ingrepen (baarmoederverwijderingen). Dit wijst op een structurele onderdrukking van de vrouw ten gevolge van een mannelijk medisch discours. In de geneeskunde werd de ontvoogding van de vrouw tegengewerkt door aan de vrouw de macht over haar reproductie te ontzeggen. Voorbeelden zijn het abortusdebat en de vrije beschikking over adequate anticonceptiva. Politicologe en feministe Lydie Schoon - die veelvuldig rond het thema vrouw en gezondheidszorg heeft gepubliceerd - vermeldt onder andere de bevolkingsonderzoeken met als gevolg veel onterechte, zogenaamd preventieve baarmoederverwijderingen, de overconsumptie van medicijnen bij vrouwen in de menopauze, de overconsumptie van medisch onderzoek (zwangerschapsconsultaties, uitstrijkjes, enz.), de psychische betekenis die werd toegekend aan baarmoeder en eierstokken enz. Schoon (1990) toont op grond van diverse oude en recente medische publicaties aan dat allerlei pijnen en vrouwenziekten zoals hoofdpijn, keelpijn, neurosen of slechte ontlasting werden toegeschreven aan baarmoederafwijkingen. Het taalgebruik is wat dat betreft veelzeggend; baarmoederverwijdering heet hysterectomie in het medisch jargon. De verwijzing naar hysterie is letterlijk. Hysterie werd gezien als een baarmoederziekte. De baarmoeder was een woedend, rusteloos orgaan, dat schreeuwde om bevruchting. In de 19e eeuw werd bij Engelse vrouwen op medische gronden clitoridectomie uitgevoerd met het oog op het voorkomen van masturbatie, die verantwoordelijk geacht werd voor hysterie, epilepsie en stuip trekkingen. Voorts wijst zij op een aantal structurele problemen binnen de geneeskunde. Door de prestatie-geneeskunde worden artsen die het principe "zo weinig mogelijk ingrijpen" toepassen financieel gestraft. Volgens Lydie Schoon is de grote toename van het aantal baarmoederverwijderingen daarvan een mogelijk gevolg. Misschien kan dit tevens een verklaring zijn voor veel andere routines. In een apart hoofdstuk spreekt Schoon van de medische macht over de vrouwelijke seksualiteit. Zij herinnert aan de clitoridectomie om masturbatie tegen te gaan, het gebruik (inhuren) van prostituees voor de universiteitscolleges over vaginaal onderzoek, seksueel misbruik door artsen en het lichamen sleutelen aan seksuele problemen met een duidelijke psychische, psychosomatische of sociale oorzaak. De vrijheidsproblematiek situeert zich in deze voorbeelden op verschillende niveaus: de cultureel bepaalde discriminatie van vrouwen, het structureel gebrek aan vrouwen in de medische professie, de onvrouwelijke medische theorievorming die verantwoordelijk is voor het soms onnodig ziek-verklaren van gezonde mensen en de ongelijke arts/patiënt-verhouding.

Vrijheid en onvrijheid situeren zich dus op alle niveaus van de gezondheidszorg. Van het laagste niveau, de individuele arts/patiëntrelatie tot het hoogste niveau, de structuur van de gezondheidszorg zelf. Aangetoond is dat vrouwen geen reële keuzevrijheid hebben noch voor het kiezen van de voor hun levensplan en doelstelling beste bevallingscontext, noch binnen deze bevallingscontext zelf. Een nieuwe ziekerol dringt zich op en er zijn verschillende categorieën die niet meer in de ziekerol thuishoren, in de eerste plaats de zwangere vrouwen. Bovendien moet de vrijheid, de autonomie en het respect voor die autonomie een concrete inhoud krijgen. Dit vereist het afschaffen van het beneficence-model en de installering van het informed consent-model. Toch is het in de praktijk marginaal om de cliënt de vrijheid toe te kennen waar hij recht op heeft. Er schort iets

aan het medisch model zelf. Ten eerste zou een alternatief gezocht moeten worden voor de prestatiegeneeskunde. In elk geval mag het principe van zo weinig mogelijk ingrijpen niet langer financieel bestraft worden. Een tweede noodzakelijke verandering is het geven aan het individu van kennis over zijn eigen lichaam. Dit kan door de ontwikkeling van een begrijpelijke taal en een afschaffen van het jargon dat elke externe lekencontrole en elk onderzoek vanwege niet-medici bij voorbaat doet mislukken en uitsluit. Onderzoek en kritiek door leken worden immers probleemloos - doch vaak onterecht - afgedaan als niet-wetenschappelijk. De geneeskunde kan niet langer een zelfstandige maatschappelijke sector vormen met eigen standaarden en criteria, eigen rechtspraak en eigen inspraakregels. De geneeskunde maakt integraal deel uit van de maatschappij en dat laat het functioneren als een radicaal monopolie niet langer toe. Maar ook de patiënt zal een rol moeten spelen. Hij is het die zal moeten opkomen voor zijn rechten. De zwangere vrouw is het die assertief genoeg moet zijn om - gesteund door haar bevallingspartner(s) - aan de begeleider(s) duidelijk te maken wat ze wil en niet wil, wat kan en wat niet, tenslotte, wat mag en wat niet mag. De vrijheid al dan niet een behandeling te ondergaan is immers een fundamenteel recht. Men moet er dan ook leren gebruik van maken. Tot zolang kan echter op tegenkanting gerekend worden. De arts die zegt "natuurlijk mag je natuurlijk bevallen" of "bevalen is altijd natuurlijk" gaat aan die vrijheid voorbij.

6.2. Veiligheid

In de polemiek tussen natuurlijke en gemedicaliseerde bevalling staat de waarde veiligheid centraal. Meer nog, er is sprake van een veiligheidsdiscours. Zowel de aanhangers van de natuurlijke als van de gemedicaliseerde bevalling menen dat hun methode de veiligste is. Een mening die vervolgens met een massa cijfers, onderzoek, argumenten en redeneringen wordt gestaafd.

De conclusie is dat in de Westerse welvaartsstaten de bevalling een uitermate veilige aangelegenheid is. Dat kan worden afgeleid uit vergelijkend statistisch materiaal. En dit geldt zowel voor de natuurlijke als voor de gemedicaliseerde bevalling. Westerse landen kennen over het algemeen een zeer lage perinatale, maternale en kindersterfte en een hoge levensduurverwachting. Dit is niet zo in landen in ontwikkeling. De belangrijkste redenen voor het verschil zijn in eerste instantie niet-medische parameters, zoals meer en betere voeding, meer hygiëne (stromend water, riolering, meer dagelijkse lichaamshygiëne), en algemeen betere levensomstandigheden (betere huisvesting, gezond maken van de arbeidsplaats, enz.).

Dat veiligheid in het veld van de bevalling en meer algemeen in het medisch veld zo belangrijk is, heeft te maken met de hoge verwachtingen die wij stellen aan medici en de medische wetenschap. De wetenschap heeft deze eeuw zo'n vaart genomen en dit op zoveel verschillende terreinen dat we wel moeten verwachten dat de medici voor al onze kwalen - grotere en kleinere - een oplossing hebben. Wanneer het dan misloopt, is men teleurgesteld en wordt de schuld bij de medici gelegd. In dit proces spelen de media een belangrijke rol. Elke nieuwe verwezenlijking, hoe weinig relevant en hoe moeilijk toepasbaar ze ook is, wordt

breed en wereldwijd in de media gebracht. Hoeveel valse verwachtingen worden niet geschapen, telkens er weer eens een bericht verschijnt over een nieuwe therapie voor AIDS, multiple sclerose e.a. of als er een bericht verschijnt over de ontdekking van de oorzaken van een bepaald soort kanker? Maar de schuld kan niet louter op de media afgeschoven worden. De concurrentie voor het vinden van nieuwe therapieën en medicijnen is moordend. Onderzoekers staan onder grote druk om hun resultaten, hoe klein ook, zo vlug mogelijk te publiceren. En uiteraard spelen het prestige, het aanzien en de leerstoel mee die voorbehouden zijn voor wetenschappers die een belangrijke prestatie op wetenschappelijk gebied hebben gerealiseerd.

Maar dat alles zorgt voor zeer hoge verwachtingen bij de publieke opinie. De medische wetenschap en praktijk is door al deze factoren op een groot voetstuk komen te staan. Falen wordt in zo'n sfeer niet meer getolereerd. Dit verklaart waarom veiligheid zo belangrijk is. Mondige burgers ondernemen ook veel vlugger juridische stappen bij medische fouten. Dit zet in feite een nieuw systeem in werking dat repercussies heeft voor de veiligheid in ziekenhuizen. In het kader van de zogenaamde "defensieve geneeskunde" gaan artsen veel minder risico's nemen. Op het eerste zicht een positieve zaak, maar de grens tussen een gezond handelen zonder al te grote risico's te nemen en een ongezond klimaat waarbij de patiënt/cliënt aan (preventieve) ingrepen onderworpen wordt die alle potentiële risico's uit moeten sluiten, is soms beangstigend klein. Als voorbeeld kan gegeven worden het doen van keizersnede bij slechts lichte complicaties. Sommige bronnen menen dat keizersnede slechts in 5% van de bevallingen echt noodzakelijk is. In het universitair ziekenhuis van de V.U.B - waar men toch een hoger aantal zware en/of gecompliceerde bevallingen mag verwachten - blijft men met 10% keizersnedes nog steeds significant onder het Vlaams gemiddelde van 13%. Men kan spreken van overconsumptie op het vlak van het verrichten van keizersnede. Komt door dergelijke overconsumptie de veiligheid niet daadwerkelijk in het gedrang? Eén van de belangrijkste kritieken op de gemedicaliseerde bevalling is het gegeven dat het routinematig toepassen van allerlei ingrepen nefaste gevolgen heeft voor het verloop en de kwaliteit van de bevalling. Bovendien heeft routine vele klinische iatrogene effecten tot gevolg. Tenslotte zorgt ze op het niveau van de sociale en structurele iatrogenese voor verlaging van de pijndrempel en voor een ongezonde binding van het cliënteel aan de medische sector.

De veiligheid bij natuurlijke bevallingen blijft gewaarborgd zolang een doorgedreven prenatale en postnatale zorg verzekerd zijn. Het is vooral de prenatale zorg die bepalend is voor de veiligheid bij thuisbevallingen. Door deze prenatale zorg kan immers met grote zekerheid vastgesteld worden of er een groter risico is op complicaties. Deze zorgverstrekking blijft een vorm van medicalisering die mijns inziens niet mag afgebouwd worden, wil de natuurlijke bevalling een volwaardig alternatief vormen. Maar ook hier dient gereageerd te worden tegen een reële overconsumptie van onderzoeken, technieken en consultaties,...

We kunnen besluiten dat de bevalling bij ons - bij uitbreiding in alle Westerse landen - zeer veilig is en dit ongeacht de context. Dat kan allereerst afgeleid worden uit vergelijkend cijfermateriaal waaruit blijkt dat maternale sterfte, kinderen en zuigelingensterfte in Europa, de VS, Australië en enkele Aziatische (stads)staten zeer laag is. De redenen daarvoor zijn duidelijk: een hoge levensstandaard, ge-

zonde levensomstandigheden, een intensieve prenatale zorg en een efficiënt medisch ingrijpen bij complicaties. De gemedicaliseerde bevalling wordt vaak als zeer veilig beschouwd en beleefd. Moeders die kiezen voor de thuisbevalling of andere vormen van natuurlijk bevallen zijn eveneens overtuigd van de veiligheid van de door hen gekozen methode. Niet alleen in realiteit maar dus ook in de individuele beleving kunnen de bevallingscontexten als veilig worden beschouwd.

We willen er echter onmiddellijk aan toevoegen dat veiligheidsargumenten gebruikt kunnen worden in de discussie over bepaalde technieken en gebruik van chemische middelen. Het blijft een feit dat aan inductie, chemische pijnbestrijding, keizersnede en episiotomie ernstige nadelen en risico's verbonden zijn. Het is evident dat naar de risico's onderzoek moet worden verricht en dat deze technische en chemische middelen niet veralgemeend toegepast kunnen worden zolang de risico's niet volledig gekend zijn. Nogmaals een pleidooi tegen routine.

Maar de eindbalans is positief voor elk soort bevallingen. Een debat over de aard van de bevalling is volgens mij dan ook niet langer gediend met argumenten die rechtstreeks of onrechtstreeks op een veiligheidsdiscours teruggaan.

6.3. Efficiëntie

In het algemeen vormt efficiëntie een belangrijke waarde. De bevalling moet het liefst vlot verlopen. Dat geldt zowel voor de natuurlijke als voor de gemedicaliseerde bevalling. De aard van de bevallingscontext bepaalt echter of efficiëntie belangrijker dan wel minder belangrijk zal zijn en vooral of andere waarden (vrijheid) eraan ondergeschikt worden gemaakt of niet. Efficiëntie is veel belangrijker in de gemedicaliseerde bevalling dan in de natuurlijke bevallingscontext, waarbij men het ritme van de vrouw en het kind volgt. De nadruk ligt op niet-ingrijpen of zo weinig mogelijk ingrijpen. Bij de gemedicaliseerde bevalling krijgt efficiëntie een andere invulling. Nemen we bijvoorbeeld het veelvuldig induceren (kunstmatig opwekken van de weeën) van de bevalling. Het is uiteraard heel efficiënt voor de verloskundige als hij het moment van de bevalling zelf kan kiezen en eventueel inpassen in zijn werkschema of agenda, in de zin van een betere of optimale werkverdeling. Hij hoeft 's nachts zijn bed niet meer uit en in het weekend heeft hij vrij zoals de meeste mensen. Het waardevolle van efficiëntie voor de veelvuldige toepassing van inductie wordt verder beargumenteerd in termen als de rationalisering van het werkschema binnen de materniteit of ook voor het comfort en veiligheid van de vrouw zelf. De redenering bij dit laatste is dat overdag meer artsen, verplegend en paramedisch personeel en dus meer aandacht, kennis en kunde aanwezig zijn.

Een andere illustratie van de waarde efficiëntie binnen de gemedicaliseerde bevalling heeft betrekking op de houding van de barende vrouw. De historicus Jacques Gelis stelt dat de traditionele verticale (staand of gehurkt) bevallingshouding, in de steden, binnen één generatie plaats maakte voor de houding die de medische wetenschap voorschreef. Er zijn twee belangrijke redenen voor deze ommekeer. Ten eerste omwille van het gemak van de artsen die de bevalling in goede banen moeten leiden. Het is inderdaad zo dat de vroedvrouwen of assis-

tenten voorheen (en nu nog tijdens thuisbevallingen) zich in een minder comfortabele positie bevonden om de barende goed te assisteren. Bij gehurkte of geknielde posities moesten ze zelfs op hun knieën of op de grond gaan zitten om alles goed te kunnen volgen. Ten tweede deden sinds de medicalisering heel wat technische hulpmiddelen hun intrede. Eén van de belangrijkste was de introductie van de forceps of verlostang. Deze kent een lange geschiedenis, maar de Gentse arts Jan Palfijn zal rond 1720 uiteindelijk een meer geperfectioneerd model verspreiden. Gedurende de hele 18e eeuw zullen de forceps in de reeds bestaande ziekenhuizen en tijdens noodbevallingen thuis een veelgebruikt instrument zijn. Vele 18e-eeuwse bronnen spreken zelfs van overconsumptie en maken gewag van vele bevallingen die als gevolg van het gebruik ervan fataal zijn afgelopen, o.m. door het ontstaan van wonden die aanleiding gaven tot dodelijke infecties. Het is echter noodzakelijk dat de vrouw hiervoor een dorsale ligging inneemt. De geschiedenis van de forceps is tekenend voor het latere gebruik van vele andere hulpmiddelen. Vanaf 1930 krijgen we door een grotere aandacht voor de conditie van de foetus een nieuw en uitgebreid scala van technische middelen (foetale hartbewaking, weeëndetectoren, enz.) die eveneens een dorsale houding noodzakelijk maken (Shorter, 1984: 154-155).

De verticale houdingen werden dus vrij radicaal door de artsen in hun ziekenhuizen afgeschaft. Het ziekbed werd al vroeg het symbool voor de situatie van de patiënt. Een zieke ligt. Liggen wijst op zwakte, onbeholpenheid, ondergeschiktheid, passiviteit. Hij die ligt, moet geholpen worden. Een patiënt die niet in bed ligt, is een onduidelijke situatie en past niet in het omgevingsbeeld van het ziekenhuis. Mede vanuit die optiek wordt ook de barende vrouw verbannen naar het ziekbed. Maar bovenal heeft deze verbanning dus een functionele reden: de geneesheer heeft een goed zicht op het verloop van de bevalling en kan overal gemakkelijk bij. Vrij vlug heeft het gebruik van de dorsale houding het van andere houdingen gewonnen in de gemedicaliseerde Westerse wereld.

Met betrekking tot de gemedicaliseerde bevalling spreekt men - verwijzend naar efficiëntie - ook wel van de "geprogrammeerde bevalling". Men verwijst hier niet enkel naar het meer en vlugger ingrijpen, maar ook naar het inpassen in een gerationaliseerd tijd- en werkschema. Veel heeft te maken met wat in de beide contexten als een "goede" bevalling wordt beschouwd. Bij de gemedicaliseerde bevalling is dat een vlotte, vlugge bevalling, zonder (veel) pijn en met een grote controle op en over de gezondheid van moeder en kind. Bij een goede natuurlijke bevalling zijn de omgeving, de sfeer, intimiteit van belang, evenals de (bewegings)vrijheid, het kunnen doen en laten volgens eigen wensen en volgens het persoonlijk ritme van de vrouw die moet bevallen.

Door de bevalling in te passen in een werkschema, door de mogelijkheid pijnloos te bevallen, maar ook - en vooral - door het feit dat in de ziekenhuizen per definitie meer gecompliceerde, "zware" bevallingen worden begeleid, is de waarde efficiëntie vanzelfsprekend groter dan in de andere context. De zware bevalling adequaat tot een goed einde brengen, was immers één van de belangrijkste redenen waardoor zich de overgang van thuis- naar ziekenhuisbevalling voltrok. Het is vanuit die optiek dat de aanwezigheid van de nodige infrastructuur belangrijker is dan de sfeer, of op een fundamenteeler niveau, dat de bewegingsvrijheid van de vrouw ingeperkt wordt om die "verlossende" technieken te kunnen toe-

passen. Laten we er echter onmiddellijk aan toevoegen dat deze redenering slechts opgaat voor die gevallen waarin het ingrijpen noodzakelijk is om de bevalling voor moeder en kind tot een goed einde te brengen.

Efficiëntie omwille van de efficiëntie, of omwille van de rationalisering van de werkomstandigheden moet worden bekritiseerd omdat dit voorbijgaat aan de autonomie en de vrijheid van de vrouw in kwestie, of van het medisch cliënteel in het algemeen. Het komt opnieuw neer op een kritiek op de reïficerende routines. Alternatieve bevallingsmethodes hebben aangetoond dat het op dit vlak anders kan. Een attitudeverandering bij artsen waarbij uitgegaan wordt van zo weinig mogelijk ingrijpen zou reeds een stap in de goede richting zijn. Bovendien kan ook veel aan de omgeving veranderd worden. Het gaat hier echter niet alleen om een attitudeverandering. Het vele ingrijpen wordt de artsen aangeleerd tijdens hun opleiding. De barende vrouw zou niet langer moeten worden gezien als een zieke. Tijdens de opleiding ligt de nadruk uiteraard op dysfuncties en complicaties, het gaat immers om een artsenopleiding. Maar als we de barende vrouw niet als een zieke beschouwen is het fout om - als arts - vanuit een "worst case"-scenario te vertrekken. De aandacht moet dan ook meer komen te liggen op de fysiologie van normale bevallingen. In elk geval moet er niet impliciet vanuit gegaan worden dat er complicaties zullen optreden. Men herinnere zich de bevallingskamer in het Henri Serruysziekenhuis te Oostende, waar men onderwaterbevallingen begeleidt en waar alle technische apparatuur, aan het oog onttrokken in de muren verwerkt zit, waar men muziek kan beluisteren en de bewegingsvrijheid tijdens de weeën geoptimaliseerd wordt.

Om overconsumptie van ingrepen en vervreemdende technologisering tegen te gaan dient in de geneeskunde een nieuw evenwicht gevonden te worden tussen rationele werkverdeling en efficiëntie enerzijds en een humane behandeling van de patiënt - om wie het uiteindelijk allemaal draait - anderzijds. Dit vergt een nieuw beleid waarbij teveel ingrijpen en medische overconsumptie, financieel worden afgestraft. Door ons systeem van betaling per prestatie - de zgn. prestatie-geneeskunde - worden net die artsen die minst ingrijpen financieel bestraft. Diegenen die zich te buiten gaan aan vele onnodige en onder het mom van preventie uitgevoerde onderzoeken (bijvoorbeeld echografieën) en operaties, worden er financieel alleen maar beter door. De waarde efficiëntie is aan een ernstige evaluatie toe. Hoe ver moet efficiëntie in onze ziekenhuizen doorgevoerd worden? Ten koste van hoeveel humaniteit en menswaardigheid? In welke mate kan de autonomie van de patiënt opgeofferd worden aan een efficiënte behandeling? Mag er überhaupt een deel van die autonomie opgeofferd worden? Dat zijn essentiële vragen waar de geneeskunde momenteel voor staat. Ten tweede dient ook het economisch-financieel systeem dat een dergelijke ontmenselijking heeft in de hand gewerkt - het systeem van betaling per prestatie - opnieuw geëvalueerd te worden. Misschien is het daar nu wel het goede moment voor. De overconsumptie heeft immers mee gezorgd voor het onbetaalbaar worden van de sector gezondheid in het nationale budget (nu reeds meer dan 8%). Een beperking van het aantal medische transacties dringt zich op. Indien een failliet van de ziekteverzekering voorkomen wil worden zal men ofwel moeten besparen op het aantal (overbodige) prestaties, ofwel de patiënt zelf een groter deel van de kosten moeten laten dragen. Dit laatste is echter ten zeerste ongewenst, aangezien de gezondheids-

sector (opleidingen, faciliteiten) uitgebouwd werd met belastingsgelden en dit bovendien voor zwaar en langdurig zieken een bijzonder harde dobber zal worden. De keuze ligt dan ook voor de hand.

6.4. Integriteit

In de discussies omtrent natuurlijke en gemedicaliseerde bevalling komt verscheidene keren de waarde integriteit aan de orde. Meestal wordt gesteld dat aan de ziekenhuiscontext - in zoverre van een reïficatie en dehumanisering reëel sprake is - een schending van de fysieke integriteit van de barende vrouw verbonden is. We beperken ons tot twee uitingen daarvan.

Er werd reeds gewezen op de psychologische betekenis van zwakte, ondergeschiktheid, passiviteit en afhankelijkheid bij een liggende positie in medische context. Lydie Schoon (1990: 60, 133) gaat dieper in op de psychologische betekenis van de dorsale houding. De passiviteit en afhankelijkheid worden nog versterkt, zo stelt ze, door de klassieke visie op vrouwen en de sociale rol die aan vrouwen opgelegd wordt. Barende vrouw en gynaecoloog staan vaak ook nog als man en vrouw tegenover elkaar. Interessant hierbij is dat zij wijst op de overeenkomst tussen de liggende houding die in het kabinet van de gynaecoloog ingenomen wordt (bij bevalling maar ook voor bijvoorbeeld een vaginaal onderzoek) en de zgn. missionarishouding tijdens seksuele betrekkingen. Ze citeert in haar boek een zekere Van Hall: *"Die houding is te vergelijken met de klassieke, ja...neukhouding. De arts staat er zelf gekleed bij, tussen haar benen, enigszins over de vrouw heen gebogen, terwijl ze totaal weerloos is"*. Schoon ziet in de dorsale ligging een schending van de lichamelijke integriteit en een bevestiging van onterechte machtsrelaties. Waarschijnlijk maakt het hierbij een belangrijk verschil wanneer de gynaecoloog eveneens een vrouw is. Dan spelen specifieke eigenschappen verbonden aan de sekserol - d.w.z. de handelingen, attitudes, waarden en normen die verbonden zijn aan het geslacht of aan de man/vrouw-relaties in het algemeen - uiteraard minder mee.

Het verband tussen de fysieke integriteit en de dorsale houding wordt nog in andere bronnen vermeld. De titel van een recent artikel uit een populair tijdschrift is op zich reeds veelzeggend: *"Goed voorbereid en zonder schroom naar de gynaecoloog"*. In de aanhef staat: *"Het gynaecologisch onderzoek blijft voor de meeste vrouwen een horrorverhaal, dat hier en daar nog wordt aangedikt door ervaringen van vriendinnen"*; en verder, *"Heb je de eendebek (men bedoelt het speculum, jdc) tot dusver weten te ontwijken? Eens zal ook jij er (weer) aan moeten geloven"* (Bernard, 1996: 74-76). Het gaat hier niet specifiek over de bevallingshouding, maar wel over de integriteit in de arts/patiënt-relatie. En die kan doorgetrokken worden naar de bevallingspraktijk.

Integriteit in de context van gynaecologie en bevalling kan niet los gezien worden van seksualiteit. Er hangt nog steeds een taboesfeer rond zaken die te maken hebben met genitaliën. Het "ontbloten", "zich bloot geven" op de tafel van de gynaecoloog heeft de kenmerken van een inbreuk op dit taboe. Vandaar ook de schroom waarover het in het geciteerde artikel gaat. Interessant is dat de seksuele waarden door de geneeskunde in belangrijke mate mee bepaald wor-

den. Dit komt tot uiting in de dagdagelijkse artsenpraktijk. De arts beslist aan wie hij of zij anticonceptie voorschrijft of vanaf welke leeftijd hij dit doet. Als individu is het onmogelijk om zelfstandig, zonder voorschrift de anticonceptiepil te kopen. Hetzelfde scenario doet zich voor wanneer het om abortus gaat. Extreem gesteld betekent dit in feite de afhankelijkheid van de willekeur van de arts. Dit zouden we kunnen beschouwen als structurele iatrogenese. In de praktijk valt het waarschijnlijk wel beter mee dan hier geschetst, maar dat doet niets af aan het feit dat het hier werkelijk om een afhankelijkheid gaat en dat de geneeskunde in feite de normen bepaalt voor het algemeen seksueel handelen. Het hoeft dan ook niet te verwonderen dat de integriteit juist in de medische context van bijzonder belang blijkt te zijn.

Een tweede uiting van een mogelijke schending van fysieke integriteit werd gezien in het veelvuldig - sommigen zeggen ritueel - toepassen van de episiotomie. Omwille van de reeds genoemde kritieken op het doen van routinehandelingen dient het zeer groot aantal episiotomieën (toegepast in ongeveer 80% van de bevallingen) als negatief bestempeld. Gezien de mogelijke iatrogene gevolgen van deze ingreep (seksuele problemen, incontinentieproblemen, pijn, ...) en gezien het relatieve effect van deze ingreep kan wel degelijk van schending van de fysieke integriteit gesproken worden.

De frequentie waarmee dergelijke zaken voorkomen (de liggende houding is nagenoeg algemeen verspreid; de episiotomie wordt in 80% van de bevallingen toegepast) biedt ons een nieuw argument om - ditmaal uit naam van een reële, doch in grote mate sociaal aanvaarde, schending van de fysieke integriteit - fundamentele kritiek te leveren op de gemedicaliseerde bevalling. Het lijkt me evenwel moeilijker om schending van de integriteit - zoals in de 2 voorbeelden werd aangegeven - in te passen in een discours voor of tegen een bepaalde bevallingscontext. Laten we niet vergeten dat episiotomie in bepaalde gevallen objectief een nuttige ingreep kan zijn. Bovendien zal wat een vrouw als een schending van de integriteit beschouwt sterk individueel verschillen. Men kan zich indenken dat wanneer het gynaecologisch ingrijpen gebeurt door een vrouwelijke arts, of door een begrijpende, respectvolle mannelijke collega, dit vaak helemaal niet als een schending van de integriteit aangevoeld zal worden.

Integriteit - of het respect voor die integriteit - is voor de mens één van de fundamenteelste waarden. De fysieke integriteit vormt voor de mens de kern én de grens van zijn oriëntatie in de wereld. Raken aan zijn/haar fysieke integriteit is raken aan zijn of haar mens-zijn zelf. Wanneer zou blijken - en voor bepaalde mensen is dit zeker het geval - dat binnen een medische context, aan die integriteit geraakt is, dan betekent dit een fundamentele kritiek op diegenen die deze schending begaan hebben. En indien echter zo'n schending systematisch zou voorkomen - zoals we hebben opgeworpen met betrekking tot episiotomie of de dorsale houding - dan betekent dit een fundamentele kritiek op de medicalisering als zodanig.

6.5. Gezondheid

Gezondheid heeft als waarde een vergelijkbaar fundamenteel karakter als integriteit. Waar integriteit meer een "beleven van" is, een subjectieve ervaring volgens eigen maatstaven, is gezondheid of ongezondheid objectiever te meten. Niettemin is er eveneens een belangrijke subjectieve - bijvoorbeeld door de pijndrempel bepaalde - component. Twee personen die aan dezelfde kwaal lijden, zullen daar niet evenveel last van hebben. Gezondheid is echter de voorwaarde om adequaat te functioneren in de verschillende levensdomeinen (relatie, werk, vrije tijd, kinderen krijgen, enz.). Diegene die om één of andere reden ongezond is, wordt door allerlei sociaal-culturele invloeden niet geacht te kunnen meedraaien in de maatschappij. Hij krijgt - zoals gezegd - een ziekterol opgelegd waaraan allerlei verplichtingen verbonden zijn, o.a. de plicht zich te laten behandelen.

De bevalling is een relatief risicovolle aangelegenheid die van de moeder grote inspanningen en van de begeleiders veel aandacht, zorg, kennis en ervaring vereist. De bevalling is hoe dan ook een gebeurtenis die sterk ingrijpt in het lichaam van de moeder en ook sociale en emotionele veranderingen teweegbrengt in haar leven. Omwille van dat relatief hoog risico zijn een goede prenatale zorg en goed opgeleide begeleiders vereist, zonder dat dit evenwel een volledige medicalisering van de bevalling rechtvaardigt. Het is ook in het licht van de waarde gezondheid dat veiligheid zo'n belangrijke rol speelt. Onveilige omstandigheden kunnen immers rechtstreeks aanleiding geven tot ongezondheid. Het doen van ingrepen kan bijvoorbeeld een domino-effect teweegbrengen. Inductie zorgt voor krachtiger weeën en dus voor meer pijn, wat aanleiding geeft tot pijnbestrijding. Door de chemische middelen is het nodig om aan electronic monitoring te doen om de toestand van het kind te kunnen volgen.

Deze waarde is dus van bijzonder belang in het veiligheidsdiscours. De gezondheid van de moeder en kind wordt als een argument ingeroepen om de bevalling in het als absoluut veilig beschouwde ziekenhuis te laten plaatsvinden. Aanhangers van de gemedicaliseerde bevalling menen zoals gezegd dat thuisbevallen onverantwoord is, omdat dit onnodige risico's zou inhouden voor de gezondheid van moeder en kind, risico's die zouden voortvloeien uit een vermeende gebrekkige accommodatie. Ik heb hoger getracht aan te tonen dat dit niet het geval is. De beide bevallingscontexten zijn relatief gezien zeer veilig, mits een aantal voorwaarden vervuld zijn (voldoende prenatale zorg, accommodatie, ervaren en gekwalificeerde begeleiders). Ook de waarde gezondheid kan ons inziens niet langer gebruikt worden in de discussie omtrent de aard van de bevallingscontext.

6.6. Intimiteit

Intimiteit is een waarde die duidelijk veel belangrijker is bij de voorstanders van de natuurlijke bevalling. In de filosofie achter natuurlijke bevallingen speelt intimiteit een centrale rol. Intimiteit refereert naar de sfeer en de omgeving. Hoger heb ik gesteld dat de omgeving van de natuurlijke bevalling meer gericht is op sfeer, rust en niet de centrale vereiste kent van aanwezigheid van apparatuur en techniek zoals bij de gemedicaliseerde bevalling wel het geval is.

Maar in de filosofie achter het natuurlijk bevallen spelen vaak elementen als mystiek, natuurverbondenheid en mysterie een belangrijke rol. De geboorte is een ingrijpend existentieel moment. Het is het grote mysterie van de voortplanting dat de continuïteit met de vorige en volgende generaties verzekert. De ziekenhuisomgeving gaat hier volgens de aanhangers van de natuurlijke bevalling volledig aan voorbij. De nadruk ligt teveel op efficiëntie en op het ter wereld brengen tout court. Bij een thuisbevalling wordt een omgeving en een sfeer gecreëerd die de mystieke ervaring wel recht doet. Ze creëert een sfeer waarin de bevalling met sereniteit of ingetogenheid verloopt en waarin het gezin of het koppel de rituelen kan voltrekken die zij noodzakelijk achten bij de verwelcoming van het nieuwe leven.

6.7. Kinderen krijgen als waarde

Het krijgen van een eigen kind is voor de meeste moeders en vaders een bron van zingeving. Ze zien het als een belangrijk moment in de zelfrealisatie. Ik kom in feite weer terug op het thema van de continuïteit. Wanneer er een kind geboren wordt, is die continuïteit voor de ouders opnieuw verzekerd. Na hun dood zullen ze een beetje verder leven door en in hun kinderen. Het krijgen van kinderen is m.a.w. deelname aan een groter "project": de instandhouding van de soort. Elisabeth Badinter toont in haar boek "De mythe van de moederliefde" (1992) aan dat aan kinderen krijgen in vroegere tijden andere waarden werden toegekend dan heden bij ons het geval is. Morele waarden en normen evolueren immers. Momenteel wordt aan het krijgen en opvoeden van kinderen zeer grote waarde gehecht. De bevalling echter wordt daarbij steeds minder belangrijk. Daar waar sommigen in de natuurlijke bevalling een bevestiging zien van het eigen existentieel leven, van de continuïteit en natuurverbondenheid, is dit in de gemedicaliseerde bevalling niet langer het geval. Door de nadruk te leggen op de efficiëntie en de beleving van de bevalling aan die efficiëntie ondergeschikt te maken, wordt de bevalling gezien als een noodzakelijk kwaad, dat liefst zo vlug mogelijk achter de rug is. Sommige vrouwen zouden het liefst met een keizersnede bevallen om de bevalling niet te hoeven meemaken. De medicalisering heeft de bevalling gedesacraliseerd. Het is irrelevant om de vraag te stellen of dit een positieve of negatieve evolutie is. Belangrijk is dat de beleving bij vrouwen totaal anders is naargelang de bevallingscontext. Uiteraard zijn er in de gemedicaliseerde context ook vrouwen die de bevalling wel degelijk zien als een existentieel zinvolle gebeurtenis. Mutatis mutandis vinden we uitzonderingen in de andere context. In elk geval kunnen we concluderen dat het krijgen van kinderen in onze maatschappij zeer belangrijk is, maar dat de bevalling als deel van dat kinderen krijgen minder belangrijk is of aan belang inboet. Dit laatste geldt meer binnen de gemedicaliseerde context dan binnen de natuurlijke.

7. Conclusie

Een onderzoek naar de bevallingspraktijk levert ons in essentie twee belangrijke contexten op: die van het natuurlijk bevallen en die van de gemedicaliseerde bevalling. We hebben vastgesteld dat er een zekere strijd, een polemieek is tussen beide.

Momenteel is de natuurlijke bevallingscontext in onze maatschappij een marginaal fenomeen. Dat heeft - zoals we hebben beschreven - te maken met de sociale en historische evolutie van onze maatschappij en van de gezondheidssector in het bijzonder. De strijd tussen artsen en vroedvrouwen was één van de belangrijkste gegevens in deze evolutie. De medicalisering zoals we die hebben gedefinieerd - nl. als het steeds meer onder medische controle brengen van steeds meer maatschappelijke sectoren - was een tweede belangrijke tendens.

De beide contexten kunnen als oppositioneel worden beschouwd. Hoe diffeus en heterogeen de inhoud van de natuurlijke bevalling ook is, veel zaken eigen aan dit type bevalling verdienen waardering. Op de gemedicaliseerde bevalling kan ernstige kritiek geleverd worden. Er is op dit vlak nood aan kwalitatieve en structurele verbeteringen.

Het paternalistisch medisch model waarin de arts er alles aan moet doen om de patiënt te genezen, te verbeteren, zonder met zijn individuele wensen, verlangens en behoeften rekening te houden, is onder zware druk komen te liggen door de fenomenen van overconsumptie van medische diensten en medicijnen, door de problemen in verband met de financiering van de geneeskunde en de ziekteverzekering en vooral door spectaculaire persberichten over ongeoorloofde medische experimenten en gevallen van therapeutische hardnekkigheid. Ethici pleiten reeds lang voor een vervanging van het paternalistisch model door het informed consent-model. Dit model zou in feite een basisregel bij elke medische of andere hulpverlening moeten zijn. Om het huidige medisch model te doorbreken en meer vrijheid te verlenen aan het medisch cliënteel, zijn volgens mij een aantal andere - structurele - maatregelen noodzakelijk. In essentie moet er een uitgebreid debat over fundamentele waarden die in de medische context in het geding zijn, aan voorafgaan: een discussie over de allocatie van middelen en de prioriteiten daarbij, over het paternalisme tegenover sommige patiëntengroepen (kinderen, comapatiënten), over de uiteindelijke beslissingsbevoegdheden en daaraan verbonden de eindverantwoordelijkheid over behandeling, over het respect voor de autonomie en de vrijheid van de patiënt tegenover de professionele waardigheid en erkenning van de arts, over respect voor de menselijke waardigheid tegenover een efficiënte geneeskunde.

Na zo'n maatschappelijk debat zijn structurele ingrepen noodzakelijk. Ik som er enkele op: een doorbreking van de patiëntenrol; een alternatief voor de prestatiegeneeskunde; het aanwakkeren van meer ethische bewustwording bij artsen en medisch personeel; de aandacht bij de medische opleiding verleggen van het zieke naar het gezonde lichaam; meer respect voor en financiële stimulering van alternatieve bevallingsmethoden; het bijbrengen van basiskennis over het eigen lichaam, bijvoorbeeld in het onderwijs; financiële tegemoetkoming voor initiatieven binnen de mantelzorg; het stimuleren van een permanent maatschappelijk debat inzake problematieken van medisch-ethische aard.

Ik wil tenslotte pleiten voor een zekere integratie van de belangrijkste aspecten van de verschillende bevallingscontexten. Ze werden hier zwart/wit tegenover elkaar gesteld. Ik pleit allereerst voor een herwaardering van de thuisbevalling. Ik meen dat de belangrijkste voorwaarden voor zo'n herwaardering aanwezig zijn. De opleiding van zij die in dit model moeten functioneren - de vroedvrouwen/mannen en de huisartsen - is degelijk en voldoende en de prenatale zorg en het prenataal onderzoek - absoluut noodzakelijk binnen een model van thuisbevallingen - zijn reeds geoptimaliseerd en geïnstitutionaliseerd. Het Nederlands model kan als voorbeeld en inspiratiebron dienen.

Parallel met een thuisbevallingsmodel - of andere vormen van natuurlijk bevallen - dient uiteraard het ziekenhuismodel behouden blijven. Ik pleit echter voor een humanisering van de ziekenhuiscontext. Hoewel een zekere mate van ordening en schematisering waarschijnlijk noodzakelijk is, mag niet langer voorbijgegaan worden aan de autonomie en de vrijheid van de cliënten. Belangrijkste aandachtspunten zijn het tegengaan van routines, de praktische realisatie van het informed-consent model en specifiek voor de materniteiten, het doorbreken van de ziekerol bij zwangere vrouwen. Dit alles kan echter niet tot stand gebracht met wetten en regels alleen. Noodzakelijk is veeleer een mentaliteitswijziging. Dit vereist dat iedereen een bijdrage levert: zowel de arts, die van zijn voetstuk komt en een deel van zijn medische macht afstaat, als diegenen die de opleiding verzorgen van gezondheidswerkers, door meer aandacht te schenken aan een sociale geneeskunde waarin de mens centraal staat, en tenslotte het medisch cliënteel zelf - ik vermijd het woord patiënt - dat moet (leren) opkomen voor zijn fundamentele rechten. Pas dan kan een humane geneeskunde tot stand komen.

De bevalling kan een positieve gebeurtenis zijn, waaraan we existentieel een bijzondere waarde hechten, maar het kan ook iets zijn dat we liefst zo snel mogelijk vergeten. Het gaat daarbij niet alleen om een individuele keuze, maar in essentie om een maatschappelijke. Immers, de vrijheid, de autonomie en de integriteit zijn hierbij in het spel. De bevalling raakt aan de kern van het leven en om daar de waarde aan te schenken die ze verdient zijn in de geneeskunde en in de materniteit dringend de fundamentele veranderingen noodzakelijk die hier vooropgesteld zijn.

Literatuur

- BADINTER, E.(1992), *De mythe van de moederliefde*, Maarten Muntinga, Amsterdam.
- BERLIN, I. (1996), *Twee opvattingen van vrijheid*, Boom, Meppel.
- BLUMENFELD-KOSINSKI, R. (1990), *Not of woman born: representations of Caesarean birth in medieval and renaissance culture*, Cornell university press, Ithaka.
- DOYAL, L. (1981), *The political economy of health*, Pluto Press, London.
- FERREE, M.M. and HESS, B.B. (1987), *Analysing gender. A handbook of social science research*, Sage pub., London.
- GELIS, J. (1987), *De boom en de vrucht*, Sun, Nijmegen.
- ILLICH, I. (1984), *Grenzen aan de geneeskunde. Het medisch bedrijf - een bedreiging voor de gezondheid?*, Het Wereldvenster, Bussum.
- KITZINGER, S. (1988), *Kiezen voor een kind. Keuzes bij zwangerschap en geboorte*, Het spectrum, Utrecht.
- PARSONS, T. (1952), *The Social System*, Tavistock, London.
- SCHOON, L. (1990), *In de greep van de gynaecoloog*, Pieter Lakeman Publishers, Amsterdam.
- SHORTER, E. (1984), *Geschiedenis van het vrouwelijk lichaam*, Ambo, Baarn.
- SPANJER, J., e.a. (1984), *Bevallen en opstaan*, Bert Bakker, Amsterdam.
- TREFFERS, P.E., (red.) (1993), *Obstetrie en gynaecologie. De voortplanting van de mens*, Bunge, Utrecht.
- THIERY, M. (1995), 'De geschiedenis van de verloskunde', Niet-gepubliceerde cursus wetenschappelijke nascholing, R.U.G., Gent.
- BERNARD, J. (1996), 'Goed voorbereid en zonder schroom naar de gynaecoloog', *Goed Gevoel*, 5 (mei), 74-76.