

# 'In Partu'

---

Het 'niet plus gevoel' in de tweedelijns verloskundige zorg



Mara van Gool  
0368628  
Master scriptie  
Culturele Antropologie  
Universiteit Leiden  
4 Juli 2012

Begeleider: Dr. F. Tjon Sie Fat & Dr. E. de Maker  
Tweede lezer: Renske Kok





*'Sinds het begin der tijden baren vrouwen kinderen. Zij worden in vele culturen bijgestaan door andere, meestal ervaren vrouwen. Vroedvrouw betekent niet voor niets: Wijze Vrouw.'*

*Voor Sophia*

<b>1. Inleiding</b>	<b>8</b>
<b>2. Geneeskunde als Cultuur</b>	<b>13</b>
2.1 Inleiding	13
2.2 Theoretisch raamwerk	13
2.3 De cultuur van de biomedische geneeskunde	14
2.4 Medische Antropologie	15
2.5 Cultuur als concept	16
2.6 Het (vrouwen)lichaam in de Nederlandse geneeskunde	16
2.7 Het lichaam in ruimte	18
2.8 Het lichaam in tijd	18
2.9 De baby	19
2.10 Het medisch-technische lichaam	19
2.11 Antropologie van de menselijke geboorte	20
2.12 Sociaal Historische Context	22
2.13 Historie	23
2.14 Heden	25
2.14.1 Het Nederlandse Geboorte Model	25
2.14.2 Perinatale sterfte als een indicator voor de kwaliteit van obstetrie in Nederland	26
2.15 Medicalisering	26
2.15.1 Een plutocratische gemeenschap?	27
<b>3. Methoden &amp; Technieken en literatuur discussie</b>	<b>29</b>
3.1 Onderzoeksvraag	28
3.2 Concepten	28
3.3 Authoritative Knowledge	30
3.4 'Niet-Pluis'	32
3.5 Keuze van onderzoeksplek	34
3.6 Doelgroepen	34
3.7 Methodologie	34
3.8 Mijn rol als onderzoeker	35
3.9 Alles is Data	35
3.10 Omslag	36
3.11 Data analyse	37
3.12 Fasen	37
3.13 Analyse en Rapportage	38
3.14 Data	38
3.15 Participerende observatie	38
3.16 Vragenlijsten	40
3.17 Reflectie op het onderzoek	40
<b>4. Machtsrelaties en de bevalling</b>	<b>42</b>
4.1 Knelpunten rond de professionals	43
4.1.1 De Medicijn-mannen	44
4.1.2 Gynaecologen overdracht	45
4.1.3 Verloskundige	46
4.1.4 Verpleegkundige O & G	48
4.2 Totemism	48
4.3 Klinisch Verloskundige	49
4.3.1 Relatie met perinatale sterfte	50
4.4 Een plutocratische gemeenschap?	54
4.5 Samenvatting	55
<b>5. Geboorterituelen</b>	<b>57</b>
5.1 Rituelen	57
5.2 De standaard procedure	63

5.3 Analyse van de symboliek van de ziekenhuisbevalling als ritueel.....	65
5.3.1 Scheidings-Fase .....	65
5.3.2 Liminale fase.....	70
5.3.3 Herenigings-fase .....	91
5.4 Samenvatting.....	93
<b>6. Geboortemodel .....</b>	<b>94</b>
6.1 Dataverzameling.....	94
6.2 Analyse .....	94
6.3 Vragenlijsten .....	94
6.4 Geboortecultuur.....	95
6.4.1 Verwijzing naar de gynaecoloog.....	97
6.4.2 Afwachten of inleiden? .....	97
6.5 Medische Interventies.....	100
6.6 Reflectie op de bevindingen.....	103
6.7 Samenvatting.....	104
<b>7. Intuïtie; 'Pluis' of 'Niet-pluis'?.....</b>	<b>106</b>
7.1 Operationalisatie.....	106
7.2 Dataverzameling.....	107
7.2.1 Koffiekamer en verloskamer .....	108
7.2.2 Telefonische interviews.....	108
7.3 Vragenlijsten & Verantwoording van de gestelde vragen .....	111
7.3.1 CATPCA Analyse (2 <sup>e</sup> niveau).....	113
7.3.2 Open vragen.....	117
7.4 Reflectie op de bevindingen.....	119
7.5 Samenvatting.....	121
<b>8. Conclusie .....</b>	<b>122</b>
8.1 Aanbevelingen .....	125
8.2 Suggesties voor vervolgonderzoek.....	125
<b>Appendix 1 .....</b>	<b>126</b>
<i>Naamgeving .....</i>	<i>126</i>
<b>Geraadpleegde Literatuur .....</b>	<b>128</b>
<b>Bijlage 1.....</b>	<b>134</b>
<b>CODEBOEK MA BEVALLING.....</b>	<b>134</b>

## Figuren, Afbeeldingen en Tabellen

### Figuren

Figuur 1: Schematische dwarsdoorsnede van een foetus in de baarmoeder	pag. 90
Figuur 2: Navelklem	pag. 90
Figuur 3: component ladingen in twee dimensies bij de stellingen van Rew	pag. 115
Figuur 4: Plot, verdeling van beroepen over intuïtie	pag. 117

### Afbeeldingen

Afbeelding 1: Doorknippen van de navelstreng	pag. 72
Afbeelding 2: 'Amniotic Membrane Perforator Large'	pag. 78
Afbeelding 3: Doorknippen navelstreng	pag. 91

### Tabellen

Tabel 1: Score per stelling op het model van Lynn Rew (Acknowledging Intuition)	pag. 113
Tabel 2: Vergelijking 'factor loadings' Rew en Van Gool	pag. 114
Tabel 3: benoemen van de schaling	pag. 116

# 1. Inleiding

Geboren worden, volgens Jaques de Visser (2011) is dit 'het licht kunnen zien in een wereld die ons onthaalt.' Het proces wordt in het Nederlandse geboortemodel benaderd als een normaal fysiologisch verschijnsel, een natuurlijke gebeurtenis. Dit sluit aan bij de bevindingen van Birgitte Jordan (1980). Zij constateerde in haar onderzoek dat de Nederlandse vroedvrouwen geboorte als een natuurlijk proces zien. De Visser (2011) legt zelfs een link tussen de woorden 'natuurlijk' en 'geboorte'. Zij zijn aan elkaar verwant: ons woord 'natuur' komt immers van het Latijnse 'nasci', dat 'geboren worden' betekent. Geboren worden is niet alleen een fysiologisch proces. Het is grotendeels een culturele constructie. In mijn scriptie laat ik zien hoe de menselijke geboorte wordt vormgegeven in de context van de tweedelijnszorg. Daarnaast doe ik onderzoek naar de rol van de intuïtie in het besluitvormingsproces rondom de baring.

Het doel van mijn leeronderzoek is het in beeld brengen van de gezaghebbende kennis en intuïtie als vorm van kennis binnen het Nederlandse geboortemodel.

Wetenschappelijk onderzoek is in zekere mate subjectief. Mijn leeronderzoek is gekleurd door mijn eigen referentiekader. Ik ben aan dit proces begonnen als moeder, tante en studente antropologie. In 2006 was ik voor het eerst van mijn leven bij een bevalling, in 2007 bij een tweede. Het waren beide ongecompliceerde thuisbevallingen. De geboorte van mijn eigen dochter in 2008 eindigde als kunstverlossing in het ziekenhuis. Het was mij duidelijk dat de besluitvorming thuis anders verloopt dan in het ziekenhuis. Dit heeft mijn interesse aangewakkerd; welke kennis telt? Ik deed literatuuronderzoek en vooral het werk van Lynn Rew en Davis-Floyd over de rol van intuïtie in de verpleegkunde en verloskunde inspireerde mij. Ik vroeg mij af hoe het zat met gynaecologen, omdat ik geen onderzoek kon vinden dat was gericht op de rol van intuïtie in deze beroepsgroep. De vraag of intuïtie in het ziekenhuis een plek kent en wat er onder verstaan wordt, hield mij dermate bezig dat ik besloot dit zelf te onderzoeken. Uiteindelijk kwam ik tot de onderzoeksvraag:

*Hoe speelt intuïtie een rol in het besluitvormingsproces in de tweedelijns verloskundige zorgverlening rondom het baringsproces?*

Mijn studieveld is de *antropologie van de geboorte*. Hierin stel ik dat sociale, culturele en biologische dimensies samen het geboortemodel vormen. Ik heb het onderwerp begrensd tot de periode rondom de baring, waardoor prenatale en postnatale processen zijn uitgesloten van mijn onderzoek. Tevens heb ik mijn onderzoek beperkt tot bevallingen in het ziekenhuis.

Ik veronderstel dat het idee over wat geboorte is en hoe dit werkt, samen gezaghebbende kennis produceren. Want gezaghebbend betekent dat die kennis de basis is waarop besluiten genomen worden en tevens bepaalt wie welke rol heeft in het proces. De relatie tussen gezaghebbende kennis (het onderwerp) en de ziekenhuisbevalling (het veld) is dat deze specifieke context met haar sociale relaties (waarbinnen de kennis tot stand komt), fundamenteel is om betekenis te geven aan het klinische besluitvormingsproces. Ik heb ervoor gekozen dit met zoveel mogelijk voorbeelden uit mijn observaties te illustreren. In mijn scriptie onderzoek ik de vraag hoe de samenwerking tussen de verschillende betrokkenen bij een bevalling eruitziet. Ook geef ik weer op welke manier er structuur wordt geboden aan het verloop van een bevalling. Daarnaast bestudeer ik het Nederlandse geboortemodel in de praktijk en ten slotte welke plek intuïtie inneemt in dit proces.

Voor dit kwalitatieve onderzoek heb ik vooral gebruik gemaakt van de techniek participerende observatie. Ik liep mee met de klinisch verloskundigen en ik heb aantekeningen gemaakt. Daarnaast heb ik bevallingen geobserveerd die zijn uitgewerkt tot *cases*<sup>1</sup>. Deze zullen in dit onderzoek terugkomen en worden besproken. Namen van personen in de cases zijn door mij bedachte pseudoniemen en worden weergegeven tussen accolades. Ik gebruik in de cases

---

<sup>1</sup> Elf cases



verschillende afkortingen: verloskundige (VK), studente verloskundige (asVK), verpleegster (VP) en zelfstandig verloskundige (ZVK).

De verschillende thema's van de bevallingen die ik heb bijgewoond, heb ik vergeleken met literatuur. Deze gegevens heb ik vervolgens aangevuld met persoonlijke gesprekken met het zorgpersoneel. En met de antwoorden die werden gegeven op voorgelegde vragenlijsten. Voor de analyse heb ik gebruik gemaakt van het softwareprogramma voor statistische analyse SPSS 17.0.

De wetenschappelijke relevantie van dit leeronderzoek is kennisontwikkeling op het terrein van kwaliteit en organisatie van de verloskundige zorg in Nederlandse ziekenhuizen. Het onderzoek draagt bij aan het verschaffen van meer inzicht in het klinische besluitvormingsproces. Geneeskundestudenten leren tijdens hun studie wat de normen en waarden zijn binnen hun vakgebied. Ze leren hoe ze zich moeten positioneren ten opzichte van elkaar en ten opzichte van hun patiënten. Dit proces heet *enculturatie*. Met dit leeronderzoek vraag ik meer aandacht voor *cultural competence*: meer sensitiviteit van artsen voor cultureel bepaalde verwachtingen, angsten, pijn expressie en interpretaties van de situatie, zowel vanuit de zorgverlener als vanuit de zorgontvanger. Een onderdeel van het creëren van *cultural competence* is het attenderen op 'het belang van reflexiviteit op de eigen culturele bagage, vooroordelen en overtuigingen' (Helman, 2007: 16; eigen vertaling<sup>2</sup>). Een andere wetenschappelijke relevantie is dit type explorerend onderzoek op de kaart te zetten. Ten slotte vormt het een bijdrage aan het ontwikkelen van meer inzicht in de rol en aard van intuïtie. Want, dat het 'niet pluis gevoel' relevant is en zelfs breed erkend wordt, blijkt uit een uitspraak van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg op 11 december 2008, zoals gepubliceerd in het tijdschrift Medisch Contact. Het Tuchtcollege oordeelde dat 'de internist aan zijn 'niet-pluis gevoel' ten onrechte geen gevolg gegeven heeft' Stolper et al. (2010, 16-18). In oktober 2011 heeft het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Gezondheidszorg de eerste resultaten van een meting naar het inzetten van intuïtie onder huisartsen gepubliceerd. Hieruit blijkt dat de huisartsen bij het beoordelen van de patiënt niet alleen voor een gestructureerde benadering kiezen, maar dat zij ook afgaan op hun intuïtie en ervaring (Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland, 2011: 3).

Mijn onderzoek heeft naast wetenschappelijke relevantie ook maatschappelijke relevantie. Want het gaat om het werken aan een goede verloskundige zorg, met name ten aanzien van veiligheid en kwaliteit, voor alle aanstaande moeders en hun kinderen. Zorg kan worden verbeterd door het verstrekken van inzicht in de besluitvorming en in het zorgproces. Zorgverleners krijgen zo meer inzicht in hun handelen en in de rol van enculturatie. Het geven van een reflectie op de werkwijze moet leiden tot blootlegging van hiaten in het zorgproces, vanuit het perspectief van de patiënten en het personeel. Het onderzoek is daarom (onder meer) relevant als ondersteuning voor klantgerichte zorginstellingen.

Deze scriptie bestaat uit twee delen. Het eerste deel geeft de context van de besluitvorming en verloskunde in Nederland weer. Het tweede deel gaat over de rol die intuïtie heeft in het besluitvormingsproces. Het argument van mijn scriptie wordt zichtbaar in mijn inhoudsopgave.

In mijn eerste hoofdstuk, 'Geneeskunde als Cultuur', geef ik het theoretisch raamwerk waarbinnen dit leeronderzoek vorm heeft gekregen. Ik geef uitleg over de benadering van de westerse biomedische geneeskunde als culturele constructie in plaats van als universele kennis of absolute waarheid vanuit de medische antropologie. Vervolgens behandel ik het lichaam als concept met speciale aandacht voor het vrouwenlichaam in de biomedische context. Daarna ga ik verder in op de antropologie van de menselijke geboorte en het concept geboortemodel. Hierna volgt de sociaal historische context waarin kort de organisatie van verloskundige zorg vanaf de middeleeuwen tot nu wordt besproken. Aansluitend zet ik het unieke Nederlandse geboortemodel uiteen. Ten slotte volgt een aantal opmerkingen over actuele thema's als de

---

<sup>2</sup> Al de voorkomende vertalingen in deze scriptie zijn door mij verricht

medicalisering van de bevalling, perinatale sterfte en de financiële organisatie van de verloskundige zorg.

Hoofdstuk twee gaat over de manier waarop ik onderzoek heb gedaan en waarom. Eerst bespreek ik de onderzoeksvraag. Daarna geef ik het raamwerk van mijn onderwerp door middel van een literatuuurdiscussie over de twee belangrijkste concepten van mijn scriptie; gezaghebbende kennis en intuïtie. Vervolgens leg ik de keuze voor mijn onderzoeksplek uit en bespreek ik hoe het proces om toestemming te krijgen verlopen is. Verder bespreek ik de door mij gebruikte methodologie en manieren van dataverzameling. Ten slotte geef ik een reflectie van mijn persoonlijke ervaring op het onderzoek.

'Machtsrelaties en de Bevalling', hoofdstuk drie van mijn scriptie, geeft weer hoe zelfstandige verloskundigen, klinische verloskundigen en gynaecologen zich tot elkaar verhouden. Eerst leg ik uit hoe binnen het geboortemodel met elkaar wordt gewerkt. Ik doe dit vanuit de actuele discussie rondom de vermeende hoge perinatale sterfte in Nederland. Daarna bespreek ik hoe de verschillende professionals worden opgeleid. Dit draagt bij aan het begrip voor de manier waarop zij hun eigen benadering hebben van zwangerschap en bevalling. In de paragraaf 'Totemism' ga ik dieper in op de manier waarop verpleegkunde, verloskunde en gynaecologie met elkaar verbonden zijn op symbolisch niveau. Vervolgens bespreek ik de relatie tussen de uitgangspunten van de verschillende vakgebieden tot perinatale sterfte. Ik illustreer de samenwerking aan de hand van twee momenten uit mijn eigen observaties. Hierna schenk ik opnieuw aandacht aan de plutocratische gemeenschap: de invloed van de financiële organisatie op het functioneren van het geboortemodel.

In het vierde hoofdstuk bespreek ik het proces van klinische besluitvorming en laat ik zien welke kennis gezaghebbend is bij een ziekenhuisgeboorte. Eerst geef ik een theoretische verhandeling over wat een ritueel is. In de paragraaf 'De standaard procedure' geef ik mijn eigen fasering op basis van observaties van ziekenhuisbevallingen: de overgangsrite. Hierop volgt een analyse van de symboliek van ritualisering. Ik heb mij daarvoor grotendeels gebaseerd op het werk van Davis-Floyd (1992). Ter illustratie gebruik ik voorbeelden uit mijn eigen veldwerk. Door het observeren op de afdeling kwamen bepaalde thema's naar voren waarin mijn interesse groeide. Ik besloot hierover een aantal vragen op te stellen en deze middels een vragenlijst onder het personeel te verspreiden.

Hoofdstuk vijf heet 'Het Nederlands geboortemodel' en gaat over de thema's die mij het meest zijn opgevallen. Het verzamelde materiaal heb ik in SPSS 17.0 verwerkt en daarvan heb ik onder andere de correlaties gemeten middels *kendall's tau*. Alle gestelde vragen heb ik verantwoord en wanneer de variabelen correlaties vertoonden, heb ik deze besproken. Daarna heb ik op de resultaten gereflecteerd.

Het laatste hoofdstuk beantwoordt de vraagstelling waar dit leeronderzoek mee begon: 'Welke plek heeft intuïtie in de besluitvorming in de verloskundige zorgverlening rondom het baringsproces?' Eerst bespreek ik de dataverzameling. De participerende observatie maakte het mogelijk een aantal voorbeelden van verloskundigen en verpleegkundigen te krijgen, van situaties waarin intuïtie een rol heeft gespeeld. Verder heb ik een aantal waardevolle telefonische interviews afgenomen. Deze interviews zullen ook worden besproken. Omdat het moeilijk was intuïtie te observeren, heb ik ervoor gekozen een aantal vragen schriftelijk aan het personeel voor te leggen middels de hierboven genoemde vragenlijst. Onderdeel van deze vragenlijst is het model van Rew (2000) dat de mate meet waarin het gebruik van intuïtie in de klinische setting wordt erkend. De resultaten hiervan heb ik geanalyseerd en vergeleken met de resultaten van Rew. Daarna heb ik de resultaten van de open vragen behandeld. Als laatste heb ik, net als in het hoofdstuk 'Geboortemodel' op de resultaten gereflecteerd. Omdat ik uit praktische overwegingen geen inzage vooraf in mijn scriptie heb kunnen geven, heb ik besloten voor alle door mij geciteerde respondenten pseudoniemen te gebruiken.

Het literatuuronderzoek en veldwerk hebben veel invloed gehad op de manier waarop ik aankijk tegen zwangerschap en bevalling, maar ook tegen het unieke Nederlandse geboortesysteem. Mijn scriptie is geen pleidooi voor of tegen de ziekenhuisbevalling, maar een etnografie van een verloskundige afdeling in een groot stedelijk ziekenhuis. Ik ben blij dat ik de gelegenheid heb

gekregen om mee te lopen op een afdeling verloskunde. En ik hoop dat ik met mijn scriptie een bijdrage lever aan de recente discussie rondom de kwaliteit van de Nederlandse verloskundige zorg.



## 2. Geneeskunde als Cultuur

### 2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk bespreek ik het theoretisch raamwerk en de (sociohistorische) context. Deze zijn van belang voor de plaatsing van dit onderzoek. Ik bespreek in de verschillende paragrafen de concepten die ik gebruik om op die manier met een eenduidig begrippenapparaat te beginnen. Verder bespreek ik de manier waarop ik de reguliere biomedische geneeskundige cultuur benader. Daarna zet ik uiteen wat ik in dit onderzoek versta onder het begrip *lichaam*. Vervolgens ga ik in op de antropologie van de geboorte en het concept *geboortemodel*. Aansluitend daarop plaats ik mijn afstudeeronderzoek in de sociohistorische context. Ten slotte bespreek ik kort de actuele thema's perinatale sterfte en de medicalisering van de bevalling, om het belang van dit onderzoek aan te geven. Waar mogelijk zal ik hetgeen ik bespreek steeds toelichten door middel van cases, ontleend aan de bevallingen die ik heb bijgewoond. Op deze manier wil ik een brug slaan tussen de theorie en de praktijk.

### 2.2 Theoretisch raamwerk

Mijn onderzoek gaat over de plek van de intuïtie in de klinische besluitvorming van de verloskundige zorg. Ik heb mij in het bijzonder gericht op het besluitvormingsproces tijdens de bevalling: de natale zorg, oftewel de barenbegeleiding.

Verloskundige zorg bestaat uit prenatale, natale en postnatale zorg en kan worden onderscheiden in eerste- en tweedelijnszorg. De eerstelijnszorg bestaat uit verloskundigen of op het gebied van verloskunde actieve huisartsen (Nationaal Kompas, 2011) begeleidde deze laatste groep in 2002 zes procent van de bevallingen). Zij nemen de begeleiding van normaal verlopende zwangerschappen en bevallingen voor hun rekening. Wanneer uit de risicoselectie door de eerstelijns zorgverlener blijkt dat er een verhoogd risico bestaat op complicaties tijdens zwangerschap, bevalling en kraamperiode, wordt de begeleiding overgedragen aan de tweedelijns zorgverlener (klinisch verloskundige, gynaecoloog en kinderarts). Vrouwen met een normaal verlopende zwangerschap, zonder complicaties, hebben in Nederland de keuze tussen een bevalling thuis of in het ziekenhuis (de poliklinische bevalling). Nederland is één van de weinige westerse landen waar deze keuze gemaakt kan worden. Deze keuzemogelijkheid is gebaseerd op de visie dat zwangerschap, bevalling en kraamperiode in beginsel normale fysiologische processen zijn (CVZ, 2003). Op de samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen ga ik in het hoofdstuk 'Machtsrelaties en bevalling' verder in.

Het verloskundig zorgsysteem in Nederland bestaat uit eerste- (zelfstandig verloskundigen), tweede- (klinisch verloskundigen en gynaecologen) en derdelijnszorg (academische ziekenhuizen). De respondenten in mijn onderzoek zijn de verloskundig zorgverleners in de tweede lijn: klinische verloskundigen, gynaecologen en verpleegkundigen obstetrie en gynaecologie O & G).

De context waarin mijn leeronderzoek vorm heeft gekregen, is de manier waarop de zwangerschap en bevalling worden benaderd binnen de *biomedische geneeskunde* (*biogeneeskunde*), ook wel theoretische geneeskunde of westerse geneeskunde genoemd. Ik benader deze vorm van geneeskunde als een culturele constructie (in de vorm van een sociale organisatie) van gezondheidszorg binnen Europees gewortelde samenlevingen. De Nederlandse geneeskundige subcultuur kent haar eigen specifieke concepten en sociale organisatie.

Biogeneeskunde is niet de enige sector waartoe mensen in de Nederlandse samenleving zich kunnen richten. Naast de door de overheid geformaliseerde biogeneeskunde is er de informele sector van zelfmedicatie. Ook is er de sector van alternatieve geneeskunde, waaronder bijvoorbeeld de Indiase Ayurveda, de Chinese acupunctuur, homeopathie en osteopathie vallen.

Volgens Lupton (2003: 7; eigen vertaling) ( is) 'gezond zijn' langs de biomedische standaard inherent aan het afwezig zijn van een ziekte. Wie ziek is, heeft medische hulp nodig om weer

terug te keren naar een normale toestand. Het ziekenhuis representeert een plek waar je naartoe gaat om hulp te vragen bij de genezing van je ziekte.' Voor mijn scriptie heb ik mij geconcentreerd op de cultuur binnen het ziekenhuis, die met name gevormd wordt op basis van de biogeneeskunde. Het bijzondere van verloskundige zorg en reproductieve technologie in het ziekenhuis, is de perceptie van voortplanting als een normaal fysiologisch proces. Verloskunde is daarmee de enige medische discipline die zich niet in de eerste plaats bezighoudt met genezing.

In de middeleeuwen bevielen vrouwen nog thuis. Bevallen in het ziekenhuis gebeurde alleen als vrouwen nergens anders terecht konden of indien er sprake was van een noodtoestand. De biogeneeskunde kent twee definities van zwangerschap en bevalling. In beginsel worden beide begrippen gezien als normale fysiologische processen. Onder bepaalde omstandigheden, kunnen zij echter ontwikkelen tot een pathologie (waarbij medische bewaking noodzakelijk is) In Nederland is de thuisbevalling nog altijd de culturele norm. Ondanks het feit dat men tegenwoordig poliklinisch een normale bevalling kan doen (onder begeleiding van de eerstelijns zorg) in het ziekenhuis, wordt een ziekenhuisbevalling nog altijd geassocieerd met een pathologische baring. Om te beoordelen of een normale zwangerschap of baring zich ontwikkelt tot een pathologie is er de 'Verloskundige Indicatielijst' (VIL) opgesteld, als onderdeel van het Verloskundig Vademecum (KNOV, 2011):

*De KNOV, de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) zijn samen verantwoordelijk voor het Verloskundig Vademecum 2003. Deze gids wordt door de besturen van deze drie beroepsverenigingen beschouwd als zwaarwegend advies aan hun leden bij zowel de individuele verloskundige hulpverlening als bij de samenwerking met de andere zorgverleners die zijn betrokken bij de verloskunde.*

*Een belangrijk onderdeel van het Vademecum is de multidisciplinaire richtlijn 'Verloskundige Indicatie Lijst' (VIL). Dit is een hulpmiddel om risicoselectie in de verloskunde in goede banen te leiden. De indicatielijst geeft aan bij welke indicatie een eerstelijns verloskundige of een (verloskundig actieve huisarts) een cliënt doorstuurt naar een gynaecoloog.*

*Het Verloskundig Vademecum bevat verder adviezen en beleidsvoornemens om de samenwerking te bevorderen en een gemeenschappelijk kwaliteitsbeleid te ontwikkelen op diverse terreinen van de verloskundige zorg, zoals het verwijzingsbeleid, indicaties voor echoscopisch onderzoek, toetsing van de perinatale zorg via perinatal audits en kwaliteitseisen aan de beroepsuitoefening en samenwerking ([www.knov.nl](http://www.knov.nl)).*

## 2.3 De cultuur van de biomedische geneeskunde

De hedendaagse Europese Cultuur is sterk georiënteerd op de principes van de Verlichting. Het belangrijkste principe van de aanhangers van de Verlichting was dat men de waarheid omtrent bepaalde zaken kon vinden met behulp van de ratio. De meeste verlichtingsfilosofen, gingen ervan uit dat meer wetenschap meer macht over de werkelijkheid zou betekenen. Maatschappelijke vooruitgang door wetenschappelijk inzicht in natuur en technologische beheersing van natuur, is in de Verlichting het ideaal geworden. Deze filosofische stroming gaat ervan uit dat lichaam en geest van elkaar gescheiden zijn. De moderne mens is autonoom, onafhankelijk: het 'westerse' ideaal van wat het betekent om mens te zijn.

De biomedische geneeskunde is doordrongen met de principes van de Verlichting: medische zorg is in toenemende mate wetenschappelijk. De nadruk komt steeds meer te liggen op het inzichtelijk maken van het besluitvormingsproces. Intuïtie wordt hierbij steeds meer gezien als het tegenovergestelde van de ratio. Volgens Gordon (1988) (die in Lupton (2003: 118) wordt geciteerd), is dit gerelateerd aan de onzekerheid die de geneeskunde kent: het verloop van de ziekte en behandeling zijn nooit te voorspellen. Ook heeft het volgens hem te maken met de toenemende eisen van patiënten, advocaten en de medici zelf.

Deborah Lupton (2003) bespreekt in haar boek 'Medicine as Culture' drie verschillende theoretische invalshoeken van waaruit de geneeskunde als cultuur kan worden benaderd: het functionalisme, kritisch structuralisme en het sociaal constructionisme (of constructivisme). Ze laat de overeenkomsten en verschillen zien van de perspectieven in een poging de sociaal culturele dimensie van de geneeskunde te begrijpen. De functionalistische benadering is een stroming die een analogie legt tussen de manier waarop een organisme functioneert en de wijze waarop de samenleving dat doet. Sociale verschijnselen worden verondersteld een functie te hebben. Het functionalisme richt zich op de vraag hoe deze sociale verschijnselen voortbestaan. Sociale relaties binnen de gezondheidszorg worden dan gezien als het product van een zichzelf steeds opnieuw aanpassende samenleving. Sociale orde en harmonie worden volgens deze stroming in stand gehouden doordat mensen handelen in bepaalde rollen en bepaalde functies uitvoeren. De kritiek hierop is dat het een beeld van de samenleving geeft als conservatief en met weinig ruimte voor het individu. Het structuralisme kwam volgens Lupton (2003) in reactie op het functionalisme. Met name het Marxistische gedachtegoed had hierop veel invloed. Dit was de dominante intellectuele beweging eind jaren zeventig en begin jaren tachtig. Vanuit dit perspectief wordt *gezondheid* niet als een fysiek kenmerk gedefinieerd, maar als 'toegang tot en controle over materiële en immateriële middelen die een leven in tevredenheid bieden.' Het derde perspectief van waaruit Lupton (2003) de geneeskunde onder de loep neemt, is het sociaal constructionisme, ook wel het sociaal constructivisme genoemd. Dit perspectief kwam in de jaren tachtig in zwang en is nog altijd de dominante benadering. Het is een filosofische stroming die ervan uitgaat dat er geen objectieve werkelijkheid bestaat. Lupton (2003) gebruikt deze invalshoek om geneeskunde als cultuur te analyseren. Hier is de primaire focus van het sociaal constructionisme het onderzoeken van de sociale aspecten van de biogeneeskunde. Het benadrukt dat een toestand van gezondheid of ziekte ervaren en geïnterpreteerd worden door middel van sociale activiteit. Daarom moet het onderzocht worden middels culturele en sociale analyse. In mijn onderzoek benader ik de reguliere- of biogeneeskunde in de algemene zin vanuit het sociaal constructionisme. Sociale verschijnselen worden vanuit dit perspectief 'slechts ervaren als iets dat werkelijk bestaat en van andere zaken onderscheidbaar is, omdat daarover in de samenleving een (vaak impliciete) afspraak is gemaakt' (Wikipedia, 2010).<sup>3</sup> *Waarheid* wordt dan dus niet gezien als een objectief feit, maar juist als een subjectieve sociale constructie, gebaseerd op machtsrelaties. De waarheid is daarom niet neutraal maar staat altijd in dienst van iemand. *Kennis* wordt hierdoor een participant in de constructie van de werkelijkheid. Biogeneeskunde kan vanuit deze theorie benaderd worden als een sociaal product. Op de constructie van kennis zal ik verder ingaan in hoofdstuk 'Methoden en Technieken'.

## 2.4 Medische Antropologie

Medische antropologie houdt zich bezig met de manier waarop mensen omgaan met processen van het lichaam zoals ziekte en gezondheid, hoe ze het hebben van ziektes verklaren en wie ze om hulp vragen voor genezing. Een belangrijk proces in het menselijk leven is de voortplanting en hoe deze in verschillende culturen wordt benaderd. Geboorte, ziekte en dood zijn momenten in de levenscyclus die in de Engelstalige literatuur worden aangeduid als: *life-crises events*. Juist geboorte en dood zijn gebeurtenissen van transitie, met een enorme impact, niet alleen op fysiek gebied, maar ook sociaal. Als studente culturele antropologie ben ik vooral geïnteresseerd in, zoals de gebruikte symbolen, ideeën en manieren van betekenisgeving die volgens Helman (2007) een specifieke cultuur omvatten, en waarvan sociale organisatie slechts een uitdrukking is. In dit geval is dat de 'Nederlandse cultuur.'

Volgens Barry (2006) zijn antropologische noties van bewijs heel anders opgebouwd dan die van de biomedische wetenschap. Ook bieden ze een nauwere resonantie met de filosofie van de alternatieve geneeskunde. 'Etnografisch bewijs van 'wat werkt' in de alternatieve geneeskunde

---

<sup>3</sup> Bron: Wikipedia [[http://nl.wikipedia.org/wiki/Sociaal\\_constructivisme](http://nl.wikipedia.org/wiki/Sociaal_constructivisme)] geraadpleegd op 11 oktober 2010

omvat begrippen zoals transcendente, transformerende ervaringen; veranderende *beleefde-body experience* en het verkrijgen van betekenis' (Barry, 2006: 2646).

Medisch antropologen houden zich volgens Lupton (2003) bezig met de interpretatie en geleefde ervaring van ziekte. Ze onderkennen dat de cultuur van waaruit een patiënt handelt, van invloed is op de manier waarop ziekte wordt ervaren. Volgens Lupton (2003) is de antropologische traditie om etnografisch onderzoek uit te voeren door middel van participerende observatie in kleinschalige samenlevingen, de reden dat er geraffineerde analytische methodes van onderzoek zijn ontwikkeld. Juist deze techniek van onderzoek is zeer geschikt voor het in kaart brengen van communicatieve processen in de medische setting. Westerse antropologen hebben zich lange tijd gericht op kleinschalige rurale samenlevingen. Onderzoek in grote stedelijke kapitalistische samenlevingen is een recente trend. Lupton zegt dat er door het doen van onderzoek in de eigen cultuur een nadruk is komen te liggen op de bruikbaarheid van (medisch antropologisch) onderzoek. Om toegang tot de biomedische arena te behouden moeten veel medisch antropologen zich conformeren aan de hegemonische ideologieën die medische kennis ondersteunen. De keerzijde hiervan is dat het macro, sociaaleconomische perspectief genegeerd wordt.

## 2.5 Cultuur als concept

Cultureel antropologen buigen zich al eeuwen over de vraag wat *cultuur* precies is. Er zijn vele definities te vinden, maar één van de bekendste is volgens Helman (2007) die van Tylor, uit 1871:

*That complex which includes knowledge, beliefs, arts, morals, laws, custom and any other capabilities and habits acquired by men as a member of society.*

Volgens Helman (2007) is uit de verschillende definities af te leiden dat *cultuur* een hele verzameling aan richtlijnen (zowel impliciet als expliciet) is, die door individuen, als leden van een bepaalde groep, worden overgeërfd. Deze richtlijnen geven aan hoe de wereld wordt gezien en hoe deze emotioneel ervaren wordt. Daarnaast geven zij aan hoe men zich gedraagt ten opzichte van andere individuen, Goden en de natuur. Sommige van deze regels zijn zo vanzelfsprekend geworden, dat ze zelden tot nooit worden benoemd, terwijl iedereen ze kent en zich eraan houdt. Binnen de etnomethodologie worden dit de *etcetera clauses* genoemd. De onzichtbare richtlijnen binnen een cultuur zijn gebaseerd op kennis. Op basis daarvan worden besluiten genomen. Helman stelt dat sommige kennis wordt overgeërfd: ze wordt niet benoemd en niet in twijfel getrokken. Op het tweede niveau is bepaalde kennis beïnvloed door hiërarchie: de biomedische kennis en haar logica krijgen erkenning van instanties die een machtspositie bezitten, dit beïnvloedt de waardering die de kennis krijgt.

## 2.6 Het (vrouwen)lichaam in de Nederlandse geneeskunde

Cecil Helman (2007: 19) stelt dat 'het menselijk lichaam in alle samenlevingen meer is dan een biologisch organisme. Het is namelijk ook de focus van een systeem van betekenisgeving met betrekking tot haar sociale en psychologische betekenis, haar structuur en haar functie.' Helman (2007) stelt dat de cultuur waarin wij opgroeien ons leert hoe wij het menselijk lichaam interpreteren. Wij leren onderscheid te maken tussen een jong en een oud lichaam en tussen een gezond van een ziek lichaam. Ook leren we hoe we pijn definiëren en hoe we dat herkennen in andere lichamen. Een ander belangrijk aspect is dat we leren welke delen van ons lichaam publiek zijn en welke privé en welke schoon en vies. Helman (2007) onderscheidt vier concepten rondom het imago van het lichaam;



1. Opvattingen over vorm en grootte van het lichaam, inclusief kleding en decoratie
2. Opvattingen over de grenzen van het lichaam
3. Opvattingen over de inwendige structuur van het lichaam
4. Opvattingen over de werking van het lichaam

Al deze concepten worden beïnvloed door sociale en culturele, maar ook door individuele factoren en kunnen een belangrijk effect op de gezondheid van het individu hebben.

Via het lichaam wordt een hoop informatie gecommuniceerd; geslacht, leeftijd, lengte, gewicht, gezondheid en dergelijke zijn de informatie op basis waarvan we beslissen in welke sociale categorie we iemand plaatsen. Lichaamstaal (zoals iemands fysieke houding en de gebaren die iemand gebruikt) verschilt sterk per cultuur en deze geven een hoop informatie; een dokter heeft bijvoorbeeld een heel andere manier van bewegen dan een marktkoopman. Daarnaast is kleding belangrijk. Door middel van het dragen van bepaalde kleding, worden sociale rang en soort beroep gecommuniceerd. In het ziekenhuis onderscheiden de verschillende beroepsgroepen zich ook door middel van hun kleding. Artsen en gynaecologen dragen witte doktersjassen. Klinisch verloskundigen dragen een witte doktersjas over hun eigen kleding en verpleegkundigen dragen een speciale jas, broek en schoenen. De zelfstandig verloskundige draagt haar eigen kleding. Deze kleding heeft naast het communicerende aspect ook een hygiënische reden. In het ziekenhuis draagt de zwangere vrouw haar eigen kleding. Wanneer de zwangere zal gaan bevallen, zal zij zich doorgaans omkleden in nachtkleding. Op dit laatste aspect kom ik terug in hoofdstuk 5.

Helman (2007: 23-24; eigen vertaling) stelt dat 'we in symbolische zin kunnen spreken van twee lichamen: het individuele en het sociale lichaam. Het individuele lichaam is het fysieke en psychische lichaam. Het sociale lichaam verstrekt het raamwerk van waaruit we fysieke en psychische ervaringen waarnemen en interpreteren.' Zij noemt de manier waarop een samenleving betekenis geeft lichamelijke communicatie: 'body-politic' (Helman, 2007: 23-24). Deze term is belangrijk omdat het ook het gedrag rondom reproductie omvat. Het vertelt welke noties een samenleving heeft van 'natuurlijke' processen en 'kunstmatigheid'. Maar ook over de afstand die er bestaat tussen gezond en ziek. Hoe benadert de Nederlandse samenleving een zwangerschap? En een bevalling? En de post-partum periode? Welk onderscheid bestaat er wat dat betreft tussen allochtone en autochtone Nederlanders? Lichamelijke waarnemingen en sensaties zijn middelen waarmee wij een bewustzijn van ons lichaam creëren door middel waarvan we relaties met anderen aangaan en onderhouden.

Helman (2007) verwijst met betrekking tot de begrenzing van het lichaam naar de antropoloog Hall, die vier onzichtbare ruimtelijke cirkels om het menselijk lichaam onderscheidt:

<b>Intieme afstand</b>	0-45 centimeter	kan alleen betreden worden door mensen die een intieme persoonlijke relatie hebben met de persoon in kwestie
<b>Persoonlijke afstand</b>	45-120 centimeter	kan betreden worden door een kleine groep goede bekenden zoals familie en goede vrienden
<b>Sociale afstand</b>	120-360 centimeter	binnen deze afstand vindt interactie plaats met zakenrelaties of kennissen
<b>Publieke afstand</b>	minimaal 360 centimeter	op deze afstand vindt geen sociale interactie plaats

Volgens Helman (2007) zijn deze afstanden gebaseerd op een onderzoek in Amerika. De afstanden variëren per cultuur. Het betreden van iemands intieme en persoonlijke ruimte kan als bedreigend worden ervaren, ook al gebeurt dat door een medisch professional zoals een arts. De begrenzing van het lichaam is niet statisch en kan variëren afhankelijk van de context. Zaken die de notie van begrenzing kunnen beïnvloeden zijn bijvoorbeeld emoties, ziekte en

zwangerschap. Het blijkt uit mijn observaties dat het toelaten van onbekenden in de cirkel van intieme afstand een grote rol speelt tijdens de bevalling.

'We hebben niet alleen een lichaam, we zijn ook ons lichaam' (Lupton 2003: 22). Het fysieke lichaam is een belangrijk instrument voor sociale identificatie. Lupton (2003) is van mening dat feministische bewegingen een belangrijke rol hebben gespeeld in het theoretiseren van het lichaam. Medische ethiek heeft volgens haar steeds vaker de interesse van sociale wetenschappers die zich bezighouden met het lichaam. Lupton (2003) maakt onderscheid tussen het fysieke (individuele) *lichaam-met-organen* en het filosofische (sociale) *lichaam-zonder-organen*. Biomedici, zo stelt zij, 'territorialiseren het lichaam-met-organen' en focussen zich met name op de anatomische aspecten. Lichamen spelen een belangrijke rol bij het construeren van sociale relaties. Mary Douglas wordt aangehaald door Lupton (2003): zij argumenteerde dat lichamen een zichtbare uitdrukking geven aan de sociale relaties en dus fungeren als symbolisch medium.

Er wordt door Lupton (2003) uitgebreid verwezen naar Foucault, die in 1975 het boek 'The Birth of the Clinic' schreef, waarin hij de term 'anatomische atlas' introduceerde. Dit houdt in dat het lichaam sindsdien vanuit de geneeskundige visie werd weergegeven. Het lichaam werd steeds meer onderworpen aan instanties die er macht over gingen uitoefenen: scholen, het leger en de gevangenis. Ook artsen begonnen meer te eisen van hun patiënten: lichamelijk onderzoek werd gangbaarder en er werd in toenemende mate van patiënten verwacht dat ze informatie verstrekten over hun medische geschiedenis. Volgens Foucault is de medische setting een uitstekend voorbeeld van controle over het lichaam van de ander. De arts onderzoekt en betast het lichaam van de patiënt, zonder dat deze altijd precies weet waarom de procedure uitgevoerd wordt. De routinematige controles, uitgevoerd door de verloskundige of gynaecoloog zijn hierop geen uitzondering. Om het toelaten van iemand in de cirkel van intieme afstand in sociaal opzicht acceptabel te maken voor de zwangere en alle anderen die bij de baring zijn betrokken (partner, familie, verpleegkundige, verloskundige en gynaecoloog), is dit proces geritualiseerd. Dit wordt besproken in het hoofdstuk 'Geboortetrituelen.'

## 2.7 Het lichaam in ruimte

Ruimte rondom en in het lichaam is een belangrijk aspect van de manier waarop mensen de werkelijkheid construeren. Maar culturele noties van ruimte reiken verder: via radio (horen), televisie (horen en zien), telefoon (horen en spreken) en internet (horen, zien en spreken) kunnen we vanuit één plek waarnemen en interpreteren over de hele wereld. De ruimte waarin het lichaam zich tijdens mijn onderzoek bevindt is het ziekenhuis. Ik heb hierbij tijdens mijn observaties gekeken naar de locatie waar het lichaam zich bevindt in de ruimte: hoe bewegen de verloskundigen en verpleegkundigen over de afdeling (verloskamers, koffiekamer) en in de verloskamers, hoe beweegt de zwangere zich door de verloskamer.

## 2.8 Het lichaam in tijd

Wij bestaan niet alleen in ruimte, maar ook in tijd. Volgens Helman (2007) 'wordt *het leven* in Westerse samenlevingen beschouwd als een ontwikkeling door de tijd heen, die reikt van geboorte tot dood' (33; eigen vertaling). Ik wil de nuance aanbrengen dat Nederlanders al tijdens de zwangerschap spreken van *leven* en de ontwikkeling door de tijd heen begint vanuit die visie dus al voor de geboorte. De geboorte en de dood worden echter wel als de twee belangrijkste mijlpalen in een mensenleven gezien. In de periode vanaf de geboorte tot aan de dood ben je een sociaal lichaam dat relaties heeft met andere mensen. Maar voor de geboorte en na de dood bestaat er ook een relatie met de mensen die het dichtst bij je staan. Ook de zwangerschap en de bevalling beschouwen Nederlanders als een lineair proces door de tijd heen. Dit wordt besproken in het hoofdstuk 'Geboortetrituelen.'

Hall (waarnaar wordt verwezen in Helman, 2007) beschrijft twee concepten van tijd die veel gebruikt worden in westerse samenlevingen; monochroom en polychroom. Monochrome tijd

ontwikkelt lineair, van geschiedenis naar toekomst. Het is de tijd die we voor de klok hanteren en die wij associëren met het publieke domein en daarom met het mannelijke principe. In contrast daarmee staat de polychrome tijd ook wel de menselijke tijd genoemd, waar aan de interactie tussen mensen meer waarde wordt toegekend dan aan de rigide klok. Hall (ibid.) is van mening dat de polychrome tijd gerelateerd is aan het privé-domein en daarmee aan het vrouwelijke principe.

Volgens Helman (2007) is de monochrome tijd in het westen dominant. 'Dit heeft zijn weerslag op de gezondheidszorg; bureaucratische tijd leidt tot de onpersoonlijke benadering van het zorgpersoneel van hun patiënten. Bureaucratische tijd definieert zij als 'de tijden van instanties, (...) die de lengte van een werkdag voorschrijven, inclusief begin en eindtijd, maar ook de lengte van vakanties (en) de data voor het inleveren van rapportages' (2007: 34). Een ander belangrijk soort tijd die door Helman (2007) wordt genoemd, is de *symbolic-rebirth time*. Dit is de tijd die het gevoel geeft dat er iets enorm is veranderd, bijvoorbeeld een grote gebeurtenis in de levenscyclus; zoals het baren van een kind.

## 2.9 De baby

In de medische antropologie wordt de term *age-grade* gebruikt om de mens in leeftijdsgroepen te categoriseren. Een voorbeeld daarvan is een baby; rond welke levensduur een mens als baby wordt gecategoriseerd, wordt gedefinieerd per cultuur. Er is geen sprake van een universeel biologisch begrip. Het moment waarop men vindt dat het leven begint, is ook cultureel bepaald. Vandaar dat het per land kan verschillen vanaf hoeveel weken zwangerschapsduur er wordt gesproken van een mens. In Nederland wordt er tot twaalf weken zwangerschap gesproken van een embryo, die nog niet als mens wordt beschouwd. Vanaf week dertien praten we over een foetus. Toch heeft de foetus pas de status *baby* wanneer hij of zij wordt geboren vanaf 24 weken zwangerschap.

De medische antropologie interesseert zich steeds meer in *kindercultuur* gerelateerd aan gezondheidszorg. Hoe is het voor een baby om geboren te worden? Wat voor letsel kunnen ze oplopen en door welke medische handelingen? Wat is belangrijk voor een baby? Wie zegt dat?

Nog niet al te lang geleden werd een baby door de biogeneeskunde gezien als een primitief mens zonder veel emoties of gevoelens. Er werd gedacht dat een pasgeborene alleen communiceerde door te huilen en dat er behalve eten geen andere behoeftes bestonden. Gelukkig weten we tegenwoordig wel beter, maar nog lang niet alle ziekenhuizen werken *evidence based*. De status van de baby en de manier waarop de pasgeborene wordt behandeld, berust veelal op oude gewoontes, zoals voorzien in eten en een schone luier. Voor de emoties van de baby en zijn behoefte aan de geborgenheid die hij bij zijn medemens vindt, is nog altijd niet veel aandacht.

## 2.10 Het medisch-technische lichaam

In Europa lijkt *het lichaam* gedeeltelijk gezien te worden als een machine. Dit is een symbolische constructie van hoe het lichaam werkt. De woordkeuze voor het uitleggen van de manier waarop het lichaam werkt heeft veel overeenkomsten met de technische wereld. Afvoer systemen, elektra netwerken en computers worden in dezelfde bewoordingen uitgelegd; denk aan verstopping, kortsluiting, uitvallen, virusinfectie, batterij opladen en dergelijke. Wanneer het lichaam defecten vertoont, dient het gerepareerd te worden. De verwachtingen die patiënten in Europa hebben van de geneeskunde kunnen daarom leiden tot teleurstelling en woede. Bijvoorbeeld wanneer een operatie niet slaagt of een patiënt niet genezen kan worden.

Tijdens mijn veldwerk heb ik deze symbolische constructie ook opgemerkt. In 'case 2' wordt een moeder ingeleid. Dit gebeurde omdat zij langer dan 48 uur gebroken vliezen had. Omdat dit een verhoogde kans op infectie geeft werd er besloten de bevalling kunstmatig op gang te brengen. Hieruit blijkt de medisch-technische benadering: de machine (lichaam moeder) functioneert niet optimaal (niet lineair): omdat de bevalling na 48 uur nog niet op gang komt, lopen moeder en kind potentieel risico op schade (infectie). De machine (moeder) zou het

product (de baby) kunnen beschadigen. Daarom moet er ingegrepen worden: moeder krijgt een infuus met wee opwekkers, en bevalt vlot van een gezond kind. Ook uit case 6 blijkt dat het ingrijpen in het geboorteproces geheel geaccepteerd is vanwege de symbolische constructie van wat 'geboorte' is. Wanneer de baby op het CTG geen mooi hartfilmpje heeft (product raakt beschadigd) grijpt de verloskundige (VK) in:

VK: 'Hij herstelt wel (hartslag baby)' 'Het kindje reageert wel tijdens de wee, maar dat mag wel. Ik word er ook wel eens nerveus van, maar dat is onterecht.'  
'Door, door.'

14.26 [VK legt uit dat zij gaat *meehelpen* (toucheren) om de geboorte te versnellen]

VK: 'De baby is niet gillend enthousiast.'

Wee.

[VK 'helpt mee']

VK: 'De baby gaat nog goed, maar dat willen we graag zo houden'  
'Ik ga zorgen, dat het iets sneller gaat.'

Bovendien geeft de verloskundige hier aan een beetje nerveus (gevoel) te worden van het CTG. Maar uit ervaring (ratio) weet ze dat dit niet altijd terecht is. Na de geboorte blijkt echter dat het leven van de baby letterlijk aan een draadje hing: de navelstreng was niet verbonden aan de placenta maar aan een ader, waardoor er van alles mis had kunnen gaan: als deze bijvoorbeeld los gescheurd zou zijn had de baby dood kunnen bloeden. Het nerveuze gevoel van de verloskundige bleek achteraf terecht.

In de 'Hospital sketch' van Monty Python wordt een ziekenhuis bevalling nagespeeld. Hierin wordt benadrukt dat het lichaam van de vrouw wordt behandeld als een doos waaruit de baby moet worden verwijderd. Een gevoel dat mij ook bekreep toen ik na de bevalling van mijn dochter lag te reflecteren op het woord *verloskamer*; de medici verlossen moeder en kind van elkaar als twee onafhankelijke individuen. Beide lichamen lijken apart te worden beoordeeld op hun functioneren en worden in staat geacht los van elkaar te herstellen. Recent onderzoek leidt steeds meer tot initiatieven zoals het *Newborn Individualised Developmental Care and Assessment* (NIDCAP), waar de behoefte fysiek en emotioneel contact tussen moeder en kind in belang wordt gelijkgeschakeld aan medisch monitoren.

## 2.11 Antropologie van de menselijke geboorte

De werking van het lichaam is de specialiteit van een arts en is voor veel leken een mysterie. Toch weten veel vrouwen in Nederland behoorlijk goed hoe een zwangerschap tot stand komt, hoe deze verloopt en hoe een bevalling gaat. Vermoedelijk krijgen de meeste vrouwen de informatie hierover via boeken, internet en voorlichting van de verloskundige. Critici van de medicalisering van de bevalling zijn van mening dat er te weinig voorlichting wordt gegeven over het gebruik van pijnbestrijding en alternatieven voor de ruggenprik en morfine pomp. Tegelijkertijd is er veel kritiek op de beperkte keuzevrijheid wat de pijnbestrijding betreft. Het zwangere lichaam heeft binnen alle samenlevingen een bijzondere positie. Meestal maakt de postpartum periode daar ook nog deel van uit. De lengte hiervan varieert en is een culturele constructie net als de periode van borstvoeding.

In veel culturen wordt aangenomen dat het gedrag van de moeder directe invloed heeft op het welzijn van de baby. Wat de moeder eet, of ze rookt en of ze alcohol drinkt, wordt allemaal in verband gebracht met de gezondheid van haar ongeboren kind. De rol van het lichaam van de vader wordt in veel mindere mate gerelateerd aan de gezondheid van de baby. Alhoewel in

Nederland steeds meer aandacht komt voor preconceptie zorg en alcohol en drugsgebruik tijdens de conceptie.

Helman (2007: 46) stelt dat 'niet alle taboes en restricties rondom de zwangerschap te maken hebben met het beschermen van de gezondheid van moeder en kind. De zwangere is ook in een staat van sociale kwetsbaarheid: ze is in de overgangsfase naar moeder.' Iedere samenleving geeft het onvoorspelbare en chaotische proces van de bevalling een eigen invulling. Dit is meteen de context van waaruit ik de bevalling in dit onderzoek benader: door middel van het standaardiseren van het proces wordt een gevoel van controle over de situatie bewerkstelligd. De ideeën over hoe het lichaam van een zwangere, een foetus en de baring werken, leiden tot min of meer vaste handelingen die zich herhalen bij iedere bevalling. Het doel hiervan is het proces enigszins in banen te leiden. Dit noem ik het ritualiseren van de bevalling, oftewel de geboorterituelen. Ik kom hierop uitgebreid terug in hoofdstuk 5.

Snow et al. worden door Cecil Helman aangehaald (2007: 46) vanwege hun onderzoek naar ideeën van leken over de fysieke en psychische gevaren rondom zwangerschap en geboorte. Deze bleken aanzienlijk te verschillen van de ideeën van medisch professionals. Zo dacht 77% van de 31 Mexicaans Amerikaanse zwangere vrouwen dat de foetus blijvend beschadigd wordt door hevige emotionele uitbarstingen van de moeder, als Goddelijke straf voor haar misdraging. Verder dachten de respondenten dat de baby aan de baarmoeder zou plakken als de moeder erg vaak zou gaan liggen tijdens de zwangerschap, hetgeen slecht zou zijn voor de ontwikkeling van de baby.

Europese samenlevingen zijn sterk georiënteerd op Verlicht denken. De filosofie van het *lichaam-geest dualisme* kent een hele serie tegenstellingen. Zo worden rationaliteit en irrationaliteit tegenover elkaar gezet. Ditzelfde geldt voor reden en emotie, cultuur en natuur et cetera. 'De manier waarop het zwangere lichaam en het ongeboren kind worden beschreven en visueel worden voorgesteld in Westerse samenlevingen neigt naar een scherpe scheiding tussen moeder en kind, die is niet zo vanzelfsprekend in sommige andere culturen' (Lupton, 2003).

Het voorgaande komt bijvoorbeeld tot uitdrukking in case 4, waar de verloskundige de moeder gerust wil stellen door te zeggen: 'Je doet het hartstikke goed. En je kindje doet het goed!' Wanneer de verloskundige stelt dat de conditie van de baby achteruit gaat zegt ze: 'De baby wil eruit,' dit geeft ook aan dat de baby wordt gezien als een individu dat op een of andere wijze uit de moeder moet zien te komen. Deze symbolische constructie heb ik hierboven al aangehaald met mijn voorbeeld uit Monty Python.

De manier waarop de verloskundige zorg in Nederland is georganiseerd is uniek. In principe bevalt een vrouw in de eerstelijnszorg, hetzij thuis of op poliklinische basis in het ziekenhuis. Wie bevalt in de tweede lijn heeft automatisch een *ziekenhuisbevalling*. De bevalling wordt dan begeleid door een klinisch verloskundige. Een gynaecoloog is hiervoor eindverantwoordelijk. Aan de hand van een aantal case studies probeer ik een beeld te geven van de manier waarop de bevalling in de tweedelijng begeleid wordt.

Dat Nederland een bijzonder geboortesysteem heeft, werd me pas echt goed duidelijk toen ik het boek 'Birth Models that Work' van Davis-Floyd et al. (2009) las. Hierin wordt aandacht besteed aan geboortemodellen die volgens de verscheidene auteurs goed werken. Het eerste artikel dat in de bundel is opgenomen, gaat over het Nederlandse obstetrisch systeem en is geschreven door Raymond de Vries, Therese A. Wieggers, Beatrijs Smulders en Edwin van Teijlingen (2009). Zij halen Heinrich Heine aan, die gezegd heeft dat hij naar Nederland vlucht zodra het einde van de wereld begint, omdat in Nederland alles vijftig jaar later gebeurt dat in de rest van de wereld. Wereldwijd lijkt Nederland dit imago onder meer in stand te houden door het grote aantal thuisbevallingen. In verscheidene landen wordt het gebruik van technologie met vooruitgang en moderniteit geassocieerd. Een 'primitieve' thuisbevalling onder begeleiding van een vroedvrouw (verloskundige) zou dan iets romantisch en uit het verleden zijn. Volgens Mehl-Madrona en Mehl-Madrona (1993) zou 70% van de bevallingen in Nederland door verloskundigen worden begeleid.

De Vries et al. (2009) beginnen met een statisch overzicht van het reële aandeel van de thuisbevalling in de Nederlandse obstetrische zorg. Het is volgens hen correct dat van de bevallingen die thuis plaatsvinden, er 70% door verloskundigen wordt begeleid. Maar van alle

bevallingen in 1990 vonden er 32.1% thuis plaats en werden er van het totaal aantal bevallingen in dat jaar 44.4% door verloskundigen begeleid. In 2002 zijn die cijfers gedaald; 33.4% van alle bevallingen werd begeleid door een verloskundige en 29.4% vond thuis plaats. Op de site 'Het Nationaal Kompas' (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) staat dat in 2005 ongeveer 80% van de vrouwen aan het begin van de zwangerschap door een verloskundige werd begeleid. Uiteindelijk beviel 23% thuis en 11% poliklinisch onder begeleiding van een eerstelijns verloskundige. Volgens de site melden vrouwen van niet-westerse afkomst zich over het algemeen later voor prenatale zorg dan westerse vrouwen. Gegevens over thuisbevallingen door huisartsen ontbreken. Verder staat er op de site dat ongeveer 65% van de bevallingen in 2005 plaatsvindt in de tweede lijn onder verantwoordelijkheid van een gynaecoloog. Gynaecologen zijn verantwoordelijk voor de begeleiding en controle van vrouwen bij wie een verhoogd risico bestaat op complicaties tijdens de zwangerschap of de bevalling. Een deel van hun taken delegeren ze aan klinisch verloskundigen (verloskundigen in de tweede lijn). Tot 2002 is het percentage geboorten per keizersnede gestegen naar ruim 13%. Een deel van de stijging is te verklaren door veranderd beleid bij stuitligging. Wanneer de baby in stuitligging ligt, komt 80% ter wereld door een keizersnede.

## 2.12 Sociaal Historische Context

Turner (1995, in Lupton, 2007) stelt dat vrouwenlichamen in de biogeneeskunde (waar de man centraal staat) historisch zijn benaderd als een bedreiging voor de morele orde. De sociale stabiliteit zou gevaar lopen vanwege de ogenschijnlijke niet beheersbare en gevaarlijke aard van de vrouwelijke seksualiteit. Volgens Lupton (2003: 144) is 'het mannen lichaam in de biogeneeskunde de standaard, het Europese ideaal, het vrouwenlichaam is de incomplete variant erop. Zo werden de geslachtsorganen van vrouwen lange tijd geacht de kleine versie van de mannelijke geslachtsorganen te zijn. Het vrouwenlichaam wordt historisch gezien als zwakker en vervuilend (menstruatie). Deze benadering is terug te vinden in oude medische handboeken die het mannenlichaam als uitgangspunt nemen.' De opkomst van de specialisatie gynaecologie benadrukt dat mannen- en vrouwenlichamen als verschillend worden benaderd. Gynaecologie als geneeskundige tak legitimeerde in het begin van de negentiende eeuw de opvatting dat vrouwen van nature zijn voorbestemd tot het baren en opvoeden van kinderen.

De uitvinding van het gynaecologisch *speculum* (medisch instrument om in een lichaamsopening te kijken, beter bekend als een *eendenbek*) halverwege negentiende eeuw zorgde voor commotie in de medische wereld. Het zou seksuele interesse bij jonge vrouwen kunnen opwekken. Dit leidde ook tot de discussie dat het gebruik hiervan als een vorm van verkrachting zou kunnen worden gezien.

De baarmoeder is in de historie van de geneeskunde een berucht orgaan. Menstruatie, zwangerschap en bevalling werden in het begin van de twintigste eeuw vanuit de biomedische geneeskunde benaderd als een abnormale toestand. Het lag eerder in de sfeer van ziekte dan van een normale staat van het lichaam. Uiteraard werden de (mannelijke) artsen ook enkel betrokken bij zwangerschap en bevalling wanneer zich een probleem voordeed.

De biomedische geneeskunde is momenteel de dominante vorm van zorgverlening. De verloskundige zorg in Nederland wordt steeds verder met deze biomedisch benadering verweven. Biomedische geneeskunde hecht groot belang aan de ratio: handelen moet verantwoord kunnen worden en inzichtelijk zijn. Dit staat haaks op intuïtief handelen, omdat intuïtie een vorm van kennis is die niet van tevoren wordt beredeneerd. Juist dit intuïtieve weten van de vroedvrouwen (ook van verpleegkundigen en gynaecologen) heeft mijn interesse. In deze scriptie onderzoek ik de plek die intuïtie heeft binnen de biomedische context, tegen de achtergrond van de ritualisering van de bevalling. Ritualiseren kan worden gezien als een vorm van communicatie. Ook intuïtie betreft een vorm van (uitermate sensitieve) communicatie. Hierop kom ik later terug.

## 2.13 Historie

De geschiedenis van de verloskundige zorg in Nederland is helder uiteengezet door Simone Buitendijk (2010) in haar oratie, ten behoeve van haar leerstoel als bijzonder hoogleraar Eerstelijns Verloskunde en Ketenzorg aan de het AMC-UvA, op 12 maart 2010. Zij vertelt dat er 'in de geschiedenis van de geboortezorg (...) twee ontwikkelingen opvallen die belangrijk zijn om het heden te kunnen duiden. De eerste was het verschuiven van de hulp van vroedvrouwen naar mannelijke artsen. De tweede, die deels daarmee gepaard ging, was de introductie van technologie' (Buitendijk 2010). In haar oratie verwijst Buitendijk naar de eerste Nederlandse vroedvrouw die ooit een boek schreef over haar werk: Catherina Schrader schreef rond 1700 het 'Memoryboeck van de Vrouwen'. Verloskunde, zegt Buitendijk, was toen nog geen wetenschap, maar een ambacht. Ook van dit boek heb ik gebruik gemaakt om een idee te krijgen van historie van het Nederlands Geboortemodel. Een andere belangrijk beeld wordt gevormd door de RoSa-factsheets (2006) (afkomstig van een documentatiecentrum in België): ze geven een mooie verhandeling over de geschiedenis van verloskunde in 'de Nederlanden.'

*Vroedvrouwen, zo zou men kunnen stellen, beoefenen een van de oudste beroepen ter wereld: kinderen helpen geboren te worden is immers van alle tijden. Van oudsher worden vrouwen in het kraambed geholpen door anderen vrouwen. Eeuwenlang verzamelden buurvrouwen, vriendinnen, moeders, zussen... zich op het kritieke moment rond de kraamvrouw. Tussen al deze vrouwen vinden we ook de vroedvrouw: de vroede of wijze vrouw met ervaring en kennis van zaken, al dan niet geassisteerd door haar helpsters of aspirant-vroedvrouwen" (RoSa-factsheet, 2006: 1).*

Het RoSa-factsheet (2006) gaat vooral over Vlaanderen ten tijde van de Republiek der Zeven Verenigde Nederlanden (1581-1795): hun voorbeelden gaan met name over Brugge en Antwerpen. Een belangrijke gebeurtenis die wordt besproken gaat over de verplichting aan vroedvrouwen om de hulp van een *geschoolde medicijn* (eigen cursief) in te roepen bij problematische bevallingen. Dit is belangrijk omdat deze manier van werken bij wet nog steeds verplicht is binnen de huidige Nederlandse gezondheidszorg. Het beroep van vroedvrouw werd rond de vijftiende eeuw conform regels en een *meesterproef* (bewijzen van bekwaamheid) steeds vaker officieel erkend door stadsbesturen. Na het doorlopen van een leerperiode werd er een examen afgenomen en een eed afgelegd. Volgens het RoSa-Factsheet (2006) waren de zestiende en zeventiende eeuw tijden van verandering richting een moderne rationalistische samenleving, gestoeld op empirisch onderzoek; er werden steeds meer wetenschappelijke verklaringen gezocht voor natuurfenomenen als ziekte en dood. Het maatschappelijke klimaat was voor vrouwen niet gunstig; de invloed van het gedachtegoed van de Kerk was groot. Vrouwen werden gezien als de handlangers van de duivel en heksenvervolging vierde hoogtij. Vooral vroedvrouwen met hun kennis van zwangerschap, geboorte de postnatale periode en het gebruik van kruiden, voor bijvoorbeeld het opwekken van de melkproductie, waren voor de niet-ingewijde en in het algemeen voor de meeste mannen, erg bijzonder en geheimzinnig. De concurrentie tussen vroedvrouwen en academische geneesheren nam toe in deze periode, wat het positioneren van de vroedvrouw als heks misschien ook heeft beïnvloed.

*“Eén van de misdrijven die heksen ten laste werd gelegd, was de kindermoord in opdracht van Satan. Vroedvrouwen werden ervan verdacht vooral ongedoopte kinderen te doden: het misdrijf werd hierdoor alleen maar groter, vermits zo niet enkel het lichaam maar ook de ziel van het ongedoopte en dus onbeschermd kind aan de duivel werden uitgeleverd. (...) De nauwe samenhang tussen geboorte en hekserij zette de Kerk ertoe aan een strengere controle op vroedvrouwen uit te oefenen en regels uit te vaardigen om excessen als hekserij tegen te gaan. Vroedvrouwen waren verplicht er alles aan te doen om het doodgeboren kind alsnog te dopen. Speciale instrumenten moesten ervoor zorgen dat een nooddoopsel kon uitgevoerd worden terwijl het kind nog in de baarmoeder of in het geboortekanaal zat. Na het Concilie van Trente (1545-1563) moesten vroedvrouwen een eed afleggen waarin ze zwoeren dat pasgeboren kinderen binnen drie dagen gedoopt zouden worden. Ouders die deze regel niet naleefden, moesten worden aangegeven. De vroedvrouw, van onberispelijk gedrag, moest beloven geen wondermiddeltjes te gebruiken bij de bevalling”. (RoSa-factsheet, 2006: 4-5).*

In de Middeleeuwen was medische kennis hoofdzakelijk in handen van de geestelijken; monniken en nonnen. Maar tussen 1130 en 1163 werd op verschillende concilies de geestelijken verboden om nog langer medische handelingen uit te voeren. Vanaf ongeveer de dertiende eeuw namen de opkomende universiteiten de fakkel over als centra van medische wetenschap. Vrouwen werd de toegang tot deze nieuwe instellingen ontzegd. Vroedvrouwen bleven zwangere en barende vrouwen wel bijstaan, maar ze werden desondanks uitgesloten van een deel van de wetenschappelijke kennis en daardoor ook van de bijbehorende status.. De opleiding van vroedvrouwen steunde voornamelijk op praktijkervaring en overgeleverde kennis. (RoSa-factsheet, 2006) Tijdens de Verlichting werd afstand genomen van het overleveren van kennis, en kwam de nadruk steeds meer te liggen op wetenschappelijk onderzoek en het inzichtelijk maken van medisch handelen. Geneeskunde werd in die tijd alleen aan mannen onderwezen, die lid waren van de Chirurgijngilde. Dit had grote invloed op de verloskundige zorg. Bij natuurlijke bevallingen kon de vroedvrouw in de middeleeuwse stad ongestoord haar werk doen, maar wanneer zich complicaties tijdens de bevalling voordeden werd dat anders. Het voorrecht om instrumenten te hanteren bij medische handelingen was namelijk een exclusief privilege van de leden van de Chirurgijngilde. (RoSa-factsheet 2006). De hulp van Chirurgijns (ook wel 'vroedmeesters' genoemd) werd volgens Buitendijk wel ingeroepen bij stagnerende baringen. De baby was in die gevallen meestal al overleden en werd – vaak in stukken – met haken en priemen uit de moeder gehaald (Buitendijk, 2010).

‘Regelgeving werd steeds strenger en vanaf het midden van de zeventiende eeuw werd de controle over vroedvrouwen toevertrouwd aan de universitair geschoolde stadsgeneesheren. De mogelijkheden van deze vroedmeesters werden in deze periode sterk uitgebreid door de uitvinding van de verlostang, die kon worden gebruikt bij moeilijke bevallingen. Hierdoor kwam de baby soms toch levend ter wereld. De macht en het werkterrein van de vroedmeesters en artsen werd uitgebreid door de komst van dit instrument’ (Buitendijk, 2010: 6).

‘In Nederland kwam de verlostang beschikbaar in het midden van de achttiende eeuw. Dit had tot gevolg dat universitair opgeleide artsen, die zich tot dan toe alleen met de theoretische wetenschap hadden beziggehouden, vaker praktische verloskunde gingen doen. Normale bevallingen en kunstverlossingen werden gaandeweg van elkaar gescheiden. De vroedvrouwen begeleidden de normale bevallingen en de kunstverlossingen werden gedaan door de vroedmeesters en de dokters. Dit werd wettelijk vastgelegd in de Geneeskundige Staatsregeling van 1818. Vroedvrouwen moesten zich beperken tot ‘het doen van zoodanige verlossingen als door de natuur bewerkt of door de hand ten uitvoer gebracht kunnen worden.’ Een paar decennia later, in 1865, werd bij wet geregeld dat er nog maar twee specialismen waren die zich bezig hielden met verloskunde: speciaal daartoe opgeleidden artsen en vroedvrouwen. Opnieuw



werd vastgesteld dat vroedvrouwen zich alleen met de ‘normale’ bevalling mochten begeleiden’ (Buitendijk, 2010: 6).

Het ziekenhuis is in Nederland pas sinds de twintigste eeuw een plaats geworden om te bevallen volgens Buitendijk (2010). ‘Ziekenhuizen bieden mogelijkheden voor instrumenteel, chirurgisch en medicamenteus ingrijpen zoals de tangverlossing, de keizersnee, de inleiding van de bevalling, en pijnstilling met lachgas en chloroform.’ De reden dat dit onderzoek zich beperkt tot ziekenhuisbevallingen, is op deze culturele ontwikkeling gebaseerd. De benadering van zwangerschap en geboorte zijn specifiek gevormd in de context van de biomedische geneeskundige cultuur.

Buitendijk (2010: 7) vertelt: ‘na onderhandelingen door de voorzitter van de Bond van Vroedvrouwen krijgen vroedvrouwen in 1932 officieel het recht om prenatale zorg te geven en beperkt medicamenten toe te dienen. Eind jaren zestig kan nog maar op het nippertje worden verhinderd dat wettelijk alleen verpleegkundigen de vroedvrouwenopleiding mogen volgen. En eind jaren tachtig werd na veel conflicten vastgelegd dat vroedvrouwen en niet gynaecologen de beslissingsbevoegdheid hebben wat betreft risicoselectie en doorverwijzing. Dit was een belangrijke bevestiging van de zelfstandigheid en de status van vroedvrouwen. In 1980 krijgen vroedvrouwen de mogelijkheid om ook vrouwen met een normale bevalling poliklinisch in het ziekenhuis te begeleiden.’

## 2.14 Heden

Nog altijd begeleidt de zelfstandige vroedvrouw de normale bevalling, al heet dat sinds de opkomst van de *vroedman* tegenwoordig een verloskundige. Wanneer er wordt overgedragen naar de tweede lijn, werkt de klinisch verloskundige ook vandaag de dag onder de eindverantwoordelijkheid van de gynaecoloog.

### 2.14.1 Het Nederlandse Geboorte Model

In 1980 won de Amerikaanse antropologe Brigitte Jordan de Margareth Mead Award voor het bereiken van een manier die antropologische data en principes zodanig interpreteert dat ze van grote betekenis zijn voor een breed publiek. Ze won deze award voor haar boek: ‘Birth in Four Cultures,’ dat baanbrekend was omdat zij een pionier bleek in het onderzoek naar de sociale constructie van de menselijke geboorte. Ze vergeleek de geboortesystemen van vier landen; Yucatan, Nederland, Zweden en de Verenigde Staten.

Haar focus was gericht op de sociaal-interactionele en sociaal-ecologische aspecten; onderzoek dat zich niet alleen richt op bio-medische en fysiologische processen, maar ook op de vraag wat biologisch, sociaal en cultureel is aan de manier waarop het geboorte proces vorm krijgt. Ze noemt dit de ‘bio-social production of childbirth’. Eén van haar bevindingen was, dat de manier waarop vrouwen omgaan met weeën en dit uiten, zeer verschillend zijn; het is onmogelijk gedrag te interpreteren zonder de cultuur waarin dit betekenis krijgt (de waarden en normen voor *juist* gedrag) te kennen. Jordan maakt onderscheid tussen de moderne obstetrie en de etno obstetrie en de meerwaarde die het integreren van beide heeft op het verbeteren van de kwaliteit van de natuurlijke bevalling. Nederland wordt in haar boek een voorbeeld functie aangemeten. Zij zegt:

*The mutual accommodation of two systems (...) requires not only training programs which ‘upgrade’ traditional midwives in the direction of modern medicine but also training programs which ‘upgrade’ medical personal in the direction of traditional medicine.*

(Jordan, 1980:3)

## 2.14.2 Perinatale sterfte als een indicator voor de kwaliteit van obstetrie in Nederland

Zoals onder andere door Buitendijk is aangegeven, is de manier waarop de verloskundige zorg in Nederland is georganiseerd uniek. Buitendijk (2010) vertelt in haar oratie hoe 'de Amsterdamse hoogleraar en gynaecoloog Kloosterman (...) in de tweede helft van de twintigste eeuw bekend (werd) in de hele wereld door zijn voortdurende en openlijke steun aan verloskundigen en aan het Nederlandse model' (Buitendijk, 2010: 13). Kloosterman ontving van zijn buitenlandse collega's veel kritiek.

Het Nederlandse geboortemodel is in opspraak gekomen toen Nederland in het Euro-Peristat rapport (2008, gebaseerd op gegevens uit 2004) slecht scoorde op het gebied van perinatale sterfte (de som van sterfte van de baby vóór, tijdens en zeven dagen na de geboorte), ten opzichte van andere Europese landen. In Euro-Peristat 1 (2004, gebaseerd op gegevens uit 1999) had Nederland vanaf tweeëntwintig weken zwangerschapsduur het hoogste foetale sterftcijfer en het één na hoogste perinatale sterftcijfer, namelijk 11,4 per duizend. In Euro-Peristat 2 (2008) had Nederland het hoogste perinatale sterftcijfer (CBS, 2009), 10,0 per duizend. Simone Buitendijk die voor TNO een grootschalig onderzoek deed naar een eventueel verschil in sterfte tussen thuis bevallingen en poliklinische bevallingen zegt over het Euro-Peristat rapport: 'We moeten beseffen dat het allergrootste deel van de perinatale sterfte niet optreedt bij gezonde pasgeborenen. Van alle babysterfte in Nederland, betreft 85 procent baby's met een vroeggeboorte, groeivertraging of aangeboren afwijkingen. Jaarlijks sterven er zo'n 1700 baby's in Nederland rond de geboorte. Bij ongeveer vijftig van deze overleden baby's begon de bevalling bij de verloskundige in de eerste lijn' (Buitendijk, 2010: 6). Ook neemt het hoge perinatale sterftcijfer niet weg dat juist ons model speciale aandacht krijgt als een goede manier om verloskundige zorg te organiseren, zie bijvoorbeeld 'Birth Models That Work' geschreven door Davis-Floyd (2009) of, 'The Dutch Obstetrical System: Vanguard of the Future in Maternity Care',<sup>4</sup>

Of het reëel is om Nederland een voorbeeldfunctie toe te dichten, is twijfelachtig. Het Medisch Centrum Utrecht (UMC Utrecht) heeft onderzoek gedaan naar de relatie tussen perinatale sterfte en behandelaars in de provincie Utrecht. Zij vonden een sterfte van 10,2 per duizend geboortes: dit is nagenoeg gelijk aan de cijfers van het Euro-Peristat 2 (10,0 per duizend). Het UMC Utrecht heeft vastgesteld dat de perinatale sterfte het hoogst is tijdens de overdracht van de eerste naar de tweede lijn, en met name onder de nullipara (eerste kind).

Aangezien perinatale sterfte een indicator is voor de kwaliteit van de verloskundige zorg is het interessant om te bekijken hoe het Nederlandse model precies werkt, met name wat betreft de sociaal-interactionele aspecten van geboorte.

## 2.15 Medicalisering

Eijk (2007) stelt dat de gezondheidszorg in de eerste plaats een integraal onderdeel is van het maatschappelijke leven en de heersende cultuur. Dit betekent dat de ontwikkelingen in de gezondheidszorg niet los gezien kunnen worden van de veranderingen die de algemene cultuur ondergaat. Hierbij is vooral de vooruitgang in de beheersing van de natuur en de techniek een bepalende factor:

Alhoewel je kan stellen dat geboorte en dood de twee mijlpalen in de levenscyclus zijn, worden beiden steeds verder gemedicaliseerd in de biogeneeskunde. Aan de ene kant heeft dat geleid tot een afname van moedersterfte en babysterfte. Aan de andere kant leidt het ook tot onnodig snel overgaan tot medisch interventie. In Latijns-Amerika maar ook in landen als Griekenland is het gevolg een dramatische stijging van het aantal keizersneden, op cosmetische basis.

---

<sup>4</sup> Tijdens het surfen over internet kwam ik terecht op een site die zichzelf aanprijst met 'Home Birth Holland Style' <http://www.midwifeanddoula.com/>

De bevalling lijkt steeds minder beschouwd te worden als een natuurlijk fenomeen en schuift steeds meer de kant op van een medische aangelegenheid. Critici van deze ontwikkeling (zoals Simone Buitendijk) stellen dat het onnodig medicaliseren van een bevalling negatieve invloed heeft op moeder en kind.<sup>5</sup> Ook Gaskin (1996) heeft kritiek op de toenemende medicalisering. Het zou gevaarlijk zijn: door het toenemende gebruik van apparatuur gaan vaardigheden van onderzoek door middel van aanraking en observatie verloren. Gynaecologen en verloskundigen vertrouwen steeds meer op de technologie zoals bijvoorbeeld het hartfilmpje (cardiotocogram, CTG) en echo's. Zo wordt de sterkte van weeën bijvoorbeeld vastgesteld op basis van wat de machine aangeeft.

Hieronder volgt een voorbeeld uit een bevalling die ik heb bijgewoond. In dit voorbeeld werd een CTG gemaakt en werd de moeder verplicht de band om te laten, terwijl het amper iets registreerde. De moeder gaf bovendien bij herhaling aan dat zij er hinder van had. Desondanks werd door het personeel vastgehouden aan het gebruik van de CTG.

### Case 3:

Moeder: [vraagt of de CTG band er af kan]  
asVK Mieke: ik weet niet of dat mag  
Moeder: maar hij doet niks en ik heb er hinder van  
asVK Mieke: ik ga het vragen

15.01 AsVK Mieke komt weer binnen, ze gaat de CTG weer bevestigen. Moeder zegt dat ze de weeën bijna niet meer kan wegpuffen en kreunt van de pijn. AsVK adviseert haar om rustiger te ademen omdat ze anders misschien wel gaat hyperventileren.

15.04 wee. Moeder kreunt, en ademt: pf-pf-pf-pffff

15.05 asVK ontsmet haar handen. Moeder trilt over haar hele lichaam.

15.06 wee. asVK begint te 'coachen': 'heel goed' 'hartstikke goed' Moeder zegt boos dat ze last heeft van de CTG band.

Moeder: Registreert hij wat? Want ik heb er écht last van.  
asVK: Officieel moet hij omblijven  
Moeder: MAAR DOET HIJ HET ???  
asVK: 'Hij registreert wel iets... ik kan hem wel verplaatsen..... zo beter?'

Nadat de asVK de verloskamer verlaat, rukt moeder het CTG alsnog van haar buik, de verloskundige ziet dit op de monitor in de koffiekamer en komt kijken. Ze besluiten een schedelelektrode aan te brengen en de weeën te beoordelen op basis van observatie.

### **2.15.1 Een plutocratische gemeenschap?**

Westerse antropologen hebben zich lange tijd gericht op kleinschalige, rurale en onderontwikkelde samenlevingen. Onderzoek in grote, stedelijke en kapitalistische samenlevingen is een recente trend. Lupton (2003) zegt dat er is hierdoor een nadruk is komen te liggen op de bruikbaarheid van medisch antropologisch onderzoek. Om toegang tot de biomedische arena te behouden moeten veel medisch antropologen zich conformeren naar de hegemonische ideologieën die medische kennis ondersteunen. De keerzijde hiervan is dat het macro sociaaleconomische perspectief genegeerd wordt.

<sup>5</sup> "Hoge babysterfte niet door thuisbevalling", 2390, Medisch Contact, 11 november 2010, 65 nr. 45

In dit onderzoek is geprobeerd om enig inzicht te krijgen in de financiële organisatie van de Nederlandse verloskundige zorg. Gynaecologe {Gaia} (pseudoniem van één van mijn respondenten) is van mening dat dit een belangrijke factor is om bijvoorbeeld de perinatale sterfte (deels) te verklaren. Volgens haar heeft de vergoeding die de zelfstandig verloskundige krijgt, direct invloed op de bereidheid over te dragen naar de tweede lijn. Hier wordt verder op in gegaan in het hoofdstuk 'Machtsrelaties en Bevalling'.

De kosten van de zorg rond zwangerschap en bevalling in Nederland waren in 2005 volgens het Nationaal Kompas (Rijksoverheid, 2011) 1,4 miljard euro. Dit is 2,0% van de totale kosten die in Nederland aan de gezondheidszorg wordt besteed. Deze kosten zijn volgens de site 'Het Nationaal Kompas' vooral gemaakt in de sector ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg. Het gaat om 739 miljoen euro (52,7% van het gehele bedrag dat is uitgegeven aan zwangerschap, bevalling en kraamzorg). Daarnaast werd er 327 miljoen euro (23,3%) besteed aan kraamhulp en ouder- en kindzorg. In 2005 werd een bedrag van 355 miljoen euro aan aandoeningen in de perinatale periode besteed. Het bedrag voor zorgkosten rond de geboorte, vormt 0,5% van de totale zorgkosten die dat jaar in Nederland werden gemaakt (Nationaal Kompas Volksgezondheid versie 4.1 RIVM, 2010).

Het is niet gemakkelijk om informatie te krijgen van iemand over zijn of haar inkomen. Volgens de website [www.youchooz.nl](http://www.youchooz.nl) (landelijke voorlichtingssite over opleidingen en beroepen in zorg en welzijn), verdient de zelfstandig verloskundige (als ondernemer) op basis van 120 bevallingen per jaar (salarisindicaties gebaseerd op 2011) ongeveer € 98.000,- euro. Na aftrek van onkosten komt dit neer op een bruto loon van € 3.300,- per maand. Zelfstandig verloskundigen krijgen een vergoeding per cliënte. De vergoeding is afhankelijk van de geboden zorg: wanneer de zwangere wordt overgedragen naar de tweede lijn, daalt het inkomen van de zelfstandig verloskundige. De klinische verloskundige die in dienstverband voor een instelling zoals een ziekenhuis werkt, verdient volgens de site een bruto salaris tussen € 2.200,- en € 3.985,- per maand. De salarissen voor gynaecologen verschillen. Bij een vast dienstverband zijn de inkomsten anders dan wanneer een gynaecoloog als een zelfstandig gevestigde specialist werkt. Ter indicatie: een beginnend afgestudeerde in dienst van een algemeen ziekenhuis, verdient conform de Arbeidsvoorwaarden Medisch Specialisten (AMS) per jaar een bruto salaris van ongeveer € 70.000,- voor een 45-urige werkweek. Het salaris kan oplopen tot zo'n € 130.000,-. Zelfstandig gevestigden hebben inkomsten van grofweg tussen de € 150.000,- en € 250.000,- per jaar. Dit zijn bruto bedragen. Voor de arts in opleiding tot specialist (AIOS) is het inkomen afhankelijk van de werkervaring. Eén jaar ervaring betekent ongeveer € 2.835,- bruto per maand. Dit kan oplopen tot ruim € 3.670,- bij zeven ervaringsjaren.

## 3. Methoden & Technieken en literatuur discussie

### 3.1 Onderzoeksvraag

In hoofdstuk 1 is besproken dat in dit onderzoek de verloskunde wordt benaderd vanuit het sociaal constructivisme. (Verloskundige) kennis wordt benaderd als constructie van de werkelijkheid. Die werkelijkheid is op zichzelf een sociale constructie, gebaseerd op machtsrelaties. Waarheid en kennis zijn daarom niet neutraal, maar staan in dienst van iemand. Kennis en machtsrelaties zijn de kern van mijn explorerende leeronderzoek geworden. Uitgangspunt vormt de volgende onderzoeksvraag:

*Hoe speelt intuïtie een rol in het besluitvormingsproces in de tweedelijns verloskundige zorgverlening rondom het baringsproces?*

Het doel van dit leeronderzoek is het in beeld brengen van de gezaghebbende kennis en intuïtie als vorm van kennis binnen het Nederlands geboortemodel in de context van de ritualisering van de bevalling. De relatie tussen het object (intuïtie als vorm van kennis) en het veld (Nederlandse ziekenhuis) is de context van een netwerk van sociale relaties waarbinnen kennis wordt geconstrueerd. Dit is van fundamenteel belang om betekenis te geven aan het klinische besluitvorming proces.

Het besluitvormingsproces is volgens Van Zanten (1996: 22) 'het proces dat uitmondt in een besluit.' Zowel de voorbereiding van de beslissing als het nemen van het besluit zelf, rekt hij tot de besluitvorming. Het is zo dat twee groepen betrokkenen bij dezelfde situatie, hier over verschillende problemen kunnen vaststellen en dat zij daarop gebaseerd verschillende oplossingen bedenken en tot andere besluiten komen. Dit fenomeen komt duidelijk terug in het hoofdstuk 'Geboorterituelen'.

### 3.2 Concepten

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van verschillende concepten. Het meest centrale concept is 'authoritative knowlegde' (gezaghebbende kennis), geïntroduceerd door Brigitte Jordan (1980). Gezaghebbende kennis is de kennis die doorslaggevend is en op basis waarvan beslissingen worden genomen. Het tweede concept waarmee gewerkt is, is 'intuïtie'. Ik heb me in het bijzonder bezig gehouden met de rol van intuïtie als vorm van kennis en met haar positie binnen de besluitvorming. Een belangrijk deel van mijn theorie over intuïtie is afkomstig van onderzoeken van Rew (1998 en 2000). Zo heb ik gebruik gemaakt van het model dat zij ontwierp en welke de mate waarin het gebruik intuïtie wordt erkent meet.

De vraag is, of intuïtie een vorm van gezaghebbende kennis kan zijn. Besluitvorming is gebaseerd op de ordening van kennis ('belief systems'). Die 'belief systems' geven de kernwaarden van onze maatschappij weer en worden vertaald naar obstetrisch procedures: dit zijn geboorte rituelen. Dit is de context waaruit ik de constructie van een besluitvormingssysteem benader. In het bijzonder de omstreden vorm van kennis: intuïtie, die in het biomedische model geen plek kan hebben, omdat het niet inzichtelijk gemaakt kan worden. Echter, de menselijke geboorte is een chaotisch en risico vol proces. Mensen willen in zulke gevallen houvast, want een ritueel geeft ordening. Bell (1997) zegt hierover dat mensen het nodig hebben om stabiele en betekenisvolle dimensies te creëren in de toevalligheden, chaos en veranderende werkelijkheden die het menselijk bestaan kent. Eén van de vormen van rituelen is de 'rite of passage' (overgangsritueel). Een overgangsritueel is een ceremonie die veel gezien wordt bij ingrijpende gebeurtenissen zoals geboorte, huwelijk en overlijden. Het heet ook wel 'life-crisis-rite'. Bell (1997) geeft aan dat dergelijke rituelen een sociaal-culturele ordening verbeelden die overlapt met de natuurlijk-biologische ordening, zonder dat deze hetzelfde zijn.

Het ritueel kan worden gezien als poging om controle te krijgen over het natuurlijke of om de culturele ordening natuurlijk te maken door fysieke gebeurtenissen om te vormen in elementen van een erkende conceptuele ordening.

Rituelen kunnen seculier zijn en zijn ingebouwd in bureaucratische processen: dit gebeurt ook in de zorgsector. Bell (1997) stelt dat overgangsrituelen structuur en betekenis geven aan de bioculturele levenscyclus. Aan de tijd en kalender gekoppelde rituelen geven in sociaal opzicht belangrijke betekenis aan het passeren van de tijd. Beide soorten rituelen vormen tijd om tot een geordende serie van eindeloze nieuwe-beginnen en herhalingen te komen. Herhaald gedrag is een belangrijk kenmerk van ritueel gedrag, net zoals het ordenen van tijd (lineair) (Europees denken).

### 3.3 Authoritative Knowledge

Ik benader de biogeneeskunde in de algemene zin vanuit het sociaal constructivisme: een theorie die stelt dat alle verschijnselen in de werkelijkheid sociale constructies zijn. Waarheid wordt niet gezien als een objectief feit, maar juist als een subjectieve sociale constructie, gebaseerd op machtsrelaties. De waarheid staat daarmee altijd in dienst van iemand. Jordan (1980) introduceerde het begrip 'authoritative knowledge' (gezaghebbende kennis): de kennis op basis waarvan besluiten worden genomen. Volgens Jordan (1997 in Davis-Floyd, 1997) is er weinig onderzoek gedaan naar de aard van de besluitvorming rondom de bevalling. Om dergelijk onderzoek te kunnen doen, is het volgens haar essentieel om data te verzamelen door middel van participerende observatie, onder andere omdat mensen vaak moeite hebben te verwoorden wat ze doen.

Jordan (1997 in Davis-Floyd, 1997) schreef in 1980 het boek: 'Birth in Four Cultures' en stond daarmee aan de wieg van de antropologie van de menselijke geboorte. Toen zij afstudeerde was er vrijwel geen antropologische literatuur over dit onderwerp. Eén van de belangrijkste werken die destijds beschikbaar waren is 'Cultural patterning of perinatal behavior' dat in 1967 werd gepubliceerd door Margaret Mead en Niles Newton. Jordan (1997 in Davis-Floyd, 1997) schrijft dat Carol McClain in 1975 de term 'ethno-obstetrics' introduceerde. Het was Robert Hahn die in 1987 opperde dat de biomedische verloskundige kennis net zo goed bestudeerd kan worden door antropologie, als ieder ander ethno-obstetric systeem (in Davis-Floyd, 1992).

Tijdens mijn eigen veldwerk merkte ik dat wat mensen vertelden over hun werk, lang niet altijd overeenkwam met hun handelen. Deze bevinding benadrukt het belang van observatie onderzoek, zeker wat betreft besluitvorming. Alhoewel de verloskundige ideologie in de Nederlandse verloskunde benadrukt dat zwangerschap en bevalling normale fysiologische processen zijn, worden deze processen geacht een lineair verloop te hebben, vastgelegd in tijdslijnen. Wanneer de bevalling niet lineair verloopt, wordt er ingegrepen. Op die manier wordt het chaotische en ongrijpbare proces van de bevalling onder controle gehouden. De bevalling wordt binnen het Nederlandse model, in tegenstelling tot de ideologie, geen natuurlijk verloop gelaten. Jordan (1980) vermoedt dat wanneer de (aanstaande) moeder de hoofdpersoon is binnen de besluitvorming, er minder medicatie gebruikt zal worden en dat er minder negatieve effecten op de baby zullen zijn. Volgens haar is de cruciale vraag bij het tot stand komen (en dus ook bij het analyseren) van het besluitvorming proces, wie die bevalling 'bezit' (Jordan, 1980: 62). Antwoorden op vragen als: 'wie het recht heeft vast te stellen wat er wanneer gebeurt? En wie stelt vast of iets behandeld kan worden als normaal of abnormaal?' geven duidelijk aan wie de verantwoordelijkheid draagt voor, en wiens prestatie de bevalling binnen een specifieke culturele setting is.

In Yucatan bijvoorbeeld, worden beslissingen rondom de bevalling niet door één specifieke persoon genomen, maar gezamenlijk via onderhandelingen, door alle aanwezigen. Deze groep bestaat uit de moeder zelf, haar familie, echtgenoot en eventueel anderen en de verloskundige. De kennis en ervaring van de verloskundige worden gezien als een aanvulling op de kennis van de moeder zelf en op de kennis die haar familie heeft over haar. Zij zijn degenen die haar het beste kennen en weten daarom hoe zij haar gedrag en reacties het beste kunnen beoordelen.

Ook besluiten om in te grijpen zoals het toedienen van kunstmatige oxytocine ('Synto') worden door alle aanwezigen besproken; wat vinden zij van de voortgang? Wat is hun eigen ervaring? Is de moeder uitgeput? De verloskundige is binnen deze setting dus niet de persoon die een individuele beslissing kan nemen.

Over Nederland schrijft Jordan (1997 in Davis-Floyd, 1997) dat de meeste ziekenhuisbevallingen door verloskundigen worden begeleid. Op die manier wordt er volgens haar een onderscheid gemaakt tussen de strikt medische (pathologische, 'moderne') en de 'etno' benadering van de besluitvorming rondom een normale bevalling. Veel beslissingen, zo schrijft ze, worden genomen door de instantie; onder andere de locatie, wie er aanwezig mogen zijn en of er pijnbestrijding gebruikt gaat worden. Zo beslist de verloskundige op basis van richtlijnen of de vrouw thuis mag bevallen of dat zij naar het ziekenhuis moet. Ze mag dan één persoon meenemen (meestal haar partner) en zij krijgt in principe geen pijnbestrijding. Volgens Jordan (ibid.) gaan Nederlandse verloskundigen ervan uit dat de (aanstaande) moeder weet wat er in haar lichaam gebeurt. Zij illustreert dit met een voorbeeld; wanneer er door middel van toucheren is geconstateerd dat er tien centimeter ontsluiting is, dan wordt er niet gezegd: 'Het is tijd om te persen' maar 'Heeft u het gevoel dat u moet persen?'. Alleen wanneer er een complicatie optreedt, wordt er een arts bij gehaald die medische beslissingen neemt en daar de juridische verantwoordelijkheid voor draagt. Zolang de bevalling normaal verloopt, wordt de (aanstaande) moeder volgens Jordan (ibid.) behandeld als iemand die de competentie heeft haar eigen bevalling te managen.

Rayna Rapp (1997 in Davis-Floyd, 1997) stelt dat de menselijke geboorte een 'ecologie' heeft, waarmee zij bedoelt dat de plek van geboorte bepalend is voor het besliskundig verloop: wiens territorium is het? Daarom kan de geboorte bestudeerd worden als gedragswetenschap, als sociaal gestructureerd, historisch en ook als normatief. Dit heeft het scala aan gebruikte instrumenten, personeel en sociale relaties die interessant zijn vanuit de antropologie enorm verbreed. Jordan (1980) heeft in haar boek 'Birth in Four Cultures' bijzonder veel aandacht geschonken aan interactie en de vraag wier kennis belangrijk genoeg is om er een besluit op te vormen.

De interactie tussen de aanwezigen bij de geboorte en de kennis op basis waarvan besluiten worden genomen, zijn een rode draad in het hiervoor genoemde boek. Om grip op dit interactie proces te krijgen, introduceert Jordan het concept 'authoritative knowledge', dat zij omschrijft als: 'a way of organizing power relations in a room that makes them seem literally unthinkable in any other way' (Jordan, 1980 in Davis-Floyd, 1997: 55). De beste manier om te onderzoeken hoe de macht over de bevalling zich verhoudt binnen de sociale relatie, is volgens haar daarom het observeren van de interactie. Wanneer je de feitelijke interactie meet langs de mate waarin een andere constructie ondenkbaar is, krijg je zicht op de constructie van authoritative knowledge; gezaghebbende kennis.

Jordans (1997 in Davis-Floyd, 1997) uitgangspunt is dat er verschillende kennissystemen naast elkaar bestaan, waar sommige meer gewicht hebben dan anderen. Effectiviteit kan een reden voor meer gewicht zijn, maar de associatie met een sterkere machtspositie (structurele superioriteit) kan ook de reden zijn. Meestal is het een combinatie van beide.

De legitimering van een bepaald kennissysteem is inherent aan de devaluatie van andere vormen van kennis. De constructie van gezaghebbende kennis is een continue proces dat zowel machtsrelaties bouwt als erop reflecteert. Dit gaat volgens Jordan (1997, in Davis-Floyd, 1997) op een zodanige manier dat alle participanten de sociale ordening ervaren als een vanzelfsprekendheid (natuurlijk). Ze verwijst naar Paul Starr die in 1982 het idee 'cultural authority' in de wereld bracht (Jordan, 1997 in Davis-Floyd, 1997: 57). Hij omschreef dit concept als: 'the probability that particular definitions of reality and judgments of meaning and value will prevail as valid and true' (ibid.). Dit gehele proces dat maakt, dat een specifiek kennissysteem en de machtsrelaties die het onderbouwen, gezien wordt als natuurlijk, legitiem en in het belang van alle aanwezigen wordt door Bourdieu en Passeron (1977 in Davis Floyd 1997) 'miskennis' genoemd. Het proces zorgt ervoor dat de huidige machtsrelaties vanzelfsprekend lijken en de consequentie daarvan is dat het onveranderbaar lijkt en daarmee verandering onmogelijk maakt. De acceptatie van een kennissysteem als gezaghebbend, versterkt en valideert zichzelf.

Dit is goed terug te zien in de data, gebaseerd op observaties van ziekenhuisbevallingen, in de hoofdstukken 'Geboorterituelen' en 'Geboortemodel'.

Jordan (1997 in Davis-Floyd, 1997) benadrukt dat het belangrijk is om je te realiseren dat het identificeren van een gezaghebbend kennissysteem niet gelijk staat aan de juistheid van die kennis. Het feit dat het gezaghebbend wordt genoemd, slaat op de status die de kennis heeft in een netwerk van sociale relaties, door middel waarvan de normen, waarden en ratio worden gedefinieerd.

'The power of authoritative knowledge is not that it is correct but that it counts.'  
(Jordan, 1997: 58)

Gezaghebbende kennis is dus die kennis waar over een groep participanten (bijvoorbeeld het verloskundige team, de (aanstaande) moeder en haar aanhang) de overeenstemming bereikt dat ze telt en dat er op basis hiervan beslissingen kunnen worden genomen. Het is die kennis, die serieus genomen wordt, bestempeld als officieel en geschikt om acties mee te rechtvaardigen. Voor de samenwerking binnen een groep is het essentieel om een gezamenlijk stelsel van richtlijnen en kennis te hebben dat systematisch de participanten informeert over de werkzaamheden en interacties. Gezaghebbende kennis gaat over de betrouwbaarheid ervan voor een specifieke groep. Jordan (1997 in Davis-Floyd, 1997) benadrukt met klem dat gezaghebbende kennis niet de kennis van de personen in gezaghebbende posities is, net zo min als dat het om de meest juiste kennis gaat.

### 3.4 'Niet-Pluis'

'Wanneer wij of de moeder het niet helemaal vertrouwen, gaan wij op onderzoek uit' (Pers. Com {Freya}). Het *gevoel* dat er iets 'niet-pluis' is, wordt door sommige respondenten benoemd als 'intuïtie.' Het is een vorm van kennis, die vanwege het ontbreken van een analytische beredenering een zeer ambivalente plaats heeft binnen het klinisch besluitvorming proces. Juist het in kaart brengen van de plek die intuïtie heeft in de besluitvorming rondom ziekenhuis bevallingen in Nederland, is het uitgangspunt van dit onderzoek. Zowel verpleegkundigen, verloskundigen als gynaecologen moeten soms belangrijke beslissingen nemen, in complexe en onzekere situaties. Het woord 'intuïtie' wordt met enige scepsis ontvangen omdat het onwetenschappelijk lijkt te zijn. Een belangrijk aspect van klinische besluitvorming is dat gemaakte keuzes verdedigd kunnen worden; de diagnostische redenering. Er kunnen ethische dilemma's ontstaan wanneer de intuïtie van de zorgverlener iets anders zegt dan afleidbaar is uit empirische data. Er zijn echter vele psychologische en ook antropologische onderzoeken gedaan naar het fenomeen, die aantonen dat intuïtie wel degelijk een belangrijke en waardevolle vorm van kennis is. Intuïtie lijkt in de verschillende onderzoeken vooral te worden omschreven als kennis zonder voorafgaande *redenering*, niet zonder *reden*.

*'Stated another way, intuitive judgment is the decision to act on an sudden awareness of knowledge that is related to previous experience, perceived as a whole, and difficult to articulate (Rew, 2000: 95).'*

Rew publiceerde in mei 1988 het artikel 'Nurses Intuition' in het tijdschrift 'Applied Nursing Research'. Hierin stelt zij dat verplegend personeel met regelmaat refereert aan intuïtieve gevoelens die resulteren in correcte klinische acties. Ze onderzoekt het intuïtieve denken als een bruikbare component van de klinische besluitvorming. In juni 2000 publiceerde ze in het tijdschrift 'Journal of Holistic Nursing' het artikel 'Acknowledging Intuition in Clinical Decision Making.' Haar artikel had tot doel het kwantificeren van het begrip intuïtie. Onderzoeken van bijvoorbeeld Corcoran (1986) en Hamm (1988 in Rew, 2000) wijzen uit dat de taak die volbracht moet worden, verband houdt met het type besluitvorming waar de zorgverlener voor kiest.



Davis-Floyd (1996) onderzocht de plek van intuïtie binnen Amerikaanse verloskunde. In haar artikel 'Intuition as Authoritative Knowledge in Midwifery and Homebirth', beschrijft ze verschillende definities van intuïtie van verscheidene auteurs. Ook haalt Davis-Floyd (1996), Laughlin (1992) aan, die stelt dat intuïtie neurongnostisch is; het zou tot de hersenfunctie behoren van herkennen en waarnemen. Er zijn ook kritieken op het gebruik van intuïtie in de zorgverlening. Volgens Davis (1989 in Davis-Floyd, 1997) (auteur van 'Women's Intuition' 1989) heeft dat te maken met de waarde die de Westerse maatschappij hecht aan lineaire modi van inductieve en deductieve redenering. Dit is vastgelegd in protocollen en wordt door het juridisch wet systeem bewaakt. Rede en intuïtie komen dan tegenover elkaar te staan.

Bastick's (1982 in Davis-Floyd, 1997: 318) legt een verband tussen ervaring en inzicht en stelt dat intuïtie een proces is dat het gehele lichaam betreft in het integreren van feiten en betekenis geven bij het begrijpen van een situatie. Intuïtie is volgens hem verwant aan creativiteit en de vaardigheid om oplossingen te zien door het leggen van ongewone associaties tussen ideeën of dingen.

De theorie sluit aan bij Jacavone en Dostal (1992, in Rew 2000) zij stellen dat creativiteit in de zorgverlening belangrijk is, omdat iedere situatie uniek is. In de Nederlandse cultuur wordt de bevalling dan namelijk wel als een lineair proces benaderd, alhoewel het credo luidt dat iedere bevalling anders is. Echter, omdat het op voorhand niet te zeggen is hoe een bevalling zal verlopen, is het belangrijk dat de zorgverleners flexibel zijn in hun besluitvorming. Er zijn min of meer vaste patronen in kaart gebracht die de zwangerschap en baring in theorie moet doorlopen, maar nieuwe data tijdens de zwangerschap of baring kan een aanpassing van een eerder genomen beslissing betekenen. Er is dus veel voor te zeggen, dat creativiteit een belangrijk aspect is van het werk van de zorgverleners. Een lineair model is daarom geen adequate manier om het complexe proces van klinische besluitvorming te meten. Jacavone en Dostal (1992 in Rew, 2000) omschrijven het gebruik van intuïtie zelfs als het kenmerk van een expert.

Lindy King en Jane V. Appleton publiceerden in juni 1997 samen het artikel: 'Intuition: a critical review of the research and rhetoric'. Hierin verkennen ze het concept 'intuïtie' binnen de verpleegkunde. Ze beschouwen het als een belangrijk component van de klinische besluitvorming. King en Appleton (1997) stellen dat vanwege het belang dat wordt gehecht aan meetbare en op onderzoek gebaseerde bewijsvoering in de huidige gezondheidszorg, intuïtie vaak denigrerend wordt benaderd. Ze zijn van mening dat de vele onderzoeken suggereren dat intuïtie ontstaat in een reactie op kennis en een trigger is voor actie of reflectie. Het maakt deel uit van de analytische processen en is daarom volgens hen een integraal onderdeel van patiëntenzorg. Volgens King en Appleton (1997) is intuïtie een vorm van kennis die losstaat van het lineaire beredenering proces.

Ook Dawn Lamond en Carl Thompson (2000) stellen in hun artikel 'Intuition and Analysis in Decision Making and Choice' dat alhoewel zorg-professionals streven naar 'evidence-based' besluitvorming, dit in de praktijk vaak neerkomt op individuele subjectieve intuïtieve oordelen.

Intuïtie is volgens voedsel wetenschapper Heribert Watzke (TED, 2011)<sup>6</sup> een zelfstandig functionerend brein. Hij stelt dat mensen ongeveer honderd miljoen neuronen hebben in het spijsverteringskanaal. Deze neuronen zijn samen goed voor een hersencapaciteit vergelijkbaar met die van een kat. Deze neuronen zijn verbonden met het deel van onze hersenen dat verantwoordelijk is voor gevoel en gedrag (het primitieve brein) en snapt geen taal of woorden. Vandaar dat een gevoel ook nooit goed in woorden is uit te drukken. Het deel van onze hersenen waarmee we zaken onder woorden kunnen brengen (de buitenste laag, neocortex) is het deel waarmee we rationaliseren en logisch beredeneren. Het is daarom niet onlogisch dat intuïtieve gevoelens en het belang van het gebruik van de ratio botsen. Gynaecoloog Michel Odent (2009) noemt de neocortex als een belangrijke speler tijdens baring. Dit bespreek ik in het hoofdstuk 'Geboortemodel.'

Stolper et al. (2010), die ook wel spreekt van *flitsdiagnostiek*, stelt in zijn artikel dat het pluis/niet-pluis-gevoel een vertrouwd begrip is onder Nederlandse huisartsen. 'Een 'niet-pluis'-

---

<sup>6</sup> TED [[http://www.ted.com/talks/lang/eng/heribert\\_watzke\\_the\\_brain\\_in\\_your\\_gut.html](http://www.ted.com/talks/lang/eng/heribert_watzke_the_brain_in_your_gut.html)]

gevoel hield in dat een huisarts het gevoel had dat er iets niet klopte met de patiënt, ook al ontbraken objectieve aanwijzingen' (2010: 9). Stolper stelt dat er bewijs ontbreekt voor de diagnostische waarde (van het 'niet-pluis'-gevoel) (Ibid). De uitkomst van hun onderzoek is dat het 'pluis/niet-pluis'-gevoel als diagnostisch instrument een substantiële rol speelt. Zij hebben verschillende determinanten kunnen onderscheiden: contextkennis, storende factoren (emoties richting de cliënt), opleiding, ervaring, persoonlijkheid, bezwaren (valkuil die vermeden moet worden), geruststellende functie (pluis), alarmsignaal (niet-pluis) en kompasfunctie.

### 3.5 Keuze van onderzoeksplek

Mijn onderzoek heb ik uitgevoerd in het Slotervaartziekenhuis: een groot ziekenhuis in Amsterdam. Het ziekenhuis beschikt over 410 erkende bedden. In 2009 bezochten ruim 77.000 patiënten met een nieuwe gezondheidsklacht een van de poliklinieken. In dagbehandeling werden 12.215 patiënten behandeld en 12.924 patiënten werden opgenomen. De gemiddelde verpleegduur bedroeg 6,0 verpleegdagen. Het Slotervaartziekenhuis is het eerste particuliere ziekenhuis in Nederland. Inmiddels is het Slotervaartziekenhuis een besloten vennootschap.

In het ziekenhuis werken zeven gynaecologen, tien verloskundigen en circa veertig verpleegkundigen O&G. Er zijn vier verloskamers, een reservekamer en twee onderzoekskamers. Het ziekenhuis beschikt over het World Health Organization (WHO) borstvoeding certificaat. Bovendien werken er specialisten op het gebied van uitwendige versie van stuitligging. De keuze van vrouwen voor een poliklinische bevalling hier is relatief: het is afhankelijk van de beschikbare plekken op verloskamers, couveuse- en kraamafdeling.

### 3.6 Doelgroepen

Hoewel het in eerste instantie de bedoeling was met name gynaecologen te onderzoeken, is uit praktisch oogpunt (toestemming) de focus verschoven naar de klinisch verloskundigen. Deze beroepsgroep doet in het ziekenhuis immers het grootste gedeelte van de bevallingen. Voorts ontdekte ik gedurende het onderzoek, dat ook een verpleegkundige op de verloskunde afdeling een aanvullende opleiding voor deze specialisatie heeft. Daarom zijn ook zij opgenomen in de doelgroep. Het is helaas niet mogelijk gebleken de bevallen vrouwen zelf te interviewen.

### 3.7 Methodologie

*'The knowledge of those we study relies upon full-body contact with our surroundings'*  
Csordas (1990: 5)

Zoals reeds aangegeven in het hoofdstuk 'Geneeskunde als Cultuur', wordt dit onderzoek benaderd vanuit het sociaal constructivisme; de aanname dat er geen absolute waarheid bestaat, maar dat de sociale werkelijkheid een constructie is. Om te verklaren wat mensen doen, moet je begrijpen waarom ze het doen. Binnen de antropologie wordt het onderzoek veelal uitgevoerd vanuit het kwalitatieve perspectief. De kwalitatieve of interpretatieve humanistische benadering gaat uit van de intersubjectiviteit van wetenschappelijk onderzoek. Het onderzoek is gericht op het bestuderen van het gedrag van mensen gezien vanuit hun eigen referentiekader en in relatie tot hun omgeving. Kwalitatief onderzoek is gebaseerd op twee belangrijke theoretische perspectieven, die beide onderdeel zijn van de fenomenologie: het symbolisch interactionisme en de etnomethodologie.

Het symbolisch interactionisme gaat ervan uit dat de sociale werkelijkheid wordt gevormd door het toekennen van betekenissen aan dingen. Betekenissen zijn niets anders dan afspraken over alles in de werkelijkheid. Betekenis toekenning ontstaat door socialisatie en eigen ervaring. Betekenissen komen het beste tot uitdrukking in situaties van interactie en beslissingen worden omgezet in (non)verbale symbolen. De consequentie is dat onderzoek altijd moet plaatsvinden in situaties van interactie, om de context te begrijpen. Een belangrijke techniek van onderzoek is daarom de participerende observatie.

De etnomethodologie houdt zich bezig met de manier waarop mensen aan buitenstaanders uitleggen wat ze aan het doen zijn. De rationaliteit van handelingen wordt bepaald door onuitgesproken codes. Dit zijn de zogenaamde: 'etcetera clausules.' Dat veel gedrag als vanzelfsprekendheid wordt ervaren en gebaseerd is op deze codes kan aangetoond worden door het te doorbreken. Veel handelingen en uitspraken zijn alleen te begrijpen binnen de context waarin ze plaatsvinden. Onderzoek moet daarom gericht zijn op het doorgronden van de 'etcetera clausules'. Om de context te begrijpen is participerende observatie noodzakelijk (aantekeningen bij de colleges van Shadid, 2005).

Mijn voornemen was het schrijven van een etnografie van de afdeling verloskunde; waarin ik de westerse biogeneeskunde als een cultureel geconstrueerd fenomeen beschouw. Fenomenologie is een belangrijk wetenschapsfilosofische paradigma van waaruit ik mijn probleemstelling wil benaderen. Het is daarom vanzelfsprekend dat mijn voorkeur uitgaat naar dataverzameling door middel van participerende observatie en door het houden van diepte interviews. Dit heet ook wel de empirisch analytische benadering: het achterhalen van de betekenis van gedrag gebaseerd op het principe van 'verstehen.' Het 'kennen door de ogen van de ander' volgens de opvatting van het constructivisme of de interpretatieve benadering: vanuit het emic-standpunt, samen met de respondenten komen tot een begrip van de situatie. Het zwaartepunt van mijn interesse ligt bij de bevalling. Met name de interactie tussen het aanwezige medisch personeel en de barende vrouw, die beide op eigen wijze dezelfde gebeurtenis beleven en duiden vind ik interessant. Naar mijn mening is participerende observatie de beste manier om te onderzoeken hoe besluitvorming tot stand komt en op basis van welke kennis er beslissingen worden genomen.

### 3.8 Mijn rol als onderzoeker

In de eerste plaats wordt gestreefd naar intersubjectiviteit, want het uitgangspunt van kwalitatief onderzoek is dat objectiviteit niet bestaat. Door je fysieke aanwezigheid bij het onderzoek en je eigen referentie kader en culturele bagage beïnvloed je altijd je eigen onderzoek. Het is vanuit deze overtuiging dat ik voorafgaand aan het onderzoek twijfelde over de manier waarop ik mijzelf als onderzoeker moest plaatsen ten op zichten van mijn respondenten, het medisch personeel. Het was mijn idee voorafgaand aan het uitvoeren van het veldwerk dat ik mij mogelijk kon opstellen als onderdeel van het zorgverlenend team. Een andere optie was om mij bewust te distantiëren van het personeel en me als onafhankelijke wetenschapper op te stellen.

In overleg met het hoofd van de afdeling hebben we er samen voor gekozen mij voor te stellen als een stagiaire. Aangezien het Slotervaart een opleidingsziekenhuis is, was dit een voor de hand liggende keuze. Ik viel voor zowel het personeel als voor de cliënten in één groep met de studentes verloskunde en geneeskunde. Over mijn eigen kleding droeg ik, net als de studenten geneeskunde op verzoek van het ziekenhuis een witte doktersjas. De studentes verloskunde waren te herkennen aan het verplichte polo shirt, waarop stond wat hun functie en opleiding is.

### 3.9 Alles is Data

Alle informatie vanaf het toegang krijgen tot het veld tot en met het meelopen op de afdeling heb ik als data benaderd. Dit betekent dat ik de terughoudendheid van het ziekenhuis om mij toestemming te geven voor een leeronderzoek, hun ideeën over toegang tot ruimtes en ideeën over privacy, over wie waar bij mag zijn en dergelijke, allemaal als data beschouw: samen creëert het de context.

Mijn allereerste stap richting het veld, was via mijn netwerk. Het bracht mij in februari 2010 in contact met een van de bestuursleden {Wodan}, die er vervolgens voor zorgde dat ik werd gebeld door het hoofd gynaecologie. Na twee maanden had ik met haar mijn eerste afspraak.

Het hoofd van de afdeling {Eva} was direct enthousiast over het onderwerp, maar ze wilde het met haar collega's bespreken. Ook zou ik door de medische commissie heen moeten. Na een aantal keer bellen was het nog altijd niet besproken op de afdeling:

*(...) Het is weer niet besproken, maar heeft wel gepolst. Collega's zijn wisselend positief. Willen ig geen patiënten blootstellen aan dit type onderzoek. Of ik kan werken vanuit de koffie kamer? (ja!, alles om toegang te krijgen). Heeft eigenlijk geen tijd om op korte termijn te bespreken. Geeft aan dat de verloskundigen de meeste besluiten nemen. Ik opper om met hen in gesprek te gaan. Ze adviseert me om contact op te nemen met {Freya}, hoofd verloskundigen. Zij zal haar een email sturen (Quote uit mijn onderzoeksdagboek, 2010).*

Een heleboel telefoontjes en ruim een maand later had ik {Freya} aan de telefoon. Zij is hoofd van de verloskundigen. We maakten een afspraak om in een persoonlijk gesprek voor beide partijen helder te krijgen wat wenselijk en wat mogelijk is. Mijn begeleider heeft mij met de voorbereidingen voor het gesprek geholpen.

*Afspraak om 10.30 uur met {Freya}. Ongeveer 1,5 uur gesproken. Zij wil meer concrete gegevens m.b.t. tot methode en technieken. Wil een duidelijke planning en onderzoeksstructuur. Geeft aan niet te begrijpen hoe ik wil gaan meten. Ik leg uit dat een dergelijke concrete planning onmogelijk is, niet in de laatste plaats omdat ik de afdeling nog niet ken. Wij spreken af dat ik twee dagen ga meelopen, en dat wij daarna weer een gesprek hebben, om zodoende te besluiten of het onderzoek wel of niet doorgaat. Ik mag meelopen met het versie spreekuur (draaien van stuitliggingen) omdat dat grotendeels op gevoel gaat. Zij geeft aan dat ik een witte jas aan zal krijgen, en als stagiaire geduid zal worden (Quote uit mijn onderzoeksdagboek, 2010).*

Na het meelopen heb ik opnieuw een gesprek met {Freya}. De dag daarvoor heb ik eerst overleg met mijn begeleider. Ik heb alles met hem uitgeschreven en we hebben een compleet plan en een compleet verhaal. In mijn hoofd heb ik al meer dan duizend keer verdedigd hoe ik het onderzoek wil uitvoeren en waarom. Het doen van een participerende observatie in het kader van een onderzoek in de hoek van sociale wetenschap blijkt moeilijk te verkopen. Ik heb het gevoel dat ik een paperclip moet verkopen aan een ICT bedrijf; 'het is écht heel nuttig hoor mevrouw,' maar zij ziet niet precies in waarom... Ik had gehoopt na dit gesprek een antwoord te krijgen. Maar niets is minder waar. Er moet opnieuw overlegd worden. En er komt een nieuwe afspraak. Inmiddels begin ik mijn enthousiasme te verliezen. Het lijkt bijna onmogelijk om geaccepteerd te worden in dit 'dorp'. Ik kom maar niet door deze stadsmuren heen. Met mijn begeleider spreek ik af, dat ik nu echt genoeg moeite heb gedaan. Als ze maandag geen uitsluitsel geeft, hak ik de knoop wel door. Maar mijn geduld wordt beloond. Op maandag 21 juni krijg ik eindelijk te horen dat ik mijn onderzoek uit mag voeren!

### 3.10 Omslag

Een belangrijk moment in het onderzoek is de toestemming om het onderzoek uit te voeren. Nu mag ik 'de verloskamers op'. In eerste instantie spreken wij af dat ik niet per sé bij de bevellingen hoef te zijn. Ik zal mijn onderzoek vooral vanuit de 'koffiekamer' uitvoeren. In het kader van 'alles is data' lijkt dit een prima ingang. Ik ga ervan uit dat het een kwestie van tijd zal zijn tot het personeel genoeg vertrouwen in mij krijgt om mij meer vrijheid te geven en mij daadwerkelijk mee te laten lopen.

Op de eerste dag dat ik daadwerkelijk de afdeling 'op mag,' blij ik nog van alles te moeten regelen, zoals een doktersjas en het pasje dat je nodig hebt om die jas te krijgen. Nadat dit allemaal geregeld is ga ik zitten in de koffiekamer en wacht ik af. Tot mijn verbazing vraagt de dienstdoende verloskundige direct of ik wil meelopen omdat er iemand op het punt staat te bevallen. Nu kan ik in de verloskamer observeren hoe personeel en cliënt met elkaar omgaan, wie wat doet en draagt en welke artefacten er worden gebruikt. Vanwege de exploratieve aard van dit onderzoek heb met name in kaart gebracht hoe het proces van de barenbegeleiding verloopt en heb ik daaruit thema's gedestilleerd.

Een gedeelte van de data die voor dit onderzoek is gebruikt, is afkomstig uit de literatuur. Dit deel van de data is aangevuld met aantekeningen die zijn gemaakt tijdens de observaties. Het uitvoeren van het onderzoek liep in die zin niet lineair, dat ik gebruik heb gemaakt van de

'cirkelgang van reflectie' methode (waarneming-ordening-waarneming-reflectie), een term die ik heb overgenomen van Ria Reis (2002).

De observaties zijn gericht op het contact tussen medisch personeel onderling, met de patiënte en haar aanhang en met non-human agents (gebruikte artefacten zoals de CTG-scan).

### 3.11 Data analyse

Tijdens de observaties van de bevallingen waar ik bij heb mogen zijn, heb ik notities gemaakt en deze aantekeningen zijn uitgewerkt tot cases. Iedere bevalling had verschillende thema's. Ik heb mijn cases vergeleken met de literatuur. Daarnaast heb ik gebruik gemaakt van persoonlijke gesprekken en telefonische interviews, waarvan ik aantekeningen heb gemaakt die ik later heb uitgewerkt. Ten slotte heb ik vragenlijsten opgesteld. De antwoorden op deze vragenlijsten heb ik geanalyseerd met het software programma voor statistische analyse: SPSS 17.0. Waar mogelijk heb ik gebruik gemaakt van meer dimensionale technieken (middels CATPCA).

### 3.12 Fasen

Antropologisch onderzoek kent een plooibare opzet. De flexibele instelling van de discipline laat zich moeilijk dwingen in voorop gezette volgordes. Toch was een opzet gezien de setting van het onderzoek noodzakelijk. Analoog aan 'routebeschrijving' van Dr. Reis, heb ik gekozen voor een opdeling van het onderzoek in drie fasen:

#### *Fase 1 Oriëntatie (waarneming) – drie weken*

In de eerste drie weken heb ik meegelopen op de afdeling. Ik heb hier observatie verslagen van gemaakt. Het ging er in deze fase om, een idee te krijgen van het reilen en zeilen op de afdeling, de gebruikte protocollen, sociale systemen en dergelijke.

#### *Fase 2 Lijsten van Onderwerpen(ordening) – twee weken*

Aan de hand van de verzamelde data heb ik lijsten gemaakt van onderwerpen waar ik meer specifieke informatie over wilde inwinnen. De lijsten wilde ik bespreken met de personen die ik naar aanleiding van de verzamelde data zou selecteren. Een belangrijk detail hier is dat er geen minimum steekproef omvang bestaat voor dit onderzoek. In de praktijk was het lastig om persoonlijke gesprekken te voeren, gezien de aard van het werken op een verloskundige afdeling: je weet nooit hoe je dag loopt.

#### *Fase 3 Focusgroep (reflectie) – twee weken*

In de derde en laatste fase heb ik ook meegelopen op de afdeling. Ook nu maakte ik observatie verslagen. Ik had graag de verzamelde data gebruikt om gestructureerde interviews op te stellen. Helaas was dit in de praktijk niet mogelijk. Ter afsluiting wilde ik een focus groep discussie houden: waarin ik voor zou leggen wat ik heb geobserveerd om vervolgens hierop in groepsverband te reflecteren. Helaas was ook dit niet mogelijk. Ik heb mijn analyse daarom gebaseerd op mijn veldwerknootities en op de vragenlijsten.

Mijn voorkeur ging er naar uit om gedurende de zeven weken van onderzoek drie dagen per week mee te lopen. Twee dagen hiervan wilde ik meelopen met de dienstdoende verloskundige, op de verloskamers. Indien mogelijk wilde ik de derde dag met een gynaecoloog mee lopen. Om (ook) een goed beeld te krijgen vanuit het perspectief van de gynaecoloog, is het mijns inziens essentieel dat ik ook observaties van hun werkdag maak. In de praktijk heb ik voornamelijk met de klinisch verloskundigen meegelopen. Daarnaast ben ik bij één poliklinische bevalling geweest. Verder is er bij twee bevallingen die ik observeerde een gynaecoloog betrokken.

Onderzoeksgebieden:

Perspectief van de verloskundige, gynaecologe en verpleegkundige.

Ik heb vervolgens per onderzoeksgebied één centrale vraag gesteld. Bij sommige vragen had ik enkele subvragen of stellingen geformuleerd:

- Welke rol speelt intuïtie in de besluitvorming?
  - o In welke situaties worden beslissingen genomen?
  - o Wie neemt beslissingen?
  - o Wie geeft opdracht aan wie?
- Wat verstaat u onder 'intuïtie'? (velden en componenten van interpretatie)
  - o Zijn er momenten dat u ineens weet dat u iets moet doen, zonder precies te weten waarom?
  - o Hoe ligt de verhouding, kennis-intuïtie bij het nemen van een beslissing?
  - o Zijn er situaties waarin u weet dat u een bepaalde handeling moet doen voor de patiënte, terwijl u niet aan anderen kunt uitleggen waarom?
  - o Weet u soms ineens dat u een bepaalde handeling moet verrichten, alsof het u overkomt?
  - o Weet u soms iets zeker over een patiënte, zonder dat u het met concrete data kunt ondersteunen?
- In welke context wordt intuïtie ervaren?
- Is het gebruik van intuïtie een vaardigheid die ontwikkeld kan worden?
- In hoeverre speelt emotie een rol in het nemen van een beslissing
- In hoeverre speelt intuïtie een rol in het nemen van een beslissing
- Welke verwachtingen heeft het medisch personeel van de patiënte en hoe ervaren zij het contact?
- Welke plaats heeft de intuïtie van de patiënte in de besluitvorming?

### 3.13 Analyse en Rapportage

De analyse is van kwalitatieve aard: dit betekent dat de analyse niet ná de dataverzameling plaatsvindt, maar dat er een voortdurende wisselwerking optreedt tussen het verkrijgen van ruw materiaal, de geformuleerde vragen in de probleemstelling en de theoretische uitgangspunten.

De analyse is grotendeels gebaseerd op de interpretatie van de onderzoeker; er wordt nadrukkelijk niet gewerkt met gestandaardiseerde enquêtes; dit is een bewuste keuze. Reflexiviteit staat centraal in de analyse en is essentieel om interpretaties te valideren. Het samen met de respondenten reflecteren op de verzamelde data kan dan leiden tot nieuwe perspectieven, data en inzichten. Op grond hiervan kan het reeds geordende materiaal dan worden bijgesteld.

### 3.14 Data

Voor het onderzoek is met de coördinerend klinisch verloskundige een schema opgesteld voor de observaties. Meelopen met gynaecologie bleek helaas geen optie te zijn. In het kader van het onderzoek heb ik één nachtdienst, één avonddienst en twee weekenddiensten mee gemaakt. Verder heb ik vijf weken lang twee à drie dagdiensten meegelopen.

### 3.15 Participerende observatie

Het bleek moeilijk uit te leggen waarom antropologen de methode van participerende observatie als belangrijke bron van dataverzameling beschouwen. Daarom werd mijn aanwezigheid op de afdeling uitgelegd als 'een stagiaire die een observatie-onderzoek doet, ze

gaat alleen kijken en je mag haar dus niks vragen'. Dit laatste was van belang omdat alle andere studenten die op dezelfde afdeling meeliepen, een medische opleiding volgen. Zij werden ook ingezet bij kleine karweitjes en ze assisteerden ook bij medische handelingen. Van participeren was in mijn geval slechts minimaal sprake. Ik vond dit op zich niet erg, omdat ik geen medische handelingen kan verrichten. Toen het onderzoek langer duurde, betekende het ook steeds meer dat ik echt alleen maar in de hoek mocht blijven. Ik mocht steeds minder vaak in de verloskamers naast de andere studentes staan om medische handelingen goed te kunnen zien. Ook werd het in de koffiekamer niet gewaardeerd als ik vragen stelde. In een tussentijds gesprek werd mij in dat kader gezegd dat ik 'als een vlieg op de muur moest zijn'.

Het verrichten van een observatie-onderzoek was pittig. De verloskundigen waren op de afdeling de spil van het team, waardoor ik van hen afhankelijk was. Dit betekende dat mijn dag in grote mate werd bepaald door wie er dienst had. Sommige verloskundigen stonden achter mijn onderzoek, anderen niet. Iedere verloskundige had ook haar eigen ideeën over hoe ik mij moest opstellen tegenover haar en tegenover de cliënten die kwamen bevallen. Als ik een paar dagen had meegelopen met iemand 'die er geen moeite mee had' en daarna te maken kreeg met iemand die mij liever zag gaan dan komen, dan kon dat nog wel eens spanning veroorzaken. Sommige verloskundigen vonden dat ik gewoon met hen mee kon lopen en op het moment dat er een nieuwe zwangere binnen was, stelden zij mij voor als een stagiaire. Andere verloskundigen wilden eerst toestemming aan de (aanstaande) moeder vragen, voordat ik mij mocht voorstellen.

Hoe ik ook uiteindelijk de verloskamer op kwam; geen enkele zwangere heeft bezwaar gemaakt tegen mijn aanwezigheid. Sommigen vonden het leuk en stelden vragen, anderen accepteerden mijn aanwezigheid en besteedde er verder geen aandacht aan.

### Mijn eerste observatie

Op mijn eerste ochtend ging ik naar de koffiekamer. Ik werd verzocht een doktersjas te gaan halen en kreeg hiervoor een pasje mee. Ik had geen idee wat de dag zou brengen en wachtte rustig af. De dienstdoende verloskundige riep me ineens omdat een vrouw ging bevallen. Ik mocht mee. Ik was enorm verbaasd; het had zoveel voeten in de aarde gehad om toestemming te krijgen voor dit onderzoek en ik had moeten incalculeren dat ik geen enkele bevalling zou bijwonen. Mijn observaties zouden vooral in de koffiekamer gaan plaatsvinden zo was de afspraak. Nu mocht ik toch mee de verloskamers op! Ik liep achter de dienstdoende verloskundige aan en stond een beetje onhandig achter het tafeltje. Na een paar uur kwam ik tot de conclusie dat ik pen en papier bij de hand moest houden. Toen ben ik gaan meeschrijven (voelde ook nuttiger naar omstanders, omdat ik nu tenminste ook iets 'deed').

Wanneer het mogelijk was gaf ik de aanwezigen in de kamer een hand en noemde ik mijn naam. Meestal vroeg ik zelf nogmaals of ik bij de bevalling mocht zijn. Daarna ging ik achter in de verloskamer aan het tafeltje zitten, dat daar stond voor de partner of andere betrokkenen. Ik noteerde vervolgens het tijdstip en wat ik aan gegevens had over de moeder, zoals haar leeftijd, zwangerschapsduur, aantal kinderen en eventuele medische indicatie. Ook schreef ik op welke verloskundige dienst had en welke studentes er waren.

Voor het personeel gebruikte ik afkortingen; de dienstdoende verloskundige noemde ik 'ddVK' de studente 'asVK' (assistent verloskundige). Per zwangere zijn er twee verpleegkundigen beschikbaar; VP1 en VP2. De dienstdoende gynaecoloog noemde ik 'ddGyn.' Ik tekende soms uit wie zich waar in de kamer bevond en schreef zoveel mogelijk met de tijden erbij mee, wie wat zei, wie wat deed en wie naar wie keek. Ook niet-menselijke actoren zoals het CTG, infuus en dergelijke heb ik hierbij betrokken.

Sommige verloskundigen en verpleegkundigen vroegen mij weleens of ze mijn aantekeningen mochten lezen. Ze konden meestal erg lachen, vooral om mijn tekening en om opmerkingen die ze zelf hadden gemaakt. Het was soms ook confronterend voor ze. Toen de verloskundestudente mijn veldwerk notities teruglas, schrok ze behoorlijk. 'Dat het zo is gegaan, wat erg als je het zo terugleest!' zei ze. Hierbij gaat het om voorbeelden als hieronder:

#### Voorbeeld case 4

[Moeder beweegt wild over het bed en probeert overeind te komen]  
VK (tegen moeder): 'Blijf liggen, anders kunnen we je zo moeilijk helpen'

### 3.16 Vragenlijsten

Intuïtie kun je niet observeren. Aangezien het vrijwel onmogelijk was om vragen te stellen tijdens bevallingen, maar ook lastig om vragen te stellen ná bevallingen, begon mijn focus te verschuiven van intuïtie naar handelingen. En door het nauwkeurig observeren van handelingen kreeg ik steeds meer aandacht voor autoriteit, kennis en zeggenschap.

In de praktijk bleek het onderzoeken van intuïtie erg lastig. Je kunt niet aan iemand zien wanneer er een intuïtie optreedt, of op basis waarvan iemand een beslissing neemt. Verloskunde is een emotioneel belastend beroep, je moet continue energie geven en klaarstaan. Je weet nooit hoe je dag gaat verlopen, want iedere bevalling is anders. Het was daarom lastig een moment te vinden waarop ik rustig kon gaan zitten met iemand van het personeel. De plaats waar ik met iemand kon spreken, is ook de plek waar iedereen samen komt: de koffiekamer. Hier wordt onder andere overlegd, overgedragen, geluncht en natuurlijk wordt er koffie gedronken. Het is dus een plek waar iedereen in en uit loopt en waar geen privacy is. Daar kwam bij dat niet iedereen even enthousiast was over het onderwerp en dat de interpretatie van het woord 'intuïtie' voer voor discussie bleek. Wat mensen eronder verstaan, is heel persoonlijk. Dat geldt ook voor de plek die het heeft in iemands werk. Het was daarom moeilijk om een diep gesprek te voeren over hoe iemand intuïtie ziet en eventueel ervaart. Uiteindelijk heb ik een aantal aantekeningen gemaakt tijdens mijn observaties waar intuïtie ter sprake kwam. Verder heb ik twee gynaecologen verbonden aan het ziekenhuis telefonisch geïnterviewd, evenals {Odin}; verloskundige verbonden aan de Academie voor Verloskunde in Maastricht en voorheen werkzaam bij de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).

Omdat het zo lastig was de plek van intuïtie goed te onderzoeken tijdens het meelopen op de afdeling waardoor de data nogal summier was, heb ik ervoor gekozen vragenlijsten te maken. Op die manier konden respondenten op een gewenst moment en volledig anoniem hun mening geven. In de vragenlijsten heb ik ook vragen gesteld over de zeggenschap van de ouders, geboortecultuur, medische interventies en over adviezen die de stuurgroep (2009) heeft gedaan aan minister Klink van volksgezondheid. Ook wilde ik graag weten welke functie ze bekleeden en hoelang ze dit al doen. De reden dat ik daar naar gevraagd heb is om te meten of er wellicht een verband bestaat tussen beroep, ervaring en de mate waarin intuïtie een rol speelt.

Al het zorgpersoneel (verpleging, verloskundigen, gynaecologen e.a. in totaal bijna zestig personen) heeft in zijn of haar postvakje een envelop met een vragenlijst gekregen. Elf mensen leverden de vragenlijst ingevuld in. Deze groep bestaat uit zes verpleegkundigen, drie verloskundigen en twee gynaecologen.

### 3.17 Reflectie op het onderzoek

Op geen enkel moment heb ik gedacht dat dit een gemakkelijk onderzoek zou worden. Maar het was zwaarder dan ik had verwacht. Niet het observeren van de bevallingen, maar de omgang met mijn respondenten: het personeel. Hoewel vrijwel iedereen mijn onderwerp leuk en interessant zei te vinden, was er weinig bereidheid om mee te werken. Mijn methode werd niet begrepen en er werd geen tijd voor vrijgemaakt. Ik ben vriendelijk behandeld en ik heb veel gezien. Desondanks voelde ik mij vaak onzeker over hoe ik mij moest opstellen. Dit had ook te maken met het feit dat mijn initiatief niet altijd als passend werd ervaren.

De manier waarop ik mijn onderzoek kon doen, was in grote mate afhankelijk van de dienstdoende klinisch verloskundige. Zo bleek dat men soms zelf ideeën had over welke bevallingen ik voor mijn onderzoek zou kunnen gebruiken en welke niet, terwijl deze ideeën niet



altijd overeenkwamen met mijn onderzoeksopzet. Ook was er soms discussie over het al dan niet mogen bijwonen van een bevalling, omdat er ook (junior) co-assistenten waren die in het kader van hun stage bevallingen moesten bijwonen. Men wilde niet een overvolle verloskamer.

Tijdens een gesprek met de coördinatrice van de afdeling bleek dat men graag wilde dat ik minder nadrukkelijk aanwezig was. Ik diende mij te beperken tot een observatie in plaats van een participerende observatie. Hieruit leidde ik af dat het personeel ofwel niet openstond voor mijn onderzoek, ofwel niet begreep dat zij zelf het onderwerp van onderzoek was.

Het is helaas onmogelijk om door middel van enkel observatie te weten te komen welke beslissingen gebaseerd waren op intuïtie. Gelukkig vertelden gynaecologen, verloskundigen en verpleegkundigen verhalen over het belang van intuïtie in hun werk. Dit gaf een indicatie dat intuïtie voor sommige zorgverleners een concreet onderdeel is van hun besluitvorming proces binnen de westerse bio-geneeskunde, ondanks het feit dat intuïtie een vorm van kennis zonder redenering is.

## 4. Machtsrelaties en de bevalling

Het is een van de taken van antropologen om de machtsrelaties en aannames binnen de te onderzoeken groep respondenten te identificeren en naar voren te brengen. Het concept 'machtsrelatie' heb ik al genoemd in het hoofdstuk 'Geneeskunde als Cultuur' in de paragraaf 'De cultuur van de biomedische geneeskunde'. In het hoofdstuk 'Methoden en Technieken en Literatuurdiscussie' heb ik de functie van de machtsrelatie als basis voor de constructie van een werkelijkheid besproken. In dit hoofdstuk wordt gekeken naar de machtsrelaties die betrekking hebben op het proces van de bevalling. Zoals in de bovengenoemde hoofdstukken al uiteengezet is, wordt de 'werkelijkheid' benaderd vanuit het sociaal-constructionisme. Dit heeft tot gevolg dat de 'werkelijkheid' wordt benaderd als een proces dat leidt tot een subjectieve creatie van wat 'werkelijkheid' is en dat wordt uitgedrukt in taal. Ieder individu zal eenzelfde situatie met andere woorden beschrijven en daarmee een eigen werkelijkheid creëren. De afwijkende interpretaties kunnen leiden tot een conflict. Machtsrelaties zijn dynamische processen die een organisatiecultuur vorm geven, het is dus een relationeel begrip. 'Macht' is relevant bij het bestuderen van alle vormen van intermenselijke relaties. In dit onderzoek is gekeken naar de relaties tussen de gynaecologen, verloskundigen en verpleegkundigen O&G in het ziekenhuis (de tweede lijn). Het is ook voorgekomen dat ik meeliep en sprak met zelfstandig verloskundigen (eerste lijn) die op de afdeling kwamen om iemand over te dragen of een poliklinische bevalling te begeleiden. De manier waarop het Nederlands geboortemodel functioneert heeft vorm gekregen binnen de biomedische geneeskundige cultuur. Mastenbroek (1993) zegt dat machtsrelaties een balans creëren tussen samenwerking en competitie. Hij spreekt over de wisselwerking tussen macht en afhankelijkheidsrelaties, sociale en emotionele relaties, instrumentele relaties en onderhandelingsrelaties, die samen de organisatiecultuur realiseren. Machtsrelaties zijn per definitie asymmetrisch en zijn gebaseerd op de culturele waarden en normen patronen, die de macht legitiem maken. De machthebber overheerst het machtsobject, wat overigens niet betekent dat de laatste geen invloed uit kan oefenen op de machthebber. Ze geven handen en voeten aan de heersende ideeën over zin en betekenisgeving en zijn daarom afhankelijk van de tijdsgeest.

Door middel van mijn participerende observatie op de afdeling verloskunde kreeg ik een indicatie van de communicatiestructuur en de organisatiestructuur van het Nederlands verloskundig systeem. Op die manier heb ik geprobeerd machtsrelaties identificeren. Mijn observaties heb ik aangevuld met persoonlijke gesprekken met verloskundigen en literatuur. In dit hoofdstuk breng ik deze relaties zo goed mogelijk in beeld.

'Het verloskundig zorgsysteem in Nederland bestaat uit eerste- (zelfstandig verloskundigen), tweede- (klinisch verloskundigen en gynaecologen) en derdelijnszorg (academische ziekenhuizen). Uniek (in de wereld) is de positie van de zelfstandig functionerende eerstelijns verloskundige (zie geneeskunde als cultuur) en de professionele kraamzorg. In vergelijking met andere Europese landen is het aantal thuisbevallingen in Nederland hoog' (Stuurgroep, 2009: 19). Het Nederlandse model wordt zowel in Amerika (Robbie Davis-Floyd) als in Brazilië (Daphne Ratter) door academici die de 'natuurlijke' of 'humane' bevalling promoten, aangeprezen als voorbeeld van hoe het moet. Nieuw onderzoek (zoals het Euro-Peristat 2004 en onderzoek aan het UMC Radboud, 2010) toont echter aan dat Nederland het niet zo geweldig doet, wat de perinatale sterfte betreft. Dit roept de vraag op of het Nederlandse geboortemodel wel zo terecht wordt aangeprezen.

Volgens Simone Buitendijk (2010: 14) heeft Nederland in 'potentie een geweldig systeem van geboortezorg'. In haar oratie gaat ze in op de vraag hoe het juiste (geboorte) model er uitziet. Zij is vooral van mening dat de tendens om niet onnodig te medicaliseren en op eigen kracht thuis te bevallen recht doet aan de aard van de bevalling: 'een natuurlijk proces.' Zij pleit ervoor dat de normale bevalling wordt begeleid door een verloskundige en dat de gynaecoloog alleen in beeld komt 'als daarmee de kans op problemen voor moeder of baby kleiner wordt.'. Buitendijk (2010)

is van mening dat gynaecologen en verloskundigen het Nederlandse systeem samen moeten omarmen en verdedigen. Er moet volgens haar meer nadruk komen op wat zwangere vrouwen verwachten van de zorg. Zij benadrukt dat vrouwen niet als onnozele wezens behandeld moeten worden, maar als mondige meebeslissers (Buitendijk, 2010).

De eerstelijns verloskundige begeleidt de normale bevalling die thuis, in een kraamhotel of in het ziekenhuis op poliklinische basis plaatsvindt. Wanneer de eerstelijns zorgverlener de bevalling besluit over te dragen aan de tweede lijn, dan vindt de bevalling altijd plaats in het ziekenhuis. De risicoselectie vindt dus plaats in de eerste lijn. Wat het systeem van risicoselectie ondersteunt, is de vermeende lagere sterfte en de lage kans op interventies. Maar recent onderzoek (Evers et al., 2010) heeft aangetoond dat de sterfte in de eerste lijn niet lager is dan die in de tweede lijn. Dit, terwijl de vrouwen in de tweede lijn de groep met een hoog risico zijn en een hogere sterfte in deze groep meer voor de hand zou liggen. De hoogste perinatale sterfte zit echter volgens dit nieuwe onderzoek in de groep die 'durante partu' (tijdens de bevalling) wordt overgedragen van eerste naar tweede lijn. Het TNO concludeert in zijn artikel. 'Hoge babysterfte niet door thuisbevalling' uit november 2010, dat er geen verschil in perinatale sterfte bestaat tussen de thuisbevalling en de bevalling op poliklinische basis; beide bevallingen vinden plaats in de eerste lijn en worden begeleid door een zelfstandig verloskundige. In november 2011 publiceerde het UMC Utrecht een regionaal onderzoek naar perinatale sterfte. De resultaten zijn gebaseerd op een analyse van 37.735 geboortes van voldragen (amenorroeduur van 37 weken of meer) baby's zonder afwijkingen. Het UMC Utrecht vergeleek echter niet de locatie (thuis of poliklinisch) van de bevalling binnen de eerste lijn zoals het TNO deed, maar keek naar de zorgverlener en de uitkomst van de bevalling. De conclusie van dit onderzoek luidt dat kinderen van laag-risico-moeders die de bevalling starten in de eerste lijn (onder supervisie van een zelfstandig verloskundige) een 3.66 keer hoger risico hebben op een perinatale sterfte gerelateerd aan de baring, dan hoog-risico-moeders die de bevalling starten onder supervisie van een gynaecoloog. De opname op de Neonatale Intensive Care Unit (NICU) is in deze groep gelijk aan de groep kinderen wiens moeder de bevalling startte in de tweede lijn onder supervisie van een gynaecoloog. Van de 37 735 onderzochte geboortes, overleden zestig baby's voor de geboorte (dodgeboren) (1.9 per 1000 geboortes) en 17 kinderen overleden na opname op een NICU (0.45 per 1000 levend geboren). Er kwamen 22 baby's (0.58 per 1000 geboortes) om het leven tijdens de intrapartum fase (tijdens de geboorte). Het totale perinatale sterftecijfer was 2.62 per 1000 geboortes (2.11 tot 3.14), waarbij het risico voor primipara (zwangeren die voor het eerst een kind gaan baren) significant hoger was.

De kritiek op het onderzoek van het UMC Utrecht was fel; het zou de thuisbevalling het imago geven gevaarlijk te zijn. Het prospect onderzoek van het UMC Utrecht onderzocht echter niet de locatie, maar de zorgverlener; zij keken onder wiens verantwoordelijkheid de bevalling startte, bij wie hij eindigde en wat de uitkomst was. Het UMC Utrecht betrok dus de eerste- en tweede lijn, en ontdekte een verhoogde sterfte in de groep die tijdens de bevalling van de eerste naar de tweede lijn wordt overgedragen. De Stuurgroep (2009) had in hun advies aan minister Klink al opgemerkt dat 'het aantal overdrachten tussen professionals, tussen en binnen de lijnen (...) groot (is). Ruim tachtig procent van alle zwangere heeft op enig moment tijdens de zwangerschap te maken met meerdere medische professionals. Dit percentage neemt in de loop van de zwangerschap toe. Een deel van de overdrachten is selectief, een deel is acuut. Met name in de acute overdracht zit een toegenomen risico voor moeder en kind' (Stuurgroep, 2010: 19). In dat opzicht is de uitkomst van het onderzoek van het UMC Utrecht niet geheel onverwacht, wel de mate waarin het risico toeneemt.

#### 4.1 Knelpunten rond de professionals

In 25-30% van alle gevallen van perinatale sterfte blijkt er een mogelijke (of soms waarschijnlijke) relatie te bestaan tussen de sterfte en sub-standaard factoren. Invoering van een perinatale audit in Engeland, Wales en Noorwegen heeft destijds geleid tot betere samenwerking binnen de zorg rond zwangerschap en geboorte. Sinds de invoering van de perinatale audit in Noorwegen is naast een betere samenwerking, ook een halvering van

perinatale sterfte en hogere kwaliteit geconstateerd. De verschillende professionals ontwikkelden weliswaar ieder hun eigen kwaliteitssysteem in de vorm van richtlijnen, indicatoren en visitaties (KNOV, NVOG, NHG, NVK, NVA, V&VN, NBvK, Sting, ActiZ en BTN). Maar het is belangrijk om op te merken dat deze kwaliteitssystemen nog onvoldoende op elkaar zijn afgestemd. Ook toezichhouders en verzekeraars ontwikkelen hun eigen kwaliteitscriteria. (Stuurgroep, 2010)

#### 4.1.1 De Medicijn-mannen

Gynaecologie is de specialisatie in de geneeskunde die zich bezighoudt met de organen en ziekten die specifiek zijn voor de vrouw. Er bestaan verschillende deelspecialisaties binnen de gynaecologie:

- Verloskunde, ook wel obstetrie genoemd en prenatale diagnostiek;
- Voortplantingsgeneeskunde en endocrinologie;
- Gynaecologische oncologie;
- Urogynaecologie: bekkenbodempatiëntproblematiek, van verzakking tot incontinentie van urine en/of ontlasting.

Gynaecologie of Obstetrie is een verzamelnaam voor alle kennis rondom zwangerschap, bevalling en kraambed. Gynaecologen zijn verantwoordelijk voor de begeleiding en controle van vrouwen met een verhoogd risico op complicaties tijdens de zwangerschap of bevalling. Dit zijn soms risico's die vooraf bekend zijn, zoals bij vrouwen die lijden aan diabetes of vrouwen die een keizersnede hebben gehad bij een voorgaande zwangerschap. Sommige risico's voor vrouwen of hun ongeboren kinderen ontstaan tijdens zwangerschap of bevalling, zoals een kind in stuitligging. Als de gynaecoloog verantwoordelijk is voor de bevalling (of zelf begeleidt), vindt deze altijd in het ziekenhuis plaats. Na de bevalling worden de meeste vrouwen voor verdere begeleiding in het kraambed thuis verwezen naar de verloskundige of de huisarts actief op het gebied van verloskunde.

Om gynaecoloog te worden volg je eerst de zesjarige (voltijd) universitaire studie geneeskunde. Op de site van de Universiteit van Amsterdam (UvA) staat dat de studie geneeskunde bestaat uit drie fases (diploma's); het eerste jaar is de propedeuse. Hierin wordt er kennis gemaakt met de normale vorm en functie van de verschillende onderdelen van het menselijk lichaam. Ook leren studenten systematisch te kijken naar de manier waarop dokters en patiënten met elkaar communiceren. In het tweede jaar staat de ziekteleer centraal: er is uitgebreid aandacht voor communicatieve vaardigheden, professioneel gedrag en lichamelijk onderzoek. In het derde jaar leren de studenten omgaan met patiëntproblemen. In aanvulling op klinische lessen, leren ze zo rationeel mogelijk een strategie uit te stippelen om een diagnose te stellen en vervolgens een therapie te kiezen. De praktische onderdelen van het medische beroep leren ze door 'de kunst af te kijken' en te oefenen op medestudenten en simulatiepatiënten. Daarna gaan ze in kleine groepjes in de kliniek hun vaardigheden trainen. Ten slotte volgen ze nog zes weken in beide jaren keuzevakken, of lopen stage. Deze studenten worden in de praktijk 'Ju-Co's' (Junior Coassistenten) genoemd. Hierna is de Bachelor fase behaald. Na deze eerste drie jaar, begint de master-fase. Deze duurt ook drie jaar, waarvan er twee bestaan uit het lopen van co-schappen. Bij de co-schappen gaat het om het leren toepassen van kennis en vaardigheden in de praktijk. 'Leren door te doen' en 'Leren als het er toe doet' zijn twee belangrijke uitgangspunten van het AMC-UvA. Deze uitgangspunten dragen bij aan een volledige integratie tussen theorie en praktijk. Ter afronding volgt het artsexamen; de student is nu een arts. Aansluitend hierop bestaat de mogelijkheid tot specialisatie in een tak binnen de medische wetenschap: zes jaar training in verloskunde. Om de opleiding tot gynaecoloog te kunnen beginnen, moet eerst worden gesolliciteerd voor een opleidingsplek. Na toelating werkt men zes jaar als 'Assistent Gynaecologie In Opleiding', ook wel AGIO. De zes jaar zijn verdeeld in drie stukken, de belangrijkste onderdelen van de gynaecologie. De voortplantingsgeneeskunde, waarin mensen worden geholpen die moeilijk zwanger kunnen worden, de verloskunde, waarin vrouwen worden begeleid die zwanger zijn en tot slot de gynaecologie, waarin vrouwen met ziektes aan het vrouwelijk voortplantingsorgaan (vleesbomen, baarmoederkanker of

overgangsproblemen) worden behandeld. In deze periode werkt de arts anderhalf jaar in een kleiner (perifeer) ziekenhuis, daarna drie jaar in een academisch ziekenhuis en tot slot nog een keer anderhalf jaar in een perifeer ziekenhuis.

De opleiding tot gynaecoloog is een zware opleiding. Per week werkt de arts in opleiding ongeveer vijftig tot zestig uur in de week, waarvan een groot deel in de avonden, nachten en weekenden. Dertig procent bestaat uit diensten en zeventig procent uit opleiding. De rest bestaat uit werken op de polikliniek, de afdeling gynaecologie of op de operatie kamer.

Na deze zes jaar kan de arts zelf opereren, moeilijke bevallingen doen en weet hij of zij alles van het vak. Vanaf dat moment is men gynaecoloog. De opleiding tot gynaecologie wordt tegenwoordig door veel meer vrouwen gevolgd dan mannen. In het AMC ligt de verhouding op bijna 85% vrouwen. Vroeger was dat heel anders, toen waren er bijna alleen maar mannelijke gynaecologen. De term 'medicijn-mannen' is binnen deze specialisatie dan ook niet meer correct; het overgrote merendeel van de gynaecologen is nu vrouw. Het gros van de oudere gynaecologen zijn nog allemaal man. In het ziekenhuis waar ik mijn veldwerk heb gedaan, werken zeven gynaecologen, waarvan er zes vrouw zijn.

Van de zeven gynaecologen zijn er tijdens kantooruren altijd drie aan het werk en één van hen is tijdens die dienst oproepbaar voor de afdeling verloskunde. Diensten duren 24 uur en lopen normaliter van acht tot acht uur 's ochtends. Soms worden in het ziekenhuis de doorweekse diensten opgeknipt (afhankelijk van b.v. de spreekuren of andere afspraken). Overdag heeft een andere gynaecoloog dan in de ochtend of de middag de dienstpieper (en is dus oproepbaar), deze heeft dan ook de supervisie over de verloskamer. De dienstpieper gaat bij de overdracht dan over op de gynaecoloog die de 24-uur de dienst heeft. De ochtenddienst loopt van 08.00 tot 12.30 uur. De middagdienst van 12.30 tot 17.00 uur en avond- en tevens nachtdienst loopt van 17.00 tot 08.00 uur de volgende ochtend. 'De gynaecoloog die dienst heeft voor de afdeling verloskunde runt tevens de spoedpoli. Hier komen veelal zwangeren die tussendoor moeten komen in verband met bijvoorbeeld bloedverlies, minder beweging voelen of iets anders acuuts buiten de bevalling om. Dit kan eigen populatie zijn (zwangeren die al onder controle van de 2<sup>e</sup> lijn zijn), of consulten vanuit de 1<sup>e</sup> lijn' (Pers. Com. Verloskundige mevrouw {Sarah}). Voor gynaecologen die nachtdienst hebben is er een slaapkamer beschikbaar. Ze kunnen dus 'in huis' blijven als ze dat willen.

#### 4.1.2 Gynaecologen overdracht

Iedere donderdagochtend om 8.00 uur komen aan de ovaalvormige tafel in vleugel a, verdieping 6, gynaecologen en verloskundigen bij elkaar om het beleid te evalueren. Aan het hoofdeinde van de tafel staat een groot scherm waar de beamer de informatie op projecteert. Op de donderdag waarop ik de overdracht bijwoon, zitten de drie gynaecologen van de dagdienst, een verloskundige, drie coassistenten, twee verpleegkundigen en ik aan tafel. Eén van de gynaecologen leidt de overdracht, waar de patiënten worden besproken van gisteren, afgelopen nacht, momenteel aanwezig en de vandaag te verwachten. Een verloskundige bedient de computer en vertelt 'Naam' 'Gravida' (hoeveelste zwangerschap) 'Para' (hoeveelste bevalling), en alle bijzonderheden op pathologisch gebied. Zo wordt informatie uitgewisseld over de zwangerschapsduur, *Hb* (getal voor rode bloedlichaampjes, als het getal te laag is heb je bloedarmoede) en *tensie* (bloeddrukwaarde). Op het scherm worden de CTG scans weergegeven. Deze wordt bekeken en er wordt besproken wat er is gedaan, of dat achteraf juist was en hoe het nu gaat met moeder en kind. Er worden vragen besproken: 'was het juist? Mag ze komen? Gaan we haar opnemen? Gaan we haar inleiden?'. De gynaecologen hebben hierin het laatste woord: hun beslissing weegt zwaarder dan die van de verloskundigen, en dus bepalend.

Voorbeeld:

'Een mevrouw met een amenorroeduur van  $40 + 1$  (veertig weken plus een dag zwanger) heeft bloedverlies. De verloskundigen geven hun mening maar uiteindelijk beslist de gynaecologe {Demeter} dat ze deze mevrouw niet meer 'in het wild' wil laten bevallen. In plaats daarvan gaan

ze haar hier *'bewaken'* door haar in te leiden. De verloskundige en de gynaecologe zijn het hier niet over eens, maar de gynaecologe zegt dat ze: *'er de meerwaarde niet van inziet deze mevrouw nog naar huis te sturen.'*

De gynaecologe legt uit dat inleiden complicaties geeft en dat daarom psychosociale problemen ondergeschikt aan fysieke problemen bij de afweging of deze interventie noodzakelijk is. Ze illustreert dit met een voorbeeld:

*'Stel een mevrouw is 38+ weken zwanger (vrouwen bevallen a-terme tussen 37 en 42 weken zwangerschap) en wil bevallen omdat zij meerdere miskramen heeft gehad en dus bang is. Als er verder geen fysieke aanleiding is voor inleiden, dan doen we het dus niet.'*

De gynaecologe stelt de coassistenten continue vragen: *'wat betekent dit?'* *'wat zou je nu doen?'*, het overleg heeft duidelijk leerdoelen. Wat ik erg interessant vind is dat het blijkt dat er vaak meerdere opties bestaan en dat het belangrijk is dat je kunt beargumenteren waarom je in een bepaalde beslisboom welke keuzes maakt. De nadruk ligt erop, dat men zichzelf volledig inzichtelijk kan maken. Er komen uiteraard regelmatig zeer specifieke vaktermen voorbij. *'Gestoord lab,'* betekent bijvoorbeeld dat het laboratorium afwijkende uitslagen heeft gevonden. *'Een lekker kind,'* is een baby waar het goed mee gaat, en *'niet lekker kind'* is de manier om te zeggen dat het niet zo goed gaat met de pasgeborene. Nadat alle patiënten zijn besproken worden de taken verdeeld en gaat iedereen aan de slag. Om 17.00 uur is er weer een overdracht voor de gynaecologen. Deze vindt plaats in de koffiekamer en is puur de overdracht van de dingen die op dat moment spelen. Deze overdracht is niet bedoeld ter evaluatie van het beleid.

#### 4.1.3 Verloskundige

De Nederlandse opleiding tot vroedvrouw of verloskundige is een vierjarige fulltime HBO-studie die in vier steden in Nederland wordt aangeboden; Amsterdam, Groningen, Maastricht en Rotterdam. Na het voltooien van de vier jaar van de opleiding is de verloskundige een zelfstandig medisch beroepsbeoefenaar die gespecialiseerd is in het begeleiden van de normale fysiologische bevalling. Ook kan een verloskundige het normale verloop van zwangerschap, baring en postnataal herstel onderscheiden van een afwijkend proces (pathologie).

Niet iedereen kan zich inschrijven voor de opleiding. Er is een beperkt aantal opleidingsplaatsen; voor de vier opleidingen in totaal mogen er per studiejaar 190 studenten aangenomen worden. Momenteel betekent dat volgens de site van de Samenwerkende Opleidingen Verloskunde (SOV) (2011), dat één op de drie aanmelders wordt toegelaten. Om deel te nemen aan de selectieprocedure moet je aan minimumeisen voldoen; goede beheersing van de Nederlandse taal zowel schriftelijk als mondeling. Minimaal een HAVO of VWO diploma met de vakken biologie en scheikunde. Wie een MBO of HBO diploma bezit wordt geadviseerd het staatsexamen biologie en scheikunde af te leggen en ervoor te zorgen de Engelse taal goed te beheersen. Indien je niet aan deze voorwaarden voldoet maar minimaal 21 jaar oud bent, kom je in aanmerking voor een toelatingsexamen.<sup>7</sup>

Vervolgens begint de selectieprocedure, die conform de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek (WHW) wordt uitgevoerd. De selectieprocedure bestaat uit twee rondes; een schriftelijke opdracht en een gesprek. De kandidaat-studenten die een voldoende halen voor de schriftelijke opdracht worden uitgenodigd voor een gesprek. Vervolgens kunnen de studenten met de hoogste score voor het gesprek zich inschrijven. Studenten zijn verplicht deel te nemen aan een bloedbepaling test (HbsAg-bepaling) om dragerschap van Hepatitis B uit te sluiten. Ook moeten zij officiële documenten overleggen waaruit blijkt dat zij een immuun status hebben; volledig zijn ingeënt. Na aanvang van de opleiding start direct een vervolg vaccinatie traject HBV; twee inentingen.

De opleiding wordt *'zwaar'* genoemd op de sites van de vier Hogescholen die de opleiding aanbieden. Deze zwaarte zit hem in de combinatie van theoretische en medische kennis aangevuld met het opdoen van praktijk ervaring, die gelijk in het eerste jaar begint. De opleiding bestaat voor vijftig procent uit theorie en vijftig procent uit praktijk ervaring. Dit komt overeen

---

<sup>7</sup> Bron: SOV [<http://www.verloskundige.info/Toelatings-criteria.aspx>]

met de bewering dat veel gezaghebbende kennis niet feitelijk is maar overgedragen van generatie op generatie. Elke blokperiode en ieder semester bevat een praktijkdeel dat bestaat uit korte of lange stages. Deze stages vinden vooral plaats in de eerste lijn. Dat betekent meedraaien in een verloskundigenpraktijk, het consultatie bureau en de kraamzorg. Studenten draaien mee in de 24-uurs en weekend diensten, op basis van 32 uur per week. Ook zijn er stages in de tweede lijn; in het ziekenhuis op de afdeling verloskunde, kraamafdeling, neonatologie, de kinderarts, en bij de gynaecoloog (polikliniek en operatiekamer).

Het eerste (propedeuse) studiejaar is bedoeld als oriënterende fase; er wordt een realistisch beeld gevormd van de opleiding en het beroep en gekeken of studenten bij de opleiding en het beroep passen. Thema's die hier behandeld worden, zijn de basiskennis van preconceptie, prenataal, nataal en postnataal. De hoofdfase bestaat uit het tweede, derde en vierde jaar. Hier vinden verbreding en verdieping plaats en worden competenties ontwikkeld aan de hand van thema's. In het tweede jaar wordt aandacht besteed aan risicoselectie, preventie, groei en ontwikkeling, wetenschap en dagelijkse praktijk. Het derde jaar en vierde jaar bestaan uit stages, kenniskringen en projecten met in het vierde jaar een onderzoekssemester met afstudeeropdracht. Ook zit er in het vierde jaar een minor: dit is een buitenlandstage, lactatieminor (over borstvoeding) of een eigen idee. Daarnaast worden verloskundigen opgeleid in praktijkvoering; als verloskundige in een maatschap maak je namelijk deel uit van een soort bedrijf.

Na de diplomering als resultaat van het voltooien van de vier jaar opleiding kan een verloskundige zelfstandig functioneren en verloskundige zorg verlenen. Dit betekent dat de verloskundige bevoegd is om prenatale zorg te verlenen, een normale baring te begeleiden en de kraambed controles en na controle te verzorgen. De verloskundige controleert en bewaakt de normale fysiologie, schat het risico in en maakt een risicoselectie. Vervolgens stelt hij of zij een beleid op en verwijst indien nodig naar de tweede lijn. Risicoselectie is een belangrijk onderdeel van de opleiding; de verloskundige maakt de afweging of een zwangere of barendende vrouw overgedragen moet worden naar de tweede lijn. Het gaat te ver om alle vaardigheden van een verloskundige hier te beschrijven maar bij het vak horen onder andere de volgende praktische vaardigheden: het afnemen van bloed, bloeddruk meten, harttonen beluisteren, inwendig onderzoek doen, een epistomie uitvoeren en hechten. Hechten leren studenten door veel te oefenen. Door middel van een DVD worden de vaardigheden aangeleerd, daarna volgen praktische lessen op een sponsje. Een studente verloskunde vertelde mij via de email:

*Ik was gezakt door zo'n stom sponsje omdat het nep is en anders dan een echte huid en spierlaag. Ik heb zeer goor een paar schapenharten gekocht bij de slager, opengesneden en gehecht en weer op een andere plek opengeknipt en gehecht etc. etc. Zo heb ik het geleerd. Pas als je je toets gehaald hebt, mag je het in de praktijk doen.*

Verloskundigen leren ook katheteriseren, een pasgeborene reanimeren en omgaan met schouderdystocie en stuitbevallingen. Bij schouderdystocie blijft de voorste schouder steken (hokken) achter het schaambeent (symfyse) van de moeder. Als het hoofdje geboren is, treedt er daardoor een probleem op bij de afwikkeling van de romp van het kind. Dit komt volgens Wikipedia bij ongeveer één procent van alle bevallingen voor, maar bij deze complicatie moet er direct gehandeld worden omdat de baby anders zal overlijden. Voor schouderdystocie bestaan een aantal manoeuvres (McRoberts manoeuvre, Woods manoeuvre, Gaskin manoeuvre, Barnum manoeuvre, Rubin manoeuvre e.a.) die de verloskundige kan verrichten wanneer de baby zelf niet goed geboren kan worden.

Borstvoeding is een klein onderdeel van de opleiding tot verloskundige; in het tweede jaar een les en in het vierde jaar drie workshops. 'Praktische handigheid leer je in de praktijk, ook moeten we een borstvoedingsprotocol opstellen,' zegt studente {Christa} (Pers. Com. 3 maart 2011).

#### 4.1.4 Verpleegkundige O & G

Verpleegkunde is een opleiding die op twee niveaus gevolgd kan worden; MBO (niveau 4) en HBO (niveau 5). Een verpleegkundige is een professional die zich bezighoudt met basiszorg zoals persoonlijke verzorging (wassen, aankleden, verschonen), wondverzorging, observatie en rapportage, medicatie en injecties toedienen. Een verpleegkundige met niveau vijf kan de HBO-masteropleiding Advanced Nursing Practice volgen, en daarmee de titel Nurse Practitioner (NP) behalen. De master is een specialisatie binnen een specifiek medisch deskundigheidsgebied. Eén van de mogelijke specialisaties is 'obstetrie en gynaecologie.' De verpleegkundige werkt na het behalen van de master op het grensgebied van behandeling en zorg. Naast zorg verlenen kan de verpleegkundige leiding geven aan innovatie processen en kan hij of zij praktijkgericht onderzoek ontwikkelen. De opleiding obstetrie verpleegkundige bestaat volgens de site You Chooz (2011)<sup>8</sup> uit theorie, vaardigheid en praktijk modules. Enkele voorbeelden van thema's die aan de orde komen zijn; ethiek, juridische aspecten, specifieke verpleegkundige zorg tijdens normale en pathologische bevallingen, specifieke verpleegkundige zorg aan vrouwen met gynaecologische gezondheidsproblemen en zorg voor (zieke) pasgeborene en zuigeling. De stage-onderdelen komen overeen met de stages die studenten verloskunde in de tweede lijn lopen. Bij Hogeschool Inholland (2011)<sup>9</sup> staat in het eerste jaar de diagnostische fase centraal (klinische vaardigheden, rolontwikkeling en samenwerken met de patiënt). In het tweede jaar staat de behandeling centraal (behandeling, context en coaching). De opleiding wordt afgesloten met een afstudeerproject.

#### 4.2 Totemism

Gynaecologie (obstetrie), verloskunde en verpleging (obstetrie en gynaecologie) zijn verschillende beroepen. Je zou kunnen zeggen dat ze tot dezelfde clan behoren; allen zijn professionals in de verloskundige zorg, maar verwantschapstechnisch maken ze geen deel uit van dezelfde familie van kennis. De verpleegster is in symbolische zin de 'moeder' die zich bezighoudt met lichaamsvochten; bloed, spuug, urine en ontlasting. De verloskundige is de 'vroede (wijze) vrouw' die gespecialiseerde kennis heeft van de (normale) bevalling. Wanneer leven en dood op het spel staan wordt de 'half God' de gynaecoloog aangeroepen. Al deze drie vakgebieden hebben een gedeelde, elkaar aanvullende kennis en zijn verbonden door hetzelfde doel; moeder en kind door de bevalling heen krijgen. Momenteel is er is de media ophef over de samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen. In het programma Brandpunt van de KRO werd op twaalf december 2010 de vermeende rivaliteit tussen de twee beroepen zelfs gedoopt tot: 'Oorlog in Bevallingsland.' Dit spanningsveld toont aan dat er ondanks verschillen en overeenkomsten een belangrijke factor is die beide groepen verbindt, op een hoog abstractieniveau. Durkheim, Levi-Strauss en Freud maken gebruik van de term 'totem' om aan te geven dat een groep mensen op een hoog abstractie niveau refereren aan dezelfde 'voorouder'. Meestal is dit een dier of spiritueel figuur dat de groep representeert. *Totemism* (Durkheim, 1912 in Cosman, 2001)<sup>10</sup> was voor Durkheim vooral interessant omdat hij theoretiseerde dat alle samenlevingen zichzelf aanbidden. Religie is volgens hem de manier om hier uitdrukking aan te geven: het reflecteert het beeld dat de samenleving van zichzelf heeft. De relatie tussen beiden laat dit zien. *Totemism* kun je ook zien als een symbolische verbintenis tussen de groepen.

In Nederland spreken wij over een 'stamboom' wanneer we het verwantschap aan voorouders in kaart willen brengen. Veel babyboeken hebben een afbeelding van een boom waarop de jonge ouders foto's van het kind, zichzelf, hun ouders en overgrootouders kunnen plakken. Reproductie in Nederland wordt gesymboliseerd door een vruchtdragende boom en naar mijn mening is dit de totem. Bomen worden in Nederland en België regelmatig geplant op

---

<sup>8</sup> Bron: You Chooz [<http://www.youchooz.nl/opleidingen/obstetrie-verpleegkundige/>]

<sup>9</sup> Bron: Hogeschool Inholland [<http://www.inholland.nl/>]

<sup>10</sup> Bron: Wikipedia [<http://en.wikipedia.org/wiki/Totem>]



placenta's, meestal dicht bij het ouderlijk huis van de baby. De groei en ontwikkeling van boom en kind lopen dan gelijk (wat het idee van het lineaire verloop van het leven weergeeft). De vertakkingen van de aders op de placenta zien er precies zo uit als de takken van bomen. Het dragen van vruchten symboliseert dan de vrucht van de moeder. Vruchtbaarheid is zo belangrijk in onze maatschappij, dat er allerlei technieken zijn ontwikkeld om onvruchtbaarheid te bestrijden. Dat de geboorte van de baby samengaat met het planten van een boom lijkt ook een symbolisch verband te hebben met 'wortelen'. Het maakt de plek waar iemand zijn wortels heeft erg concreet. 'Stevige wortels' worden in Nederland gezien als de basis van een gelukkig, evenwichtig en succesvol leven. Volgens Lévi-Strauss (in Bell, 1997) is de functie van een totem de wereld tot een samenhangend systeem te maken. Lévi-Strauss (ibid.) baseerde zijn theorie op ideeën van Firth en Fortes, Malinowski en Evans-Pritchard. Deze ideeën kwamen erop neer dat het belangrijk was de 'soort' te behouden. Een totem is dan bijna een metafoor. Ik vermoed dat, zoals Evans-Pritchard (in Bell, 1997) redeneerde, totems een symbolische voorstelling zijn van de groep, in het geval van verloskundige zorg is dit de hele 'clan' die zich buigt over het baren van baby's. Vrucht dragen en je wortels kennen zijn zeer primaire onderdelen van het in stand houden van de maatschappij.

Dit brengt mij terug bij de manier waarop de verloskundige zorg in Nederland is georganiseerd. Enerzijds is er het beeld dat de maatschappij daarvan heeft, anderzijds is er de praktijk. In de media wordt het beeld geschetst dat vrouwen die als 'laag risico' beoordeeld zijn door de verloskundige, in principe ook bij de verloskundige bevallen. Als ze dan naar de tweede lijn worden overgedragen zouden ze bij de gynaecoloog bevallen, terwijl dit in de praktijk meestal een klinisch verloskundige of een arts-assistent is, onder supervisie van een gynaecoloog.

In de praktijk is de zorgverlener in het ziekenhuis geen uitgemaakte zaak, maar een grijs gebied. Vrouwen die van de eerste naar de tweede lijn worden overgedragen bevallen soms in overleg met het ziekenhuispersoneel bij hun eigen verloskundige, maar dan in het ziekenhuis, alhoewel de zwangere meestal bij een klinisch verloskundige zal gaan bevallen.

### 4.3 Klinisch Verloskundige

Het verschil tussen de zelfstandig en de klinisch verloskundige is vrij recent het verschil in opleiding geworden. Verloskundigen hebben in principe een bachelor-diploma in bezit, en de klinisch verloskundige heeft steeds vaker de aanvullende masteropleiding voltooid. Eind 2004 startte het UMC Utrecht met een eenjarige master opleiding voor verloskundigen die al in het ziekenhuis werkten. Sinds februari 2005 biedt het Erasmus Medisch Centrum (Rotterdam) een 2,5 jarige duale masteropleiding die zich richt op verloskundigen die in het ziekenhuis willen werken.

Volgens hun site [Erasmusmc.nl](http://www.erasmusmc.nl)<sup>11</sup> 'vervult (de klinisch verloskundige) een brugfunctie in het grensgebied van de fysiologie en pathologie en integreert de visies van de eerstelijns verloskundige en de gynaecoloog tot één visie. Daarnaast vervult zij/hij een spilfunctie binnen een multidisciplinair team, neemt bepaalde medische taken en handelingen over en heeft naast de gynaecoloog een afgebakend eigen takenpakket. Klinisch verloskundigen zijn gericht op het oplossen van complexe verloskundige problematiek. Ze bevorderen de kwaliteit en continuïteit van de verloskundige zorg in algemene ziekenhuizen en universitaire medische centra.' Het opleidingsprofiel is gebaseerd op zeven beroepsrollen van de klinisch verloskundige:

**Specialist** in de fysiologie van zwangerschap, bevalling en kraambed in het ziekenhuis.

**Regisseur** op de verloskamers, bij de selectie en classificatie van de cliënten, bij prioritering van de zorgverlening (triage) en bij de totale zorg voor de individuele cliënt binnen de obstetrische zorgketen (casemanagement).

**Begeleider** van cliënten met zwangerschapsproblematiek, gericht op psychosociale aspecten en transitie in het ziekte- en zorgverloop.

---

<sup>11</sup> [http://www.erasmusmc.nl/47393/390658/161431/verlosk\\_ma](http://www.erasmusmc.nl/47393/390658/161431/verlosk_ma) geraadpleegd op 2 juli 2012 om 0.20 uur

**Medebehandelaar** bij taken die aan de klinisch verloskundige gedelegeerd worden door een gynaecoloog (taaksubstitutie).

**Adviseur** die zelf verworven kennis met anderen deelt, een brugfunctie vervult tussen wetenschap en praktijk, en deskundigheidsbevordering construeren en uitvoert.

**Onderzoeker** die resultaten van wetenschappelijk onderzoek kan beoordelen en toepassen in de praktijk (evidence based practice). De klinisch verloskundige kan zelfstandig praktijkgericht onderzoek verrichten en veranderingsprocessen aansturen.

**Professional** die zorg draagt voor haar eigen deskundigheid, prioriteiten stelt en teamspeler is met eigen verantwoordelijkheden.<sup>12</sup>

In september 2006 is het kenniscentrum van de Academie Verloskunde Maastricht met een nieuw opleidingsaanbod 'Klinisch Verloskunde' gestart, gericht op verloskundigen. Deze cursus bestaat uit een aantal modules, die samen of los te volgen zijn.<sup>13</sup> 'De AVM verzorgt onderwijs in de eerste module 'European Health Care Systems & Midwifery Practice' en biedt 3 keuzemodules aan. Het programma wordt grotendeels via afstandsonderwijs uitgevoerd.' Als verloskundigen de volledige master willen volgen, kunnen ze zich inschrijven voor het programma van Glasgow of Hannover, waarbij zij een deel van de keuzemodules aan de Academie Verloskunde Maastricht (AVM) kunnen volgen. De modules zijn ook los te volgen.<sup>14</sup>

In een telefonisch interview vroeg ik gynaecologe {Gaia} wat het verschil in kunde is tussen verloskundigen en gynaecologen. Dit blijkt een gevoelige vraag. Eerst wil ze er liever niet op ingaan, maar uiteindelijk zegt ze: 'De entree is anders: verloskundigen doen normale fysiologische bevallingen, maar zijn geen dokter. Ze zijn proces-volgend en hebben specifieke kennis van het proces van zwangerschap, geboorte en postnatale zorg. Gynaecologen daarentegen, zijn niet proces-volgend en komen er alleen bij als er iets niet loopt. Verloskundigen gaan er in eerste instantie vanuit dat het allemaal wel goed komt, terwijl gynaecologen uitgaan van de abnormale gang van zaken. Wij zijn in de eerste plaats artsen wat betekent dat wij uitgebreider en diepere kennis hebben. Een ander verschil is dat gynaecologen werken in gefosterd team.' De toegevoegde waarde daarvan is dat ze patiënten en situaties in teams bespreken. Met elkaar reflecteren zij op gebeurtenissen en besluitvorming. Hoe dan ook, de gynaecologen zijn in de praktijk vooral betrokken bij zeer gecompliceerde bevallingen. Gynaecologe {Eva} vertelt dat de meeste bevallingen, zowel de normale als de moeilijke door klinisch verloskundigen worden gedaan (maar wel onder supervisie van de gynaecoloog): 'Wij worden er alleen bijgehaald bij problemen. Met de patiënte hebben wij meestal geen band. Onder andere omdat 50% van de vrouwen die hier bevallen van buitenaf komen (zij waren niet onder controle in het ziekenhuis maar worden overgedragen uit de eerste lijn). De meeste beslissingen over de bevalling worden dus genomen door de klinisch verloskundigen, die wel een band (proberen te) maken met de moeder.'

De mate waarin de gynaecoloog de bevalling in handen van de verloskundige laat, verschilt per persoon: minder ervaren gynaecologen vinden bevallingen vaak zo spannend dat ze er zelf bij willen zijn en het zelf willen doen. 'Zelf vind ik bevallingen erg leuk, maar ik doe het al zo lang dat ik het los kan laten en op de verloskundige vertrouw' (Pers Com van {Eva}). De interactie tussen beide beroepsgroepen is interessant omdat de input die een gynaecoloog geeft in de besluitvorming heel wisselend en persoonsgebonden is.

#### 4.3.1 Relatie met perinatale sterfte

De perinatale sterfte in Nederland is volgens het Euro Peristat rapport (2008) 10,0 per 1000 geboortes. International is dit een belangrijke graadmeter voor de kwaliteit van de

---

<sup>12</sup> Bron: Erasmus MC [[http://www.erasmusmc.nl/47393/390658/161431/verlosk\\_ma](http://www.erasmusmc.nl/47393/390658/161431/verlosk_ma)] Geraadpleegd op donderdag 22 december 2010 om 15.10 uur

<sup>13</sup> Bron: KNOV [<http://www.knov.nl/voor-toekomstige-verloskundigen/opleidingen/klinisch-verloskundige/>]

<sup>14</sup> Bron: Academie Verloskunde Maastricht (AVM) <http://www.avm.nl/default.aspx?id=457&nid=59&sc=61&taal=nl>

verloskundige zorg. Nederland stak negatief af ten opzichte van andere Europese landen: alleen Frankrijk en Letland scoorde slechter.

Het hiervoor reeds aangehaalde onderzoek van het UMC Utrecht (Evers et al., 2010) naar perinatale sterfte deed onderzoek in de provincie Utrecht. In november 2010 werd dit gepubliceerd in het 'British Medical Journal'. Het toont aan, dat het model van risico selectie, dat onderscheid maakt tussen normaal (laag risico) en pathologisch (tweede lijn), niet optimaal is. Een belangrijke conclusie van hen is – zoals eerder aangehaald – dat de acute overdracht van de eerste naar de tweede lijn de hoogste kans op perinatale sterfte geeft; de kans op bevalling gerelateerde sterfte is in deze groep 3.66 keer hoger dan de kans die kinderen lopen waarvan de bevalling startte onder supervisie van een gynaecoloog. Na de start van de bevalling, dus als de vrouw al aan het bevallen is, wordt bijna dertig procent overgedragen aan de gynaecoloog, van de primipara is dat zelfs vijftig procent. In 2007 werd tijdens de bevalling 42% van de primipara doorverwezen naar de tweede lijn en van de multipara dertien procent' (Stuurgroep, 2009: 20). Uiteindelijk bevalt 26% van de in totaal zwangere thuis.

Het is duidelijk niet mogelijk te voorspellen wie acuut moet worden ingestuurd, maar het staat vast dat de hoogste perinatale sterfte is gevonden in de groep moeders die bevallen van hun eerst kind, de primipara. De reden voor de grote sterfte tijdens de overdracht wordt gezocht in de communicatie tussen zelfstandig verloskundigen uit de eerste lijn en gynaecologen in de tweede lijn. Maar 'overdragen' betekent in de praktijk niet dat de bevalling ook daadwerkelijk door de gynaecoloog wordt gedaan. Het eerste aanspreekpunt is namelijk de klinisch verloskundige en vaak is dat ook degene die de bevalling begeleidt. Een andere uitkomst van het Utrechtse onderzoek is dat in dezelfde groep moeders die tijdens de bevalling door de verloskundige is ingestuurd naar de gynaecoloog, veel meer kinderen (2.5 maal zoveel) op de Neonatal Intensive Care Unit (NICU) worden opgenomen, dan in de groepen die eerste lijn blijven of al tweede lijn waren. Dat is volledig in lijn met het algemene resultaat van het Utrechtse onderzoek van Evers et al., 2010). dat de sterfte in de ingestuurde groep hoger is. Op dit onderzoek is veel commentaar gekomen: het zou niet goed uitgevoerd zijn. Klinisch epidemioloog Jan Vandenbroucke (in Croonen, 2010) over is het hier niet mee eens:

Vandenbroucke (ibid.) (leerstoel aan de Universiteit Leiden) concentreert zich op epidemiologische methodiek. Hij is het niet eens met de critici van de Utrechtse studie, op de methode van het in BMJ gepubliceerde onderzoek heeft hij weinig aan te merken. Hij zegt: 'Uiteraard valt bij lezing van een onderzoeksverslag niet uit te sluiten dat de onderzoekers een grote rekenfout hebben gemaakt, of dat er zich een bijzonder toeval heeft voorgedaan. Maar, als dat niet het geval is, dan zijn de Utrechtse conclusies gerechtvaardigd.'

Tijdens mijn observaties is het een aantal keren voorgekomen dat de zorg werd overgedragen. De cases van deze bevallingen zal ik hieronder weergeven.

### Vervolg situatie 1 (case 7)

11.45 Wee.

[EVK toucheert en breekt gelijk de vliezen]

[VP komt binnen en helpt de EVK met het vervangen van de matjes]

Moeder: 'Is het (vruchtwater) helder?'

VK: 'Ja. Ok, je mag nu iets rechterop, of op je zij, wat je wil.'

Moeder (tegen vader): 'Ik ben benieuwd of het nu sneller gaat.'

11.49 Wee.

[Het wordt stil in de kamer]

EVK (tegen moeder): 'Goed hoor.'

Tussen de weeën door is moeder goed aanspreekbaar. Er wordt gepraat over 'TENS' een vorm van pijnbestrijding. De eigen verloskundige vertelt dat zij hierover wel voorlichting geeft in haar praktijk, maar er eigenlijk niet zo in gelooft. Verder zeggen zij en ook de verpleegster dat ze maar drie of vier keer hebben meegemaakt dat moeders voor dit type pijnbestrijding kozen.

### Situatie 2 (case 9)

40 weken + 2 dagen zwanger. Anamnese; vorig kind GBS.

Een zelfstandig verloskundige komt met een moeder binnen. Moeder wordt in de onderzoekskamer geïnstalleerd en de zelfstandige en klinisch verloskundige doen de overdracht in de koffie kamer. Daarna kletsen ze nog even verder.

De studente (asVK) wordt gevraagd om moeder aan het CTG te leggen. Dit is het tweede kindje, en het eerste kindje had een infectie. Daarom is zij nu 'medisch.'

Haar vliezen zijn gebroken maar zij is nog niet duidelijk aan het bevallen. Als zij géén gebroken vliezen zou hebben, zou er vier uur vóór de bevalling gestart worden met antibiotica, maar omdat de vliezen al gebroken zijn, is dit protocol niet van toepassing. De dienstdoende klinisch verloskundige gaat met de gynaecologe overleggen wat ze nu moeten doen.

De zelfstandig verloskundige en de klinisch verloskundige overleggen over de moeder in de onderzoekskamer. De zelfstandig verloskundige zegt dat moeder duidelijk harde buiken heeft, en dat het kindje veel dieper ligt dan gisteren.

Klinisch verloskundige: 'Ok, nou dan houden we haar hier.'

Zelfstandig verloskundige: 'Dat zou mooi zijn.'

[Al kletsend lopen ze samen de koffie kamer uit]

Alhoewel de overdracht in deze voorbeelden prima verliep, is volgens gynaecologe {Gaia} de verloskundige zorg in Nederland niet optimaal. De reden daarvan is volgens haar *skills*: 'we lopen allemaal achter.' Volgens haar kun je er niet van uit gaan dat een bevalling in principe goed zal verlopen. Je moet van het abnormale uitgaan, zo stelt zij.

Tijdens mijn veldwerk is het drie keer voorgekomen dat er een gynaecoloog bij de bevalling werd gehaald. Met mijn aantekeningen wil ik illustreren hoe de communicatie verloopt tussen zorgverleners onderling.

In de onderstaande casus (10) ben ik met de verloskundige in de verloskamer. Op de monitor is te zien dat de baby *'reageert'*: de hartslag van de baby blijft in zijn basis stijgen en laat regelmatige dalingen zien.

## Case 10

### *Koffiekamer*

De verloskundige zit op een stoel en bekijkt het CTG van de baby in de verloskamer. Zij vraagt de studente wat zij van dit CTG vindt.

Ze constateren dat de basis hartslag frequentie is verhoogd van 130 naar 150 en dat er deceleraties ontstaan ná de weeën.

asVK: "Kan dat komen door de epiduraal?"

VK: "In principe niet."

"En wat vind je van de variabiliteit?"

asVK: "Die is ok, maar de bandbreedte mag niet té worden."

VK: "Kun je me vertellen wat een 'acceleratie' is?"

asVK: "Als er 10 tot 15 slagen verschil zit."

De verloskundige en de studente praten nog even verder over deceleraties op weeën en los van weeën. Ik hoor de verloskundige vertellen dat dit iets zegt over de reserve capaciteit van de baby, die samenhangt met de placenta doorbloeding.

VK: "Goed, vroege deceleraties zijn dus niet zo erg, maar late deceleraties zijn toch tekenen van foetale nood."

In het geval van deze baby denken ze toch aan een infectie.

Dan komt de verpleegkundige binnen.

VP: "Moeder vindt de weeën minder worden, dus ik heb het infuus omhoog gezet."

[CTG laat zien dat de baby hierop reageert; de hartslag van de baby blijft in zijn basis stijgen en laat regelmatige dalingen zien]

VK: "Ik ga even met de gynaecologe overleggen."

14.38 uur

[Verloskundige belt de gynaecologe]

De gynaecologe {Corrie} komt naar boven voor een microbloedonderzoek (MBO), ze wil hiervoor graag assistentie van de verpleegkundige.

Zoals uit dit voorbeeld blijkt, wordt ook in het ziekenhuis de risico inschatting door een verloskundige gedaan, indien de verloskundige en de gynaecoloog elkaars professionaliteit vertrouwen. Het beeld dat in de media is ontstaan, dat men in het ziekenhuis onder begeleiding van een gynaecoloog bevalt, is dus onjuist. Het is volgens de verloskundigen op de afdeling waar ik mijn onderzoek deed wel zo, dat de gynaecoloog sneller wordt ingeschakeld als deze al in het ziekenhuis is, dan wanneer deze vanaf huis moet komen. Ook blijkt uit het bovenstaande voorbeeld dat de verpleging eveneens een rol heeft in de besluitvorming: moeder wordt door een multidisciplinair team begeleid.

## 4.4 Een plutocratische gemeenschap?

Zowel volgens het Euro-Peristat onderzoek (2008) als volgens het onderzoek van het UMC Utrecht (2010), ligt – zoals hiervoor reeds aangehaald - de perinatale sterfte in Nederland rond de 2.62, op jaarbasis gaat het om 1700 baby's. In verhouding tot andere Europese landen is dat hoog. Van de baby's die komen te overlijden is er ook nog eens 25% toe te schrijven aan substandaard factoren; 'dit is zorg die niet voldoet aan de richtlijnen of – als richtlijnen ontbreken – aan de gangbare zorg' (Stuurgroep, 2009: 11). Over de reden waarom Nederland er op deze manier uitspringt verschillen de optieken. Op verzoek van oud-minister Klink bracht de Stuurgroep Zwangerschap en Bevalling in december 2009 een advies uit aan het ministerie van Volksgezondheid: 'Een goed begin, veilige zorg rond zwangerschap en geboorte.' Zij schrijven:

'De Stuurgroep heeft de ambitie om het aantal maternale en perinatale sterftegevallen als gevolg van substandaard factoren in de zorg in de komende vijf jaar te halveren. Om dit te realiseren formuleert de Stuurgroep (2009) in dit advies concrete aanbevelingen, die kernachtig op de volgende zeven speerpunten neerkomen:

1 \_ Moeder en kind in de hoofdrol. Luister naar de verwachtingen, wensen en angsten van de zwangere en betrek actief haar leefomgeving. Hierdoor krijgt de zorg een lerend karakter waarin naast de medische ook de (psycho)sociale aspecten de juiste aandacht krijgen.

2 \_ 'Gezond oud worden, begint al in de baarmoeder.' Vrouwen moeten gezonder aan een zwangerschap beginnen. Dit vereist een kanteling van een reactieve naar een meer proactieve benadering van de zorg rond zwangerschap en geboorte. Het betekent vooraf de best mogelijke condities voor een eventuele zwangerschap creëren en niet afwachten totdat zich tijdens de zwangerschap of bevalling risico's voordoen.

3 \_ Goed geïnformeerde zwangere. Ook de zwangere heeft een eigen verantwoordelijkheid om haar zwangerschap zo gezond en veilig mogelijk uit te dragen. Hierin moet zij worden ondersteund door heldere en eenduidige voorlichting over alle facetten van de zwangerschap, bevalling en kraamperiode.

4 \_ Samen verantwoordelijk. Alle professionals vormen een netwerk om samen een zo gezond en veilig mogelijke zorg rond zwangerschap en geboorte te bieden. Dit vereist bindende afspraken over kwaliteit, registratie, verantwoording en transparantie. Instrumenten daarvoor zijn: een landelijk College Perinatale Zorg, actieve participatie in verloskundige samenwerkingsverbanden, en voor iedere zwangere een casemanager, geboorteplan en verplicht huisbezoek.

5 \_ Specifieke en intensieve aandacht voor vrouwen uit achterstandssituaties. Voor vrouwen woonachtig in achterstandswijken, van niet-westerse afkomst en/of met een lage sociaaleconomische status moet er aanvullend op de aanbevelingen uit dit advies, een nationaal programma 'zwanger in achterstandssituaties' komen. Met daarin doelgroepspecifieke voorlichting, preventie en intensivering van begeleiding.

6 \_ Bevallende vrouw niet alleen. Vanaf het begin van de bevalling wordt de zwangere niet meer alleen gelaten. Zij wordt begeleid door een kraamverzorgende of O&G-verpleegkundige en bewaakt door een medisch professional.

7 \_ 24/7 beschikbaarheid en bereikbaarheid. Op ieder moment, dus overdag, 's avonds en in het weekend, moet de zwangere er op kunnen rekenen dat de noodzakelijke behandeling binnen 15 minuten kan starten.'

In haar conclusie schrijft de Stuurgroep (2009) dat 'Zorg op Maat' erg belangrijk is. Gynaecologe {Gaia} is ook van mening dat dit het beste is, alleen is het volgens haar geen realistisch alternatief. Zij is van mening dat het onmogelijk is alle zwangeren de specifieke zorg te bieden die zij nodig hebben. Haar idee is dat het vak verloskunde meer zal medicaliseren in de (nabije) toekomst; 'waarschijnlijk zal dit de vorm gaan krijgen van een soort bevalfabrieken die ongeveer 1500 à 2000 bevalling per jaar gaan doen. Qua kosten-baten zal dit wellicht geen ideale oplossing zijn, maar veiligheid en adequate zorg krijgen nu de prioriteit bij de Overheid' (Pers. Com. {Gaia}).

Bevallen, zo stelt zij, is volgens gynaecologen niet veilig en de zorg rondom zwangerschap en bevalling is in Nederland niet optimaal, wij lopen allemaal achter. 'Het probleem is naar mijn

mening onder andere dat de financiële vergoedingen die verbonden zijn aan overdragen van 1e naar 2e lijn de overdracht van patiënten 'hampert' (hindert)' (Pers. Com. {Gaia}). De financiële organisatie van de verloskundige zorg speelt een belangrijke rol in de manier waarop deze functioneert. Bovendien is het kostenplaatje de reden dat veel ziekenhuizen niet dag en nacht een OK team en een gynaecoloog in huis hebben. Dit is jammer omdat statisch gezien (Stuurgroep) de meeste baby's 's nachts geboren worden. Biologisch gezien ligt dit voor de hand: wanneer het donker is en moeder weinig prikkels krijgt, kunnen de hormonen hun werk doen.

In een mailwisseling vertelt klinisch verloskundige {Sarah}: 'Verloskundigen uit de 1<sup>e</sup> lijn krijgen betaald voor de zorg die ze leveren, een totaalpakket voor zwangerschap/baring/kraambed is ca 900/1000 euro. Als de 1<sup>e</sup> lijn overdraagt tijdens de zwangerschap krijgt ze wel betaald voor de zwangerschap, maar niet voor de bevalling. Draagt ze over tijdens de bevalling, krijgt ze wel betaald voor de bevalling, en de 2<sup>e</sup> lijn ook. Een consult dat de 2<sup>e</sup> lijn doet tijdens de zwangerschap kan de 2<sup>e</sup> lijn natuurlijk ook declareren. (...) De zorgverzekeraars hebben baat bij een 1<sup>e</sup> lijn, maar natuurlijk niet meer zo heel veel, als er heel veel consulten worden gedaan (want dan moet er dubbel betaald worden). Wij als klinisch verloskundigen zijn in loondienst van het ziekenhuis. Ik denk de gynaecologen eigenlijk ook, maar dat durf ik niet met 100% zekerheid te zeggen' (Pers. Com. Verloskundige {Sarah}). Helaas heeft zij geen inzicht in hoeveel de 2<sup>e</sup> lijn ontvangt voor een totaal tweedelijns pakket, maar zij vermoedt dat het meer is dan wat de eerste lijn ontvangt. (Pers. Com. {Sarah}).

Dan is er nog de discussie over het financiële plaatje van het ziekenhuis. In de media wordt er beweerd dat veel ziekenhuizen vanwege de kosten niet 24-uur per dag een gynaecoloog in huis hebben. Dit zelfde geldt voor een OK-team, zonder welke er geen keizersneden kunnen worden uitgevoerd. Voor zover ik weet is al het personeel in het ziekenhuis waar ik mijn veldwerk heb gedaan in loondienst. Zij hebben niet standaard een gynaecoloog in huis, maar wel beschikbaar. Dit houdt in dat de gynaecoloog binnen dertig minuten in het ziekenhuis kan zijn. Ook is er op de afdeling verloskunde een slaapkamer beschikbaar; de gynaecoloog heeft dus de keus of deze wel of niet in huis blijft. Tijdens een nachtdienst vertelde de dienstdoende gynaecologe mij dat zij persoonlijk wel altijd blijft en dat er sneller wordt ingegrepen als er een gynaecoloog aanwezig is: 'als ze (de klinisch verloskundige) mij thuis moet bellen is dat toch een hindernis, ze zullen het dan langer aankijken.'

## 4.5 Samenvatting

Door middel van mijn participerende observatie op de afdeling verloskunde kreeg ik een indicatie van de communicatiestructuur en de organisatiestructuur van het Nederlands verloskundig systeem. Langs de weg van observatie en persoonlijke gesprekken heb ik geprobeerd machtsrelaties identificeren en dit heb ik aangevuld met literatuur. Zowel in Amerika (Davis-Floyd, 1992, 1997 en 2009) als in Brazilië (Daphne Ratter) prijzen academici die de 'natuurlijke' of 'humane' bevalling promoten, het Nederlandse verloskundig model aan als ideaal. De vraag is of dit wel zo terecht is, nu – zoals hiervoor reeds is aangegeven – uit onderzoek blijkt dat Nederland het naar verhouding in Europa slecht doet wat betreft perinatale sterfte. In 25-30% van alle gevallen van perinatale sterfte blijkt er een mogelijke (of soms waarschijnlijke) relatie te bestaan tussen de sterfte en substandaard factoren (bijvoorbeeld communicatie). Invoering van een perinatale audit in Engeland, Wales en Noorwegen heeft destijds geleid tot betere samenwerking binnen de zorg rond zwangerschap en geboorte. Sinds de invoering van de perinatale audit in Noorwegen is naast een betere samenwerking, halvering van perinatale sterfte en hogere kwaliteit van de zorg geconstateerd.

Een maatschappelijke discussie is ontstaan en het moddergooien is begonnen. De vraag wie het meeste verstand van zaken heeft, beantwoordt iedereen in zijn eigen straatje. De gynaecoloog heeft een universitaire studie van twaalf jaar voltooid. Een gynaecoloog kan zelf opereren, moeilijke bevallingen doen en weet alles van het vak, maar is opgeleid rondom pathologie en niet om het normale fysiologische proces van de baring te begeleiden. De opleiding tot vroedvrouw of verloskundige is een vierjarige fulltime HBO-opleiding. Na het voltooien van de vier jaar van de opleiding is de verloskundige een zelfstandig medisch

beroepsbeoefenaar die gespecialiseerd is in het begeleiden van de normale fysiologische bevalling. Ook kan een verloskundige het normale verloop van zwangerschap, baring en postnataal herstel onderscheiden van een pathologie. Wanneer een vrouw in de tweede lijn bevalt, zij het vanwege overdracht vanuit de eerste lijn of omdat zij al prenatale zorg kreeg in de tweede lijn, wordt de bevalling meestal gedaan door een klinisch verloskundige. Het verschil tussen de zelfstandig en de klinisch verloskundige is het opleidingsniveau. Met de voltooide HBO opleiding ben je verloskundige, de klinisch verloskundige heeft (steeds vaker) de aanvullende masteropleiding voltooid. Daarmee vervult hij of zij een brugfunctie in het grensgebied van de fysiologie en pathologie en integreert de visie van de eerstelijns verloskundige en die van de gynaecoloog tot één visie. De obstetrie verpleegkundige is een HBO-master waar de verpleegkundige zich specialiseert in het vakgebied van de zwangerschap en bevalling. De verpleegkundige obstetrie en gynaecologie verleent specifieke verpleegkundige zorg tijdens normale en pathologische bevallingen en heeft specifieke verpleegkundige kennis van vrouwen met gynaecologische gezondheidsproblemen en van zieke pasgeborenen en zuigelingen.

Gynaecologie (obstetrie), verloskunde en verpleging (obstetrie en gynaecologie) zijn verschillende vakgebieden die onderdeel uitmaken van de clan professionals in de verloskundige zorg. Verwantschapstechnisch maken ze echter geen deel uit van dezelfde familie van kennis. In symbolische zin kan de verpleegster worden gezien als de moeder, de verloskundige met gespecialiseerde kennis van de (normale) bevalling als de wijze vrouw en de gynaecoloog als half God die wordt ingeschakeld in zaken van leven en dood. In de praktijk worden de meeste bevallingen begeleid door een zelfstandig of klinisch verloskundige. Deze laatste groep staat onder supervisie van een gynaecoloog. De interactie tussen beiden bepaalt in hoeverre de gynaecoloog de bevalling in handen van de verloskundige laat. De input van de gynaecoloog in de besluitvorming is wisselend en persoonsgebonden.

Het Nederlandse verloskundige model kent in vergelijking met de meeste andere Europese landen een hoge babysterfte. De Stuurgroep (2009), die hier onderzoek naar heeft gedaan, schrijft dat 'zorg op maat' erg belangrijk is. Dit komt overeen met de bevindingen van gynaecologe {Gaia}. Zij is echter van mening dat het geen realistisch alternatief is. Een groot probleem zit volgens haar in de financiële vergoedingen die verbonden zijn aan het overdragen van eerste naar tweede lijn. Ook de financiën van het ziekenhuis spelen een rol; in de media wordt beweerd dat veel ziekenhuizen vanwege de hoge kosten, niet 24 uur per dag een gynaecoloog en een OK-team in huis hebben. Ziekenhuizen vangen dit in de praktijk op met gynaecologen die op afroep beschikbaar zijn, hetgeen betekent dat zij binnen 30 minuten in het ziekenhuis moeten kunnen zijn. Ook zijn er speciale slaapkamers beschikbaar in het ziekenhuis. Een gynaecologe die ik tijdens mijn onderzoek sprak, gaf aan dat de ervaring leert dat sneller wordt ingegrepen wanneer een gynaecoloog aanwezig is. Als de gynaecoloog thuis moet worden gebeld, zal de klinisch verloskundige het doorgaans langer aankijken.

Tijdens mijn onderzoek heb ik een beeld gekregen van de communicatiestructuur en de organisatiestructuur binnen het Nederlands verloskundig model in het algemeen, en het ziekenhuis waar ik mijn observaties uitvoerde in het bijzonder. Ik heb geleerd dat verloskundigen nog altijd de baring begeleiden tenzij zij zelf besluiten een gynaecoloog in te schakelen. De drempel daarvoor ligt in het ziekenhuis lager en de input van de gynaecoloog is geheel persoonlijk. Wellicht speelt de context waarin beslissingen worden genomen een rol in de perinatale sterfte; thuis is de verloskundige de enige professional die alle afwegingen in inschattingen moet maken, in het ziekenhuis loopt een team van verpleegkundigen O&G, klinisch verloskundige, gynaecologen en vaak ook studenten rond.



## 5. Geboorterituelen

..... *'If we consider the sparse ethnographic record, we find that there is no known society where birth is treated, by the people involved, as a merely physiological function. On the contrary, it is everywhere socially marked and shaped.'*  
*Brigitte Jordan, Birth in Four Cultures (1980: 1)*

Geneeskunde wordt in dit onderzoek in de meest algemene zin als een culturele constructie binnen een maatschappij benaderd. De manier waarop het proces van de menselijk geboorte plaatsvindt staat bol van rituelen en symboliek. In de Nederlandse cultuur wordt de geboorte van een baby als een belangrijk en gevaarlijk moment ervaren. Om grip te houden op deze angstige periode worden er protocollen gevolgd die als houvast dienen voor alle betrokkenen. In navolging van Davis-Floyd (1992) benader ik voor de analyse van de standaard procedure in het ziekenhuis, de bevalling als overgangsritueel. In dit hoofdstuk zal enerzijds het baren van een kind als overgangsritueel voor de (aanstaande) moeder worden behandeld, anderzijds worden de 'rituelen' vanuit de zorgverlening behandeld. De interpretatie hiervan is gestoeld op theorieën van Helman (2007), Davis-Floyd (1997) en Jordan (1980).

Helman (2007) stelt in haar boek 'Culture, Health and Illness' dat de biomedische of 'westerse' geneeskunde het menselijk lichaam symbolisch voorstelt als een machine. Davis-Floyd komt tot dezelfde conclusie en benadert de gynaecologie en de handelingen van het zorgverlenend personeel ten opzichte van de barendende moeder uitermate kritisch. Desondanks neem ik haar analyse als uitgangspunt voor mijn eigen interpretaties. Jordan (1980, 1997) introduceerde het concept 'authoritative knowledge' (gezaghebbende kennis). In dit hoofdstuk kijk ik naar het proces van besluitvorming en laat ik zien welke kennis gezaghebbend is bij een ziekenhuisgeboorte (in de tweede lijn).

Het standaardiseren van medische procedures bij de geboorte is in feite een overgangsrite. Obstetrische procedures vormen een richtlijn voor de besluitvorming en geven de fundamentele normen en waarden van de Nederlandse maatschappij met betrekking tot barendende vrouwen weer: tijd speelt hierbij een belangrijke rol. Ook blijkt dat er wordt geloofd dat de technologie superieur is over natuur.

### 5.1 Rituelen

De manier waarop ik mijn veldwerk-observaties analyseer, is geïnspireerd door en zelfs grotendeels gebaseerd op de benadering van Davis-Floyd (1992) zoals weergegeven in haar boek 'Birth as an American Rite of Passage'. Zij gebruikt voor het beschrijven van het bevallingsproces het concept 'rite of passage' (overgangsrite). Dit concept werd geïntroduceerd door Arnold van Gennep (1960).

Rituelen worden doorgaans onderverdeeld in twee verschillende soorten; religieuze en seculiere (of sociale) rituelen. De eerste soort richt zich op contact met het bovennatuurlijke. Dit verklaart waarom het woord 'ritueel' al snel wordt geassocieerd met begrippen als 'traditie' en 'heilige zaken' en in verband gebracht met sociale structuren die in de tijd stil zijn blijven staan. Het lijkt daarom in eerste instantie misschien vreemd om het over geboorterituelen te hebben in de context van een ziekenhuis dat beschikt over moderne technologieën en gelegen is in een hoogtechnologisch ontwikkeld land. Toch is er ook in deze hypermoderne, technologisch ontwikkelde westerse geneeskunde sprake van een overgangsrite. In dit verband moet met name worden gekeken naar de tweede soort rituelen; de seculiere of sociale. Deze soort geeft het leven vorm en is gericht op het bieden van structuur. Kloppenburg (1989) geeft aan dat de zin en waarde van rituelen vaak wordt gekoppeld aan het bieden van structuur. Dit valt vooral op in situaties die door personen of door de gemeenschap als speciale of kritieke momenten worden beschouwd en waarin behoefte is aan een (ritueel) gestructureerde context. Dit is te

verklaren door het gegeven dat van een ritueel (standaard handelingen) een gevoel van veiligheid, steun en houvast uit gaan. Beide vormen van rituelen hebben over het algemeen een symbolische betekenis: het rituele gedrag en handelen verwijst naar andere, als belangrijker beschouwde waarden.

Volgens Van Gennep (1960) is een overgangsrite een actie die de overgang markeert tussen verschillende fases in het leven. De duidelijkste voorbeelden van overgangen naar nieuwe fases zijn geboorte, dood en huwelijk. Een synoniem voor 'rite of passage' is 'levenscrisis ritueel.' Van Gennep (1960) geeft aan dat overgangsrites bestaan uit drie stappen. De eerste stap is die van de scheiding van de vorige toestand, plaats, tijd of status. Hierna volgt de tweede stap, een soort 'niemandsland' tussen twee toestanden in. Er is niet meer sprake van de oude toestand, maar de nieuwe toestand is nog niet aangevangen. De derde stap is die van de reïntegratie in een getransformeerde toestand. Dit basispatroon kan volgens hem worden aangewezen in bijna elk ritueel, zeker als het gaat om rituelen die een bepaald soort verandering of beweging markeren. De ideeën van Van Gennep (1960) met betrekking tot overgangsrites zijn opgepakt en verder ontwikkeld door Victor Turner. Turner (1969) keek in het bijzonder naar het middelste stadium van de overgangsrite (1969, in Bowie, 2000 en Barnard, 2009)

Van Gennep (1960) heeft de stappen van de overgangsrite toegepast op zwangerschap en bevalling. Hij ziet de gebruiken rondom zwangerschap en geboorte als een geheel. De zwangerschap is hierin de overgangsfase waarin de aanstaande moeder wordt gescheiden van haar sociale rol. In dit kader passeren diverse rituelen de revue die verbonden zijn aan de zwangerschap. Hierdoor neemt de zwangere langzaam een nieuwe sociale positie in, met als hoogtepunt de bevalling, gevolgd door de postnatale periode. Het is echter ook mogelijk om de drie fases te herkennen tijdens de bevalling zelf. Hierdoor kan ook de baring worden gezien als een overgangsrite. De scheidingsfase (separation) heeft dan betrekking op het fysiek losmaken van de moeder van haar normale leven. In het geval van een ziekenhuisbevalling, kan dit moment worden gelijkgeschakeld met het binnengaan van het ziekenhuis. Hierna volgt de overgangsfase (liminale fase), de baring om ten slotte te worden gevolgd door de herenigingsfase (reaggregation). De vrouw keert getransformeerd, namelijk als moeder, terug in de samenleving.

Uit het bovenstaande blijkt dat rituelen in feite middelen zijn om met gevaren en onzekerheden om te gaan. Ze geven structuur en daarmee houvast. Het gaat bij een ritueel niet zozeer om de handeling zelf, maar om de betekenis die daaraan wordt gegeven. De betekenisgeving komt tot stand door het gebruik van *symbolen*. Een definitie die hierop aansluit is die van David Kertzer (1988): 'een ritueel is een handeling verpakt in een web van symboliek.' Antropologen benadrukken volgen Helman (2007) met name dat een ritueel (voor de deelnemers) belangrijke sociale, psychologische en symbolische dimensies heeft. Het belangrijkste kenmerk van een ritueel is volgens haar, dat het een vorm is van repetitief gedrag zonder dat er een direct effect mee wordt bereikt.

Tambiah (1979 in Bell, 1997) gaf aan dat het onderscheid tussen wat een ritueel is en wat niet, eerder relatief dan absoluut is en kwam met een werkdefinitie waarin een ritueel werd gezien als een door de cultuur vormgegeven systeem van symbolische communicatie. De opvatting dat rituelen worden geassocieerd met symbolische communicatie, is relatief recent. Pas in de elfde editie van de 'Encyclopedia Britannica', die werd gepubliceerd in 1910, staat vermeldt dat rituelen worden beschouwd als een soort van routine-gedrag dat iets symboliseert of uitdrukt. De rituele symbolen betekenen dus iets.

Pogingen om de functie van het ritueel te definiëren gingen lange tijd uit van het onbewust ondersteunen van sociale structuren, door ze te representeren en op die manier te versterken. Een andere mogelijkheid is dat rituelen de sociale autoriteit legitimeren door deze als het ware te verbloemen. De antropologie van het handelen ziet de mensen die rituelen uitvoeren, juist als actoren die zich bewust inzetten voor het reproduceren van een patroon. Het is aannemelijk dat er een reden, functie en betekenis achter een rituele handeling zit, welke implicaties heeft voor de relatie tussen het ritueel, het beleid en de sociale structuur. Bowie (2000) zegt hierover dat rituelen kunnen worden gezien als 'voorstellingen' waarin zowel het publiek als de actoren zijn betrokken. Het is geen universeel, cross-cultureel fenomeen, maar een specifieke manier van

kijken naar en organiseren van de wereld, dat evenveel zegt over de antropoloog en zijn of haar referentiekader, als over de mensen en het gedrag dat is bestudeerd.

Volgens Durkheim heeft het ritueel de functie ervoor te zorgen dat de banden tussen groepen en hun zelfaanbidding versterkt worden. Het bestuderen van rituelen geeft dan belangrijke informatie over de maatschappij waarbinnen deze plaatsvinden. Het versterken van die banden leidt ook tot de legitimering van autoriteit. Turner onderscheidt twee verschillende functies van rituelen: expressief of creatief (Helman, 2007). 'Wanneer een ritueel dan expressief is, heeft het tot doel de basiswaarden uit te drukken en deze te communiceren naar de deelnemers en toeschouwers' (Helman, 2007: 224). 'Het doel van creatieve aspect van het ritueel is het (her)creëren van de categorieën door middel waarvan mensen de werkelijkheid vorm geven; de onderliggende axioma's van de structuren van de samenleving en de wetten van de natuurlijke en morele orde' (ibid). Beide functies worden bereikt door het gebruik van symbolen. De symbolen verworden volgens Jon P. Mitchell (in Encyclopedia of Social and Cultural Anthropology) het medium door middel waarvan de participanten zelf het ritueel definiëren. De verschillende interpretaties van symbolen kunnen leiden tot verandering van het ritueel, omdat het de alternatieven aan het licht brengt. Voorbeelden van symbolen zijn gestandaardiseerde objecten, gebruikte kleding, bewegingen, gebaren, woorden, geluiden en geuren. Gebruikte objecten in het ziekenhuis zijn bijvoorbeeld het ziekenhuisbed en het cardiogram (CTG). Kleding is op de verloskamers voor zowel verloskundigen als gynaecologen een witte jas, soms dragen ze ook een witte broek. Ook ik werd verzocht een witte doktersjas te dragen op de afdeling, zodat het duidelijk was voor personeel en patiënten dat ik bij het ziekenhuis 'hoorde'. Tijdens de bevalling dragen de verloskundigen ook handschoenen. Moeder draagt meestal nachtkleding; ook dit is een belangrijk symbool dat communiceert dat moeder zich in een overgangsfase bevindt (juist omdat het zo vanzelfsprekend lijkt dat iemand in bed nachtkleding draagt, wordt het doorgronden van de et cetera clausules hier duidelijk, zie een voorbeeld uit mijn observaties op pagina 65). Bewegingen en gebaren die veel terugkwamen waren bijvoorbeeld de positie die de verloskundigen innamen ten opzichte van moeder: het liefst op ooghoogte, dus zittend op het bed. Instemmend knikken is een gebaar dat ik regelmatig heb gezien en het leek tot doel te hebben de moeder aan te moedigen dat het goed ging. Oogcontact speelt een grote rol; er wordt veel aandacht besteed aan het maken van oogcontact wanneer er iets besproken wordt met moeder. Het vermijden van oog contact in bepaalde situaties (bijvoorbeeld tijdens een wee sluiten veel moeders hun ogen) was ook duidelijk een keuze; verloskundigen keken dan meestal naar het CTG of de grond. Stilte is een belangrijk onderdeel in het bijstaan van de moeder, die door de afwezigheid van geluid de ruimte krijgt in zichzelf te keren. Bij eerste binnenkomst op de verloskamer geven verloskundigen de moeder en eventueel haar partner of andere metgezel een hand. Daarna onderzoeken zij de buik met hun handen (soms ligt moeder dan al aan het CTG). Ongeveer het enige andere geluid in de verloskamer was meestal het gepiep van het CTG. 'Woorden' zijn ook erg belangrijk in de verloskunde; het coachen van de moeder wordt hen geleerd tijdens de opleiding. Moeders krijgen over het algemeen te horen dat ze het 'goed doen'. Veel gehoorde woorden tijdens de bevalling zijn: 'Goed zo! Goed hoor! Je doet het prima! Keurig'. Tijdens het persen werd er vooral gezegd: 'Duwen' 'Ga door' 'Kom op!' 'Pak je knieën' 'Je doet het geweldig.' Een voorbeeld van coachen tijdens de uitdrijving:

### Case 5

Hierbij een onderdeel verslag van een bevalling:  
12.53 Wee.

Verloskundige (VK) (tegen moeder): 'Daar komt een stukje hoofd.'

Moeder: 'Daar komt er nog één!' (wee)

Assistent Verloskundige (asVK): 'Neem een hap lucht en pers naar beneden toe.'

Moeder: 'Ja! Nu!'

VK: 'Blaas goed uit.'

12.54 Wee. Persen.

asVK (tegen moeder): 'Goed zo, heel goed!' 'Duwen' 'Kom maar!' 'Neem een hap lucht...' 'Niet bang zijn!'

'Goed zo, ontspan, even op adem komen'

VK (tegen Verpleegkundige (VP)): 'Kun je even de partusset neerleggen?'

VP (tegen VK): 'Moet hij open?'

[VP legt de partusset op het bed, aan het voeteneind]

Moeder: 'Ik weet niet meer wat ik voel! Een wee? Het hoofdje? 'Aaaaah mijn rug!'

VK: 'Je voelt het hoofdje.' 'Heb je last van je rug?' 'Hmmm ja...'

Moeder: 'Ik voel een wee opkomen.'

VK: 'Neem een hap lucht.'

'Vasthouden'

'Duwen!'

'Kom maar'

'Heb je nog een hap?'

'Goed zo!'

[VK pakt de hand van moeder en brengt die naar het hoofdje van de baby]

VK: 'Voel maar, hier is het hoofdje.'

Moeder: 'Ja!'

In deze case speelt ritme een belangrijke rol. Ritme is een symbool; in sommige rituelen kan dit zang of het gebruik van drums zijn. Tijdens de uitdrijving fase ontstaat er een aanmoedigend koor, dat aanhoudt zolang de moeder perst. Dit was bijna bij alle bevallingen die ik heb gezien hetzelfde, maar het viel mij vooral op bij de zesde bevalling die ik in het ziekenhuis bijwoonde. Het CTG van de baby gaf reden tot zorg en bij iedere wee begonnen alle aanwezigen (behalve ik) moeder aan te moedigen. Ze schreeuwden: 'Kom op! Doorgaan! Je kan het! Goed zo duwen, kom op!' Zodra de wee voorbij was en moeder ontspande stopte het koor. Een ander symbool in ritueel is geur. Alhoewel ik het niet heb meegemaakt, beschikt het ziekenhuis over verschillende geuroliën die in de verloskamers kunnen worden gebrand. Verloskundigen zijn van mening dat geuren kunnen helpen bij ontspanning of juist om iemand op te peppen. Tijdens mijn observaties roken de verloskamers vooral naar ontsmettingsmiddelen. De muren in de verloskamers zijn wit, met één wand in kleur. Alle symbolen roepen bij de aanwezigen associaties op. Zo straalt de witte jas volgens Helman (2007) uit dat iemand verbonden is aan

het ziekenhuis, specifieke (medische) kennis bezit, toegang heeft tot intieme kennis over de patiënt haar leven en lichamelijk onderzoek uit mag voeren. De symboliek van de witte jas stelt de drager volgens haar in de positie om lichaamsdelen die privé zijn, publiek te maken, omdat er emotionele en seksuele afstand is gecreëerd. De witte jas 'vertelt' volgens Helman (2007) dat de persoon die hem draagt betrouwbaar is, veel verdient en een hoge sociale status heeft. Al deze symbolen zijn belangrijk, omdat zij onderdeel zijn van de creatie van het ritueel; voor de aanwezigheid is het alsof de verandering (creatie van een moeder) niet zou plaatsvinden als het ritueel niet uitgevoerd zou worden. Deze theorie werd voor mij tijdens mijn veldwerk bevestigd; omdat ik een witte jas droeg gingen (aanstaande) ouders, studenten en personeel er in eerste instantie vanuit dat ik medische kennis bezat; ze reageerden verbaasd als ik vertelde dat ik een antropologisch leeronderzoek deed. Geen van de moeders heeft bezwaar gemaakt tegen mijn aanwezigheid bij lichamelijke onderzoeken of de bevalling. Het is mijn interpretatie dat deze reactie van met name moeders, bevestigt dat de witte jas betrouwbaarheid en emotionele en seksuele afstand communiceert.

De theorie van Durkheim over wat een ritueel is, wordt volgens Bauman (1992 in Bell, 1997) regelmatig geïnterpreteerd als een actie binnen en voor een specifieke categorie mensen met een gezamenlijk doel. Het ritueel zou dan hun gezamenlijke normen en waarden bevestigen binnen hun eigen betekenisvolle wereld. Hij is van mening dat er aan hand van dit axioma drie beweringen zijn afgeleid, welke hij in zijn artikel 'Ritual implicates 'Others,' (gebaseerd op zijn vierjarig veldwerk in Southall, een buitenwijk van Londen), weerlegt. De eerste bewering, die ervan uit gaat dat rituelen worden uitgevoerd door specifieke groepen (communities), weerlegt Bauman (1992 in Bell, 1997) door te suggereren dat rituelen ook uitgevoerd kunnen worden door concurrerende sociale groepen ('kiesdistricten'). Ten tweede suggereert hij dat, in plaats van aan te nemen dat rituelen de sociale normen en waarden en zelfkennis verheerlijken, het evengoed mogelijk is dat er aspiraties voor (culturele) verandering door wordt gecommuniceerd. Als derde en laatste weerlegt Bauman (1992 in Bell, 1997) de veronderstelling dat deelname aan een ritueel voorbehouden is aan 'insiders'. Hij stelt voor dat men erkent dat er regelmatig 'buitenstaanders' deelnemen aan rituelen, zowel in homogene als in multiculturele samenlevingen.

Het belangrijkste thema van Bauman (1992 in Bell, 2007) is het onderscheid tussen 'ons' en 'anderen' en het vermogen van rituelen om 'anderen' te betrekken. Hij illustreert zijn beweringen met data uit zijn eigen veldwerk, verdeeld over drie verschillende rituele situaties: publiek, privé en in een niet-homogene samenleving. Het publieke ritueel betreft de opening van een sportcomplex in een multiculturele wijk. Hierbij worden verschillende groepen mensen geconfronteerd met de aanwezigheid van 'anderen.' Juist wanneer de participanten geen homogene groep vormen, wordt het duidelijk dat symbolische boodschappen op verschillende manieren kunnen en worden geïnterpreteerd. Bauman (1992 in Bell, 1997) geeft twee voorbeelden van private rituelen. Eén daarvan is de Kerstviering in de familieverband. Een Punjab-gezin geeft haar eigen invulling aan dit ritueel. De 'anderen' zijn hier de groep waaraan het gezin refereert; het Britse gezin en hun traditie. Het gaat hierbij om de onderhandeling over de relatie tussen 'ons' (Punjab) ten opzichte van de (onzichtbare) 'anderen' ('Britten'). Het andere voorbeeld is de viering van een kinderverjaardag door een Punjab-gezin in Engeland. Deze voor hen onbekende viering wordt op eigen wijze geïnterpreteerd en geeft ook duidelijk de onderhandeling tussen 'hen' en 'wij' weer. De parallel tussen deze voorbeelden beschrijft de kern van het argument van Bauman (1992 in Bell, 1997) weer; de onderhandelingen over de relatie met 'anderen'. De Durkheimse visie op wat ritueel is, blijkt op zijn minst incompleet en laat juist dat weg, wat een etnografische observatie van het ritueel zo waardevol maakt. Het derde voorbeeld van Bauman (1992 in Bell, 1997) is wat hij noemt 'bewijs vanuit een homogene samenleving'. Hij baseert zich hierbij op bestaande literatuur en haalt hier vijf manieren van participatie aan rituelen uit.

Omstanders (ongeïnteresseerd)  
Toeschouwers (geïnteresseerd)  
Gasten (uitgenodigd)  
Getuigen (voor het valideren van het ritueel)  
Onbedoeld begunstigde (persoon aan wie dienst wordt verleend)

Bauman (1992 in Bell, 1997) besluit dat de definitie van 'wij' en 'hen' niet alleen contextueel is, maar intrinsiek dialectisch. Juist deze dialectiek, kan volgens hem de bron van het ritueel zijn. In het proces van het ritueel kan de ene manier om te participeren overgaan in een andere manier van deelname. Dubbelzinnigheden kunnen zo worden uitgespeeld of gemanipuleerd en de verschillende groepen (districten) krijgen de mogelijkheid zich te richten op de onderhandeling over wie 'wij' en 'hen' zijn. Volgens Bauman (1992 in Bell, 1997) leidt een kortzichtige interpretatie van Durkheims werken tot het beschouwen van het ritueel als een kristallisatie van de fundamentele waarden van een samenleving die zichzelf door middel van ritueel verheerlijkt. In multiculturele samenleving wordt dit ingewikkeld door de aanwezigheid van 'anderen.' Het lijkt daarom zinvoller te denken in termen van rituele 'groepen' (communities) en de rol die ritueel speelt bij het tot stand brengen van veranderingen van cultuur. Hiermee weerlegde hij de klassieke visie van Durkheim dat ritueel vooral het 'om het gouden kalf heen dansen' van een samenleving is.

De bevalling is evengoed een ritueel proces waarin verschillende groepen hun eigen interpretatie geven aan de symboliek. Alle deelnemers: moeder (de begunstigde) en haar 'getuigen', verloskundige, verpleging en eventueel de gynaecologe(n), aan hetzelfde ritueel, kunnen worden benaderd als een aparte groep die zichzelf indeelt als 'wij' en 'hen'. De symboliek achter een rituele handeling heeft geen uniforme boodschap voor alle participanten; hoe een moeder het overgangsritueel van de bevalling ervaart en welke boodschappen zij ontvangt kunnen heel anders zijn dan de interpretatie van bijvoorbeeld de verloskundige. Juist de symboliek kan het medium zijn doormiddel waarvan moeder en andere aanwezigen een eigen betekenis geven aan hun ervaring. Omdat mensen de betekenissen van de symboliek op verschillende manieren ervaren en interpreteren, kan dit de structurering van het ritueel weer wijzigen. Een voorbeeld hiervan is de eerder door mij aangehaalde case 3, van mijn observaties. Hierin is de rituele handeling het gebruik van het CTG. Voor het personeel is dit een essentieel onderdeel van de rite. Moeder is echter van mening dat het CTG geen toegevoegde waarde heeft en wil hem af. Er ontstaat vervolgens een conflict tussen moeder en verloskundige:

Case 3:

asVK Mieke: ik weet niet of dat mag  
Moeder: maar hij doet niks en ik heb er hinder van  
asVK Mieke: ik ga het vragen

15.01 AsVK Mieke komt weer binnen, ze gaat de CTG weer bevestigen. Moeder zegt dat ze de weeën bijna niet meer kan weg puffen en kreunt van de pijn. AsVK adviseert haar om rustiger te ademen omdat ze anders misschien wel gaat hyperventileren.

15.04 wee. Moeder kreunt, en ademt: pf-pf-pf-pfffff

15.05 asVK ontsmet haar handen. Moeder trilt over haar hele lichaam.

15.06 wee. asVK begint te 'coachen': 'heel goed' 'hartstikke goed'

Moeder zegt boos dat ze last heeft van de CTG band.

Moeder: Registreert hij wat? Want ik heb er écht last van.

asVK: Officieel moet hij omblijven

Moeder: MAAR DOET HIJ HET ???

asVK: 'Hij registreert wel iets... ik kan hem wel verplaatsen..... zo beter?'

### Vervolg case 3

Nadat de asVK de verloskamer verlaat, rukt moeder het CTG alsnog van haar buik, de verloskundige ziet dit op de monitor in de koffiekamer en komt kijken. Ze besluiten een schedelelektrode aan te brengen en de weeën te beoordelen op basis van observatie.

## 5.2 De standaard procedure

Zoals ik heb besproken in het hoofdstuk 'Methoden en Technieken', bestond mijn veldwerk uit het meelopen op de afdeling. Dat betekent dat ik veel tijd doorbracht in de koffiekamer en op de verloskamers. Op die manier kon ik de samenwerking tussen het personeel en de interactie met de (aanstaande) moeders en de mensen die haar vergezelden goed observeren. Hieronder geef ik op basis van twaalf observaties van bevallingen weer wat naar mijn mening de standaardprocedure voor de ziekenhuis bevalling is. Het is wel belangrijk te benadrukken dat de door mij gedane observaties in één ziekenhuis hebben plaatsgevonden en daarom niet van toepassing zijn op de gehele Nederlandse verloskundige zorg; het is louter een indicatie van de gang van zaken. De door mij beschreven standaardprocedure is mijn eigen fasering, gemaakt op basis van observaties en kan per ziekenhuis (licht) verschillen.

### (fase 1)

Over het algemeen wordt de komst van een moeder telefonisch aangekondigd. Moeder belt zelf, of haar verloskundige belt. Wanneer moeder aankomt in het ziekenhuis meldt zij zich bij de balie van de verloskamers. Als het niet duidelijk of zij aan het bevallen is, gaat ze eerst naar de onderzoekskamer. Wanneer moeder wel duidelijk *in partu* (barende) is, wordt zij door de klapdeuren de afdeling op gelaten en geïnstalleerd in een verloskamer. Dit wordt gedaan door een studente verloskunde, een verpleegster of door de dienstdoende verloskundige.

### (fase 2, external fetal monitoring)

Vervolgens wordt er een hartfilmpje, in vaktermen het 'cardio (hart) toco (weeën) gram' (CTG) genoemd, van de baby gemaakt. Dit houdt in dat er bij moeder twee banden om haar buik worden bevestigd, die de hartslag van de baby en de sterkte en de frequentie van de weeën meten. Haar partner mag bij haar blijven en beiden krijgen eten en drinken.

### (fase 3)

Na een tijdje wordt moeder verzocht haar onderkleding uit te trekken zodat er vaginale onderzoeken kunnen worden gedaan, dit gebeurt ongeveer iedere twee uur en vaker als de geboorte lijkt te naderen of wanneer het medisch noodzakelijk wordt geacht. Veel moeders hebben speciale kleding meegenomen om in te bevallen, zoals een nachthemd. Moeders krijgen veelal een infuus 'geprik', in de vaktaal spreekt men van 'IV'; het intraveneus (in de ader, een andere optie is in de spier) toedienen van vocht en eventueel een geneesmiddel. Op de verloskunde afdeling krijgen de moeders regelmatig 'synto' via het infuus; dit is een synthetische versie van het hormoon oxytocine. Dit is een hormoon dat moeder zelf aanmaakt en dat de weeën stimuleert. Het synthetisch synto stimuleert de weeën ook. Dit hormoon wordt ook wel het knuffelhormoon genoemd en wordt gebruikt bij onvoldoende uteruscontractiliteit (weeën sterkte) en ter preventie en behandeling van post-partum (na de bevalling) bloedingen. Het infuus kan worden aangebracht door studenten (coassistenten of verloskunde studenten), door de verpleging of door de verloskundige.

#### (fase 4)

In een later stadium en bij vorderende ontsluiting wordt er eventueel een schedelelektrode bij de baby aangebracht (internal fetal monitoring). Dit is een draadje dat onder de hoofdhuid van de baby wordt geprikt (zonder verdoving), waardoor er een direct registratie van de hartslag mogelijk is. Deze meting is nauwkeuriger dan die afkomstig van de CTG band, die nu kan worden verwijderd, wat comfortabeler is voor moeder. Volgens de verloskundigen ondervindt de baby geen hinder van de schedelelektrode. Om dit aan te brengen moeten echter wel de vliezen worden gebroken en het is een zeer nauwkeurig werkje. Ook wanneer er geen schedelelektrode gebruikt wordt, is dit meestal de fase waarin de vliezen kunstmatig gebroken worden als er nog geen spontane vliesscheur was opgetreden. Er bestaat ook een inwendige weeënregistratie, die een nauwkeurigere meting van de weeën geeft. Het voordeel van intra-uteriene drukkatheters ten opzichte van externe CTG is echter nooit aangetoond (NVOG, 2006). Bovendien bestaat er bij het gebruik van een inwendige drukkatheter een klein risico op ernstige complicaties, zoals bloedingen en loslating van de placenta.

#### (fase 5)

Als de baby bijna geboren wordt, nemen de acties die rondom de moeder in intensiteit toe; Ze wordt meestal op haar rug gelegd en gecoacht in het ademen door de verloskundige, eventueel de studente verloskundige en soms ook door de verpleging. Het wordt niet gewaardeerd als non-professionals zoals partner of familie van moeder zich actief opstellen in het coachen. Hun rol is beperkt tot het aanwezig zijn en het eventueel vasthouden van moeders hand of haar hoofd. De verloskundige trekt steriele handschoenen aan. De matjes worden (regelmatig) vervangen en de partusset wordt klaargezet. De reanimatietafel voor de baby wordt aangezet en (omdat ik mijn onderzoek in de zomer deed) de ramen die openstonden worden gesloten.

#### (fase 6)

Zodra de baby geboren is wordt deze binnen een paar minuten en soms direct op moeders buik gelegd. Meestal wordt er vrij snel hierna een klem op de navelstreng geplaatst. Het syntonifus wordt nu op een hoge stand gezet om de geboorte van de placenta te bevorderen. Geen van de aanwezigen mag elkaar nu al feliciteren, want de baring is nog niet afgerond en moeder is dus nog niet veilig.

#### (fase 7)

De volgende handeling is het doorknippen van de navelstreng. Dit gebeurt met een steriele schaar. De knip wordt gezet tussen twee klemmen die de doorbloeding stoppen zodat de baby niet dood zal bloeden. Dit gebeurt zo snel na de geboorte omdat er tussen de twee klemmen eerst wat bloed wordt afgenomen voor de bepaling van de zuurtegraad van de baby. Deze verandert na verloop van tijd. Als de navelstreng niet wordt afgeklemd dan stopt het pulseren (slagader) vanzelf en kan de navelstreng worden doorgeknipt zonder gevaar voor bloeding. Bijna altijd is de vader de persoon die moeder en kind op deze manier van elkaar scheidt. Dit belangrijke moment wordt vaak op een foto vastgelegd door personeel en met wat kreten van vader en verloskundige kracht bijgezet.

#### (fase 8)

Als de baby het goed maakt, gaat de aandacht vervolgens naar de geboorte van de placenta. Soms komt de placenta vrij snel na de baby spontaan en soms moet de moeder persen en de verloskundige op de buik duwen. Als de placenta geboren is, wordt deze (door de studente) gecontroleerd; er wordt gekeken of de gehele placenta geboren is en er niets in de baarmoeder is achtergebleven, omdat dit gevaarlijk is in verband met bloedingen. Vervolgens wordt de placenta beoordeeld; 'mooi', 'groot', 'klein', 'grauw'; ze geeft namelijk informatie over 'hoe goed de baby het had.'

Ten slotte wordt de placenta in de lucht gehouden en aan moeder getoond. Meestal noemt de verloskundige dit: 'het huisje van de baby.' De placenta mag mee naar huis genomen worden als het koppelt dit wenst. Als dit niet het geval is, wordt de placenta weggegooid.



#### (fase 9)

Iedereen die aanwezig is mag elkaar nu feliciteren.

#### (fase 10)

Na de felicitaties kan het zijn dat moeder nog gehecht moet worden. Ook wordt de baby aan de borst gelegd. De verpleging en de verloskundigen kunnen de moeder hierbij assisteren. Borstvoeding wordt in het ziekenhuis waar ik mijn onderzoek deed gepromoot en het hele team draagt hetzelfde beleid uit. Zij beschikken over het WHO certificaat voor borstvoeding.

#### (fase 11)

Als laatste wordt de moeder schoongemaakt en worden eventueel de lakens vervangen. De baby wordt nagekeken door de verloskundige of haar studente. Er wordt gekeken of er geen zichtbare afwijkingen zijn en de reflexen van de baby worden getest, vervolgens krijgt het kindje vitamine K en wordt het aangekleed. De baby's conditie wordt beoordeeld middels de *Apgar-score* (zie beneden).

#### (fase 12)

Moeder en partner (en eventuele andere aanwezigen) krijgen beschuit met muisjes van het personeel. Ze krijgen daarbij thee of iets anders als ze dat willen. Als alles goed gaat mag moeder douchen en wordt ze gestimuleerd om te plassen. Als de blaas vol zit en de moeder plast niet, dan zit dit in de baarmoeder in de weg. Daardoor kan deze minder goed samentrekken. Als er na de bevalling veel bloedverlies is en de baarmoeder niet goed samentrekt wordt er ook gekatheteriseerd om de blaas leeg te maken. Vrouwen die een ruggenprik hebben gehad, voelen meestal tijdens de bevalling vanaf hun navel niks meer. Deze vrouwen hebben soms problemen met plassen en worden daarom in dit opzicht extra in de gaten gehouden. Bij normale omstandigheden (moeder en kind maken het goed en moeder heeft geplast) mogen beiden een paar uur na de bevalling naar huis. Als er redenen zijn om haar of haar kind op te nemen in het ziekenhuis dan worden ze naar de kraamafdeling gebracht. Als de baby wordt opgenomen mag moeder ook blijven, maar de vader niet.

### **5.3 Analyse van de symboliek van de ziekenhuisbevalling als ritueel**

Ik heb de standaard rituelen van de ziekenhuis bevalling verdeeld in twaalf fasen. Natuurlijk zijn er vele variaties te bedenken. Voorbeelden daarvan zijn wanneer de moeder in een andere houding bevalt, als de baby met een kunstverlossing ter wereld komt of wanneer de placenta niet of niet volledig geboren wordt. Mijn observaties zijn gebaseerd op twaalf bevallingen die allemaal heel verschillend waren. In hoofdlijnen is dit wat de standaard procedure lijkt. De onderstaande analyse is in zijn geheel geïnspireerd op de analyse van Davis-Floyd (1992), die veel onderzoek heeft gedaan naar bevallingen in Amerika. Zij kan zich soms erg negatief uitlaten over organisatie van de reproductieve zorg, die in allerlei opzichten sterk verschilt van de zorg die in Nederlandse ziekenhuizen wordt geboden. Ik sluit mij daarom in verschillende opzichten niet geheel bij haar aan, maar ik heb mijn analyse wel in vele opzichten als uitgangspunt genomen. Waar het mogelijk was heb ik haar beschrijvingen van officiële redenen, fysieke effecten en rituele doeleinden overgenomen. Soms heb ik dingen veranderd of weggelaten. In andere gevallen heb ik mijn eigen interpretatie gegeven of aangevuld met andere literatuur. Hieronder beschrijf ik de symboliek van de ziekenhuisbevalling als ritueel.

#### **5.3.1 Scheidings-Fase**

Al tijdens de zwangerschap wordt de (aanstaande) moeder stapsgewijs losgemaakt van haar normale sociale positie en leven. Daarna volgt de overgang naar het bevallingproces, de overgangsrite op zich, met de aankomst in het ziekenhuis: moeder wordt daarmee een patiënte. Eenmaal aangekomen wordt zij aan het CTG gelegd. De scheidings-fase is voltooid wanneer

moeder de kleding aantrekt waarin zij wil gaan bevallen; zij kan nu niet meer op elk gewenst moment de setting verlaten en terug naar haar positie binnen de samenleving. Zij zal het ziekenhuis pas verlaten na voltooiing van de bevalling en met een nieuwe status de samenleving weer betreden.

### *Ziekenhuis en bed*

#### *Beschrijving en officiële redenen*

Geboorte wordt in de Nederlandse geneeskunde en verloskundige zorg als een normaal fysiologisch proces beschouwd. Wel is het zo, dat er onderscheid wordt gemaakt tussen normale bevallingen en pathologische (ook wel medische of hoog risico bevallingen genoemd). Normale bevallingen worden ook wel 'laag risico'-bevallingen genoemd. Ze vinden thuis, in een kraamhotel of op poliklinische basis in het ziekenhuis plaats. De verloskundige kan tijdens de zwangerschap aanleiding vinden om een bevalling op voorhand als 'hoog risico' of 'medisch' te beoordelen. Moeder wordt dan overgedragen naar de tweede lijn, zodat de bevalling standaard plaatsvindt in het ziekenhuis. De Stuurgroep (2009) laat in haar advies zien dat er: 'een aanzienlijk verschil bestaat tussen de oorspronkelijke intentie en de daadwerkelijke locatie van bevallen. Er is een aanzienlijk verschil tussen primi parae (eerste kind) en multi parae (vanaf tweede kind): van de primi parae wordt in 2007 tijdens de bevalling 42% doorverwezen naar de tweede lijn en van de multi parae 13%' (Stuurgroep, 2009: 20). Het in een ziekenhuis 'zijn' houdt meestal in dat je een patiënt bent en een patiënt ligt over het algemeen in bed. Rondlopen tijdens de weeën wordt door de meeste verloskundigen wel toegestaan als er gevraagd wordt of dit mag. Tegelijkertijd worden deze vrouwen die aan het bevallen zijn benaderd als kwetsbaar. De angst van het personeel is dat moeder zou kunnen vallen als ze niet in bed blijft. Als moeder wordt aangesloten op het CTG of infuus is rondlopen al helemaal lastig. In mijn veldwerk periode bleven alle vrouwen in bed, ook als ze er eigenlijk uit wilden, omdat uit bed komen hen werd afgeraden.

#### *Psychologisch effect*

Er zijn verloskundigen die het liever hebben over een medische of pathologische bevalling als tegenhanger van de normale baring, in plaats van te spreken over de ziekenhuis versus thuisbevalling. Bevallen in het ziekenhuis verbindt de baring aan het bestaan van een risico. Dat risico kan hoog of laag zijn, maar het blijft in termen van risicovol.

#### *Fysiek effect*

De gang van huis naar ziekenhuis kan de weeënactiviteit doen afnemen als gevolg van angst die onbewust of bewust ontstaat in reactie op de associatie tussen ziekenhuis en gezondheidsrisico's, alhoewel het heel soms ook kan stimuleren. Vrouwen kunnen naar het ziekenhuis komen om pijnstilling te krijgen of vanwege een niet vorderende ontsluiting. Wanneer ze dan in het ziekenhuis aankomen hebben sommige moeders soms ineens volledige ontsluiting. De rugligging op een bed is voor de barende moeder en foetus ook niet de beste; voor de bloedsomloop niet bevorderlijk. Op de site van zorgverzekeraar CZ staat dat de rugligging de afknelling van een belangrijke ader in de rug kan veroorzaken. Hierdoor kan zuurstofgebrek en in gevolg daarop duizeligheid, ontstaan.<sup>15</sup> Volgens Davis-Floyd (1992) is er zelfs een verband aangetoond tussen op bed liggen en het gebruik van bijstimulatie. De zijligging of staand zijn in dit opzicht de betere houdingen. Rondlopen en douchen dragen bij aan een comfortabelere houding en betere ontspanning waardoor er minder bijstimulatie nodig is.

---

<sup>15</sup> Bron: [http://medicinfo.cz.twatest.infosupport.net/d\\_duizeligheid](http://medicinfo.cz.twatest.infosupport.net/d_duizeligheid) geraadpleegd op 3 juli 2012

Liggen op de zij wordt door de verloskundigen aangeraden, maar staan wordt niet aangemoedigd, eerder afgeraden.

Het aansturen op de rugligging kan een negatief effect hebben op een (aanstaande) moeder zo blijkt uit mijn observaties (case 9). Waarin moeder aangeeft graag te willen zitten maar aanhoudend geadviseerd wordt te gaan liggen:

Moeder: 'Nee sorry, ik wil (toch) zitten.'

[VK klapt de beensteunen uit en legt moeders benen er in, moeder moet nu wel op haar rug blijven liggen]

Moeder: 'Ik vind het genoeg zo.'

[Moeder geeft aan deze houding nog pijnlijker te vinden en zit zichtbaar totaal niet lekker in haar lichaam, is in paniek en ziet lijkbleek]

VK: 'Je maakt jezelf zó overstuur meid.'

18.01 Ineens draaien moeders ogen weg en wiebelt haar hoofd, de verloskundige springt van haar stoel en pakt moeders hoofd vast]

VK: 'We gaan niet flauwvallen!!! Adem in- en uit!!! Rustig blijven!!!'

Moeder: 'Ik wil STAAN!!!!' 'PLEASE!'

VK: 'Nee! Dat kan nu niet, dit is niet het goede moment. Ik ga zo even voelen, maar dat doet heel erg pijn, maar dan kan de baby er misschien langs en wordt hij geboren, maar dan moet je me wel mijn gang laten gaan.'

### *Rituele doeleinden*

Ondanks het feit dat het ziekenhuis uitdraagt dat zwangerschap en bevalling in het beginsel geen ziekte zijn en dat een vrouwenlichaam in staat is een kind te baren, is de boodschap die en ziekenhuis altijd uitdraagt: 'U bent ziek.' De persoon die wordt opgenomen is vervolgens hun patiënt. Moeder krijgt een patiëntnummer en ligt in een ziekenhuisbed; zij wordt geconceptualiseerd, als iemand die zorg nodig heeft. De vrouw is niet (altijd) ziek, maar vanwege de omgeving is zij zich toch een patiënt, wat onbewust wel gelijk staat aan ziek zijn. Om de ongelijkheid in de positie tussen zorgverlener en zorgvrager zoveel mogelijk weg te nemen, leren verloskundigen aan om op of naast het bed van moeder te gaan zitten. Direct oogcontact is dan gemakkelijk (letterlijk op gelijk niveau communiceren).

### *CTG*

#### *Beschrijving en officiële redenen*

Het cardio (hart) toco (weeën meting) gram (CTG) geeft de hartslag van de baby grafisch weer. Het is een continue meting door middel van banden die om de buik van de moeder zijn bevestigd. Hierdoor is het mogelijk te zien hoe de hartslag van de baby reageert op de weeën. De meerwaarde hiervan is dat er patronen kunnen worden gesignaleerd, zodat er bij foetale nood ingegrepen kan worden. De kritiek erop is dat de oorspronkelijke functie het voorkomen van foetale nood was, en dat de Doppler-meting (het handmatig meten met een doptone; een

echografische hartslagmeter, een moment opname) hetzelfde effect heeft als het CTG. De uitkomsten van bevallingen zouden volgens critici 'niet zijn verbeterd sinds de uitvinding van het CTG' (Sundström, 2006: 12).

### *Psychologisch effect*

Het correct meten van de hartslag van de baby via het CTG, dat een continue weergave van de hartslag geeft, is moeilijk. Ook het juist interpreteren van de grafische weergave van de data op de monitor is lastig. Statistisch gezien is de kans dat een bevalling in een kunstverlossing eindigt daarom groter wanneer er gebruik wordt gemaakt van het CTG; er wordt eerder ingegrepen ten opzichte van bevallingen waarbij geen gebruik wordt gemaakt van het CTG. Dit verband is echter niet causaal; ten eerste maakt de doptone een moment opname, waardoor er geen (eventueel zorgwekkend) hartfilmpje ontstaat. De monitor geeft een langdurige weergave van de foetale hartslag. Het is mogelijk dat dit een psychische druk veroorzaakt bij de klinisch verloskundige of gynaecoloog (de beroepsgroepen die met het CTG werken), waardoor de grens van ingrijpen lager ligt. Bovendien werken zij (2<sup>e</sup> lijn) altijd met hoogrisico moeders en doen zij de kunstverlossingen. De 1<sup>e</sup> lijn verleent de zorg aan de laagrisicogroep en zij beschikken niet over het CTG, maar wel over de doptone. Hieronder volgt een voorbeeld uit mijn observaties.

#### Case 4

VK: 'PAK je benen vast.' 'Heb je het gevoel dat je mee moet duwen?'

Moeder (vragend); 'Ja?'

12.57 uur [VK kijkt naar de monitor van het CTG en gaat vervolgens op de kruk naast moeder zitten]

Wee.

Moeder: 'Nee, het is nog geen perswee.'

[asVK en VK pakken de benen van moeder vast]

[Op het CTG begint de baby te "dippen"]

VK (tegen vader): 'de baby wil eruit, het is toch een jongentje?'

### *Rituele doeleinden*

Overgangsrites wereldwijd worden altijd gekenmerkt door fysieke uiterlijke versieringen. Wanneer de baring van een kind als zodanig wordt benaderd, kan het CTG gezien worden als artefact dat onderdeel uitmaakt van de overgangsrite naar moeder. Het CTG apparaat zelf ('non-human agent') is het symbool voor hoog technologische reproductieve zorg. Dit kan ik illustreren met een opmerking die in de koffiekamer tegen mij werd gemaakt door de verloskundige: 'De rol van het CTG heeft na dertig jaar<sup>16</sup> nog niet aangetoond dat het nuttig is; de uitkomst van de bevalling schijnt niet beter te zijn. Maar het gebruik ervan is zo'n gewoonte geworden, dat niemand het nog af durft te schaffen.'

De machine heeft een belangrijke functie in de besluitvorming. De 'kennis' over de baby die op de monitor wordt weergegeven, is volgens Davis-Floyd (1992) gezaghebbender dan informatie die geproduceerd wordt door mensen. Dit reflecteert volgens haar de verschuiving van de waardering van subjectieve ervaring naar objectieve kennis, geproduceerd door testen en machines. Ik heb dit ook waargenomen. Verpleging en verloskundigen vertelden de moeder wanneer de wee kwam of wanneer hij voorbij was. Sommige moeders voelden pijn die niet overeenkwam met wat het CTG registreerde. De algemene indruk bestaat dat er bij een goed CTG vanuit wordt gegaan dat het goed gaat met de baby. Wanneer het CTG een slecht beeld van

<sup>16</sup> Het CTG bestaat sinds dertig jaar.

de conditie van de baby geeft is er reden om alert te blijven; het kan zijn dat er niet veel aan de hand is, maar het kan ook zijn dat de baby het moeilijk heeft. Een slecht CTG kan aanleiding zijn voor het uitvoeren van een microbloedonderzoek (MBO) en eventueel een kunstverlossing (vacuümextractie of keizersnede).

In de koffiekamer staan monitoren die het CTG vanuit de verschillende verloskamers weergeven. De informatie ervan lijkt daardoor minstens zo belangrijk als het kijken naar de moeder zelf. CTG weeënregistratie is echter niet 100% betrouwbaar; het kan lijken alsof er niks aan de hand is terwijl er iets mis is en andersom. Dit komt onder andere doordat een knopje de aanspanning van de buik meet. Als je hier op duwt verhoog je de druk en daarmee zie je een wee op de registratie. Zo kun je het bijvoorbeeld via het CTG ook zien als een vrouw aan het overgeven is of persdrang heeft.

## *Omkleden*

### *Beschrijving en officiële redenen*

Moeders nemen zelf kleding mee waarin ze willen bevallen. Meestal is dit kleding die gemakkelijk zit, en die praktisch is: zodat de verloskundige gemakkelijk bij haar genitaliën kan komen voor de onderzoeken. Een lang nachthemd is daar een voorbeeld van. Bovendien is het bed de plek bij uitstek waar nachtkleding gedragen wordt. Bevallen zou ook in een jurk kunnen, maar gezien de context van het bed, kiezen de meeste moeders voor nachtkleding.

### *Psychologisch effect*

Wanneer de moeder het moment bereikt waarop ze zich gaat omkleden is er een nieuwe fase aangebroken; zij zal het ziekenhuis pas na de bevalling verlaten. Ook voor haar partner, familie of vrienden is dit een duidelijk signaal dat moeder nu binnen afzienbare tijd haar kind zal baren.

### *Rituele doeleinden*

Kleding communiceert veel over de identiteit; het omkleden naar nachtkleding betekent in zekere zin dat moeder niet meer geheel autonoom is. In feite vindt er nu een symbolische verschuiving plaats van haar lichaam als *privé terrein* naar haar lichaam als *publiek*. Volgens Goffman (1961 in Davis-Floyd 1992) geeft 'de ter publiek stelling van haar lichaam aan dat zij haar autonomie is verloren. Het stelt niet alleen haar intieme delen bloot aan handelingen vanuit de professionele zorg, maar het weerhoudt haar er ook van om op ieder gewenst moment het ziekenhuis te verlaten.'

In case 9 is moeder net opgenomen op de verloskamer, omdat ze 'in partu' is verklaard in de onderzoekskamer. Moeder is even gaan plassen en besluit zich gelijk om te kleden in haar nachtkleding, omdat zij het ziekenhuis nu niet meer zal verlaten voordat zij bevallen is:

Moeder wil zich, nu ze toch staat, direct omkleden. Ze doet een nachthemd aan en gaat dan weer op bed liggen.

VK: 'Heb je hier nu nog een hemd en een BH onderaan?'

Moeder: 'Ja...' (kijkt vragend)

VK: 'Wil je dat niet lekker uitdoen?'

Moeder: 'Huh, mag dat?'

VK: 'Ja, lijkt mij lekkerder.'

Moeder: 'Ok, graag!'

[asVK en VK helpen moeder haar hemd en BH uit te trekken]

### 5.3.2 Liminale fase

#### Synto

#### Beschrijving en officiële redenen

Het toedienen van synthetische oxytocine (bijstimulatie) gaat volgens de site van CVZ op de volgende indicatie: 'Inleiden van de baring en stimuleren van weeënactiviteit. Verkrijgen van een goede uteruscontractie bij het sluiten van de uterus na sectio caesarea. Voorkomen of behandelen van postpartale bloedingen en postpartale uterus atonie. Behandeling van bloedingen in het kraambed, subinvolutie van de uterus en lochiometra.' Synto zorgt voor het samentrekken van spieren (zoals de baarmoeder) en wordt gebruikt voor het inleiden van bevallingen en het stimuleren van weeën activiteit als de natuurlijke weeën niet genoeg effect hebben; als het niet snel genoeg gaat volgens de technocratische geneeskunde. Tijdens mijn observaties kregen vijf van de elf vrouwen synto om de weeën te stimuleren. Van deze vrouwen werden er drie ingeleid. In het ziekenhuis waar ik mijn observaties deed, wordt er gewerkt met een standaard verdunning: 5 IE in 49 ml zoutoplossing. 'De pompstand gaat steeds met 2 ml per uur omhoog. We beginnen met 2 ml/u, daarna in principe elke 30 tot 60 minuten omhoog naar 4 en 6. Meestal is stand 6 voldoende, dus 6 ml per uur, soms hoger' (Pers. Com. {Freya}). Volgens Rothman (1982 in Davis-Floyd 1992) komt dit omdat de moderne geneeskunde de bevalling benadert als een continue proces; als het eenmaal begonnen is stopt het niet meer. Als de weeënactiviteit afneemt, wordt dit gezien als abnormaal. Davis-Floyd (1992) schrijft dat zij in haar onderzoeken regelmatig vrouwen heeft gezien waarbij de weeën afnamen of compleet stopten, om na verloop van tijd weer toe te nemen. Zij is van mening dat het model van de westerse geneeskunde inhoudt dat alles binnen bepaalde tijden moet gebeuren: er staat een tijdsbalk onder de zwangerschapsduur (in Nederland kun je 42 weken zwanger zijn, als je die grens overschrijdt word je ingeleid) en onder de duur van de bevalling. Davis-Floyd (1992) noemt dit gevaarlijk en onnatuurlijk.

#### Fysiek effect

Het gebruik van oxytocine is niet geheel zonder risico's. Mogelijke bijwerkingen zijn volgens CVZ (2011): '*Hypertonie van de uterus (zelfs al bij kleine doses), tetania uteri met kans op uterusruptuur en circulatiebelemmering van de foetus. Verhoogde incidentie van icterus neonatorum en neonatale retinabloeding. Overgevoeligheidsverschijnselen. Maag-darmstoornissen zoals misselijkheid en braken. Tensiestijging bij de moeder. Snelle i.v. bolusinjectie kan leiden tot voorbijgaande hypotensie met 'flushes' en reflaxtachycardie. Zelden: gedissemineerde intravasale stolling.*'

Uit een onderzoek van Dr. Roberto Caldeyro-Barcia (1975) is gebleken dat weeën veroorzaakt door oxytocine langer duren, sterker zijn en met korte intervallen komen. Omdat bij iedere wee de bloedcirculatie van de placenta even stopt en dus de zuurstof toevoer naar de baby even stagneert is het overduidelijk dat het gebruik van bijstimulatie effect heeft op de foetus. Er kan zelfs een zuurstoftekort optreden. Deze fysieke conditie heet hypoxie. De symptomen van algemene hypoxie hangen af van de ernst en van de snelheid waarmee het optreedt. Hierbij horen hoofdpijn en vermoeidheid, een versnelde hartslag (tachycardie) hyperventileren, misselijkheid, tintelende vingers, blauw aangelopen vingers en soms toevallen. Baby's kunnen (in het ergste geval) overlijden aan de gevolgen van hypoxie; asfyxie (een toestand die permanente neurologische schade of zelfs sterfte kan veroorzaken). In Nederland is asfyxie de belangrijkste doodsoorzaak binnen de perinatale sterfte. Uiteraard kan asfyxie allerlei oorzaken hebben die verband houden met de bloedcirculatie en is dit niet perse toe te schrijven aan het gebruik van oxytocine. Bovendien wordt er in Nederland met een zeer lage dosering begonnen. Deze wordt steeds iets opgehoogd. Goede weeënregistratie is hierbij van belang, waardoor er eventueel gebruik wordt gemaakt van inwendige registratie. Zijn er te weinig weeën dan gaat de stand omhoog, zijn er te veel weeën of reageert de baby (het CTG wordt

slecht), dan gaat de dosering omlaag. Als de weeën te heftig zijn voor de vrouw dan krijgt ze pijnstilling, want; 'zonder weeën geen baby!' (de baring zal (te) langzaam vorderen).

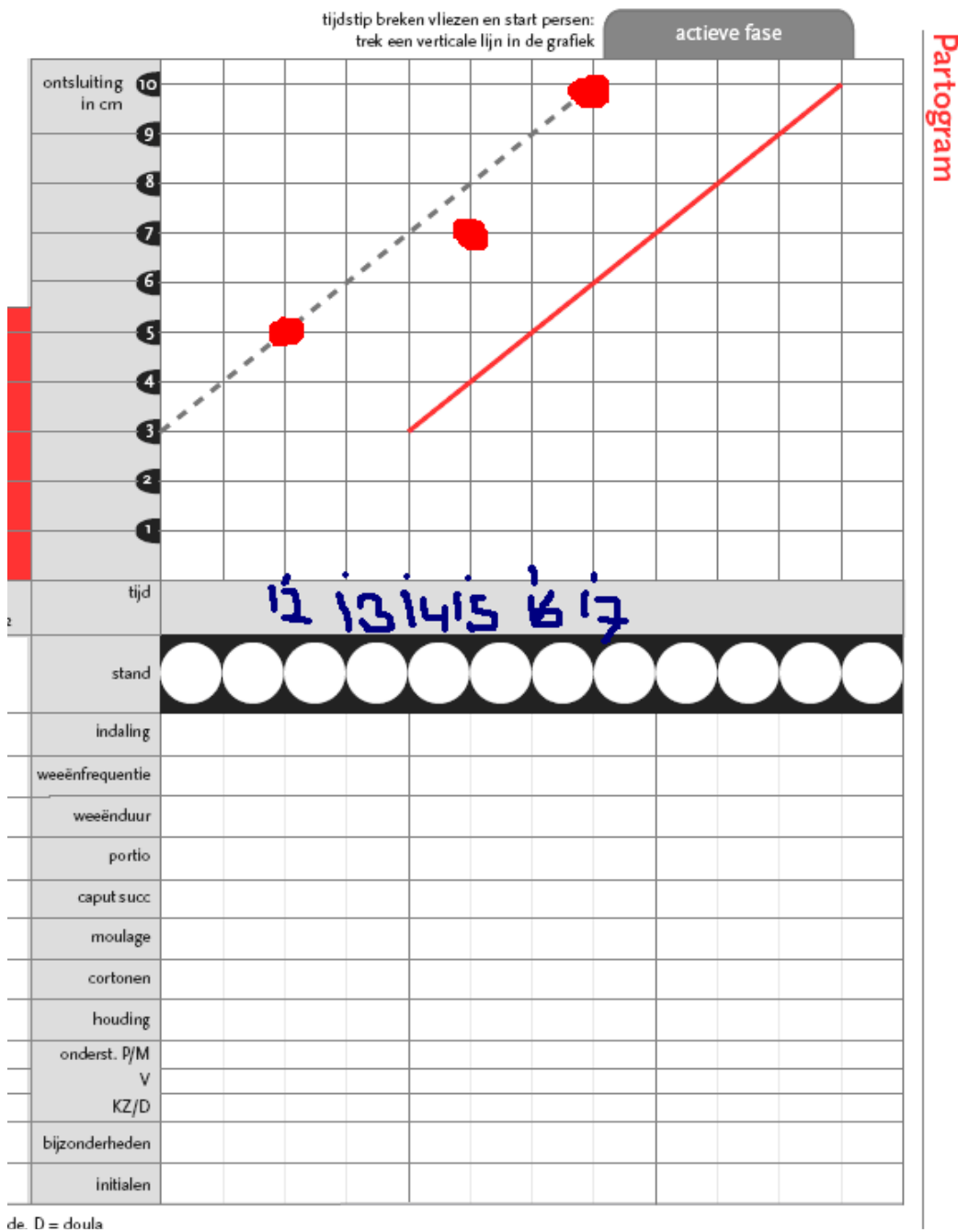
### *Opmerkingen van moeders*

De weeën zijn, pijnlijker en heftiger. Ze komen snel achter elkaar en zijn moeilijker op te vangen dan natuurlijke weeën. Een voorbeeld uit case 3.

Om 11.02 gaat de weeën stimulatie pomp (synto) om stand 2.0.  
Om 11.35 staat de synto op stand 4.  
Volgens de officiële registratie gaat de pomp pas om 11.50 uur naar stand 4.0.  
Om 11.50 is er ook helder vruchtwater op het matje te zien.  
Om 13.30 gaat de synto naar stand 6.  
Om 13.50 begint mevrouw weeën te voelen. De sfeer is rustig en moeder vindt het CTG prettig; ze wordt er niet zenuwachtig van.  
Om 14.09 komen de verloskundige en haar assistente binnen, ze vragen of zij ook mag toucheren.  
Moeder: 'het is niet anders'  
VK: 'Nou, het is niet anders, dat is het wel; het is aan jou'  
14.20 Moeder vindt dat het CTG niet duidelijk registreert wat zij voelt; niet alle weeën worden weergegeven, en de intensiteit correspondeert ook niet altijd met de grafiek.  
Om 14.31 komt de eerste wee die moeder als heftig ervaart. Zij zegt tegen haar nicht dat het puffen goed helpt maar dat inademen moeilijker gaat dan uitademen.  
14.34 weer een heftige wee.

### *Rituele doeleinden*

In het biomedische geboortemodel is een bevalling mechanisch en lineair; het vindt plaats binnen een bepaald tijdsbestek. De manier waarop geboorte plaats vindt, is grotendeels een culturele constructie en reflecteert het besef van tijd van de maatschappij waarin zij gevormd is. Als de voortgang van de bevalling niet voldoet aan de cultureel bepaalde standaarden, wordt het noodzakelijk geacht in te grijpen. Het toedienen van synthetische oxytocine is hier een voorbeeld van. Een studente verloskundige gaf mij het partogram dat zij op de opleiding gebruiken om de vordering van de ontsluiting in de gaten te houden, gerelateerd aan tijd. Zij schrijft mij in een e-mail op twee december 2010: *'Wij leren op school de vordering bij te houden in een partogram. Hierin kun je bijvoorbeeld ook zien wanneer er sprake is van een niet vorderende ontsluiting. Als mw in de actieve fase is, doe je inwendig onderzoek, zodat je weet hoeveel ontsluiting er is. De hoeveelheid ontsluiting zie je links in het schema. Het aantal cm zet je op de grijze stippellijn bij de goede ontsluiting en dus niet aan het begin. Bijv als een vrouw om 12 uur 5 cm heeft zet je de eerste stip daar waar ik hem gezet heb! Elk vakje opzij is 1 uur. Stel dat ze om 15 uur 7 cm heeft en om 17 uur 10 is dit een normale vordering, omdat het boven de rode lijn blijft (grijze lijn is gemiddeld, rode lijn is de actielijn). Stel dat een vrouw onder de rode actielijn komt, is er sprake van niet vorderende ontsluiting en wordt er ingestuurd naar het ziekenhuis waar ze de vrouw verder kunnen helpen.'*



Afbeelding 1: Een partogram.

Davis-Floyd (1992) stelt dat het gebruik van oxytocine helemaal past in het karakteristieke plaatje van het ordenen en structureren van overgangsrituelen. Daarnaast zendt het gebruik van een infuus met bijstimulatie volgens haar verschillende (symbolische) boodschappen naar de moeder:

- Ons culturele concept van tijd is lineair, meetbaar en waardevol, het is ook de waarheid en juist
- Uw lichaam is een machine
- Uw machine is defect; zij functioneert niet volgens schema
- Het tijdschema van onze instantie is belangrijker dan het ritme van uw lichaam



## *Schedelelektroden*

### *Beschrijving en officiële redenen*

Zolang de baby nog in de baarmoeder zit, kan er door middel van een schedelelektrode de foetale hartslag nauwkeurig worden gemeten. Een draadje gaat via het geboortekanaal in de hoofdhuid van de baby. Volgens studente verloskunde {Christa} is; 'Een goede registratie soms echt noodzakelijk, bijvoorbeeld als de uitwendige registratie niet goed is of als het van groot belang is goede registratie te hebben.'

### *Fysiek effect*

Ondanks het feit dat verloskundigen het aanbrengen van een schedelelektrode tijdens mijn veldwerk deden overkomen als een simpele handeling, gaat dit met risico's voor moeder en kind gepaard. Ten eerste moeten de vliezen gebroken worden die de baby beschermen, ten tweede is er nu een direct lijn naar de buitenwereld en de kans op infecties door bacteriën rechtstreeks naar de baby's schedel verdubbelen als er langer dan viereneenhalf uur op deze manier wordt bewaakt (Brackbill, 1984 in Davis-Floyd, 1992). Op Wikipedia (2010)<sup>17</sup> staat: 'de baby ondervindt geen hinder van deze schedelelektrode. Voor het aanbrengen van een schedelelektrode is het echter noodzakelijk dat er ontsluiting is. Het kan daarom voorkomen dat de schedelelektrode pas in een later stadium wordt aangebracht.' Het is misschien prettiger voor de betrokkenen om aan te nemen dat een baby geen pijn voelt wanneer er een ijzerdraadje in zijn schedel wordt geprikt en het ongeboren kind te benaderen als object. Het zou ethisch gezien moeilijker worden wanneer verloskundigen zich af zouden vragen hoe de baby dit ervaart of de baby pijn heeft en of de baby bang is.

### *Psychologisch effect*

Het gebruik van een schedelelektrode kan een gevoel van veiligheid geven: de techniek houdt de natuur in de gaten. Het kan te gelijktijd ook het tegenovergestelde signaal afgeven: de bevalling is een gevaarlijke periode.

### *Rituele doeleinden*

Volgens Davis-Floyd (1992) is het aanbrengen van schedelelektroden een verdieping van het maken van een CTG. Volgens haar is de symboliek erachter: 'Uw baby is ook een technocratisch artefact. En daarom is het een product van onze instantie en niet van u. In feite is uw eigen mechanisme zo gebrekkig dat dit product van de maatschappij gevaar dreigt te lopen vanwege de storingsgevoeligheid van uw lichaam, dat het noodzakelijk is dat wij een speciale machine moeten aanwenden om de voortgang van het product te monitoren en het op deze manier te beschermen van mogelijke schade die u kunt veroorzaken' (Davis-Floyd, 1992: 110).

## *Toucheren*

### *Beschrijving en officiële redenen*

Zowel verloskundigen als studenten verloskunde voeren de touche uit. De gynaecoloog eventueel ook, maar meestal wordt die pas ingeschakeld als er iets 'mis' is. Bij dit inwendig onderzoek wordt naar een aantal dingen gevoeld, dit heet 'POVASI':

---

<sup>17</sup> Bron: Wikipedia [29-11-2010 19.25 uur <http://nl.wikipedia.org/wiki/Schedelelektrode>]

<b>Portio</b>	<i>(is baarmoedermond): hierbij voel je of die staat, verstreken is of iets er tussen in. Verder kan die ver naar achter liggen, centraal zijn, stug of soepel.</i>
<b>Ontsluiting</b>	<i>als je met je vingers als het ware in de baarmoedermond kan, kom je op het hoofd van de baby. Je kunt dan voelen hoe ver de baarmoedermond open is: met 1 vinger er in = 1 cm, 2 vingers + wat extra ruimte = 3 cm, voel je geen rand meer van de baarmoedermond maar alleen maar hoofd van de baby is het 10 cm.</i>
<b>Vliezen</b>	<i>gebroken of staand?</i>
<b>Aard</b>	<i>van het voorliggend deel: hoofd of billen</i>
<b>Stand</b>	<i>van het hoofd</i>
<b>Indaling</b>	<i>de mate waarin het hoofd van het foetus door het bekken daalt</i>

Als een vrouw in partu is doe je om de zoveel tijd inwendig onderzoek om de vordering te controleren. In de praktijk is dit vaak elke twee à vier uur tenzij eerder nodig is. Dit lichamelijk onderzoek wordt regelmatig uitgevoerd omdat de bevalling volgens de Friedman Curve (waarop het partogram gebaseerd is) moet vorderen. Als er sprake is van een stagnerende ontsluiting wordt er ingegrepen. Dit kan bijstimulatie betekenen of een kunstverlossing.

### *Fysiek effect*

Toucheren kan pijnlijk zijn. Omdat het een opleidingsziekenhuis betreft, worden de touches altijd dubbel gedaan. Moeder weet dit van tevoren en er wordt dus ook medewerking op dit gebied verwacht. Moeder mag zelf beslissen of haar partner in de verloskamer blijft of even naar de gang moet. Toucheren verhoogt het risico op infecties, zeker als de vliezen al gebroken zijn, maar geeft ook belangrijke informatie over de voortgang van de baring. Volgens Davis-Floyd (1992) komt de stress die moeder van een touche krijgt de baring niet ten goede; zij is van mening dat haar natuurlijke ritme wordt verstoord en haar ademhaling van slag raakt. Daarnaast wijst ze op de psychologische stress die wordt veroorzaakt wanneer de moeder te horen krijgt dat ze niet goed vordert.

### *Observaties*

Om een beeld te geven van hoe het toucheren in de praktijk verloopt geef ik een aantal voorbeelden van verschillende bevallingen waar ik bij was. Ik gebruik verschillende afkortingen: verloskundige (VK), studente verloskunde (asVK), verpleegster (VP) en zelfstandig verloskundige (ZVK).

#### Situatie 1 (case 3)

We lopen de kamer in; de verloskundige (VK), de assistent verloskundige (asVK) en ik. VK stelt zich voor en vraagt of ze moeder bij haar voornaam mag noemen.

Dat mag. Ze vertelt wat zij en haar assistente gaan doen; toucheren.

De verloskundige vertelt de moeder wat er gebeurt: 'hier komt één vinger en nog een vinger.'

(...)

Om 14.09 komen de verloskundige en haar assistente binnen, ze vragen of zij ook mag toucheren.

Moeder: 'het is niet anders'

VK: 'Nou, het is niet anders, dat is het wel; het is aan jou'

Situatie 2 (case 4)

12.05 Toucheren door asVK. Ontsluiting; 4 cm.

VK: 'Het hoofdje is dus mooi naar beneden? Dus ik kan er een draadje op zetten?'

asVK: 'Ja, ik voel een schedelnaad rechts achter, maar ik voel niet hoe hij precies ligt'

[VK pakt de schedelelektrode en legt aan moeder uit waarom ze deze aanbrengt:]

VK: 'Dan kan één van de banden af, krijg je een nauwkeurigere registratie.'

[toucheert]

Moeder: 'Auw!'

VK: 'Even zuchten'

[asVK geeft de scheldelektroden aan de VK en vader staat zwijgend bij het hoofd van moeder]

Situatie 3 (case 5)

12.12 VK komt binnen.

VK: 'Ik ga even voelen' (toucheren)

12.15 VK toucheert en moeder zucht weg.

VK (tegen VP): 'Leg de kruiken maar klaar.'

VP: 'Ohja? Hoe ver is ze?'

VK: 'Dat ga ik niet verklappen, asVK moet nog.' (toucheren)

asVK (tegen moeder): 'Hier kom ik, één vinger, nog één, en nu ga ik met mijn hand op je buik.'

De VK is ondertussen bezig met de computer. Ze stelt de asVK vragen;

VK: 'Portio, is hij dun? Week? Verstreken? Hoeveel ontsluiting?'

asVK: 'Acht?'

VK: 'Zes à zeven en de vliezen? Zijn ze gebroken?'

Situatie 4 (case 6)

[VK pakt haar handschoenen uit]

VK (tegen moeder): 'Als hij (de wee) weg is, mag je even op je rug.' (Om te toucheren)

[VK en VP laten het hoofdeinde zakken]

[VP doet iets met de computer]

[VK vraagt aan de VP wanneer zij voor het laatst heeft getoucheerd]

VP (tegen VK): 'Om 11.15 uur.'

[Moeder draait op haar rug]

VK (tegen moeder): 'Goed zo, ik kom even bij je zitten.'

[VK toucheert]

VK (tegen moeder): 'Keurig,' 'Goed hoor, mooie dunne baarmoedermond, mooi verstreken.'

VP (tegen VK): 'Ontsluiting?'

VK (tegen VP): 'Ruim vier, hoofd staat diep H2.'

VP (tegen VK): 'Stand?'

VK (tegen VP): 'AALV in het midden'

'Positio portio; mediaan.'

Situatie 5 (case 7)

11.44 De eigen verloskundige (ZVK) gaat moeder, die goede weeën heeft, toucheren.

EVK: 'Probeer je handen even onder je billen te houden, waarom? Dan word je houding toch weer anders.'

'Ik breek ook gelijk je vliezen.'

11.45 Wee.

[ZVK toucheert en breekt gelijk de vliezen]

Situatie 6 (case 9)

14.48 VK legt haar hand op de schouder van de asVK en fluistert: 'We gaan even toucheren.'

[VK en asVK pakken hun handschoenen, vader en dochter verlaten de verloskamer]

VK (tegen moeder): 'We gaan even voelen, even kijken wat er allemaal gebeurt daar binnen.'

Wee.

Moeder: 'AAAh pijn.'

VK: 'Vang die eerst maar op, we hebben geen haast.'

[Wanneer de wee voorbij is gaat de verloskundige op het bed naast moeder zitten]

VK (tegen moeder): 'Hier komen mijn vingers.'

Moeder: 'Please, please, doe voorzichtig.'

VK: 'Ja, dat doe ik, kun je, je bekken kantelen?'

Moeder: 'Please, alsjeblieft, voorzichtig. Mevrouw, klaar! Please...'

VK: 'Probeer maar te ademen.'

asVK (tegen moeder): 'Het is ook vervelend, hou mijn hand maar vast. Ja goed zo. {moeder} uitademen.'

VK (tegen moeder): 'Ik móet even voelen of het hoofdje goed afsluit, ik móet diep voelen, ik weet dat het vervelend is. Ik wacht nog even op een echt goede wee. En ik zeg nog niks, want hierna gaat {studente} nog even voelen.'

[Moeder kreunt]

Moeder: 'Wee, heel erg pijn heb ik! AAh veel pijn in mijn buik!'

[Moeder mompelt iets in het Arabisch]

14.57 asVK (tegen moeder): 'Ok, ik kom bij je zitten, ik ga ook even voelen, goed ademen. Ok, ik ga je aanraken, eerst met één vinger naar binnen.'

asVK (tegen VK): 'Nog wel sacraal en hoog.'

asVK (tegen moeder): 'Kun je, je bekken nog iets meer kantelen?'

[VK helpt moeder in de juiste positie]

asVK (tegen moeder): 'Dank je wel, hartstikke goed.'

asVK (tegen VK): '5 à 6 denk ik.'

VK (tegen asVK): 'Wat voel je nog meer?'

asVK (tegen VK): 'Het lijkt of ik.....vocht?'

VK (tegen asVK): 'Ja!'

asVK (tegen moeder): 'Je krijgt nu een wee he?'

[VK voert de gegevens in de computer in]

VK (tegen asVK): 'Zou je die vliezen willen breken? Hihi, een strikvraag.'

asVK (tegen VK): 'Op zich niet, want de weeën doen het goed.'

asVK (tegen moeder): 'Je hebt je heel goed gehouden. Zal ik je man en dochter weer roepen?'

Moeder: 'Ja, graag.'

## *Psychologisch effect*

Een vrouw mag beginnen met persen als ze volledige (tien centimeter) ontsluiting en reflectoire (onhoudbare) persdrang heeft. Deze ontstaat wanneer het hoofd van de baby, eventueel in combinatie met de vochtblaas met vruchtwater door de ontsluiting puilt en op de darm drukt.

De baring wordt in de verloskunde verdeelt in vier fases;

- 1<sup>e</sup>=ontsluiting,
- 2<sup>e</sup>=uitdrijving,
- 3<sup>e</sup>=nageboortetijdperk,
- 4<sup>e</sup>=postplacentaire periode.

Een moeder kan al dagen een ontsluiting hebben van één à twee centimeter voordat de bevalling werkelijk gaat doorzetten, dit hoeft zij niet te merken. Het ontsluiten tot aan tien centimeter wordt het eerste tijdperk genoemd. De eerste vier centimeter ontsluiten duren vervolgens het langst, dit wordt de latente fase genoemd. De actieve fase van de baring gaat in vanaf ongeveer vier à vijf centimeter, de voortgang is dan gemiddeld één centimeter per uur, voor een eerste kind. Wanneer de ontsluiting goed vordert kan het fijn zijn om te horen hoe 'hard het gaat.' Maar als het 'niet opschiet' kan dat heel ontmoedigend zijn voor de moeder. De verloskundige stelt de ontsluiting vast en beslist wanneer de moeder mag gaan persen. Als moeder mag gaan persen begint de fase die de uitdrijving of het tweede tijdperk wordt genoemd. Bij een (primi; bevalling van een) eerste kindje mag de uitdrijving maximaal twee uur duren. Bij volgende kinderen is de maximale uitdrijvingstijd korter; gemiddeld twintig tot dertig minuten, maximaal een uur.

## *Rituele doeleinden*

Het hele proces van de baring is systematisch en in schema's vastgelegd, terwijl grenzen soms vaag zijn. Het hebben van een ritueel is belangrijk voor het hebben van een houvast. Daarnaast is het een manier om controle te houden. Het geeft ook de positie in tijd neer, voortgang van de overgang naar moeder. De verloskundige bepaalt aan de hand van wat zij voelt in welke fase moeder zich bevindt; vooral bij een primi weegt de mening van de verloskundige hier zwaarder dan wat de moeder voelt. Ik kies bewust voor het woord bepaalt, om dat 'stelt vast' juist de valkuil is van gezaghebbende kennis; het zou insinueren dat de vanzelfsprekendheid gelijk staat aan de juistheid. Het wachten tot de verloskundige groen licht geeft voor persen ontnemt moeder haar autonomie. Op het 'moment van persen' ga ik later meer uitgebreid in.

## *Vliezen breken*

### *Beschrijving en officiële redenen*

Vliezen kunnen vanzelf scheuren, dit gebeurt soms voordat de weeën op gang komen en anders eventueel tijdens de ontsluitingsfase. Wanneer de vliezen niet breken, wordt de baby met 'staande vliezen' geboren, dit wordt 'met de helm op geboren' genoemd. In Nederland worden kinderen die 'met de helm op geboren' worden, beschouwd als bijzonder. Hier zal ik later verder op ingaan. Wanneer de vliezen niet spontaan scheuren, kan de verloskundige deze breken. Dit wordt gedaan met een speciale vliezenbreker ('Amniotic Membrane Perforator').



Afbeelding: 2 'Amniotic Membrane Perforator Large'<sup>18</sup>

Tijdens mijn observaties werden de vliezen van de vrouwen voor de geboorte gebroken als ze nog niet vanzelf waren gescheurd. De redenen verschilden; soms omdat er schedelelektroden aangebracht werden en ook een keer omdat er een microbloedonderzoek (MBO) (een onderzoek waarbij de zuurgraad van een ongeboren baby wordt bepaald) afgenomen moest worden. In andere gevallen was de reden dat het de geboorte zou bespoedigen. De uitwerking van het breken van de vliezen is dat de weeën vaak sterker worden en dat de bevalling vaak wat sneller gaat.

Het routinematig breken van de vliezen direct na het begin van de ontsluiting had geen nadeel voor zover uit dit onderzoek opgemaakt kon worden. Volgens studente verloskunde {Christa} wordt vliezen breken in de eerste lijn ook als middel gebruikt wanneer het niet vordert: 'Als je in het partogram richting de rode actielijn gaat moet je iets doen. Je kan bijv vliezen breken of de blaas legen en kijken hoe het dan gaat. Hiermee voorkom je dat de ontsluiting niet vordert (stagnering) en dat je moet overdragen. Stel dat je door het breken van de vliezen voorkomt dat bijstimulatie nodig is, dan doe je het toch goed?' (Pers. Com. Christa).

De vliezen kunnen overigens op allerlei plaatsen scheuren en niet perse bij de baarmoedermond. Het kan daarom voorkomen dat de moeder al vruchtwater verliest terwijl er bij vaginaal onderzoek staande vliezen worden geconstateerd.

### *Fysiek effect*

Wanneer de vliezen eenmaal kapot zijn (spontaan of kunstmatig), neemt het gevaar op infectie voor zowel moeder als kind toe. Soms breken vliezen spontaan en komen er niet direct weeën op gang. De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG, 2006) geeft in verband met het infectiegevaar richtlijnen voor het beleid bij langdurig gebroken vliezen, zie kader:<sup>19</sup>

---

<sup>18</sup> Bron: <http://external.ak.fbcdn.net/>

<sup>19</sup> In mijn scriptie richt ik mij op de á terme baby's (geboren tussen 37 en 42 weken zwangerschap).

## A terme gebroken vliezen

### *"Inleiden of afwachten"*

De keuze tussen een beleid waarbij kort na breken van de vliezen de baring wordt ingeleid en een afwachtend beleid, is op basis van de beschikbare literatuur moeilijk te maken. In de Term-prom-studie werden ruim 5000 vrouwen gerandomiseerd in vier groepen: direct inleiden met oxytocine, direct inleiden met prostaglandine-E<sub>2</sub>-gel, alleen inleiden op indicatie of na 4 dagen met oxytocine of, in de vierde groep, met prostaglandine-E<sub>2</sub>-gel. Er werden geen significante verschillen waargenomen tussen de vier groepen in de primaire uitkomst (zekere of waarschijnlijke neonatale infectie). Ook was er geen verschil in het percentage sectio's of kunstverlossingen. Wel waren de neonatale opnameduur en het aantal kinderen dat antibiotica voorgeschreven kreeg, significant lager in de direct-oxytocine-groep in vergelijking met de drie andere groepen. Vrouwen in de direct-oxytocine-groep hadden minder vaak chorioamnionitis (4% versus 8%) en minder vaak koorts post partum (2% versus 3%). De belangrijkste risicofactoren voor neonatale infectie waren klinische chorioamnionitis en kolonisatie van groep-B-streptokokken; voorts was van belang het aantal inwendige onderzoeken tijdens de baring (< 7 versus ≥ 7) en de tijdsduur van breken van de vliezen tot geboorte (< 24 uur versus ≥ 24 uur of < 48 uur versus ≥ 48 uur).

Ladfors et al. randomiseerden vrouwen met gebroken vliezen voor het begin van de baring tussen 34 en 42 weken (n = 1385) tussen inleiden met oxytocine < 24 uur of afwachten en pas na 48 uur inleiden. In deze studie werd, anders dan in de Term-prom-studie, geen inwendig onderzoek gedaan voordat de vrouwen evident in partu waren. Er werd geen verschil gezien ten aanzien van neonatale en maternale infectieuze morbiditeit tussen de twee groepen. De incidentie van chorioamnionitis in de expectatieve groep was 2%. Bij nullipara vonden meer vaginale kunstverlossingen plaats, zowel voor foetale nood als voor gebrek aan uitdrijvende kracht, in de groep die binnen 24 uur werd ingeleid in vergelijking tot de expectatieve groep (14% versus 7%), maar het sectiepercentage was identiek in beide groepen.

Duidelijke medische argumenten ontbreken om te kiezen voor ofwel het inleiden van de baring op korte termijn ofwel een afwachtend beleid. Onderzoek naar de voorkeur van de zwangere geeft geen eenduidig antwoord: volgens Hannah et al. prefereren vrouwen een inleiding, terwijl Ottervanger et al. concludeerden dat de deelnemende vrouwen een expectatief beleid minder belastend vonden. De meest praktische benadering lijkt derhalve om vrouwen met gebroken vliezen voor het begin van de baring à terme te informeren over bovenstaande bevindingen en in gezamenlijk overleg het beleid te bepalen. Bij afwachten is klinische observatie (waarschijnlijk) niet noodzakelijk, wel dagelijks controle van de foetale conditie (ctg) en instructie van de zwangere vrouw ten aanzien van onthouding van coïtus, temperatuur meten en naar het ziekenhuis komen bij buikklachten, bloedverlies, kleurverandering van het vruchtwater of verminderde kindsbewegingen. Afnemen van een kweek op groep-B-streptokokken uit distale vagina en rectum wordt geadviseerd.

Indien besloten wordt tot inleiden van de baring kan zowel voor oxytocine i.v. als voor prostaglandine vaginaal gekozen worden. Het al of niet gebruiken van prostaglandine bij een onrijpe cervix vermindert de kans op sectio niet. Er zijn aanwijzingen dat, indien gekozen wordt voor inleiden kort na breken van de vliezen met oxytocine, minder vaak chorioamnionitis optreedt." (NVOG, 2006)

Wanneer de vliezen breken maar er geen weeën zijn, is men terughoudend met het doen van inwendig onderzoek omdat het een infectieweg is. Het is verantwoord om 72 uur af te wachten. De kans dat de baring spontaan op gang komt is 85%. Volgens studente {Christa}, is de kans dat de bevalling na 72 uur spontaan begint klein en de kans op infectie groter. 'Als je eenmaal inwendig onderzoek hebt gedaan dan moet een vrouw binnen een bepaalde tijd bevallen in verband met de kans op infecties' (Pers. Com. {Christa} ).

Davis-Floyd (1992) verwijst naar een onderzoek uit 1985 van Pritchard, MacDonald en Gant dat stelt dat het hoofd van de baby onder grotere druk staat na het breken van de vliezen en dat de navelstreng steviger wordt dichtgeknepen. Resultaat hiervan is een verminderde zuurstoftoevoer naar de baby. Volgens Brigitte Jordan (1997 in Davis-Floyd, 1997) zorgen intacte vliezen ervoor dat het perineum van de moeder subtieler wordt opgerekt. Zij is van mening dat het breken van de vliezen in combinatie met het gebruik van oxytocine leidt tot meer gevallen van inscheuring.

### *Observaties*

#### Case 5

12.17 Wee.

De vliezen zijn nog niet gebroken. De asVK en de VK overleggen onderling of ze deze zullen breken, ze besluiten het wel te doen en gaan de spullen pakken. Het valt mij op dat moeder niet betrokken wordt in dit overleg. (Vliezen worden gebroken met behulp van een instrument dat op een stokje lijkt).

asVK (tegen moeder): 'Bij de volgende wee ga ik je vliezen breken.'

Moeder: 'Doet dat pijn?'

VK: 'Nee, er zitten geen zenuwen in.'

Vp komt binnen, en VK instrueert haar om de gegevens in de computer te zetten: 'portio verstreken, caputa H2.'

12.20 Wee.

[Vader houdt moeders hand vast]

[Het lukt de asVK niet om de vliezen te breken]

VK (tegen asVK): 'Als het niet lukt doe ik het wel even.'

asVK (tegen VK): 'Ja... ik kan het moeilijk beoordelen.'

VK (tegen asVK): 'Weet je het zeker? Ok.'

[VK neemt het over van de asVK]

Moeder: 'Komt er weer één.'

12.22 Wee.

VK: 'Zucht hem maar naar je buik weg, je doet het prima.'

[VP's sluiten de ramen]

[VK pakt haar handschoenen]

[VK toucheert]

VK (tegen asVK): 'Pak maar even de schedelelektrode, dan weet ik zeker dat ze kapot zijn.'

[Moeder kreunt en zucht pf-pf-pf-pf]

VK (tegen moeder): 'Ja... ik ben zo klaar hoor.' 'Nu zien we het vruchtwater lopen, voel je dat?'

Moeder: 'Ja.'

[asVK legt aan moeder uit wat ze net gedaan hebben]

Moeder: 'Is dit het draadje?'

asVK: 'Nee, deze. Ik plak hem even op je been.'

[Moeder en vader overleggen op fluisterton met elkaar]



12.31 Wee.

[Heftig. Moeder gooit hoofd achterover in het bed en fronst]

[asVK doet iets met de CTG band]

[Moeder is misselijk. Kijkt paniekerig]

asVK (tegen moeder): 'Moet je spugen?'

Moeder: 'Ja! Ik moet zo spugen.'

[VP geeft vader een spuugbakje]

12.34 Wee.

[VP maakt een washandje nat]

[Moeder laat zelf het hoofdeinde iets zakken]

12.34 Wee.

[Moeder gooit haar hoofd opzij in het kussen]

[Er gaat een mobiele telefoon af]

Moeder: 'Wie is dat?'

asVK: 'Heb je het gevoel dat je moet drukken?'

Moeder: 'Bij de vorige wee wel'

12.36 Wee.

Moeder: 'Ik voel iets meer druk.'

'Als de vliezen eenmaal gebroken zijn, zijn de weeën zeker ook heftiger?'

[asVK knikt instemmend]

Moeder: 'Bij de vorige had ik dit niet.'

12.38 Wee

[Moeder moet hem echt wegzuchten]

asVK (tegen moeder): 'Als je de vliezen breekt maak je een hormoon aan - oxytocine - dat de weeën opwekt.'

Vader (tegen asVK): 'Is het normaal, dat je de vliezen breekt, in plaats van dat ze zelf breken?'

asVK: 'Ja. In 10% van de gevallen breken de vliezen eerst, anders begint de bevalling met weeën, en meestal breken wij de vliezen dan.'

Na de hierboven weergegeven bevalling sprak ik in de koffiekamer met de verloskundige. Ik vroeg haar waarom zij had besloten de vliezen van de mevrouw uit case vijf te breken. Zij antwoordde toen dat het dan sneller gaat. Op mijn vraag of de vliezen gebroken moeten zijn voordat de baby geboren wordt, gaf zij aan dat dit niet hoeft: 'de vliezen breken meestal vanzelf tijdens de bevalling, maar soms wordt een baby met nog intacte vliezen geboren. Dat wordt 'een helpje genoemd.' Toch vertelde de verloskundige dat wanneer de vliezen niet vanzelf breken, het gebruikelijk is dat dit gedaan wordt.

### *Rituele doeleinden*

Rond 1700 ontdekte de *vroedmannen* dat zij invloed uit konden oefenen op het proces van de bevalling. Volgens Davis-Floyd (1992) is de symboliek achter het vliezen breken, dat moeders de bevalling ervaren als iets wat ze niet zonder hulp zouden kunnen. Het geeft volgens haar de boodschap dat de menselijke geboorte inpasbaar is in een meetbare tijdsunit. Zij noemt dit de 'birthmachine' en stelt dat de onderliggende boodschap is: 'Cultuur en niet Natuur, weet het, het beste.' Dat hier een kern van waarheid in zit blijkt wel uit gebruik van het partogram en de daar aan verbonden richtlijnen voor het ingrijpen in het geboorteprocess.

## Rugligging

### Beschrijving en officiële redenen

Officieel is er geen specifieke houding waarin de vrouwen in het ziekenhuis bevallen. Toch is de rugligging met opgetrokken knieën de manier die ik het meeste in het ziekenhuis heb gezien tijdens de uitdrijvingsfase. Het is overigens beleidsmatig niet de enige optie; moeders kunnen ook zittend bevallen, bijvoorbeeld op een baarkruk. De moderne bedden in het ziekenhuis waar ik mijn observaties heb gedaan kunnen zodanig worden ingesteld dat moeder rechtop kan zitten zonder uit bed te hoeven komen. Andere opties zijn de zijligging, bevallen op handen en knieën of in bad.

In de praktijk konden moeders tijdens de ontsluitingsweeën afwisselen tussen liggen op de rug of de zij. Eén keer heb ik gezien dat een verloskundige voorstelde aan de moeder om de baarkruk te proberen. Moeder heeft dat even gedaan, maar is uiteindelijk in de rugligging bevallen. Tijdens mijn observaties is het ook voor gekomen dat moeders graag zittend wilde bevallen, maar dat dit verzoek niet werd gehonoreerd. Opmerkingen van de verloskundigen varieerde van: 'dat lijkt me niet verstandig,' en 'dat is een beetje gek' tot 'stel je niet aan.' De verschillende verloskundigen ging hier allemaal geheel op persoonlijke voorkeur mee om. Toen ik één van de studentes verloskunde die stage liep in het ziekenhuis vroeg naar de houdingen waarin moeders kunnen bevallen, merkte zij op dat de handeling die de verloskundige verricht, op haar opleiding, alleen wordt aangeleerd in de rugligging, met een heel klein beetje aandacht voor de baarkruk. Als moeder in een andere houding wil bevallen dan moet de handeling van de verloskundige dus anders worden uitgevoerd; die moet bijvoorbeeld worden gespiegeld (handen en knieën). Als moeder in de zittende houding wil bevallen is dat voor de verloskundige ook moeilijker. De rugligging is dus voor het zorgpersoneel de prettigste houding om mee te werken en lijkt daarom in veel gevallen dringend verzocht te worden.

### Fysiek effect

Volgens Robert Caldeyro-Barcia (1975) (voormalig hoofd van de Internationale Federatie voor Verloskundigen en Gynaecologen) is, behalve als je met je voeten aan het plafond hangt, de rugligging de slechtste houding om in te bevallen. Hij geeft verschillende redenen hiervoor; 'het meeste lichaamsgewicht komt op het staartbeen waardoor het bekken nauwer wordt, wat de bevalling moeilijker maakt, het brengt grote bloedvaten in verdrinking waardoor de bloedcirculatie van moeder en kind verslechteren en weeën zijn minder sterk en minder frequent.' Andere redenen die hij gaf waren mijns inziens niet relevant meer, zoals de verhoogde kans op trombose door het gebruik van beensteunen. De beensteunen werden tijdens mijn onderzoek namelijk zelden gebruikt. Ook werden de moeders aangemoedigd om tijdens de ontsluitingsfase op hun zij te liggen, omdat dit de beste weeën gaf.

#### Case 4

asVK (tegen VK): 'Moeten we even toucheren?'

VK (tegen asVK): 'Humm, ja even kijken hoe ver ze is'

[VK gaat op het bed naast moeder zitten en doet haar handschoenen aan]

VK (tegen moeder): 'Ik ga zo even voelen hoor, niet schrikken. Kun je even op je rug gaan liggen, dan kan ik je even helpen door de rand weg te duwen. Het is een beetje raar op z'n kop.'

[Moeder wordt door de VK en asVK op haar rug gelegd]

[VK toucheert]

Moeder: 'Ik wil niet!!' AAAh'  
 VK: 'Jawel, de baby komt zo.'  
 De VK en asVK overleggen en vinden dat de weeën hun werk doen.  
 VK (tegen asVK): 'Ik verwacht geen schouder-dyslocaat.'  
 Wee.  
 VK (tegen moeder): 'Komt ie weer hé? Doe maar wat goed voelt.' 'Pak je benen vast'  
 Moeder: 'Nee!'  
 VK: 'Jawel, PAK je benen vast.' 'Heb je het gevoel dat je mee moet duwen?'  
 Moeder (vragend); 'Ja?'  
 12.54 [Synto naar 6]  
 12.57 [VK kijkt naar de monitor van het CTG en gaat vervolgens op de kruk naast moeder zitten]  
 Wee.  
 Moeder: 'Nee, het is nog geen perswee.'  
 [asVK en VK pakken de benen van moeder vast]  
 [Op het CTG begint de baby te 'dippen']  
 VK (tegen vader): 'de baby wil eruit, het is toch een jongentje?'  
 Vader: 'Ja, thuis hebben we nog twee jongentjes'  
 [Moeder beweegt wild over het bed en probeert overeind te komen]  
 VK (tegen moeder): 'Blijf liggen, anders kunnen we je zo moeilijk helpen'  
 VP (tegen VK): 'Ik denk dat hij (de baby) aan het zoeken is hoe hij er het beste uit kan komen.'  
 VK (tegen VP): 'Ja...' [iedereen valt even stil]  
 [Moeder houdt haar buik vast]  
 VP: 'Dit is stilte voor de storm'  
 13.04 Baby geboren!  
 [asVK pakt de baby en legt hem op zijn moeders buik]

Na de bevalling zit ik in de koffiekamer met de studente die bij de bevalling was en de gehele observatie heeft gelezen. Ze vond het heel leuk om het terug te lezen, maar ook heel confronterend, vooral de momenten waarop de keuze van de moeder werd gereduceerd tot nul. asVK: 'Ze kan kiezen, binnen onze kaders, dat is eigenlijk wel rot om je te realiseren.'

### *Psychologisch effect*

Op de rug liggen op een bed lijkt zo logisch in een ziekenhuis; je bent opgenomen in het ziekenhuis en dus een patiënt. Patiënten liggen nu eenmaal in bed. Wanneer je op je rug ligt ben je fysiek in een kwetsbare positie. Je hebt de controle uit handen gegeven.

### *Rituele doeleinden*

Davis-Floyd (1992) noemt de rugligging de voltooiing van het proces van symbolische inversie dat in beweging is gezet op het moment dat de vrouw zich omkleedde om te gaan bevallen. Haar wereld ligt nu letterlijk op z'n gat; billen op de rand van het bed, knieën opgetrokken en haar vagina publiek blootgesteld. Zij noemt dit de ultieme symbolische inversie omdat het ritueel verantwoord is om deze positie te bewaren voor het hoogtepunt van de initiatie-ervaring: de geboorte zelf. De officiële representanten van de maatschappij; de instanties en haar kernwaarden van wetenschap en technologie, staan niet aan moeders zijde, maar bij haar billen, waar het hoofd van de baby te voorschijn komt. Ik heb wel bij de bevallingen gezien dat verloskundigen zich richten tot de moeder. Het is mijn indruk dat de moeder weinig controle heeft op deze manier. Dit blijkt bijvoorbeeld uit case 11 waar moeder helemaal niet plat op haar rug wil bevallen, maar waar de verloskundige er de voorkeur aan geeft en haar zin doordrukt:

### Case 11

De verloskundige: "Als je op je rug wil liggen, kun je in een spiegel mee kijken."  
Moeder: "Nee, op mijn rug liggen vind ik niks."

[Het hoofdje van de baby is zichtbaar!]

10.50 Moeder heeft het idee dat het niet goed gaat, ze roept: "Jullie moeten me coachen!"

[Bij de wee is het hoofdje opnieuw zichtbaar.]

10.51 De verloskundige zegt dat moeder nu echt op haar rug moet gaan liggen. Met tegenzin laat moeder zich op haar rug helpen.

Moeder: "Nee, zo gaat het niet. Ik wil het zien. Ik kan in deze houding niet ontspannen."

Haar bed wordt platter gelegd. Moeder krijgt de instructie: "Knieën optrekken."  
10.55 Baby geboren! Baby {Henk}. Moeder krijgt een prik.

10.56 Klem op de navelstreng. Schedelelektroden worden van baby's hoofd verwijderd. Vader snikt. De verloskundige vouwt de uitdraai van het CTG op.

10.59 Vader mag de navelstreng doorknippen.

De hierboven geschetste gang van zaken is vermoedelijk te verklaren door het feit dat bevallen op de rug wordt gezien als het meest normaal. Tevens is het voor de verloskundige makkelijk dat de vrouw in deze houding ligt. Dit werd mij bevestigd door een studente verloskunde. Zij verklaarde dat de verloskundige op deze manier het beste zicht heeft op de situatie.

### *Persen*

#### *Beschrijving en officiële redenen*

In de hedendaagse geneeskunde wordt ervan uit gegaan dat een baby niet door het geboortekanaal past tot de moeder tien centimeter ontsluiting heeft. Mocht de moeder gaan persen voordat zij volledige ontsluiting (VO) heeft dan wordt deze volgens Davis-Floyd (1992) gezien als een stormram die de baarmoederhals kan beschadigen. Te vroeg persen kan de baarmoederhals kneuzen en doen zwellen, wat het ontsluiten en bevallen onnodig pijnlijk maakt en vertraagt.

Dat dit idee ook in de Nederlandse verloskunde geldt werd voor mij bevestigd door middel van persoonlijke communicatie met studente verloskunde {Christa}: 'Soms heeft een vrouw persdrang en mag ze nog niet persen omdat er nog geen volledige ontsluiting is. Dit is een van de zwaarste dingen bij de baring omdat het persgevoel ontzettend sterk kan zijn maar persen echt niet mag! Ga je persen voordat het VO is, kan de ontsluitingsrand die er nog is dikker worden, waardoor het langer duurt voor het VO is. Dat moment van start persen is dus wel belangrijk. Ook kan er persdrang zijn wanneer het hoofd nog niet diep ingedaald is. Als een vrouw dan al wil persen perst ze zich helemaal kapot met als resultaat dat ze het kind er misschien niet uit krijgt en dat het zo lang kan duren dat een vacuüm gedaan moet worden. Ook is persen zwaarder voor het kind en kan het kind gaan reageren waardoor eerder foetale nood kan

ontstaan. (...) (Persen mag) niet te vroeg en ook niet te laat.' Het lichaam wordt wederom gesymboliseerd als machine; pas als de zorgverlener op de knop druk mag de moeder tot actie overgaan. In een overleg tussen gynaecologen heb ik ze horen zeggen; 'ze had wel eerder kunnen gaan persen, maar we hadden het zo druk.' De boodschap is wederom; 'wij produceren een baby, wij hebben hier verstand van en moeder niet, wij staan garant voor ons product.'

Het persen wordt gezien als de fase waarin moeder eindelijk weer iets kan doen. Ze kan nu meehelpen. Persen mag bij een eerste kindje volgens de richtlijnen maximaal twee uur duren. De moeder moet dus afwachten tot de verloskundige groen licht geeft, om te mogen persen. Mocht zij de drang al eerder voelen, dan moet zij die wegzuchten. Het kan ook gebeuren dat de moeder helemaal geen persdrang krijgt. Volgens Odent (2009) ontstaat er na de actieve fase een moment van rust, waarna vervolgens de 'fetal expulsion reflex' optreedt. Deze reflex duwt de baby naar buiten zonder dat de moeder daarvoor hoeft te persen. Odent (2009) is van mening dat persdrang een noodoplossing van het lichaam is en geen gezonde voortgang van het baringsproces. Het is volgens hem echt een slechte zaak om zonder enige persdrang te gaan persen.

Case 5 illustreert hoe de moeder af moet wachten tot de verloskundige bepaalt of de moeder mag gaan persen.

Case 5

12.42 Wee.

[Moeder verandert van houding, spreidt haar benen, maar trekt dan toch haar knieën weer op]

Moeder: 'Het is wel snel dan, die zeven centimeter?

'Wanneer mag ik persen?

asVK: 'Bij tien centimeter.'

Moeder: 'Moeten jullie dat meten om te weten wanneer dat is? Ik heb namelijk persdrang!'

### *Psychologisch effect*

De moeder heeft geen controle over het moment dat de uitdrijving officieel begint en zij mag gaan persen. Zij is onderworpen aan de mening van de verloskundige. Het kan zijn dat sommige moeders zich veilig voelen omdat iemand anders 'weet wat het beste is'. Maar het is ook voorstelbaar dat moeders angstig worden omdat hun gevoelens niet corresponderen met de informatie die aan hen wordt verstrekt.

### *Fysiek effect*

Hard persen voor volledige ontsluiting of persen bij volledige ontsluiting maar zonder persdrang zijn beide schadelijk voor moeder en kind. Tijdens mijn observaties heb ik gezien dat sommige moeders werd gezegd dat ze wel zachtjes mee mochten duwen als ze het gevoel hadden dat dit moest. Daarin werd een onderscheid gemaakt met actief persen. Volgens Ina May Gaskin (1996) komt het vaak voor dat de weeën even afnemen voordat de persdrang ontstaat. Volgens Odent (2009) ontstaat er vervolgens wat hij noemt de 'fetal ejection reflex' waardoor het lichaam de baby vanzelf naar buiten duwt zonder dat moeder daarvoor hoeft te persen. Volgens Davis-Floyd (1992) is deze fase in het ziekenhuis onbekend omdat hij niet wordt afgewacht.

In case 4 van mijn observaties is een moeder die zelf aangeeft geen persweeën te hebben. Het is mijn indruk dat de verloskundige dacht dat moeder niet wilde persen. Vlak na een wee viel alles stil. Iedereen lijkt te begrijpen dat dit de stilte is die vooraf gaat aan de geboorte van de baby. Daarna werd zonder persen in een keer de baby geboren. De fetus ejection reflex leek hier

zijn werk gedaan te hebben. Deze case (4) is eerder al een keer aangehaald, maar voor de duidelijkheid wordt deze case hier nogmaals weergegeven:

#### Situatie 1 (case 4)

Wee.

VK (tegen moeder): 'Komt ie weer hé? Doe maar wat goed voelt.' 'Pak je benen vast'

Moeder: 'Nee!'

VK: 'Jawel, PAK je benen vast.' 'Heb je het gevoel dat je mee moet duwen?'

Moeder (vragend); 'Ja?'

12.54 [Synto naar 6]

12.57 [VK kijkt naar de monitor van het CTG en gaat vervolgens op de kruk naast moeder zitten]

Wee.

Moeder: 'Nee, het is nog geen perswee.'

[asVK en VK pakken de benen van moeder vast]

[Op het CTG begint de baby te 'dippen']

VK (tegen vader): 'de baby wil eruit, het is toch een jongentje?'

Vader: 'Ja, thuis hebben we nog twee jongentjes'

[Moeder beweegt wild over het bed en probeert overeind te komen]

VK (tegen moeder): 'Blijf liggen, anders kunnen we je zo moeilijk helpen'

VP (tegen VK): 'Ik denk dat hij (de baby) aan het zoeken is hoe hij er het beste uit kan komen.'

VK (tegen VP): 'Ja...'

[Moeder houdt haar buik vast en ligt stil op bed, iedereen zwijgt]

VP (fluistert): 'Dit is stilte voor de storm'

[moeder komt omhoog uit haar kussen en ineens wordt het hoofdje van de baby zichtbaar]

13.04 Baby geboren!

Ook in het onderstaande voorbeeld, case 5, valt iedereen in navolging van de moeder helemaal stil. De moeder roept na deze stilte blij uit dat de baby komt. Hierop begint de verloskundige te praten en raakt zij de moeder aan. Het fetus ejection reflex blijft uit. Dit komt overeen met wat Odent (2009) schrijft, namelijk dat het natuurlijke proces gemakkelijk te verstoren is. Na de verstoring raakt de moeder in de war; de baby komt toch niet. Vervolgens gaat het lichaam over op een noodoplossing: persen. Om de baring tot een goed einde te brengen perst de moeder op eigen kracht haar baby naar buiten.

#### Situatie 2 (case 5)

12.55 uur Wee.

asVK (tegen moeder): 'Goed zo, heel goed!' 'Duwen' 'Kom maar!' 'Neem een hap lucht...' 'Niet bang zijn!' 'Goed zo, ontspan, even op adem komen.'

VK (tegen VP): 'Kun je even de partusset neerleggen?'

VP (tegen VK): 'Moet hij open?'

[VP legt de partusset op het bed, aan het voeteneind]

[Vader geeft moeder wat water te drinken]

Moeder: 'Ik weet niet meer wat ik voel! Een wee? Het hoofdje? 'Aaaaah mijn rug!'

VK: 'Je voelt het hoofdje.' 'Heb je last van je rúg?' 'Hmmm ja...'

### Vervolg situatie 2 (case 5)

Moeder: 'Ik voel een wee opkomen.'

VK: 'Neem een hap lucht.' 'Vasthouden' 'Duwen!' 'Kom maar' 'Heb je nog een hap?' 'Goed zo!'

[VK pakt de hand van moeder en brengt die naar het hoofdje van de baby]

VK: 'Voel maar, hier is het hoofdje.'

Moeder: 'Ja!' 'Mag ik wat water?'

13.00 uur stilte (!)

*[Iedereen kijkt naar de klok]*

13.01 Moeder: 'Hij komt!'

asVK (tegen moeder): 'Heel goed, hou vast, hou vast.' 'Nog een keer, of is de wee weg?'

VK (tegen asVK): 'De wee is weg.'

VK (tegen moeder): 'Het hoofdje is wat groter dan bij nummer één.'

[VK voelt aan moeders buik]

Moeder: 'Ik weet niet wanneer ik moet persen? Ik denk Nu?'

VK: 'Nee, je voelt het hoofdje, dat is ook een naar gevoel he? Het is net een soort drol' 'Hmm, ja.'

Wee

VK: 'Toe maar.' 'Kom maar.' 'Nog een hap lucht.'

Moeder: 'AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAHHH Dat doet PIJN!!!'

13.04 Baby geboren!

### *Rituele doeleinden*

Davis-Floyd (1992) zegt dat alhoewel de omtrek van het hoofd van iedere baby anders is (maar gemiddeld ligt deze tussen de 45 en 55 centimeter), de gestandaardiseerde ontsluiting van tien centimeter altijd wordt aangehouden. De afmeting van de baby houdt hier geen verband mee. Wanneer je de symbolische weergave van het vrouwenlichaam als machine hierop toepast, is het niet eens zo onlogisch. Volgens Davis-Floyd kun je het zo zien; zodra de productie opening de standaard bereikt, moet het product direct worden geproduceerd. Zeker als je daarbij bedenkt dat de tijd de essentie van het productieschema is. Daarbij moet men, zo schrijft zij, bedenken dat er een constant gevaar op de loer ligt, namelijk het slecht functioneren van het mechanisme. Het lijkt daarom ook het beste voor de baby om zo spoedig mogelijk geboren te worden.

Echter vertelde een studente<sup>20</sup> verloskunde mij: 'Je weet nooit precies of het 10 cm is... Kan jij het aanwijzen met 2 vingers (wijsvinger en middelvinger) zonder dat je naar je vingers kijkt??? Er wordt gevoeld of de ontsluitingsrand om het hoofd van de baby weg is. Je voelt hierbij geen ontsluiting meer, maar alleen het hoofd van de baby. In de regel en voor 'leken' wordt het 10 genoemd omdat het vaak 10 is. Officieel spreek je van volledige ontsluiting. Misschien is het wel 10.5 of 9.7, dat weet je nooit. Het gaat er dus om dat het volledig is.'

In mijn observaties heb ik gemerkt dat er in deze uitdrijvingsfase bij iedere wee een aanmoedigend koor ontstaat. Davis-Floyd (1992) is van mening dat dit moeders onderwerping aan het tijdschema en de institutionele verwachtingen nog intenser maakt. Helaas heb ik niet aan de moeders kunnen vragen of dit door hen ook werkelijk zo ervaren is.

---

<sup>20</sup> Pers. Com {Christa}, 15/12/2010

## *Apgar-score*

### *Beschrijving en officiële redenen*

De Apgar-score is een test waarmee een snelle indruk van de conditie van de baby wordt verkregen. De score ligt op een schaal van 0 tot 10 en de baby krijgt drie scores; één direct na de geboorte, de volgende na vijf minuten en nog één na tien minuten. De vijf vitale criteria waar op wordt gelet zijn ademhaling, hartslag, spiertonus, kleur van de huid en reactie op prikkels. Op ieder criterium kan de baby 0, 1 of 2 punten scoren. De meeste baby's komen ter wereld met een score tussen de zeven en de tien. Als een baby minder dan vier punten krijgt is er onmiddellijke hulp vereist. Het is daarom goed dat iedere verloskamer een reanimatietafel klaar heeft staan, voor het geval dit nodig is.

### *Rituele doeleinden*

Bij een goede apgar-score zou je symbolisch kunnen stellen dat iedereen tevreden is over het afgeleverde product. Is de apgar-score slecht, dan is dat een bevestiging van de gevaren van het bevallen. Het is een van de eerste testen waar dit nieuwe mensje in zijn of haar leven mee te maken krijgt.

### *Placenta geboorte en navelstreng doorknippen*

Case 9 levert een mooi voorbeeld van het culturele belang van het door de vader laten doorknippen van de navelstreng. In deze situatie was sprake van een baby die mogelijk een infectie had en een beetje grauw zag. De verloskundige wilde hem graag onderzoeken op de reanimatietafel. Omdat de vader wordt gezien als de persoon die de navelstreng 'moet' doorknippen, ontstond er een nerveuze sfeer omdat de vader totaal geen haast maakte.

#### Case 9

18.21 Baby geboren, er komt een hele plens vruchtwater achter aan. Baby huilt heel even, is een beetje grauw. Moeder houdt hem vast.

VK (tegen baby): 'Welkom op deze wereld.'

18.23 klem op de navelstreng. Synto IV omhoog.

VK (tegen moeder): 'Ik ga nu uit de navelstreng wat bloed halen.'

Moeder: 'Waar is mijn dochter? Ga haar halen.'

EVK (tegen moeder): 'Dit is niet het goede moment, wacht maar even tot de moederkoek geboren is.'

VK (tegen moeder): 'Mag ik bloed uit de navelstreng afnemen, voor onderzoek bij de bloedbank? Mag dat?'

Vader: 'Ja.'

VK: 'Dan ga ik even de zak pakken.'

Moeder: 'Hij (baby) heet Hamza.'

VK: 'Doet hij het goed? Ik wil dat hij meer huilt, even op zijn rug kriebelen, ik wil een roze baby.'

VP: 'Ph is 7.29.'

VK: 'Mooi.'

18.30



### Vervolg case 9

VK: 'We gaan afnavelen, want hij moet wel warm blijven. Hij is prachtig!'  
[VP voert gegevens in de computer in]  
[VK instrueert de asVK hoe ze moet afnavelen]  
VK: 'Vader, u moet nu de navelstreng doorknippen, heeft u een foto toestel?'  
[Vader sloft op zijn gemak naar zijn tas]  
VK: 'Snel! We hebben geen tijd! Ik wil hem (baby) meenemen.'  
[Vader rommelt in zijn tas]  
VK: 'Snel nu anders knip ik hem zelf door!'  
18.32 Vader knipt de navelstreng door.

In dit kader is ook de volgende case opvallend. Het gaat om een situatie waarin een lesbisch echtpaar samen een dochter krijgt. De donor-vader is een goede vriend van het stel en hij zit op de gang de bevalling af te wachten. Wanneer de baby geboren is, breekt het moment aan dat de navelstreng doorgeknipt moet worden:

17.14 Baby geboren!!!

De baby huilt en moeder huilt ook.

[Gynaecologe {Eva} gaat de OK afbellen]  
[Gynaecologe {Demeter} zet een klem op de navelstreng]

ddGyn: "Het is een beetje een korte navelstreng."  
"Wie gaat de navelstreng doorknippen?"

[Gynaecologe prikt ondertussen met een spuit in de navelstreng]  
[Vriendin/partner gaat de biologische vader {Bert} halen, om de navelstreng door te knippen]  
[Synto wordt op 45 gezet]  
[Baby ademt moeizaam]

Moeder: "Kan ik haar (baby) helpen met die rochel?"  
ddGyn: "Ze is hem zelf aan het wegwerken en ze doet het prima."

[Verloskundige gaat toch de baby een beetje *stimuleren*]

[Donor vader komt binnen]

Het is toch een vreemde situatie, dat de biologische moeder en vader geen relatie hebben, en bewust voor dit kind hebben gekozen. Niemand weet precies hoe zich op te stellen, vader is erg emotioneel. Het hele medische team schuifelt weg bij het bed naar achter in de kamer (waar ik aan een tafeltje zit).  
Vader feliciteert moeder en bekijkt zijn dochter, die in moeders armen ligt.

[Gynaecologe zegt moeder gedag en verlaat de verloskamer]

### Vervolg case

17.22

VK: “Nou, ik ga een navelklemmetje erop zetten.”

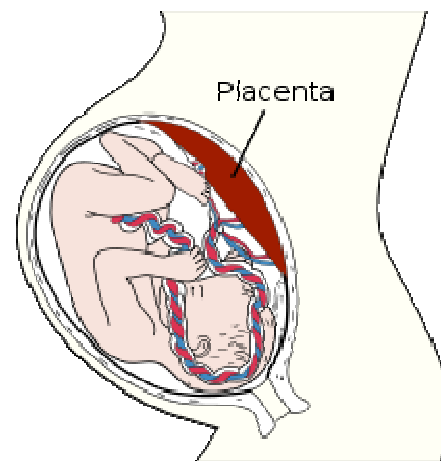
[Loopt naar het bed toe]

VK: “Oh! Dat zit er al...”

[Vader knipt nu de navelstreng door]

### *Beschrijving en officiële redenen*

De placenta is een orgaan dat door het embryo van zoogdieren wordt aangemaakt en noodzakelijk is tijdens de zwangerschap. Het is het enige orgaan dat na de geboorte afsterft. Tussen de placenta en de baarmoeder vindt een uitwisseling van stoffen zoals zuurstof, afvalstoffen, voedingsstoffen, antistoffen en hormonen plaats. De bloedsomlopen van moeder en kind blijven gescheiden. De placenta zit met een navelstreng aan de baby vast. Na de geboorte van de baby volgt de geboorte van de placenta die ook wel de nageboorte wordt genoemd.



Figuur 1: Schematische dwarsdoorsnede van een foetus in de baarmoeder<sup>21</sup>

De navelstreng wordt doorgeknipt in de Nederlandse verloskunde. Dit gebeurt met een steriele schaar. Voordat de navelstreng wordt doorgeknipt worden er eerst klemmen gezet, om te voorkomen dat het bloed er uit stroomt en de baby doodbloed.



Figuur 2: Navelklem<sup>22</sup>

<sup>21</sup> Bron: [<http://nl.wikipedia.org/wiki/Placenta>]

<sup>22</sup> Bron: [<http://www.vanheek.com/action/product/543/heka-sup-/sup-navelklem.html>]

'Normaal gesproken stopt de navelstreng vanzelf met kloppen. Daarna kun je hem doorknippen. Om bloeden vanuit de navelstomp te voorkomen wordt er altijd een klem op geplaatst. De andere klem is om bloeden uit de rest van de navelstreng te voorkomen zodat het geen rotzooi wordt. In het ziekenhuis zetten we meestal meteen twee klemmen op de navelstreng om uit dat tussen stuk wat bloed af te kunnen nemen voor bepaling van de zuurgraad. Als je het niet meteen afklemt verandert de zuurgraad' (Pers. Com. {Freya}).

Tijdens mijn observatie onderzoek werd er meestal na de geboorte van het kind direct een klem op de navelstreng geplaatst. Deze werd doorgeknijpt nog voor dat de placenta geboren was.



Afbeelding 3: Doorknippen van de navelstreng<sup>23</sup>

### *Fysiek effect*

Wanneer de placenta geboren wordt, kan de baarmoeder gaan samentrekken en beginnen aan het proces waarin zij haar oude afmeting ongeveer weer aanneemt. Het is belangrijk dat de placenta binnen afzienbare tijd, in zijn geheel wordt geboren. Dit omdat de moederlijke bloedvaten die gescheurd zijn snel dichtgedrukt moeten worden. Als dit samentrekken van de baarmoeder niet goed verloopt, kan dat een hevige bloeding tot gevolg hebben. Een moeder mag na de geboorte van de placenta hooguit één liter bloed verliezen, verliest zij meer dan spreek je van een fluxus. En kan een bloedtransfusie noodzakelijk zijn om haar leven te redden. Fluxus post partum is de belangrijkste factor bij moedersterfte wereldwijd.

Wanneer de placenta niet of niet geheel wordt geboren kan deze manueel worden verwijderd. Als ook dit niet lukt is een spoed-operatie nodig. De placenta moet volgens de standaard binnen een uur na de baby geboren worden. Wanneer dat niet het geval is of als er veel bloedverlies is, wordt er ingegrepen. In het ziekenhuis doen ze aan actief leiden. Dit houdt in dat na de geboorte van het kind 10 i.e. synto geven; dit zorgt ervoor dat de baarmoeder samentrekt (aders stoppen met bloeden), zodat de placenta loslaat en deze geboren kan worden. Wanneer dit niet lukt dan gaat moeder naar de OK, waar onder algehele narcose de placenta met de hand verwijderd wordt, omdat de moeder blijft bloeden zolang de placenta nog (deels) in de baarmoeder zit. Als ook dit niet lukt is er een zwaardere (spoed) operatie nodig.

### *Rituele doeleinden*

In symbolische zin is het zo dat wanneer de baby is geboren, het product van de instantie is geleverd. De Nederlandse traditie wil dat de vader de navelstreng doorknijpt; hij is degene die moeder en kind ritueel van elkaar scheidt. De foetus is een baby geworden met sociale banden.

Vervolgens wordt de placenta geboren. Voor de verloskundigen een belangrijk moment om de bevalling tot een goed einde te brengen. Voor de familie en moeder lijkt de geboorte van de placenta overschaduwd door de baby. Meestal gaat alle aandacht van de ouders naar de pasgeborene. Wanneer de placenta is geboren en gecontroleerd op compleetheid wordt deze

---

<sup>23</sup> Bron: [[http://iserongen.nl/01\\_Geboorte\\_album.html](http://iserongen.nl/01_Geboorte_album.html)]

omhoog gehouden zodat aanwezigen het huisje van de baby kunnen zien. Veel zoogdieren eten de placenta na zijn geboorte op omdat hij veel voedingsstoffen bevat. In sommige culturen, zoals in delen van China, koken mensen de placenta of eten hem op. In Europa ligt dit cultureel moeilijker; omdat wij spreken over de geboorte van de placenta, ervaren wij het idee van het opeten ervan als een vorm van kannibalisme. Nederlanders en Belgen begraven de placenta soms onder een levensboom. Sommige koppels in mijn onderzoek hadden een specifieke wens om de placenta mee naar huis te nemen. Anderen wilde hem niet meer; het ziekenhuis gooit ze dan weg. Toen een koppel besloot de placenta mee te willen nemen bleek er geen standaard materiaal te zijn om deze in te vervoeren (zoals een bakje). Dit zegt toch wel iets over de gewoonte om de placenta mee naar huis te nemen.

### 5.3.3 Herenigings-fase

#### *Beschuit met muisjes*

##### *Beschrijving en officiële redenen*

Wanneer de bevalling tot een goed einde is gebracht wordt er beschuit met muisjes gegeten; de goede afloop wordt gevierd. De muisjes zijn versuikerde anijszaadjes, die volgens de site Wikipedia (2010)<sup>24</sup> tot ongeveer 1990 altijd roze of wit waren. Muisjes zouden roze zijn geweest bij de komst van een meisje en wit bij een jongen. Om dan later beide kleuren te mengen. Tegenwoordig zijn de muisjes roze/wit bij de geboorte van een meisje en blauw/wit bij een jongen. Theorieën hierover lopen nogal uiteen.

De grondslag hiervoor zou volgens de online open-source encyclopedie in 1860 gelegd zijn, toen Cornelis de Ruijter zijn eigen banketbakkerszaak begon, nadat hij het vak had geleerd bij een banketbakker in Utrecht.

##### *Fysiek effect*

Anijs heeft het imago dat het de productie van moedermelk stimuleert. Volgens Wikipedia (2010) werd er rond de zeventiende eeuw Anisette (anijsdrank of kraamanijs) aan de moeder gegeven omdat het toen de reputatie had dat het een positieve invloed had op het dalen van de baarmoeder, naar de oorspronkelijke grootte. Ook werd er destijds gedacht, dat het boze geesten kon bezweren.

##### *Rituele doeleinden*

Het op gang komen van de borstvoeding en het slinken van de baarmoeder zijn ook nu uitermate belangrijk. Alhoewel anijs is vervangen door andere middelen (bijvoorbeeld oxytocine) is het gebruik van een beschuit met muisjes niet verdwenen. Het weren van de boze geesten wordt niet meer in dezelfde termen benoemd, maar het zou toch aanvoelen als 'iets over je afroepen,' mocht je geen beschuitje serveren aan je kraamvisite. Het idee van het boze oog is compleet actueel. Andere symboliek die er volgens de site aan dit gebruik wordt toegeschreven zijn de vorm van het muisje; puntig en met een staartje.

##### *Naamgeving*

De naamgeving behoort tot de geboorte, omdat men pas een burger is in de maatschappij als men bij de gemeentelijke basis administratie geregistreerd staat. Voor een historische omschrijving verwijs ik naar appendix 1.

---

<sup>24</sup> Geraadpleegd op 15 december 2010 om 0.59 uur.

## 5.4 Samenvatting

De standaardprocedure zoals ik die hierboven heb beschreven is uiteraard niet op alle bevallingen van toepassing. Maar het geeft wel de rode draad weer van de standaard handelingen rondom de ziekenhuis bevalling.

Davis-Floyd (1992) redeneert dat de ziekenhuis procedures houvast geven aan alle betrokkenen, het biedt orde en structuur aan het chaotische proces van de menselijke geboorte. Hierdoor krijgt hun handelen iets onvermijdelijks; de gezaghebbende kennis. De boodschappen die worden uitgedragen door het handelen van het personeel zijn uitermate symbolisch. Ze sluiten naadloos aan op de theorie van Helman (2007) waarin het menselijk lichaam in de (zoals zij het noemt) 'westerse samenleving' symbolisch wordt voorgesteld als een machine; ze noemt dit het 'loodgietermodel' (Helman, 2007). Concepten van hoe het lichaam in elkaar zit en werkt, zijn volgens haar deels afkomstig uit de wereld van de techniek. Modellen die wij gebruiken om de werking van het lichaam te visualiseren, uit te leggen en te conceptualiseren zijn volgens haar afgeleid van bijvoorbeeld de drainage systemen in woningen, elektriciteit, machines en computers. Het lichaam wordt voorgesteld als een verzameling holtes die verbonden zijn aan openingen via leidingen en buizen.

Artsen versterken dit beeld door metaforen te gebruiken zoals: 'je hart pompt,' 'je moet je batterij even opladen,' 'opgebrand zijn,' 'je hebt een verstopping in de darmen' en dergelijke (Helman, 2007). Het gebruik van bijvoorbeeld de foetale monitor versterkt het beeld van zowel de moeder als de arts, dat het lichaam in metaforische zin een machine is. Het 'loodgietermodel' gaat evengoed op voor de ideeën die men heeft over de werking van zwangerschap en geboorte. Het is dus niet zo dat alleen de gynaecologie, maar de hele bio-geneeskunde die het lichaam conceptualiseerd als een machine. Dat Davis-Floyd (1992) in haar analyse stelt dat gynaecologen in Amerika het lichaam als een machine benaderen, komt dus overeen met de theorie van Helman dat westerlingen het lichaam in het algemeen conceptualiseren als machine. Sterker nog, Helman (2007) haalt Davis-Floyd aan in haar boek: 'Davis-Floyd traces it (birth-culture) to the seventeenth century image, developed by Descartes, Bacon and Hobbes, of a mechanistic universe, following predictable laws, which could be discovered by science and controlled by technology. The Cartesian model of body-mind dualism led to the metaphor of the body as a machine, and the conceptual divorce of body from soul removed the body from the purview of religion and placed it firmly in the hands of science. Davis-Floyd further argues that Christian theology held that women were inferior to men and closer to nature. Consequently, the men who established the idea of body-as-machine also firmly established the prototype of this machine: in so far as the female body deviated from the male standard, so it was regarded as inherently abnormal, defective, dangerously unpredictable and under the influence of nature, and in need of constant manipulation by men. The demise of midwifery and the growth of the metaphor of the female body as a defective machine formed the philosophical basis for modern obstetrics' (Helman, 2007: 170-171).

De rituelen en symboliek rondom het proces dat een vrouw transformeert in een moeder is niet compleet goed of slecht. Het is volgens Davis-Floyd (1992) zo dat alle samenlevingen het nodig hebben om grip te krijgen op het lichaam en gedrag. Daarvoor is het belangrijk voor de mensen in de gehele maatschappij, om haar leden grondig te socialiseren binnen hun normen. Om dit te doen zijn rituelen fundamenteel. De manier waarop er wordt omgegaan met pijn, angst, vreugde, duur van de bevallingen, houdingen die kunnen worden aangenomen, gevaren, alles krijgt vorm door middel van een sociale constructie. Rondom de grootste gebeurtenissen zoals geboorte en dood, veranderen de sociale verhoudingen; vrouwen worden moeders, oma's of tantes, misschien nichtjes of zusjes. Mannen worden vaders, opa's, broers, ooms of neefjes. Juist in deze situaties is het nodig om een houvast te hebben; een structuur waarbinnen er grip gekregen kan worden op een gebeurtenis die alle sociale rollen herdefinieert. Zoals ik hierboven heb laten zien is de manier waarop dit belangrijke moment van de geboorte plaatsvindt niet alleen biologisch maar grotendeels cultureel.

## 6. Geboortemodel

'De definitie van 'de bevalling' door een samenleving creëert de belangrijkste indicator voor het geboortemodel' (Jordan, 1980: 34). Volgens Jordan (1980) is de lokale culturele visie op geboorte er verantwoordelijk voor dat de verschillende participanten aan het proces het grotendeels eens zijn over de manier waarop deze gemanaged wordt. Tegelijkertijd geeft dit achtergronden waartegen obstetrische procedures worden gerechtvaardigd indien er zich problemen voordoen tijdens de bevalling. Omdat ik de mogelijkheid heb gehad om verschillende bevallingen te observeren kreeg ik een indruk van het verloop van de communicatie tussen het personeel onderling, met de (aanstaande) moeder en haar bijstanders. Mijn interesse lag voornamelijk bij de plek die intuïtie heeft in de besluitvorming. Maar door het observeren kwamen er ook andere thema's naar voren. Deze heb ik als vragen opgenomen in de vragenlijst en geanalyseerd met het software programma voor data analyse SPSS 17.0. Hiermee heb ik onder andere correlaties gemeten middels 'kendall's tau'. De correlaties werden door SPSS 17.0 schematisch weergegeven in een tabel. Op die manier kon ik de correlaties tussen de variabelen en eventuele patronen in de antwoorden zien. In dit hoofdstuk bespreek ik de gestelde vragen en behandel ik de vragen die correlatie vertonen.

### 6.1 Dataverzameling

Nadat ik toestemming kreeg voor mijn leeronderzoek ben ik op de afdeling met de verloskundigen gaan meelopen. Hier heb ik, zoals eerder vermeld, naar aanleiding van mijn observaties vragenlijsten opgesteld die ik aan alle medewerkers van de afdeling verloskunde heb gegeven. De respons was klein; slechts elf van zestig mensen retourneerden een ingevulde vragenlijst. De groep respondenten die wel reageerden bestaat uit twee gynaecologen, drie verloskundigen en zes verpleegkundigen. Dit hoofdstuk gaat over de vragenlijsten en de resultaten daarvan na een analyse op het eerste niveau: de correlaties.

### 6.2 Analyse

De antwoorden op de vragenlijsten (variabelen) heb ik verwerkt in SPSS 17.0. Hiermee heb ik de correlaties gemeten tussen de variabelen middels kendall's tau. In totaal heb ik zestien correlaties gevonden van 0,6 en hoger, waarvan twaalf positief. De correlatie is een getal tussen -1 en 1, dat aangeeft hoe sterk het verband tussen twee variabelen is. Een correlatie van 0 betekent dat er geen verband is. Een *positieve correlatie* (groter dan 0), betekent dat hogere waarden op de ene variabele samen gaan met hogere waarden op de andere variabele. Een *negatieve correlatie* betekent dat hogere waarden op de ene variabele samen gaan met lagere waarden op de andere variabele. Hoe verder de correlatie van 0 af zit, hoe sterker het verband is. Ik heb er daarom voor gekozen een onderscheid te maken tussen correlaties van 0,6 en 0,5. Naast de zestien correlaties van 0,6 en hoger, heb ik ook nog drieëntwintig correlaties gevonden van 0,5 of hoger waarvan zeventien positief. Als laatste heb ik twee correlaties van bijna 0,5 opgenomen, namelijk 0,482 en -0,457. De resultaten hebben mij soms verbaasd en kwamen niet altijd overeen met mijn verwachtingen. Dat had er onder andere mee te maken dat ik het niet altijd overeen vond komen met wat ik had gezien.

### 6.3 Vragenlijsten

De vragenlijst die ik heb gemaakt bestaat uit negentien vragen. De vragen één tot en met zes gaan over intuïtie en deze vragen worden behandeld in hoofdstuk zeven. In dit hoofdstuk bespreek ik de vragen zeven tot en met negentien, welke zijn verdeeld in twee onderdelen; 'geboortecultuur' (vraag zeven tot en met elf) en 'medische interventies' (vraag twaalf tot en met negentien).

## 6.4 Geboortecultuur

De eerste vraag van het onderdeel 'geboortecultuur' is geïnspireerd op het onderzoek van Brigitte Jordan (1980), die een award won voor het boek dat zij hierover schreef: 'Birth in Four Cultures'. Jordan (1980) is een pionier op het gebied van onderzoek naar geboorte cultuur en één van de grondleggers van de antropologie van geboorte. Tijdens haar vergelijkend onderzoek in vier landen, Yucatan (Mexico), Verenigde Staten, Zweden en Nederland, stelde zij verloskundigen onder andere de vraag; 'Wat is geboorte?'. Ik besloot de vier antwoorden uit de verschillende landen voor te leggen in mijn onderzoek, met de vraag de volgorde van relevantie aan te geven. Het leek mij vooral interessant om te kijken of er een verschuiving had plaatsgevonden sinds 1980. Met name in het licht van de huidige ophef over de hoge perinatale sterfte en de toenemende medicalisering van bevalling, was ik benieuwd in welke mate het personeel de bevalling als medisch of natuurlijk ziet.

*Vraag zeven: Bridget Jordan (1980) deed onderzoek naar geboorte in vier verschillende landen. Bij de vraag: 'Wat is geboorte?' kreeg zij de volgende antwoorden (geef met de cijfers 1 t/m 4 de volgorde van relevantie aan, waarbij 1 het minst en 4 het meest relevant is):*

- Een persoonlijke prestatie en hoogtepunt in het leven van een vrouw (Zweden)
- Onderdeel van de levenscyclus (Yucatan)
- Een natuurlijke gebeurtenis (Nederland)
- Een medische gebeurtenis (Verenigde Staten)

*Persoonlijke prestatie en onderdeel van de levenscyclus* werden beide door vier respondenten als (meest) relevant gekozen. Drie respondenten vinden *een natuurlijke* gebeurtenis het meest relevant en drie andere respondenten vinden *een medische* gebeurtenis het meest relevant. Er is dus geen duidelijk tendens. In de analyse kijk ik met welke variabele de verschillende antwoordopties correleren. Optie *a* (*persoonlijke prestatie*) correleert negatief  $-0,719$  (significant) met de stelling dat het 'standaard gebruik van het CTG ter discussie moet staan.' Dat betekent dat respondenten die het niet eens waren met de ene stelling dat wel waren met de andere. De respondenten die vinden dat een geboorte een persoonlijke prestatie is, vinden het niet nodig om het standaard gebruik van het CTG ter discussie te stellen. Dit bevestigt de ideologie van het medisch-technische lichaam en de symbolische boodschap van het gebruik van het CTG (besproken in 'Geboorterituelen'): 'uw lichaam is een (niet goed) presterende machine.' De negatieve correlatie bevestigt dat 'een persoonlijke prestatie' hier niet gelijk wordt gesteld aan het *zelf* kunnen. De superieure technologie blijft een belangrijk aspect bij de bewaking van de foetus; *natuur staat* in contrast met *cultuur*. Dit wordt naar mijn mening bevestigd door de positieve correlatie tussen de stelling *a* over geboorte met twee 'houding' vragen. Namelijk de houdingen *rugligging* (0,540) en *hurken* (0,544) als de beste houding om in te bevallen. Zij die het ermee eens zijn dat de geboorte een persoonlijke prestatie is, zijn ook van mening dat de beste houdingen om in te bevallen de rug en gehurkte houding zijn. Op basis van mijn observaties krijg ik de indruk dat het niet gangbaar is dat de moeder een andere houding dan liggend op de zij of rug aanneemt. Zo wilde de moeder in case 7 zittend bevallen maar werd haar dat afgeraden door de verloskundige en wil de moeder in case 11 graag op handen en voeten bevallen, maar vond de verloskundige dat 'een beetje gek'. De resultaten van de vragenlijsten in combinatie met observaties geven een indicatie van een trend waarin het contrast natuurcultuur naar voren blijft komen. In de correlatie waarin de technologie (cultuur) een belangrijke rol speelt, wordt de baring niet als persoonlijke prestatie (natuur) gezien. De niet conventionele houdingen worden geassocieerd met een belangrijke rol van de moeder tijdens de bevalling, naar mijn mening ligt de nadruk hier op het natuurlijke aspect van de bevalling.

De stelling echter dat geboorte een *natuurlijke gebeurtenis* is, (gebaseerd op onderzoek van Jordan (1980) komt deze definitie oorspronkelijk uit Nederland), heeft slechts met één variabele correlatie. Ik vond het frappant dat van de respondenten in totaal 72,8% dit niet of niet heel relevant noemt. Slechts 27,2% vindt dit het *meest relevant*. Er is een lichte negatieve correlatie van  $-0,488$  met de stelling dat als de moeder specifieke wensen heeft (zoals het bloed

vanuit de placenta de baby in laten stromen voordat de navelstreng wordt afgeklemd) dat dit dan een mogelijkheid moet zijn. Dit betekent dat diegene die de geboorte per definitie een natuurlijke gebeurtenis vindt, ook van mening is dat specifieke wensen van de moeder geen echte optie zijn. Ook hier keert het thema van de rol van de moeder in de eigen bevalling terug.

Volgens Jordan (1980) werd geboorte in de Verenigde Staten als een *medische gebeurtenis* gedefinieerd. Deze stelling correleert negatief met twee variabelen: namelijk 'moeders voelen wel dingen aan, maar weten te weinig van bevallen om ze compleet hun gang te laten gaan, verloskundigen zijn de spil in de verloskamer' (-0,561 (significant)) en 'geboorte is een onderdeel van de levenscyclus', afkomstig uit Yucatan (-0,776 (significant two-tailed)). Wie dus van mening is dat een geboorte een medische gebeurtenis is vindt niet dat de verloskundige de spil is in de verloskamer. Dat klinkt mijns inziens niet logisch. Wellicht duidt het op een gat tussen ideologie en praktijk: de verloskundige ziet zichzelf niet als de persoon die medische interventies uitvoert, maar als de begeleidster van een proces. Vanzelfsprekender vind ik de negatieve correlatie van 'geboorte is een medische gebeurtenis' met de stelling uit Yucatan, waar geboorte als onderdeel van de levenscyclus wordt beschouwd. Degenen die de geboorte een medische aangelegenheid vinden, zijn van mening dat geboorte geen onderdeel van de levenscyclus is.

*Vraag acht: 'Wanneer is volgens u een bevalling begonnen? En wat veroorzaakt het op gang komen ervan?'*

Ik stelde deze vraag omdat het interessante van gezaghebbende kennis is, dat zij vanzelfsprekend lijkt. Desondanks hoorde ik veel overleg op de afdeling bij de vraag of een moeder al dan niet *'in partu'* (barende) was. Het bleek een heet hangijzer: was de moeder in partu dan moesten een aantal geboorterituelen in gang gezet worden. Wanneer iemand precies in partu wordt verklaard lijkt niet compleet duidelijk. Verschillende zaken spelen hierbij een rol: zijn er weeën, gebroken vliezen of ontsluiting? Mijn interesse in de afbakening van deze fase groeide. Vandaar de hierboven geformuleerde open vraag.

Zeer interessant vond ik het dat op de vraag wanneer de bevalling begonnen is, er slechts één respondent was die antwoordde dat dit is hoe de moeder het beleeft. De rol van moeder blijkt hier dus ook beperkt. Het meest voorkomende antwoord is regelmatige weeën. Andere frequent gegeven antwoorden, maar minder unaniem zijn gebroken vliezen en toenemende ontsluiting. Twee respondenten waren van mening dat veranderingen aan de baarmoedermond betekende dat de bevalling is begonnen. Op de vraag wat het op gang komen van een bevalling veroorzaakt was het meest voorkomende antwoord, maar zeker niet unaniem hormonen van de baby. Er kwamen dus drie elementen naar voren die een rol spelen bij het op gang brengen van de bevalling. De baby wordt verantwoordelijk geacht voor de afgifte van hormonen. De zwangere wordt in verband gebracht met de vliezen en een opvallend resultaat is dat de baarmoeder wordt genoemd als verantwoordelijk voor de ontsluiting en de weeën. Aan de baarmoeder wordt een eigen identiteit toegekend.

Ondanks het feit dat veel bevallingen in het ziekenhuis worden ingeleid, gaf maar één respondent aan dat inleiden een reden kan zijn waarom de bevalling op gang komt. Ook bij mij was dit niet als reden opgekomen. Ik was erg verbaasd dit te lezen en het is uitermate belangrijk dat dit is genoemd. In Nederland komen namelijk erg veel bevallingen op gang door inleiden. De redenen hiervoor zijn bijna nooit sociaal-emotioneel maar hoofdzakelijk medisch. In de praktijk betekent dit, dat er wordt gevreesd voor de veiligheid of zelfs het leven van moeder of kind. Een andere reden om in te leiden is wanneer de bevalling twee weken na de uitgerekende datum nog niet spontaan op gang is gekomen. De verloskundigen en artsen spreken dan van overdragenheid. De medische term hiervoor is serotiniteit. Vijf tot tien procent van alle zwangerschappen duurt langer dan 42 weken. Bij een zwangerschap die langer dan 42 weken duurt, voldoet de placenta soms minder goed aan de behoefte van het kind. De baby kan zo geleidelijk minder voeding en heel soms te weinig zuurstof krijgen. De hoeveelheid vruchtwater wordt langzamerhand minder. Ontlasting van de baby (meconium) in het vruchtwater komt



gemiddeld vaker voor. Volgens de site 'ziekenhuis.nl' is de normale procedure bij serotiniteit de volgende:

#### 6.4.1 Verwijzing naar de gynaecoloog

Om problemen vóór te zijn wordt u door de verloskundige of huisarts naar de gynaecoloog verwezen. Of u de baby goed voelt bewegen, is een belangrijk teken. Een cardiotocogram (CTG) registreert de harttonen van het kind. Zo wordt de conditie van uw baby beoordeeld. Echoscopisch onderzoek geeft aan of de hoeveelheid vruchtwater voldoende is. Meestal vindt de verwijzing plaats bij 42 weken, dus twee weken na de uitgerekende datum. In sommige plaatsen worden zwangere vrouwen al tussen 41 en 42 weken verwezen voor een controle door de gynaecoloog. De gynaecoloog informeert u tot wanneer een eventuele thuisbevalling nog verantwoord is.

#### 6.4.2 Afwachten of inleiden?

Als alle controles goed zijn en de zwangerschap geen andere problemen geeft, is het verantwoord om af te wachten tot de bevalling spontaan begint. Het advies is om dan tweemaal per week een CTG en een echo te maken. De harttonen en de hoeveelheid vruchtwater worden zo beoordeeld. Bij minder leven voelen, als er weinig vruchtwater is, of als de harttonen niet optimaal zijn, stelt de gynaecoloog vaak voor om uw baby geboren te laten worden. Als de baarmoedermond 'rijp' aanvoelt, is een inleiding mogelijk. Ook bijkomende problemen tijdens de zwangerschap, zoals een hoge bloeddruk of een klein kind, kunnen een reden zijn om een inleiding voor te stellen.<sup>25</sup>

Alhoewel het inleiden alleen om medische redenen gebeurt en ongetwijfeld levens redt, is ook hier de symboliek van het lichaam als machine evident. De enigszins negatieve lading is overduidelijk. Davis-Floyd (1992) interpreteert het ingrijpen in het proces als het benadrukken van het niet volgens de norm presteren van het (vrouwen) lichaam (zwangerschap en geboorte als lineair proces). Moeders lichaam wordt na de geschatte 42 weken zwangerschap een gevaarlijke plek. Het is ook niet voor niets dat moeders die ingeleid worden of waarbij de bevalling in een kunstverlossing eindigt, aangeven het gevoel te hebben dat zij falen. Dit komt omdat zij niet konden 'presteren' volgens de culturele norm. Hun 'machine' had gebreken, waardoor het 'product' in gevaar kwam en waar de technologie de oplossing moest bieden. Vraag negen gaat over de verschillende houdingen waarin vrouwen kunnen bevallen. Als opties heb ik gegeven; *rug, hurken, handen en knieën (all fours) of houding irrelevant*. De reden hiervoor is de grote hoeveelheid literatuur die er bestaat over de nadelen van het bevallen in de rugligging. De bevallingen die ik heb gezien in het ziekenhuis vonden tijdens de uitdrijving allemaal in de rugligging plaats. De rugligging is ongemakkelijk voor de moeder (liggend voelt men zich onderdaniger) en bovendien zorgt deze houding voor een compressie van belangrijke aderen en het staartbot. De hurkende houding wordt al beschreven in de Bijbel (Stof, 1983) als favoriet en komt in veel hedendaagse literatuur naar voren als goede optie. Moeder heeft meer overzicht over de omgeving en hoeft minder moeite te doen om het bekken vrij te maken. Verloskundigen geven voor de bevalling op bed regelmatig het alternatief voor de bevalling op een baarkruk. Ik heb echter nog nooit gehoord dat bevallen op handen en knieën werd aangeraden. Het viel mij tijdens het veldwerk op dat er door verloskundigen wordt uitgedragen dat er in verschillende houdingen bevallen kan worden, terwijl er in de praktijk op wordt aangestuurd tijdens de uitdrijvingsfase op de rug te gaan liggen.

---

<sup>25</sup> Bron: 'Ziekenhuis.nl'

[http://www.ziekenhuis.nl/index.php?cat=ziektebeelden&ziektebeelden=ziektebeeld\\_item&item\\_id=432&letter=S](http://www.ziekenhuis.nl/index.php?cat=ziektebeelden&ziektebeelden=ziektebeeld_item&item_id=432&letter=S)

Vraag negen: Welke houding is het beste om in te bevallen? (geef met de cijfers 1 t/m 4 de volgorde van relevantie aan, waarbij 1 het minst en 4 het meest relevant is):

- Rugligging
- Gehurkt
- Op handen en knieën
- Welke houding de moeder aanneemt is niet relevant

De insteek van de antwoordopties was het aansporen tot reflectie op het handelen. Bovendien zou het de tendens die ik meende waar te nemen bevestigen: de rugligging als uitgangspunt. Dit blijkt ook uit de antwoorden, meer dan de helft van de respondenten (zes personen) vindt deze houding relevant. Gehurkt bevallen is er een alternatief voor (vier personen vinden dit relevant). De houding handen en knieën is minder prominent aanwezig: vijf mensen vinden dit niet of het minst relevant. Op de vragenlijst gaven sommige respondenten tot mijn vreugde nog geschreven opmerkingen op de vraag. Het was mijn bedoeling een reactie te ontlokken en dus was ik blij dat er respondenten waren die wilde reageren op de vraag. Zo vond een verloskundige de vraag volstrekt irrelevant, maar motiveerde helaas niet waarom. Een verpleegkundige O&G schrijft dat moeder de houding aan moet nemen die voor haar fijn is en plaatst de houdingen als volgt: Op handen en knieën, gehurkt en rugligging. Een gynaecologe schrijft dat de beste houding af hangt van de zorg en vult de opties verder niet in. Deze twee standpunten worden samengevat het antwoord van een andere verloskundige die schrijft: 'Ik vind dit geen goede/relevante vraag. Er is geen antwoord op. Je kijkt naar welke houding de vrouw het prettigste vindt en wat de conditie van de baby toelaat.'

Al sinds de oudheid laten afbeeldingen zien dat vrouwen gehurkt hun kinderen baren. Onder andere Stok (1983) schenkt aandacht aan de houding in zijn boek 'Zwangerschap en Geboorte bij de Babyloniers en in de Bijbel'. Het is daarom interessant dat juist de gehurkte houding positieve correlatie vertoont met drie andere variabelen; 'Inspraak in vliezen breken' (0,686 (significant)) en 'Hays' (0,577), en een negatieve correlatie met 'Houding Irrelevant' (-0,530).

Respondenten die hoog scoren op het antwoord dat de gehurkte houding de beste is om in te bevallen, zijn ook van mening dat de ouders betrokken moeten worden in de besluitvorming rondom de bevalling, zoals bij het breken van de vliezen. Daarnaast scoort deze groep hoog op de stelling dat men moet heroverwegen welke kennis (in plaats van de biomedische) het meest waardevol is. Ook hier zie ik weer de natuur-cultuur tendens terugkomen. Op bed liggen kan gezien worden als cultuur, dat afsteekt tegen natuur zoals het bevallen in een andere houding bijvoorbeeld gehurkt. Het betrekken van de ouders bij de besluitvorming en het in twijfel trekken van de alwetendheid van de biomedische kennis zeggen iets over de rol van de moeder tijdens de bevalling.

De gehurkte houding als beste correleert negatief (-0,530) met de variabele 'houding irrelevant'; de mening dat er geen beste houding bestaat. Dat de houding irrelevant is, werd door zes respondenten gekozen, dat de gehurkte houding (het meest) relevant is werd door vier respondenten genoemd. Het is wel opvallend dat juist deze twee correleren, het geeft aan dat er wellicht twee groepen ideologieën onder personeel bestaan; de holistische (natuur) en de biomedische (cultuur). De gehurkte houding lijkt te liggen in de lijn van holistische verloskunde waarin de ervaring en de kennis van de moeder (natuur) een grote rol spelen. Zij clustert met andere variabelen die biomedische kennis in twijfel trekken en de moeder actief in de besluitvorming willen betrekken. De mening dat de houding irrelevant is, lijkt daarmee te liggen in een ideologie van biomedisch wetenschap waarin de heersende hegemonie is dat het lichaam een machine is dat een product levert. Deze defecte machine moet aangesloten op en bewaakt worden door technologie (cultuur). Een andere negatieve correlatie (-0,519) heb ik gevonden tussen de houdingen 'rugligging' en 'handen en knieën.' De houding 'handen en knieën' is door vijf respondenten als (minst) relevant genoemd en de rugligging is door drie respondenten als niet relevant gekozen. Het kan zijn dat hier weer de twee ideologieën uit blijken: holistisch versus biomedisch.

Vraag tien is een vervolg vraag. Veel verloskundige kennis is volgens verloskundige {Odin} overgeleverd en niet gebaseerd op wetenschappelijk bewijs. Alhoewel er genoeg wetenschappelijke onderzoeken zijn die aantonen dat de rugligging niet ideaal is voor de baring, stuurden de verloskundigen en gynaecologen tijdens mijn veldwerk hier wel allemaal op aan. De reden die daarvoor veelal werd gegeven was: 'het werkt het prettigst, omdat je alles goed kunt zien en het kind gemakkelijk aan kan pakken.' Dat het fysiek voor moeder en kind niet de optimale houding is, blijkt hier aan ondergeschikt. Dit wekte mijn nieuwsgierigheid naar de rol die de opleiding verloskunde speelt bij deze rituele handeling (moeder op de rug). Ik wilde graag weten of de verschillende posities waarin moeder haar kind kan baren wel genoeg aandacht krijgen op de opleiding verloskunde.

*Vraag tien: Geef op de schaal van 1 t/m 5 aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stelling: het 'halen' van de baby in verschillende posities (bv moeder op de knieën) moet meer aandacht krijgen op de opleiding verloskunde.*

*1-2-3-4-5 (1 staat voor het minst en 5 het meest mee eens)*

Vijf mensen waren het helemaal oneens met de stelling. Een verloskundige schreef dat het tijdens haar opleiding veel aandacht kreeg. Een andere verloskundige, die zich op het formulier 'vroedvrouw' noemt schrijft: 'Baby's worden niet door ons gehaald, ze komen zelf of moeder laat ze gaan!! Dat moet aandacht krijgen.'

Vraag elf gaat over het feit dat het vrij rap afnavelen na de geboorte van de baby een vanzelfsprekendheid lijkt. Tijdens mijn observaties zag ik dat het doorknippen van de navelstreng een belangrijk moment is en dat het moment waarop dat gebeurt iets varieert. Ook is het in Nederland een belangrijk ritueel dat de vader de navelstreng doorknipt. Bij alle bevallingen die ik mocht bijwonen was de vader de aangewezen persoon om de navelstreng door te knippen. In case 10 beviel een lesbische vrouw die werd bijgestaan door haar partner. Op de gang wachtte de zaaddonor met zijn partner. Toen de navelstreng doorgeknipt mocht worden, werd de biologische vader naar binnen geroepen om dit te doen, alhoewel hij verder niet betrokken was geweest bij de bevalling. In case 2 was er haast geboden bij het doorknippen van de navelstreng, omdat het niet zo goed ging met de pasgeborene. De vader werd druk gezocht maar was op dat moment niet direct te traceren. Er ontstond verwarring want wie moest het dan doen? Uiteindelijk werd snel beslist dat de oma de eerstvolgende aangewezen persoon was. Afnavelen kan wachten tot de hartslag uit de navelstreng is (een paar minuten), terwijl anderen direct na de geboorte afklemmen. In contrast daarmee staat bijvoorbeeld de gewoonte in Hongarije waar men wacht tot de placenta geboren is. Vervolgens laat men het bloed vanuit de placenta volledig in de baby stromen, voordat deze wordt afgnaveld en doorgeknipt. Het idee erachter is dat het bloed van de baby is. De vraag die ik heb gesteld gaat in essentie over gezaghebbende kennis.

*Vraag elf: 'In mijn observaties heb ik gezien dat er veel aandacht is voor de placenta. Deze wordt meestal beschreven als: 'het huisje van de baby'; ook wordt er gesproken over de 'geboorte van de placenta'. Verder heb ik in mijn observaties gezien dat het doorknippen van de navelstreng een belangrijk moment is, maar het moment waarop dat gebeurt varieert. Zo wachten sommige verloskundigen tot de hartslag eruit is. In Hongarije wordt de placenta geboren en laat men het bloed vanuit de placenta volledig in de baby stromen, voordat deze wordt afgnaveld en doorgeknipt. Het idee erachter is dat het bloed van de baby is. Als de moeder specifieke wensen heeft, zoals het bloed vanuit de placenta de baby in laten stromen voordat de navelstreng wordt afgeklemd; is dat dan een mogelijkheid? Geef op de schaal van 1 t/m 5 aan in hoeverre u dit een mogelijkheid acht:*

*1-2-3-4-5 (1 staat voor het minst en 5 het meest relevant)*

Acht van de elf respondenten zijn het met deze stelling eens. Ondanks de ideologische insteek dat moeder inspraak mag hebben in het moment van afnavelen is het niet iets dat wordt

besproken, zoals dat met het uiteindelijke doorknippen wel gebeurt. Meestal zit de klem 'ineens' op de navelstreng.

## 6.5 Medische Interventies

Eén van de dingen die mij het meest is opgevallen tijdens mijn observaties is de grote rol die het cardiogram (CTG) heeft. Voor de vrouwen die in de tweede lijn (onder supervisie van een gynaecoloog) gingen bevallen was na aankomst in het ziekenhuis en de officiële opname de volgende stap (fase 2) het maken van een hartfilmpje (CTG) van de baby. Het rondlopen tijdens de weeën wordt lastig als moeder wordt aangesloten op het CTG. Door de continue meting van de hartslag van de baby en van de frequentie en sterkte van weeën wordt geprobeerd foetale nood te voorkomen, dat is de originele functie van het CTG. In de praktijk is de meerwaarde van het gebruik echter dat er patronen kunnen worden gesignaleerd zodat er bij foetale nood ingegrepen kan worden. Eén van de kritieken op het CTG is dat de Doppler-meting hetzelfde effect heeft. Ten tweede vinden veel vrouwen de banden om hun buik vervelend en ook het feit dat ze beperkt worden in hun bewegingsvrijheid. De uitkomsten van bevallingen zouden volgens critici niet zijn verbeterd sinds de uitvinding van het CTG. Daarom zou het standaard gebruik van het CTG gezien kunnen worden als belangrijk artefact van de overgangsrte naar moeder. Het staat symbool voor de hoog technologische verloskundige zorg. Dit wordt bevestigd door de opmerking van een verloskundige die zei: 'We durven het gebruik ervan niet meer af te schaffen.' Ondanks dat men zich bewust is van de ritualisering van het gebruik en de nadelen daarvan blijft de gewoonte bestaan. Wat ik graag wilde weten is hoeveel mensen van mening zijn dat hier een discussie over op gang zou moeten komen.

*Vraag twaalf: 'Geef op de schaal van 1 t/m 5 aan, in hoeverre u het eens bent met de volgende stelling: het gebruik van de CTG heeft voor- en nadelen, het standaard gebruik van de CTG zou ter discussie moeten staan.'*

*1-2-3-4-5 (1 staat voor het minst mee eens en 5 het meest mee eens)*

Ik heb de respondenten gevraagd in hoeverre ze eens zijn met de stelling dat het standaard gebruik van het CTG ter discussie zou moeten staan. Deze variabele correleert positief met twee andere variabelen (vliezen breken 0,597 en Hays 0,501) die inspraak van ouders en heroverweging van de biomedische kennis meten. Deze twee variabelen correleren weer significant met elkaar; 0,636. Er is dus duidelijk een cluster. 'Natuur' wordt hier sterker gerepresenteerd dan 'cultuur.'

Een ander thema dat mijn aandacht trok is het kunstmatig breken van de vliezen. Ik had gelezen dat in Yucatan de vliezen (in de tijd van Jordan (1980) helemaal niet werden gebroken. Tijdens mijn eigen observaties zag ik dat het in de Nederlandse verloskundige zorg gangbaar is dit wel (standaard) te doen. De reden daarvoor is dat deze medische interventie het hormoon prostaglandine vrij laat komen dat de weeën beïnvloedt. Als de moeder 'goede' weeën heeft is het in feite niet noodzakelijk. Desondanks zag ik dat in de praktijk de vliezen altijd gebroken werden (in de actieve fase) als ze niet uit zichzelf scheurden. Wanneer ik vroeg waarom de vliezen werden gebroken, varieerden de antwoorden van 'gewoonte' tot 'ik wilde schedelelektroden aanbrengen.' Wat mij nog verder opviel was dat er niet met moeder werd overlegd over het wel of niet breken van de vliezen, maar dat het werd medegedeeld. Omdat uit onderzoek van onder andere de Stuurgroep is gebleken dat inspraak in de besluitvorming een belangrijke factor is voor de tevredenheid van moeders over hun bevalling heb ik de volgende stelling voorgelegd:

*Vraag dertien: In Yucatan werden de vliezen in de tijd van Bridget Jordan (1980) niet gebroken. In de Nederlandse verloskundige zorg is het redelijk gangbaar dit wel te doen, om het hormoon vrij te laten komen dat de weeën beïnvloedt. Als de moeder 'goede' weeën heeft is het in feite niet noodzakelijk. Geef op de schaal van 1 t/m 5 aan in hoeverre u het eens bent met de volgende*

*stelling: Het is een goed idee om ouders voor de bevalling te informeren over voor en nadelen van het breken van de vliezen, zodat zij in de besluitvorming kunnen worden betrokken.*

*1-2-3-4-5 (1 staat voor het minst mee eens en 5 het meest mee eens)*

Zes respondenten waren het niet met deze stelling eens. Er zijn geen correlaties gevonden met andere vragen.

Vraag veertien gaat weer over gezaghebbende kennis. Bij een specifieke bevalling zag ik iets gebeuren wat mij direct herinnerde aan iets dat ik in het boek van Jordan (1980) had gelezen. Het ging over verloskundigen en moeders in Yucatan die bij 'moeilijke' bevallingen zorgden dat moeder ging braken; het overgeven zou de weeën sterker maken. Deze theorie leek te werken. Tijdens één van mijn observaties was er een bevalling waarbij de moeder het erg zwaar had. Ze kon de pijn van de weeën slecht verdragen. Op een gegeven moment stak zij haar vinger in haar keel. De verloskundige hield haar tegen, in de veronderstelling dat moeder zichzelf onnodig overstuur maakte. In mijn idee werd de moeder geremd in haar instinct. Ik wilde graag weten hoe het personeel staat tegenover de vraag wiens kennis doorslaggevend zou moeten zijn.

*Vraag veertien: 'In haar boek (1980) 'Birth in four cultures' beschrijft Jordan dat verloskundigen in Yucatan vrouwen die geen sterke weeën hebben of waarbij het 'niet opschiet' laten braken, bijvoorbeeld door ze rauw ei te geven of hun vinger in de keel te laten stoppen. Het kokhalzen lijkt de weeën te stimuleren. In mijn onderzoek heb ik gezien dat een moeder die het erg moeilijk had haar vinger in haar keel stopte; ze dacht dat overgeven haar zou helpen. De verloskundige hield haar tegen, in de veronderstelling dat moeder zichzelf onnodig overstuur maakte.*

*Moeder: 'Ik wil het' (steekt haar vinger in haar keel)*

*ddVK: 'Nee' 'Niet doen, we geloven het zo ook wel' (dat ze het moeilijk heeft) (interpretatie van de onderzoeker)*

*Geef met de cijfers 1 t/m 4 de volgorde van relevantie aan, waarbij 1 het minst mee eens en 4 het meest mee eens is':*

- Verloskundigen hebben alleen kennis van wat een bevalling inhoudt binnen het kader van de westerse geneeskunde, wij moeten ons eigenlijk volledig door de moeders laten sturen (zorg een meer lerend karakter geven).*
- Wij weten alles van bevallen, maar moeders hebben ook een feilloos instinct, moeders zijn de spil in de verloskamer.*
- Moeders voelen wel dingen aan, maar weten te weinig van bevallen om ze compleet hun gang te laten gaan, verloskundigen zijn de spil in de verloskamer.*
- Moeders hebben geen echte kennis van wat een bevalling allemaal inhoudt, zij moeten zich volledig door ons laten sturen.*

De bedoeling van deze vraag was het geven van een rangorde lopend van één tot en met vier, waarbij (1) staat voor *minst mee eens*, (2) voor *niet mee eens*, (3) staat voor *mee eens* en (4) het *meest mee eens*. Voor de duidelijkheid maak ik nu twee groepen; een groep die in meer of mindere mate kiest voor *niet mee eens* (opties 1 en 2) tegenover een groep die kiest voor *wel mee eens* (opties 3 en 4). Drie van de elf respondenten gaven aan het eens te zijn met de stelling 'wij moeten ons eigenlijk volledig door de moeders laten sturen.' Maar liefst acht van de elf respondenten is van mening dat 'moeders de spil zijn in de verloskamer' en zeven zijn (ook) van mening dat 'verloskunde de spil is in de verloskamer.' Slechts één respondent was van mening dat 'moeders zich volledig moeten laten sturen' de overige tien respondenten waren het met deze stelling het *minst eens*.

In totaal heb ik negen correlaties gevonden tussen de variabelen van de vraag wie de spil is in de verloskamer, met variabelen uit andere vragen. Slechts twee correlaties daarvan zijn negatief; *Verloskunde spil X Rugligging* (-0,643) en *Moeder moet aansturen X Houding: Handen en knieën* (-0,512). Beide negatieve correlaties illustreren de eerder waargenomen tendens voor verdelingen tussen een groep respondenten met een holistische visie en een groep met een biomedische.

De Stuurgroep (2009) geeft als advies dat moeder en kind meer centraal moeten komen te staan in de zorgverlening rondom zwangerschap en bevalling en dat de zorg een meer lerend karakter moet krijgen. Ik heb daarom als eerste de stelling gemaakt dat moeder degene moet zijn die het proces van de geboorte aanstuurt in de verloskamer en dat het zorgpersoneel er is om haar bij te staan. Ik heb eraan toegevoegd dat zorg een lerend karakter moet hebben. Met deze stelling zijn acht (72,7%) respondenten het niet erg eens. Slechts drie respondenten waren het wel eens, en zij hebben een positieve correlatie (0,564) met de houding rugligging. Deze correlatie verbaast mij, omdat ik juist dacht, dat degenen die de rugligging als beste houding zien, hun eigen mening belangrijker zouden vinden dan die van de moeder. Dit baseer ik op mijn observaties waar de verloskundige de leiding nam in het aansturen op een rugligging. En zeker omdat er ook een negatieve correlatie (-0,643) bestaat tussen *rugligging* met de variabele *verloskunde is de spil*.

De stelling; *‘Wij weten alles van bevallen, maar moeders hebben ook een feilloos instinct, moeders zijn de spil in de verloskamer,’* correleert met maar liefst vijf variabelen, waarvan drie keer significant. De eerste variabele waar correlatie mee is gevonden is *houding, handen en knieën* (0,877 significant), de tweede *standaard gebruik CTG ter discussie stellen* (0,616 significant) en dan volgt *inspraak geven in vliezen breken* (0,737 significant two-tailed) en tenslotte is er correlatie met de stelling van Hays (0,523). Er bestaat duidelijk een klontering van de variabelen die positief correleren. De correlaties zijn niet verwonderlijk: alle vier de variabelen gaan over de inspraak van de moeder, dus een sterk verband met de mening dat moeder de spil is in de verloskamer is niet spraakmakend.

De laatste correlatie die ik gevonden heb is tussen *‘moeders voelen wel dingen aan, maar weten te weinig van bevallen om ze compleet hun gang te laten gaan, verloskundigen zijn de spil in de verloskamer, en houding; handen en knieën* (0,519). Deze correlatie verbaast mij lichtelijk omdat naar mijn idee deze twee stellingen tegen elkaar in gaan en ik hier tussen geen positieve correlatie had verwacht. Mijn indruk dat verloskundigen een voorkeur hebben voor de rugligging is te wijten aan mijn observaties. Ik stel daar de variabelen *moeder moet aansturen* en *handen en knieën* lijnrecht tegenover. Dat dit op rationeel niveau blijkbaar niet zo werkt, vind ik opvallend: er lijkt een gat te bestaan tussen ideologie en de praktijk.

Vraag vijftien gaat over gezaghebbende kennis. Het is niet zo dat alle gynaecologen, verloskundigen en verpleegkundigen de biomedische kennis hetzelfde waarderen. De Amerikaanse gynaecologe Hays (1996) zegt bijvoorbeeld dat de biomedische (westerse) geneeskunde steeds meer wordt gewantrouwd, ook door artsen. Ik wilde weten hoe de respondenten er tegenover staan om de autoriteit van (biomedische) kennis te heroverwegen.

*Vraag vijftien: ‘Hays is een Amerikaanse gynaecologe, zij zegt dat de biomedische (westerse) geneeskunde steeds meer wordt gewantrouwd, ook door artsen. Zij zegt: ‘Ik deel dit wantrouwen.’ En stelt zichzelf de vraag: ‘Als de wetenschap en technologie niet de beste bronnen van autoritaire kennis zijn, wie bezit dan vervolgens wel de kennis die doorslaggevend zou moeten zijn, bij het nemen van besluiten rondom de bevalling?’ (eigen vertaling). Geef op de schaal van 1 t/m 5 aan in hoeverre u het met Hays eens bent, dat men moet heroverwegen welke kennis het meest waardevol is:’*

*1-2-3-4-5 (1 staat voor het minst mee eens en 5 het meest mee eens)*

Acht respondenten bleven hier neutraal over, twee waren het ermee eens. De correlaties heb ik hierboven al besproken.

Ten slotte heb ik nog drie vragen gesteld over het rapport wat de Stuurgroep (2009) als advies aan minister Klink uitbracht. Het eerste advies van de Stuurgroep (2009) is dat *Moeder en Kind in de hoofdrol moeten komen*. Het verbaasde mij dat dit blijkbaar niet zo was en ik wilde graag weten hoe daar op de afdeling over gedacht wordt.

*Vraag zestien: ‘Volgens de Stuurgroep (die minister Klink adviseerde over de perinatale sterfte in Nederland) moeten moeder en kind in de hoofdrol komen in de verloskundige zorg. Geef op de schaal van 1 t/m 5 aan in hoeverre u het eens bent met de conclusie van de Stuurgroep dat moeder en kind niet centraal genoeg staan:’*

1-2-3-4-5 (1 staat voor het minst mee eens en 5 het meest mee eens)

In lijn met het advies dat moeder en kind in de hoofdrol moeten, stelt de Stuurgroep (2009) in hun rapport dat de zorg rond zwangerschap en geboorte meer rond moeder en (ongeboren) kind georganiseerd moet worden. (...). Ik was ook hier erg verbaasd over, omdat ik ervan uitging dat verloskundige zorg per definitie rond moeder en kind georganiseerd is. Ik was erg benieuwd wat de respondenten van deze constatering van de Stuurgroep (2009) vonden. Zes respondenten zijn het hier (helemaal) mee eens.

*Vraag zeventien: 'De Stuurgroep vindt dat de zorg rond zwangerschap en geboorte meer rond moeder en (ongeboren) kind georganiseerd moet worden. (...) Zij zegt: 'De zorg krijgt daarmee een lerend karakter.' Geef op de schaal van 1 t/m 5 aan wat u vindt van de conclusie van de Stuurgroep dat de Nederlandse verloskundige zorg het zeggenschap van de moeder meer in acht moet gaan nemen':*

1-2-3-4-5 (1 staat voor het minst mee eens en 5 het meest mee eens)

Vijf respondenten zijn het hier (helemaal) mee eens, vier respondenten blijven neutraal en twee zijn het er (helemaal) mee oneens. Vraag achttien gaat over de verantwoordelijkheid van de moeder in het gehele proces van zwangerschap en geboorte. Dat verpleging, verloskundigen en gynaecologen bepaalde verantwoordelijkheden hebben is juridisch vastgelegd. Maar, zo stelt de Stuurgroep (2009) 'de zwangere zelf heeft uiteraard ook een belangrijke eigen verantwoordelijkheid in dit proces.' Naar mijn idee wordt de moeder tijdens de bevalling niet benaderd als iemand die verstand van zaken heeft. Dit maakt mij erg nieuwsgierig naar de verantwoordelijkheid die zij volgens het personeel draagt.

*Vraag achttien: 'Volgens de Stuurgroep heeft 'de zwangere zelf uiteraard ook een belangrijke eigen verantwoordelijkheid in dit proces.' Welke verantwoordelijkheden draagt de moeder tijdens de bevalling?'*

Vier respondenten hebben op deze open vraag gereageerd. Ze noemden het de verantwoordelijkheid van de moeder om goed naar het personeel te luisteren, een positieve instelling te hebben en haar wensen aan het personeel kenbaar te maken. De laatste vraag op de lijst gaat over het Euro-Peristat rapport (2004 en 2008). Nederland valt in negatieve zin op door de hoge perinatale sterfte in vergelijking met andere Europese landen. Ik wilde graag weten wat de reacties hierop zijn en legde de kwestie voor aan de respondenten.

*Vraag negentien: 'Recentelijk is er in de media ophef gemaakt over de resultaten van het Euro-Peristat rapport. Hierin viel Nederland in negatieve zin op door de hoge perinatale sterfte in vergelijking met andere Europese landen. Uiteraard kunnen er kanttekeningen gemaakt worden over de bruikbaarheid van statistieken in vergelijkende zin: wat vindt u ervan dat Nederland er op deze manier uitspringt?'*

Vier respondenten noemen het een *prikkel* voor alertheid, vijf noemen het een *leermoment*. Ook werd het viermaal *jammer* en viermaal *oneerlijk* genoemd.

## 6.6 Reflectie op de bevindingen

De resultaten van de vragenlijst geven een tendens weer: er lijkt een groep holisten (natuur) en een groep biomedici (cultuur) onder de respondenten. Dit komt zowel naar voren uit de vragen met betrekking tot het geboortemodel, als in het gedeelte over medische interventies. De niet-conventionele houding (rugligging) vertoont correlatie met variabelen die de moeder een belangrijke rol toedienen tijdens de baring. De rugligging en het actieve coachen van de zwangere waren gebruikelijk tijdens mijn veldwerk. Praten tegen een zwangere activeert echter de neo-cortex. Volgens de Franse gynaecoloog Odent (2009) is het voor de bevalling juist nodig

dat moeder de neo-cortex (het actieve deel van haar hersenen) zo min mogelijk stimuleert omdat stimulatie de baring negatief beïnvloedt. Het is dus duidelijk dat de communicatie tussen de zorgverleners en de moeder (en baby) de bevalling beïnvloedt. Dit was bijvoorbeeld te zien in het eerder aangehaalde voorbeeld, case 5. Het ligt voor de hand dat eigen inspraak hier een belangrijke rol speelt. Het is ook niet voor niets dat aankomende ouders tegenwoordig vaak een 'geboorteplan' opstellen waarin ze hun wensen kenbaar maken. Uit de correlaties blijkt dat diegene die de geboorte niet perse definiëren als een natuurlijke gebeurtenis, ook van mening zijn dat specifieke wensen van de moeder geen echte optie zijn. Ook hier keert het thema van de rol van de moeder in de eigen bevalling terug.

Er komen drie elementen naar voren die een rol spelen bij het op gang brengen van de bevalling. De baby wordt verantwoordelijk geacht voor de afgifte van hormonen. De zwangere wordt in verband gebracht met de vliezen, en een opvallend resultaat is dat de baarmoeder wordt genoemd als verantwoordelijk voor de ontsluiting en de weeën. De baarmoeder wordt een eigen identiteit toegekend.

Er bestaat een tendens die indiceert dat er onder verloskundigen een voorkeur bestaat voor de rugligging van de zwangere (tijdens de uitdrijving of het persen). Volgens Odent (2009) is onze culturele constructie van de geboorte er verantwoordelijk voor dat er nog zelden een fetus-ejection-reflex kan ontstaan. Deze reflex bestaat uit oncontroleerbare weeën in combinatie met het zich compleet afsluiten van de moeder. De moeder heeft geen controle meer over haar lichaam, dat de baby zelf naar buiten duwt. Wanneer deze reflex door omstandigheden niet kan ontstaan zal het lichaam volgens hem als noodoplossing overgaan op persdrang.

Het hormoon dat de activiteit van de neo-cortex doet afnemen heet melatonine. 'Bij mensen is de natuurlijke productie van melatonine door de pijnappelklier direct gekoppeld aan de blootstelling aan licht van bepaalde receptoren in het netvlies van de ogen. Bij de aanwezigheid van blauwachtig licht (uit zonlicht of uit kunstlicht, televisie of computer) wordt de productie van melatonine geremd. Neemt de blootstelling aan licht af, dan komt de natuurlijke productie van melatonine weer op gang. Voor het lichaam is dit het signaal om de dagactiviteiten te verminderen en zich voor te bereiden op de nacht.<sup>26</sup> Dit is relevant omdat zwangeren volgens Odent, wanneer ze zichzelf durven laten gaan, zoeken naar manieren om visuele prikkels te vermijden. Ze willen vaak een schemerige plek en het zitten op handen en knieën (in de verloskunde ook wel 'all fours' genoemd). De zwangeren hadden tijdens mijn veldwerk tijdens de ontsluiting meer inspraak in het managen van de bevalling, dan tijdens het persen. Er werd gefluisterd en indien gewenst werden de ramen verduisterd. Maar naast licht (daglicht, lampen televisie), wordt de neo-cortex ook gestimuleerd door praten. Volgens Odent (2009) is het belangrijk dat verloskundigen leren hun mond te houden, en niet steeds 'coachen:' 'stilte is een sleutelwoord voor een natuurlijke bevalling.' De keuze van veel Nederlandse vrouwen voor de slaapkamer is niet onlogisch: het is haar eigen territorium. Wanneer een moeder bevalt in een ziekenhuis is ze op het territorium van de klinisch verloskundige, verpleegkundigen, studenten en gynaecologen. De hoge scores op de variabelen *moeder moet aansturen* en *handen en knieën* heeft mij verbaasd omdat het niet overeenkomt met wat ik heb geobserveerd.

## 6.7 Samenvatting

De gegeven antwoorden leveren geen keihard bewijs, maar zijn wel een waardevolle toevoeging op de observaties. Ondanks het kleine aantal respondenten heb ik nu een indicatie van de manier waarop er over geboorte wordt gedacht. Ik kan op basis van de resultaten van het veldwerk, de vragenlijsten en de literatuur concluderen dat de zwangere meer inspraak moet krijgen in haar eigen bevalling en minder gecoacht en gepusht moet worden. Niet de verloskundige zou de regie moeten hebben maar de moeder. Een veilig gevoel draagt bij aan een gevoel van controle over de situatie. Door standaard handelingen wordt dit deels bereikt maar deze zijn vooral prettig voor het personeel. Een groter gevoel van veiligheid beïnvloedt de

---

<sup>26</sup> Bron: <http://nl.wikipedia.org/wiki/Melatonine>



productie van melatonine en zal positief bijdragen aan het verloop van de bevalling. Het instinct en de mening van moeder moeten meer op de voorgrond.

Gebaseerd op mijn veldwerk lijkt de kennis die een vrouw over haar eigen lichaam heeft ondergeschikt aan de medische kennis van verloskundigen en gynaecologen. Het is wel zo dat er op ideologisch niveau geluisterd wordt naar de (aanstaaende) moeder. Vooral wanneer een zwangere aangeeft de situatie niet te vertrouwen is dat reden voor verloskundigen en gynaecologen om onderzoek te doen naar mogelijke complicaties. Maar zoals uit mijn observaties blijkt, is het lang niet altijd zo dat de kennis die een berende vrouw heeft over haar eigen lichaam en baby enige vorm van gezag heeft.

## 7. Intuïtie; ‘Pluis’ of ‘Niet-pluis’?

*‘De verwerving van kennis moet uitsluitend berusten  
op de twee manieren waarop inzicht tot stand komt:  
intuïtie en deductie’  
René Descartes (1596-1650)*

In de praktijk bleek het onderzoeken van intuïtie erg lastig. Je kunt niet aan iemand zien wanneer er een intuïtie optreedt of op basis waarvan iemand een beslissing neemt. Het bleek gelukkig niet onmogelijk om data over intuïtie te verzamelen. In het hoofdstuk ‘Methoden en Technieken’ heb ik besproken welke theorieën er in de sociale wetenschappen (antropologie, sociologie en psychologie) bestaan over wat intuïtie is en welke plek dit heeft in de (klinische) besluitvorming. Tegen deze theoretische achtergrond ben ik op de afdeling gaan meelopen met het personeel.

Zwangerschap en geboorte krijgen vorm binnen een cultuur. Ook het proces van de baring is omgeven door seculiere rituelen. Het besluitvormingsproces is op zichzelf ook een culturele constructie, een ritualisering, die houvast biedt voor alle betrokkenen. Binnen de biomedische context is het inzetten van de ratio, het inzichtelijk maken van het diagnostisch proces uitermate belangrijk. Rituelen, zoals het besluitvormingsproces (richtlijnen, protocollen en medische kennis) communiceren naar de betrokkenen de diepewortelde hegemonische structuren van het denken binnen een cultuur.

Intuïtie is een vorm van uitermate sensitieve communicatie, die vanwege het ontbreken van objectief diagnostisch redeneren, een moeilijke positie kent binnen de officiële beslistkunde.

De link tussen intuïtie en ritueel, is dat in de officiële besluitvorming alleen het analytisch aspect (de ratio) een plek heeft. Terwijl er op de afdeling wel degelijk waarde wordt gehecht aan het niet-pluis gevoel. Binnen de hele ritualisering van de barensbegeleiding is het dus zeker wel een vorm van gezaghebbende kennis. Alleen verschilt het per persoon in welke mate het als diagnostisch instrument wordt gebruikt. Officieel zijn diagnostiek en niet-pluis-gevoelens van elkaar gescheiden zoals de formele en informele sectoren op de markt dat ook zijn. Maar in de praktijk zijn ze (net als de markt) bestaande uit één en hetzelfde: de algehele besluitvorming inclusief erkende en niet erkende vormen van kennis. De ritualisering communiceert dit ook: ondanks schema’s, richtlijnen en protocollen is er ruimte voor een andere gang van zaken. Als de intuïtie zegt dat het anders is, dan kan hier mee gespeeld worden; bij een baring zijn er ontelbare scenario’s mogelijk. De organisatie ervan (ritualisering/geboorterituelen) weerspiegelt dit ook. Intuïtie is binnen deze constructie an sich ook een vorm van communicatie. Het is een vertrouwd begrip. Het is onderdeel van het ritueel. Het is onderdeel van de ideologische, zeg, symbolische communicatie van, via en naar alle betrokkenen.

Data over intuïtie heb ik uiteindelijk verzameld via verschillende onderzoekstechnieken. Naast mijn veldwerk observaties en informele gesprekken heb ik tijdens het veldwerk vragenlijsten ontworpen. De respons was klein, daarom heb ik het model van Rew (dat in de vragenlijst was opgenomen) ook online beschikbaar gesteld via de site [thesistool.nl](http://www.thesistool.nl)<sup>27</sup>. De link is door de coördinatrice verloskunde verstuurd naar alle verloskundigen en gynaecologen van het ziekenhuis (zeventien mensen). Vier respondenten hebben het online model vervolgens ingevuld; twee gynaecologen en twee verloskundigen.

### 7.1 Operationalisatie

De menselijke geboorte wordt in de Nederlandse geneeskunde gezien als een natuurlijk proces. De technocratisering van de biogeneeskunde en daarmee ook de geboorte, vereist echter meetbare en op onderzoek gestoelde bewijsvoering. Het gebruik van intuïtie als vorm van

<sup>27</sup> <http://www.thesistools.com/web/?id=163618> (beschikbaar tot 27.02.2011)

kennis in de klinische besluitvorming wordt daarom geen autoriteit gegund. Maar heeft wel het gezag te beslissen dat er actie ondernomen moet worden.

Het operationaliseren van een onderzoeksvraag met een explorerende opzet is niet eenvoudig. Het object van onderzoek is de kennis waarop het zorgpersoneel hun besluiten baseert en in het bijzonder de waarde die wordt gehecht aan intuïtie als bron van kennis. De variabelen waar ik data over heb verzameld, heb ik in de loop van het veldwerk steeds nauwkeuriger gedefinieerd. Ik heb bij aanvang van het veldwerk verschillende onderzoeksgebieden bepaald en die later uitgebreid. Het was mijn voornemen per onderzoeksgebied één centrale vraag te stellen en vervolgens enkele subvragen. Het onderzoek gaat uit van het perspectief van de zorgverlener (gynaecoloog, verloskundige, verpleegkundige O&G).

Welke rol speelt intuïtie in de besluitvorming?

In welke situaties worden beslissingen genomen?

Wie neemt beslissingen?

Wie geeft opdracht aan wie?

Wat verstaat u onder 'intuïtie'? (velden en componenten van interpretatie)

Zijn er momenten dat u ineens weet dat u iets moet doen, zonder precies te weten waarom?

Hoe ligt de verhouding, kennis-intuïtie bij het nemen van een beslissing?

Zijn er situaties waarin u weet dat u een bepaalde handeling moet doen voor de patiënte, terwijl u niet aan anderen kunt uitleggen waarom?

Weet u soms ineens dat u een bepaalde handeling moet verrichten, alsof het u overkomt?

Weet u soms iets zeker over een patiënte, zonder dat u het met concrete data kunt ondersteunen?

In welke context wordt intuïtie ervaren?

Is het gebruik van intuïtie een vaardigheid die ontwikkeld kan worden?

In hoeverre speelt emotie een rol in het nemen van een beslissing?

In hoeverre speelt intuïtie een rol in het nemen van een beslissing?

Welke verwachtingen heeft het medisch personeel van de patiënte en hoe ervaren zij het contact?

Welke plaats heeft de intuïtie van de patiënte in de besluitvorming?

Met deze initiële vragen ben ik gaan meelopen op de afdeling.

## 7.2 Dataverzameling

Tijdens de participerende observaties op de afdeling heb ik zowel in de verloskamers als in de koffiekamer gesprekken gevoerd met sleutelinformanten (verloskundigen en verpleging). Zodra er gelegenheid leek probeerde ik het gesprek op intuïtie te brengen. Toch was het lastig om de plek van intuïtie goed te onderzoeken op basis van participerende observatie, de data die ik op deze manier kon verzamelen was nogal summier. Om aanvullende data te verkrijgen heb ik vragenlijsten gemaakt. De lijst bestaat uit twee onderdelen; intuïtie (zes vragen) en geboortecultuur (veertien vragen). In dit hoofdstuk behandel ik alleen de vragen die over intuïtie gaan.

Naast de hierboven genoemde vragenlijsten, heb ik drie telefonische interviews gehouden over intuïtie. Twee van deze respondenten zijn gynaecologes die verbonden zijn aan het ziekenhuis waar ik mijn veldwerk heb verricht. De andere mevrouw is een verloskundige werkzaam als coördinator van het Kenniscentrum en verloskundig-onderzoeker aan de Verloskunde Academie Maastricht en voorheen werkzaam bij de Koninklijke Organisatie van Verloskundigen (KNOV). Verder heb ik gewerkt met vragenlijsten waarin ik open vragen heb gesteld over intuïtie en het model van Rew heb vertaald en voorgelegd. Het doel van Rew is om door middel van haar model de mate van erkenning van het gebruik van intuïtie in de zorg te meten en kwantificeren langs een ééndimensionale schaal.

### 7.2.1 Koffiekamer en verloskamer

In het begin van de veldwerkperiode probeerde ik het gesprek aan de koffiekamer tafel weleens in de richting van intuïtie te sturen. Meestal ontstonden er dan discussies over wat intuïtie precies is. Over het algemeen vindt het personeel intuïtie zweverig en onbetrouwbaar. Er zijn ook personeelsleden die intuïtie relevant vinden. Sommigen van hen zien het als iets mysterieus, maar bij doorvragen blijkt dat veel van hen intuïtie zien als opgeslagen kennis. Ervaring zou daarbij een belangrijke rol spelen; intuïtie wordt vooral gezien als opgeslagen kennis, die zich manifesteert op een moment dat bepaalde dingen afwijken van de normale patronen en vervolgens op een onbewust niveau worden herkend. Intuïtie wordt dus in deze context als iets rationeels benaderd: als kennis waaraan geen bewuste redenering vooraf gaat. Volgens de coördinerend verloskundige spreekt men op de afdeling over het 'niet-pluis-gevoel.' Zij zegt in een persoonlijk gesprek; 'wanneer wij of de moeder het niet helemaal vertrouwen, gaan wij op onderzoek uit' (Pers. Com {Freya}). Ook in gesprekken met andere respondenten kwam deze term naar voren. Het geven van handen en voeten aan een gevoel is blijkbaar erg belangrijk.

De eerste klinisch verloskundige met wie ik mag meelopen tijdens de bevallingen is zeer hartelijk. Ze heeft jaren als zelfstandig verloskundige gewerkt en vindt het onderwerp intuïtie heel relevant. Na één van de bevallingen (case 2) zitten we in de koffiekamer en vraag ik haar of intuïtie een rol had gespeeld in haar handelen. Ze vertelt dat zij na de geboorte van de placenta het matje met bloed ging wegen. Dit is geen standaard procedure, maar haar gevoel zei dat ze het maar beter even kon doen. Even later volgde er een tweede matje. Moeder, die vrolijk lag te keuvelen met haar baby aan de borst, had al ruim een liter bloed verloren. Dit was reden om haar naar de OK te brengen, want volgens het protocol is er bij deze hoeveelheid bloedverlies sprake van een fluxus post partum. Een ervaren verpleegster die ons gesprek hoorde was van mening dat hier helemaal geen sprake was van intuïtie, maar puur van ervaring: 'Zonder dat je het je realiseerde zag je gewoon dat ze teveel bloed verloor.' De verloskundige was het hier niet helemaal mee eens: 'Natuurlijk zal ervaring een rol spelen, maar ik ging af op mijn gevoel, moeder zag er prima uit en voelde zich goed, in eerste instantie niks om me zorgen over te maken.' De verloskundige die de dienst overneemt, komt net binnen en vertelt mij dat er één situatie is geweest waarin ze echt een intuïtie had in haar werk. Ik zit op dat moment in de koffiekamer, aan de tafel met onder andere verloskundige {Nyx} die net klaar is met haar dienst. {Istar} vertelt mij dat ze ook wel eens een intuïtie heeft gehad: 'voordat ik in het ziekenhuis aan de slag ging als klinisch verloskundige werkte ik zelfstandig. Op een dag deed ik een thuisbevalling en ik had er geen aanleiding voor, maar mijn zesde zintuig zei me dat het niet goed zat. Ik heb moeder toen doorgestuurd naar de gynaecoloog. Die 'kon niets met mijn gevoel,' en was een beetje geïrriteerd maar achteraf heb ik toch gelijk gehad.'

Toen ik met een verpleegster op een verloskamer stond te praten vertelde ze mij over een situatie in haar werk die zij als intuïtie heeft ervaren: '*Er was een keer die moeder die na de bevalling gezellig lag te praten en te lachen. Volgens ons observatie protocol was alles in orde. Toch had ik een ongerust gevoel, ik kon het niet plaatsen, maar vond het beter wat bloed af te nemen en dit naar het lab te sturen voor onderzoek. Ik had het bloed net naar beneden (naar het laboratorium) gestuurd en ineens kreeg ze (de moeder) een eclamptisch insult (N.B. één van de ernstigste complicaties; convulsies bij een zwangere of onlangs bevallen patiënte zonder voorgeschiedenis van epilepsie en zonder overige oorzaken van epilepsie). De verstoring was al in haar bloedbeeld te zien, ze kon dus direct behandeld worden. Ik was zelf echt verbaasd dat haar bloed achteraf dus al niet goed was, terwijl er nog niks aan haar te merken was. Ik denk dat ik misschien onbewust toch iets aan haar heb gemerkt, zonder dat ik uit kan leggen wat.'* (Pers. Com. {Astarte}).

### 7.2.2 Telefonische interviews

Eén van de gynaecologen wilde graag praten over intuïtie omdat het voor haar een belangrijke rol in het werk speelt. Als dochter van één van de eerste Nederlandse vrouwelijke gynaecologen wilde zij oorspronkelijk zelf geen dokter worden. Haar moeder heeft altijd gevoeld dat het vak

binnen de geneeskunde werd ondergewaardeerd. Bovendien benadrukte zij altijd hoe moeilijk het te combineren was met een gezin (vanwege de 24-uurs diensten). Uiteindelijk kiest zij er toch voor om zich te specialiseren in gynaecologie. Ze herinnert zich tijdens haar loopbaan regelmatig dat haar moeder toen zij nog een kind was, altijd vertelde over de belangrijke rol van intuïtie in haar werk. Zelf definieert {Eva} dit als; 'opgeslagen kennis, die ineens aanwezig is zonder daarvan bewust de bron te kennen en niet aan haakjes is op te hangen.' Net als de coördinerend verloskundige zegt zij: 'we noemen het op de afdeling het 'niet-pluis gevoel.'" {Eva} vermoedt dat het een combinatie is van ervaring en patronen herkennen, waardoor in sommige situaties verschillende signalen samenkomen. Je weet dan ineens iets, zonder te weten waarom. Het is met intuïtie volgens {Eva} altijd belangrijk om deze na te gaan; 'het mag niet tegenstrijdig zijn met de biologische wetten.' Ook hier geldt dus dat het de functie van intuïtie kan zijn om iets te ontdekken, om het daarna volgens de meetbare biomedische geneeskunde te bewijzen.

{Eva} vertelt over de eerste keer dat ze een duidelijk intuïtief gevoel had die aan werk gerelateerd was. Ze werkte als arts-assistent in een ziekenhuis in Engeland. De verpleging kwam haar halen omdat ze zich ongerust maakte over een moeder. Zelf had ze net een cursus gevolgd (waarover die ging is mij niet bekend), waarvan ze denkt dat er mogelijk een verband bestond met haar intuïtie. Ze vertelt: *'Ik ging met de zusters mee naar de moeder en bekeek het CTG. Er was geen aanleiding tot ongerustheid, maar het gevoel dat er iets niet klopte was heel sterk. Zo sterk zelfs dat ik besloot, zonder overleg met de dienstdoende gynaecoloog, een microbloedonderzoek (MBO) bij de foetus af te nemen. Tot mijn verbazing was de pH van het kind slecht. Ik was bang dat de dienstdoende gynaecoloog boos op me zou zijn omdat ik achter zijn rug om een MBO had gedaan, maar dat was hij niet. Hij was enorm verbaasd en vroeg me hoe ik dit wist, maar ik had zelf geen idee. We hebben direct het OK-team ingeschakeld en deden een sectio (keizersnede). Het kind kwam belabberd ter wereld. Eigenlijk kon ik het niet met elkaar rijmen, maar ineens wist ik wat mijn moeder bedoelde; ik had nu ook intuïtie ervaren.'* Ook de intuïtie van de bevallende vrouw neem zij uitermate serieus: 'Vaak hebben ze gelijk als ze 'iets' voelen of vermoeden, we checken het altijd.' Als voorbeeld van hoe realistisch moeders intuïtie (of instinct?) is geeft ze haar eigen zwangerschap: 'Ik ben erg nuchter, en het verbaasde me hoeveel contact ik tijdens mijn zwangerschap met mijn eigen lichaam had. Zoals de meeste vrouwen had ik geen trek meer in koffie en toen ik zeventien weken zwanger was kwam er een wetenschappelijk onderzoek uit, waarin staat dat koffie slecht is tijdens de zwangerschap. Ik vond het zo frappant dat ik, nee, dat mijn lichaam dat zelf had aangegeven.' We wisselen van gedachten over de indicatie dat het lichaam zelf kennis lijkt te hebben en deze ook blijkt te communiceren. De vraag ontstaat bij mij of we het hier over intuïtie of over instinct hebben? Ik denk dat het in een vervolg onderzoek interessant is om verder op deze kwestie in te gaan.

Via de e-mail en via de telefoon interviewde ik een andere gynaecologe die als waarnemster verbonden is aan het ziekenhuis waar ik mijn veldwerk uitvoerde. Ons eerste contact verliep via de e-mail. Ik vroeg haar hoe zij over intuïtie denkt, wat het is en hoe het werkt. Ook vroeg ik of ze voorbeelden had van situaties (in de werksfeer) waar intuïtie (vanuit de kant van de zorgverlener in het bijzonder) een rol speelde. In de mail gaf ik aan deze vragen het liefst tijdens een persoonlijk gesprek of telefonisch wilde bespreken, omdat ik me in eerste instantie richt op kwalitatief onderzoek. Verder heb ik haar de vragenlijst over intuïtie meegestuurd met de vraag of zij die in zou willen vullen. Ten slotte heb ik de link ([thesistool.nl](http://thesistool.nl)) naar het model van Rew meegestuurd. Zij antwoordde: 'Dank voor je vriendelijke mail, had de link al gezien maar de lijst niet beantwoord omdat ik niet begrijp wat je daarmee wilt aantonen. Hieronder enige opmerkingen. De opdracht is mijns inziens om intuïtie wetenschappelijk te onderzoeken, wat elkaar absoluut niet bijt. Geruststelling indien van toepassing, empathie, beschikbaarheid zijn duidelijk 'wetenschappelijke kwaliteiten' van hulpverlening. Dat houdt in dat je prospectief onderzoek moet hebben met duidelijke eindpunten. Definitie van intuïtie? Definitie kennis; definitie kunde. Wat belangrijk is dat ervaring vaak wordt verward met intuïtie. De vraag is waarom intuïtie hier zo'n item is zeker omdat de verloskunde in Nederland toch niet de meest optimale is t.o.v. andere landen. Eerst goede zorg verlenen en kennis en kunde opdoen en in die ervaring en verwondering je fingerspitzen gevoel laten groeien. Verder moet je kennis hebben

van het menselijk brein. Goede ervaringen waarin je gesterkt wordt in je mening of besluitvorming hebben in het algemeen de neiging om belangrijker te worden in je geheugen in de loop van vele jaren. Calamiteiten laat ik nu buiten beschouwing want daar gaat je geheugen anders mee om. Als je werkelijk de literatuur die je beschrijft gaat ranken dan roept het meer vragen op dan wetenschappelijke antwoorden mijns inziens. Geneeskunde en verloskunde is nou met name een strak geprotocolleerd vak met duidelijke richtlijnen en duidelijke verwachtingen van de klant. Is met de kennis verloskunde doen en ervaring opbouwen. Ervaring, het vaak doen is mijns inziens de belangrijkste met daarbij een kritische evaluatie van eigen handelen. Zelf ben ik denk ik redelijk holistisch ingesteld maar wel scherp gedefinieerd. Medisch handelen berust op methodes, protocollen etc die wetenschappelijk getoetst zijn. Zo ook de antropologie (methodes van kennis vergaren, reproduceerbaarheid van kwalitatief goed en valide wetenschappelijk onderzoek). Je ziet ik zoek de verbinding en niet de tegenstelling. Intuïtie is mijns inziens soms een excuus voor inadequaet en onkundig professioneel handelen. Je handelen moet je altijd inzichtelijk kunnen maken, wat is je beslisboom, waarom iets gekozen wat zijn de alternatieven. En als ik zo vrij mag zijn, ga nog even na hoe je herinneringen vervormen wanneer je retrospectief onderzoek doet (echt psychologisch onderzoek induiken en als alternatief Douwe Draaisma). En bedenk dat wanneer de uitkomst van je handelen goed is en je kunt niet onderbouwen waarom je zo hebt gehandeld je geneigd bent om intuïtie te zeggen...'

Het is duidelijk dat voor deze gynaecologe, logica en bewijsbaarheid het allerbelangrijkste aspect van de besluitvorming zijn en dat intuïtie met de scepsis van onwetenschappelijkheid buiten de rationele werkelijkheid wordt geplaatst. Essentieel hierbij is de manier waarop intuïtie wordt gedefinieerd; het belangrijkste nadeel in haar opinie is dat intuïtief weten inherent is aan het niet inzichtelijk kunnen maken van je handelen. Na deze mailwisseling hebben wij nog een telefonisch interview gedaan: Het lijkt ons allebei beter om het vraagstuk intuïtie over de telefoon te bespreken in plaats van via de mail, omdat de communicatie toch soepeler verloopt in een gesprek. In eerste instantie gaat zij ervan uit dat ik wil bewijzen dat intuïtie een rol speelt in de besluitvorming. Ik leg haar uit dat dit niet het geval is; het gaat om een explorerend onderzoek, ik wil haar mening en visie graag horen maar die hoeft absoluut niet te bevestigen dat intuïtie relevant is. Ook leg ik haar uit dat ik om dezelfde reden geen definitie van intuïtie voorleg; ik wil graag begrijpen wat het personeel zelf voor definitie geeft aan dit concept. {Gaia} zegt dat ze intuïtie ziet als vaag; ze noemt in de eerste instantie: 'een afvalhoop voor het niet inzichtelijk kunnen maken van beslissingen.' Hulpverlening moet volgens haar vooral toetsbaar zijn. Ook als je werkt vanuit een holistische visie. Ik opper dat intuïtief zijn wellicht betekent dat je meerdere signalen tegelijk op kan pikken; processen kan herkennen. Het is volgens haar zeker een kunst om sensitief te zijn. 'Het beschikken over observatie skills is absoluut wetenschappelijk, maar moet wel gecombineerd worden met het gebruiken van een beslisboom.' Luisteren naar je gevoel en het hebben van voorgevoel is in de opinie van {Gaia} geen intuïtie. 'Het komt ergens vandaan, en je kan altijd onderzoeken waaróm. Pluis of Niet-pluis bestaat niet; niet-pluis betekent dat je weet dat er iets niet klopt. En dat kan je aantonen. Ik geef haar een aantal voorbeelden die mij zijn gegeven door zorgpersoneel en vanuit literatuur over momenten waarop intuïtie een belangrijke rol speelde in de besluitvorming. In antwoord hierop zegt ze dat er genoeg psychologische onderzoeken bestaan die bewijzen dat wanneer een handeling door slechts één keer bevestigd te worden, misschien toeval, ervoor kan zorgen dat mensen zich vooral die specifieke situatie herinneren. Vervolgens zijn ze ervan overtuigd dat het een bijzondere situatie was. Zij haakt in op het voorbeeld van de verpleegkundige die bloed afnam omdat ze de situatie niet vertrouwde en waarin vervolgens bleek dat haar patiënte al op dat moment een eclamptisch insult in haar bloedbeeld had. Volgens {Gaia} is het mogelijk dat de verpleegkundige al vaker bloed had afgenomen zonder dat er dan iets aan de hand bleek te zijn. Die situaties worden snel vergeten. Maar omdat er één keer inderdaad iets mis bleek te zijn met de patiënte, wordt deze situatie goed herinnerd. Het idee dat zij dit soort zaken kan 'aanvoelen' wordt daar voor haar mee bevestigd.

{Gaia} zegt dat verloskundigen in Nederland teveel afgaan op intuïtie. Dit staat volgens haar lijnrecht tegenover de werkwijze van gynaecologen die gewend zijn te werken met protocollen, en vooral gewend zijn zich te verdedigen voor de tuchtcommissie. Gynaecologen hebben daarom

meer aandacht voor het juridische aspect van hun vak. In de gynaecologie ga je uit van mogelijke complicaties, en daar heb je ook voornamelijk mee te maken. Zij noemt dit de 'pitfall' van verloskunde: 'het staat bol van het buiken aaien en denken dat het wel goed komt.' Dit is ook terug te zien in de manier waarop er wordt gecommuniceerd met de moeders. Verloskundigen zeggen vaak dat het wel gaat lukken, dat moeders het wel kunnen, maar dat is volgens haar een vorm van placebo. Zo refereert ze aan een onderzoek naar het placebo effect (dat ze had gelezen in de Volkskrant): communicatie is uitermate belangrijk. Echter staat dit holistisch model haaks op een actueel thema in de geneeskunde: informed consent (term uit de medische ethiek: patiënt is ingelicht over de feiten die betrekking hebben op begrip, gevolgen en toekomstige gevolgen van een actie). {Gaia} is van mening dat moeders ergens van 'overtuigen' puur het creëren van een placebo is. 'Roepen dat het wel goed komt' is geen informed consent. En daarom in feite medico legaal niet mogelijk. We komen tot de conclusie dat het in de verloskunde belangrijk is om 'overall op te letten; sensitief te zijn en aansluiting te zoeken; intuïtie heeft te maken met communicatie'. {Gaia} benadrukt nogmaals dat in dit vak het limiteren, benoemen en sensitief zijn uitermate belangrijke vaardigheden zijn. Intuïtie kun je dan ontwikkelen. Zij vertelt dat ervaring hierin ook belangrijk is: 'wie veel ervaring heeft laat ruimte voor dingen die minder aanvaardbaar zijn.'

Op zoek naar meer informatie over intuïtie in de verloskunde surfde ik via Google over het internet. Daar stuitte ik op de powerpoint presentatie 'Hoelang gaat het nog duren? ondersteuning van een normaal verloop van de ontsluiting,' gemaakt door de verloskundige {Odin}, destijds werkzaam voor het KNOV - team beleid. Op één van de slides, onder het kopje 'Richtlijnen' schrijft zij: 'beleid meer op intuïtie dan op definitie.' Uiteraard wilde ik graag weten wat zij hiermee bedoelde en na een korte zoektocht lukte het mij om via de mail contact te krijgen. Inmiddels werkt ze voor de Verloskunde Academie Maastricht. De meest brandende vraag was of zij bedoelt dat het huidige beleid in meer of mindere mate op intuïtie is gebaseerd of juist niet. We besluiten samen om een telefonisch interview te houden. Mevrouw {Odin} zegt dat ze niet heel bewust voor de term intuïtie heeft gekozen, maar dat zij ermee bedoelt dat ze weet en merkt dat veel praktische kennis wordt overgeleverd. Veel van die kennis is nooit onderzocht. Richtlijnen voor de verloskundige zorg zijn volgens haar niet gedefinieerd, terwijl gynaecologe {Gaia} stelt dat juist de definitiekunde zo belangrijk is. Ze zijn een combinatie van de overlevering van ervaring, kennis (opleiding) en signalen. Met signalen bedoelt zij intuïtie. Het toetsen van kennis is beter bekend als 'evidence-based' werken en staat lijnrecht tegenover de niet-inzichtelijke intuïtieve kennis. Het handelen naar aanleiding van intuïtie kan soms ook betekenen dat zorgverleners van de richtlijnen afwijken. Mevrouw {Odin} benadrukt dat het dan ook geen regels zijn.

### 7.3 Vragenlijsten & Verantwoording van de gestelde vragen

Zoals hiervoor al is aangegeven, was het lastig om puur op basis van het meelopen op de afdeling een beeld te krijgen van de rol die intuïtie speelt in het handelen rondom de bevalling en om zo te begrijpen welke plek het heeft in de besluitvorming. Daarom heb ik ervoor gekozen vragenlijsten te maken, die dienen als aanvulling op gesprekken met de respondenten. Zes vragen uit de lijst gaan over intuïtie. De eerste vraag bestaat uit zeven stellingen die samen het model van Rew (2000) vormen, dat ik heb vertaald en overgenomen. Ze ontwikkelde het in 2000, om te kwantificeren in welke mate de rol van intuïtie in de klinische besluitvorming (onder verpleegkundigen in Amerika) wordt erkend. Daarnaast heb ik vijf open vragen over intuïtie gesteld. De respons op de vragenlijsten was niet erg hoog. Ik besloot nog een poging te doen om meer respondenten te krijgen. De schaarste van de tijd die het personeel heeft, leek een belangrijke factor voor de lage respons, dus ik wilde het kort houden. Omdat ik aannam dat het model van Rew (2000) de beste manier was om intuïtie in de klinische setting te meten, zette ik het model in een online enquête. Ik vroeg de coördinatrice van de afdeling of ze de link naar de medewerkers wilde doorsturen. Het resultaat daarvan was dat ik nog vier extra respondenten kreeg; twee verloskundigen en twee gynaecologen. In totaal heb ik dus vijftien respondenten van de in totaal zestig medewerkers. Vier gynaecologen van de zeven en vijf verloskundigen van

de tien. Door de geringe aantallen is het niet mogelijk hard bewijs te leveren, maar de gegevens leveren wel een goede indicatie van houding ten opzichte van intuïtie in de besluitvorming zoals gemeten door dit specifieke model. Eerst zal ik dieper ingaan op het onderzoek van Rew (2000). In juni 2000 publiceerde Rew in het tijdschrift 'Journal of Holistic Nursing' het artikel 'Acknowledging Intuition in Clinical Decision Making.' Zij deed toen al geruime tijd onderzoek naar de rol die intuïtie speelt in de klinische besluitvorming onder verplegend personeel. Haar artikel uit 2000 heeft tot doel het kwantificeren van het begrip intuïtie, door het ontwikkelen en valideren van een meetinstrument dat de erkenning van intuïtie meet langs eendimensionale schaal. Uiteindelijk is het model een constructie die bestaat uit zeven stellingen. Het proces dat zij heeft doorlopen om tot dit specifieke model te komen kent drie fasen. In fase één werden items gehaald uit bestaande literatuur en getest op vijf experts. In fase twee werd er een pilotstudy gedaan onder 106 verplegers werkzaam als psychiatrisch verpleegkundigen. De laatste en derde fase bestond uit het middels een steekproef voorleggen van het herziene model aan 112 verplegers die meededen aan een permanent opleidingsprogramma. Er werden zeven items gevonden die 40,6% van de variantie verklaren. Deze zijn gehandhaafd als model voor de uiteindelijke eendimensionale schaal. De validiteit van deze samenstelling is ook ondersteund door een verschil in gemiddelden van twee groepen die verschilden op een andere meting van de intuïtie. Rew (2000) schrijft dat intuïtie door de verpleegsters die zij onderzocht werd omschreven als tegelijkertijd onwetenschappelijk, als ook het opzettelijk toepassen van kennis die onafhankelijk is van de bekende lineaire en analytische besluitvorming. Het model meet dus de rationele bereidheid om het inzetten van intuïtie als aspect van de besluitvorming te erkennen. Het model, bestaand uit zeven stellingen, is als groep de eerste vraag in de lijst. De respondenten konden de mate van relevantie van de stellingen aangeven op een schaal die loopt van één tot vijf, waarbij 1 staat voor het minst relevant en 5 voor het meest relevant.

Model van dr. Lynn Rew, omcirkel het meest relevante antwoord.

Er zijn momenten dat ik ineens weet wat ik moet doen voor een patiënt, zonder te weten waarom.	1-2-3-4-5
Ik ben geneigd om besluiten te nemen op basis van een plotseling inzicht.	1-2-3-4-5
Er zijn situaties waarin ik onmiddellijk begrijp wat ik voor de patiënt moet doen, maar niet aan omstanders uit kan leggen waarom.	1-2-3-4-5
Er zijn momenten dat ik het gevoel heb te weten wat er met een patiënt gaat gebeuren, zonder dat ik uit kan leggen waarom.	1-2-3-4-5
Er zijn momenten dat een besluit over een patiënt me overkomt.	1-2-3-4-5
Er zijn dingen waarvan ik ineens weet dat ze waar zijn over een patiënt, maar die ik niet met concrete data kan bewijzen.	1-2-3-4-5
Soms onderneem ik actie op iets dat ik ineens weet, om een complicatie te voorkomen, zelfs als ik de reden niet uit kan leggen.	1-2-3-4-5

Ik heb ervoor gekozen om het model als eerste voor te leggen, omdat een lichte sturing te geven. Omdat intuïtie als 'vaag' wordt ervaren leek het zinvol om door middel van de stellingen te illustreren wat ermee bedoeld kan worden. Het model meet niet in hoeverre iemand zijn intuïtie gebruikt in de besluitvorming, maar de mate waarin iemand erkent zijn intuïtie in te zetten als onderdeel van het besluitvormingsproces.



### Analyse 1<sup>e</sup> niveau

De score per stelling wordt weergegeven in een tabel. In de rijen staan de zeven stellingen. In de kolommen de frequentie van de scores per antwoord opties; de respondenten konden de mate van relevantie aangeven op een schaal van een tot en met vijf. Eén staat hierbij voor *helemaal oneens*, twee voor *oneens*, drie voor *neutraal*, vier voor *eens* en vijf voor *helemaal mee eens*.

<b>Stellingen Model Rew</b>	<b><i>Helemaal oneens</i></b>	<b><i>Oneens</i></b>	<b><i>Neutraal</i></b>	<b><i>Eens</i></b>	<b><i>Helemaal mee eens</i></b>
<b>1</b>	1	3	3	4	4
<b>2</b>	5	5	2	2	1
<b>3</b>	2	6	4	1	2
<b>4</b>	4	2	4	2	3
<b>5</b>	4	9	2	0	0
<b>6</b>	7	5	2	0	1
<b>7</b>	3	5	4	3	0
<b>Totaal</b>	<b>26</b>	<b>35</b>	<b>21</b>	<b>12</b>	<b>11</b>

Tabel 1: Score per stelling op het model van Lynn Rew (Acknowledging Intuition)

Het eerste dat opvalt als ik kijk naar de totalen, is de tendens dat men het meer oneens dan eens is met de stellingen. Alleen met stelling één ('Er zijn momenten dat ik ineens weet wat ik moet doen voor een patiënt, zonder te weten waarom') zijn de meeste respondenten het grotendeels eens. Twee andere stellingen die eruit springen zijn nummer vijf ('Er zijn momenten dat een besluit over een patiënt me overkomt') en zes ('Er zijn dingen waarvan ik ineens weet dat ze waar zijn over een patiënt, maar die ik niet met concrete data kan bewijzen'), omdat bijna alle respondenten het hiermee oneens zijn. De ervaring van het *ineens weten wat je moet doen, maar niet waarom* is dus voor veel respondenten bekend. Maar een besluit kan duidelijk niet iets zijn dat je overkomt, evenmin wordt het mogelijk geacht dat je iets 'weet' wat je niet met concrete data kunt bewijzen.

#### 7.3.1 CATPCA Analyse (2<sup>e</sup> niveau)

Rew (2000) heeft gebruik gemaakt van een eendimensionale Principale Component Analyse (PCA) om de zeven stellingen te ordenen. Dat is een wiskundige procedure (uitgevoerd via software) die mogelijk correlerende variabelen omzet in een reeks waardes ('loadings') die *principale componenten* worden genoemd. De resultaten geeft zij weer middels '*factor 1 loadings*' van de zeven stellingen. Ik heb een twee dimensionale Categorische Principale Component Analyse (CATPCA) uitgevoerd in SPSS 17.0 waarbij de zeven stellingen van Rew zijn voorgelegd aan vijftien informanten. Het verzoek aan de respondenten was om op een vijf-punts schaal, per stelling, de mate aan te geven waarin zij het eens zijn. Met behulp van de CATPCA worden de vijftien informanten en de zeven stellingen in dezelfde ruimte afgebeeld. De 'Component Loadings' van de stellingen in twee dimensies zijn vergelijkbaar met Rew's 'factor 1 loadings'. De twee dimensies van mijn analyse verklaren in totaal tachtig procent van de variantie in mijn data. De ladingen van Rew (2000) en mijzelf heb ik in een tabel samengevoegd om de verbanden te analyseren. Hieronder is deze tabel weergegeven.

Rew's stellingen	Rew's PCA 'Factor 1 Loadings'	Van Gool's CATPCA 'Component Loadings'	
		Dim. 1	Dim. 2
1. Ineens weten	0.721	0.887	-0.322
2. Plotseling inzicht	0.724	0.599	-0.662
3. Onmiddellijk begrijpen	0.837	0.657	0.707
4. Weten wat er gaat gebeuren	0.879	0.865	0.236
5. Besluit overkomt me	0.846	0.417	-0.700
6. Weten over patient	0.759	0.565	0.770
7. Actie om complicatie te voorkomen	0.734	0.748	-0.175

Tabel 2: Vergelijking 'factor loadings' Rew en Van Gool

Rew (2000) maakte een eendimensionale schaling die op een schaal loopt van links naar rechts, maar heeft de schaal niet verder benoemd. Deze eerste dimensie is in mijn eigen oplossing de belangrijkste en daarom vergelijk ik deze met de resultaten van Rew (2000). Als ik haar 'factor 1 loadings' van hoog naar laag ga ordenen krijg ik de stellingen in de volgorde: 1 2 7 6 3 5 4. Mijn eigen schaal (in de eerste dimensie) loopt van links naar rechts als volgt: 5 6 2 3 7 4 1. Het eerste dat opvalt is de grotere mate van spreiding over de schaal bij mijn groep. Wat ook direct opvalt is dat stelling één bij Rew (2000), het meeste links staat en bij mijn onderzoek het meest rechts. Het omgekeerde geldt voor stelling vijf die bij Rew in verhouding ver naar links staat en bij mijn onderzoek ver naar rechts. Stelling vier en zeven liggen bijna gelijk bij beide onderzoeken: vier ligt bij Rew op 0.897 en bij mij op 0.865, stelling zeven ligt bij Rew (2000) op 0.734 en bij mij op 0.748.

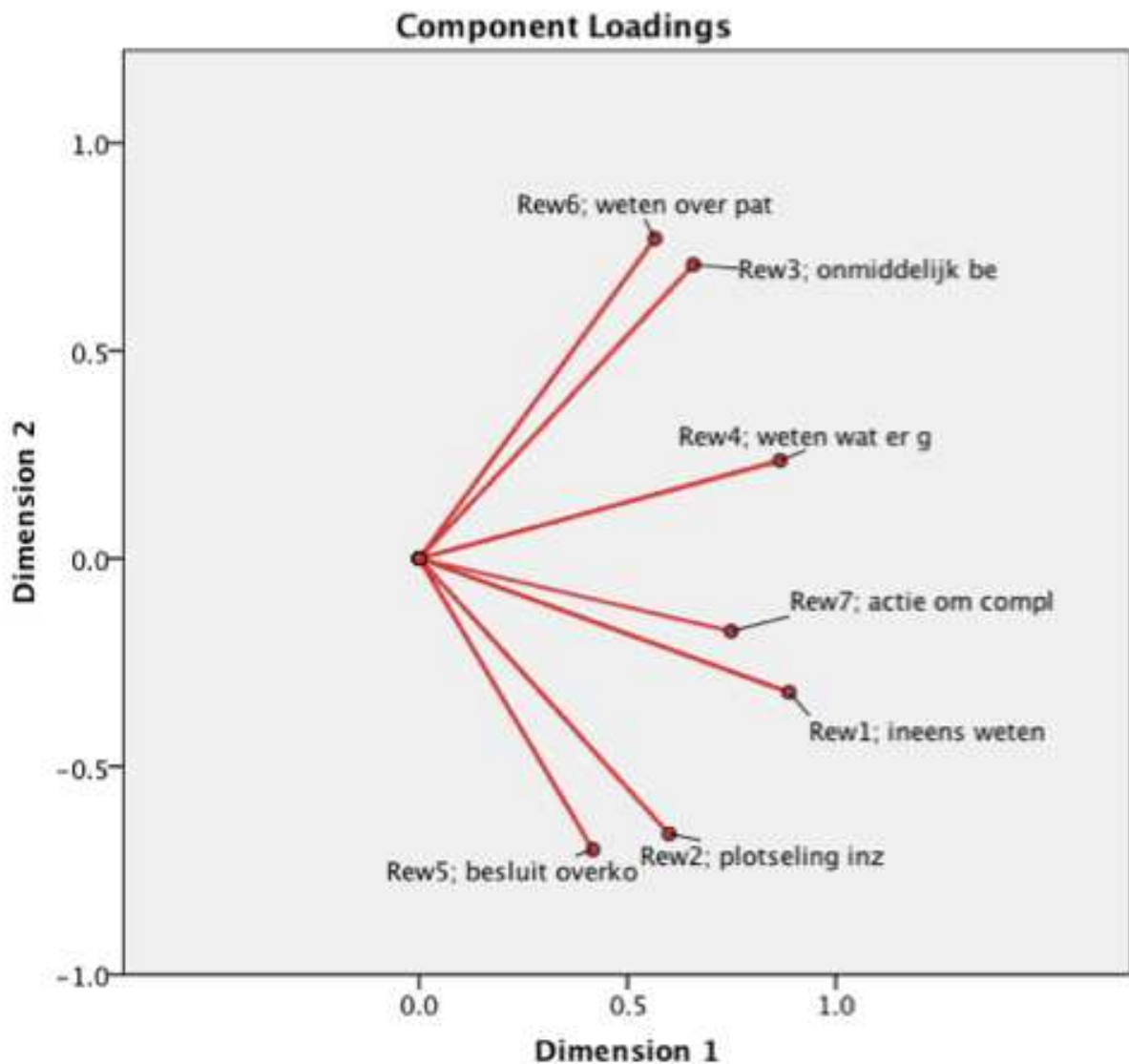
Wanneer ik de schaal wel benoem en kijk naar de volgorde van Rew's stellingen zie ik twee groepen; links (1 2 7) en rechts (3 5 4). De groep links meet vooral handelingen (weten wat te doen, besluiten nemen, actie ondernemen). De groep rechts meet de situatie waarin intuïtie zich aandient (onmiddellijk begrijpen wat te doen, het gevoel hebben te weten wat er gaat gebeuren en momenten dat een besluit je overkomt). Dit zegt over de erkenning van intuïtie dat met name het spontane karakter waarin intuïtieve kennis zich aandient relevant is. De resultaten van de analyse van Rew (2000) loopt van 'doen' naar 'plotseling weten'. De schaal met mijn resultaten kan ik verdelen in de groepen (5) (6 2) (3 7) en (4 1); de groepering is meer paarsgewijs. Mijn analyse in de eerste dimensie loopt vanaf de linkergroep 'besluiten nemen' (zonder concrete data, besluit overkomt me en besluiten op basis van plotseling inzicht) naar 'momenten waarop gevoel iets weet' (momenten dat ik ineens weet en momenten dat ik het gevoel heb te weten). Deze analyse geef ik hieronder schematisch weer:

	Links op de schaal	Rechts op de schaal
<b>Rew</b>	Doen	Plotseling weten
<b>Van Gool</b>	Besluiten	Gevoel is weten

Deze weergave is een indicatie dat een mogelijke voorzichtige conclusie kan zijn dat het onderzoek van Rew (2000) laat zien dat intuïtie een tegenstelling tussen doen (handelen) en

plotseling weten laat zien, terwijl mijn onderzoek een tegenstelling tussen beslissingen nemen en gevoel als vorm van kennis, laat zien. Ten slotte is er nog stelling zeven: 'Soms onderneem ik actie op iets dat ik ineens weet, om een complicatie te voorkomen, zelfs als ik de reden niet uit kan leggen,' die op beide schalen op nagenoeg dezelfde positie ligt. Wellicht is de concreetheid van de stelling: 'een complicatie' de reden dat de stelling in beide onderzoeken nagenoeg op dezelfde positie ligt. Respondenten gaven in de open vragen namelijk aan dat intuïtie vooral een rol speelt in situaties van angst en onzekerheid, dus misschien juist bij een complicatie.

De CATPCA levert ook plots van de Component ladingen in twee dimensies (fig. 3) en een plot van 'object points' van de vijftien informanten (fig. 4). Omdat het een explorerend onderzoek betreft heb ik de gegevens niet in één dimensie gedwongen maar in twee dimensies bekeken. Het resultaat is een paarsgewijze verdeling van de stellingen, die enigszins lijkt te verschillen met de uitkomst van Rew. Wellicht houdt dit verband met mijn kleine aantal respondenten. Desalniettemin is er een tendens waarneembaar.



Figuur 3: component ladingen in twee dimensies bij de stellingen van Rew

De hoek tussen de vectoren van de component ladingen geeft de mate aan waarin stellingen correleren (hetzelfde meten). Er zijn duidelijk drie paren te herkennen; stellingen zes en drie liggen bij elkaar; 'ineens weten zonder bewijs' en 'onmiddellijk begrijpen', beide stelling gaan over 'een patiënt.' Stelling vier 'het gevoel hebben te weten' ligt alleen. Het volgende paar bestaat uit de stellingen zeven en één; 'actie ondernemen op iets dat ik ineens weet' en 'ineens weten wat te doen, zonder te weten waarom', beide stellingen gaan over het ondernemen van

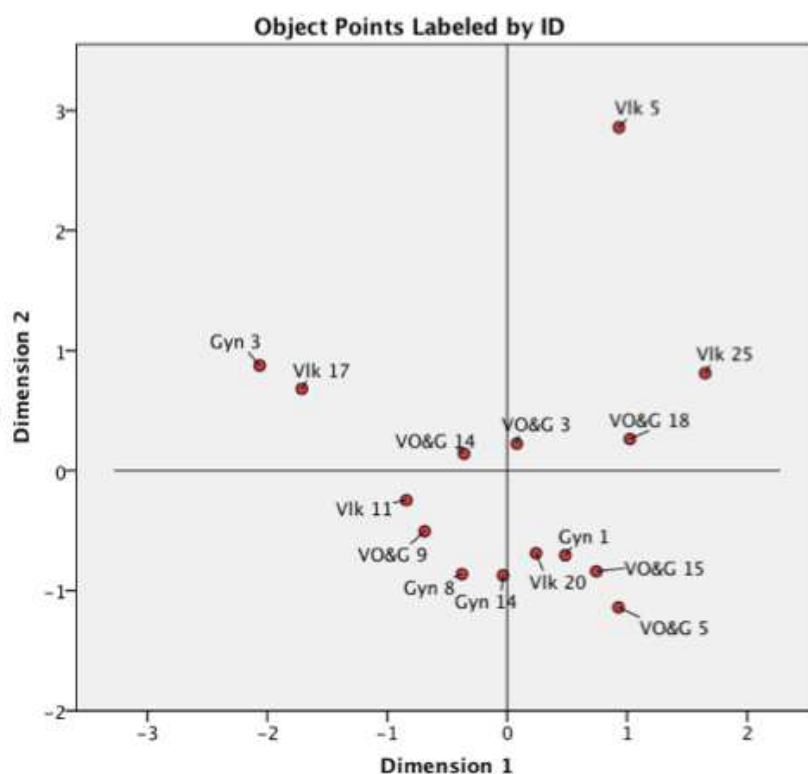
actie (iets doen). Tenslotte bestaat het derde paar uit de stellingen twee en vijf: 'besluiten op basis van plotseling inzicht' en 'momenten dat een besluit me overkomt', beide stellingen over iets 'besluiten'. De eerste (6 en 3) en laatste (2 en 5) groep liggen in een hoek van bijna negentig graden met elkaar en correleren dus niet.

<b>Groep 1 (6 en 3)</b>	'ineens weten zonder bewijs'	'onmiddellijk begrijpen'
<b>Groep 2 (7 en 1)</b>	'actie ondernemen op iets dat ik ineens weet'	'ineens weten, zonder te weten waarom'
<b>Groep 3 (2 en 5)</b>	'besluiten op basis van plotseling inzicht'	'momenten dat een besluit me overkomt'

Tabel 3: benoemen van de schaling

Er is aantoonbaar geen verband tussen 'het nemen van besluiten' (in de meting naar de mate van het erkennen van het gebruik van intuïtie) en het 'ineens weten zonder hier bewijs voor te kunnen leveren' of met het 'plotseling weten van iets'. Stelling vier; 'er zijn momenten dat ik het gevoel heb te weten wat er met een patiënt gaat gebeuren, zonder dat ik uit kan leggen waarom', is de enige stelling die gaat over iets dat in de toekomst zal gebeuren. Misschien verklaart dit waarom stelling vier helemaal apart ligt van de andere stellingen, die allemaal refereren aan een huidige situatie.

Uit het onderzoek van Rew (2000) bleek dat een intuïtief besluit volgens de respondenten is gebaseerd op het plotseling weten van iets, gerelateerd aan een voorafgaande ervaring en moeilijk uit te leggen. Tijdens mijn veldwerk en op basis van de open vragen die ik later in dit hoofdstuk behandel, blijkt een soort gelijke definitie van intuïtie; er zou een verband zijn met opgedane ervaring. Tot mijn verbazing bleek tijdens de CATPCA analyse echter dat ervaring geen enkel verband houdt met de rol die intuïtie speelt in de klinische besluitvorming. Hieronder is het plot weergegeven van de verdeling van de erkenning van het gebruik van intuïtie gelabeld naar beroep en jaren ervaring. Op de afbeelding is te zien dat de informanten niet op systematische wijze zijn geordend. Ervaring en beroep klonteren niet langs de as en houden geen verband met de mate waarin het gebruik van intuïtie erkend wordt.



Figuur 4: Plot, verdeling van beroepen over intuïtie (Afkortingen: Gynaecoloog, 'Gyn,' Verloskundige, 'Vlk' en Verpleegkundige Obstetrie en Gynaecologie, 'VO&G')

### 7.3.2 Open vragen

De vragenlijst is door elf respondenten ingevuld. Deze groep bestaat uit zes verpleegkundigen, drie klinisch verloskundigen en twee gynaecologen, allemaal vrouwen. De ervaring liep uiteen van drie tot en met vijfentwintig jaar. De analyse van de vijf overige (open) vragen over intuïtie is daarom gescheiden van de analyse van het model van Rew (2000). Na het licht sturende model van Rew te hebben voorgelegd aan de respondenten volgt de open vraag een eigen definitie van intuïtie te geven. In de hoop dat het model van Rew een aanzet heeft gegeven wil ik met deze vraag graag te weten komen hoe de respondent intuïtie zelf definieert.

*Vraag twee: 'Wat is uw eigen definitie van intuïtie?'*

Ik heb alle door de respondenten gegeven antwoorden naast elkaar gelegd en categorieën gemaakt van woorden die veel voorkwamen in de antwoorden. Negen (van de elf) respondenten noemt in haar antwoord het woord 'gevoel'. Dit geeft duidelijk weer dat het hier om een fysieke vorm van kennis gaat, en bevestigt dat er geen bewuste redenering aan het weten vooraf gaat. Vijf van de elf respondenten (bijna de helft) noemen het 'weten zonder redenering' ook in haar definitie, evenals het 'niet kunnen verklaren' waarom je het idee krijgt iets te weten. Twee andere dingen die werden genoemd (beide door drie van de elf respondenten) zijn: 'plotselinge ingeving' en 'aanzet tot handelen.' De keus voor de derde vraag gaat om de 'strijd' binnen de geneeskunde, waar alles bewijsbaar moet zijn en daarom conflicteert met intuïtie als vorm van kennis zonder redenering. Ik heb gekozen voor een quote uit het artikel: 'Intuition: a critical review of the research and rhetoric,' van Lindy King en Jane Appleton, dat in juli 1997 werd gepubliceerd in het 'Journal of Advanced Nursing.' Dit artikel gaat over het concept intuïtie in zowel de acute (verpleegkundige) zorg als de wijkverpleegkunde. De auteurs noemen intuïtie een belangrijk onderdeel van besluitvorming en bekijken enkele manieren waarop zij onderzocht kan worden. De auteurs stellen dat intuïtie een wezenlijk onderdeel van de besluitvorming kan zijn en in de praktijk niet genegeerd moet worden. Hieronder geef ik de vraag weer, zoals ik hem aan de respondenten heb voorgelegd in de vragenlijst;

*Vraag drie: 'Geef een reactie op de onderstaande quote uit een onderzoek naar intuïtie onder verpleegkundigen van Lindy King en Jane V. Appleton (1997):'*

*'In the current health service climate, which demands measurable research-based evidence, the involvement of intuition as an element of judgment is often denigrated. The result is that many nurses are being forced to be covert in their use of this crucial aspect of judgment and focus solely on the conscious elements of decision-making. However, research evidence would suggest that intuition occurs in response to knowledge, is a trigger for action and/or reflection and thus has a direct bearing on analytical processes in patient/client care.'*

(In het huidige klimaat binnen de gezondheidszorg geldt dat alles bewijsbaar moet zijn door middel van onderzoek. Meetbaarheid is een eis. Daarom wordt de betrokkenheid van intuïtie als element van de besluitvorming vaak gedenigreerd. Ter verdediging wijzen zij op onderzoeken die suggereren dat intuïtie niet waardeloos is, maar juist ontstaat in een reactie op kennis. King en Appleton (1997) zijn van mening dat intuïtie een belangrijke trigger is voor het ondernemen van actie, en voor reflectie. Daarmee heeft het volgens hen een directe invloed op de analytische processen in de zorg.) Acht van de elf respondenten is het met de quote eens. Op de vragenlijsten vulden de respondenten uiteenlopende reacties in. Twee andere verpleegkundigen schrijven: 'Ik ben het ermee eens dat in de gezondheidszorg afwegingen worden gemaakt op basis van bewijsbare redenen/gronden, maar bij twijfel geeft je 'onderbuikgevoel' => intuïtie, de doorslag.' 'Ik ben het eens met de quote. Het is zo dat alles in de zorg sneller en efficiënter moet,

er is nagenoeg geen 'tijd' om de zorgvrager te observeren. Hierdoor is het ook moeilijker om aan te voelen wat er speelt enzo.' De resultaten afkomstig van de meting door middel van het model van Rew laat zien, dat de bereidheid om te erkennen dat intuïtie een rol speelt in de besluitvorming, laag is. Ook uit deze open vraag blijkt dat het overgrote deel van de respondenten van mening is, dat het huidige beleid (dat evidence-based werken en meetbaarheid eist) dwingt tot terughoudendheid met betrekking tot het gebruik van intuïtie. Een gynaecologe antwoordt: 'Ik ben geen verpleegkundige, maar herken wel dat het moeilijk is om anders dan 'evidence-based' te werken.'

De vierde vraag is gebaseerd op onderzoeken van Corcoran (1986) en Hamm (1988, in Rew, 2000) in haar artikel aanhaalt. Er wordt gesteld dat de taak die de zorgverlener moet volbrengen verband houdt met het type besluitvorming dat wordt ingezet. Het gaat voor mijn onderwerp te ver om dieper in te gaan op de verschillende types besluitvorming. Waar ik vooral benieuwd naar ben is of er een verband bestaat tussen het optreden van intuïtie en de context waarin dit vorm krijgt; ontstaat intuïtie in een panieksituatie? Of juist in een harmonieuze sfeer?

*Vraag vier: De taak die de zorgverlener moet volbrengen lijkt verband te houden met het type besluitvorming waar hij of zij voor kiest. In welke context treedt intuïtie op?*

Op deze open vraag kreeg ik uiteenlopende antwoorden. Het belangrijkste resultaat is dat er geen specifieke situatie te noemen is waarin intuïtie optreedt. Dingen die genoemd werden zijn; bij betrokkenheid, bij klachten, angsten, emotionele of ongewone situaties. Ook werd twijfel genoemd als situatie waarin intuïtie relevant wordt. Op de vierde vraag wilde ik verder in gaan. Daarom vroeg ik naar voorbeelden uit de praktijk van situaties waarin intuïtie een rol had gespeeld.

*Vraag vijf: Geef een voorbeeld van een situatie waarin intuïtie een belangrijke rol in uw werk speelde.*

Zeven van de elf respondenten gaven ook daadwerkelijk een voorbeeld uit de praktijk. Alhoewel de context dus moeilijk te duiden is, zijn er genoeg praktijkvoorbeelden die het personeel kan noemen. Een citaat van een gynaecologe laat zien dat intuïtie een belangrijke rol kan spelen in de besluitvorming. Zij schrijft: 'Bij een CTG die door een andere collega als goed afgegeven was, maar mijn 'bellen gingen rinkelen' -> MBO en spoed sectio.'<sup>28</sup>

Vier verpleegkundigen hebben voorbeelden uit de praktijk gegeven. Twee daarvan beschrijven een situatie die aansluit op het voorbeeld van de gynaecologe; vanuit de analytische biomedische kennis is er geen aanleiding om te veronderstellen dat er complicaties zijn. Desalniettemin hadden deze drie zorgverleners het 'gevoel' dat er 'iets niet pluis' was. Achteraf bleken zij gelijk te hebben. Zij geven aan: 'Een zeer geprikkeld constant huilende pasgeborene die ik verdacht van infectie, maar de vitale functies dit niet duidelijk bewezen. Achteraf bleek het kind inderdaad een infectie te hebben, maar niet te reageren met koorts.' 'Pre-eclamptische mevrouw voor het echt ontsporen voor 't lab bloed afgenomen bleek het klinisch beeld al ontspoord.'

Het in verhouding hoge aantal respondenten dat één of meer situaties kan noemen die zij als intuïtief hebben ervaren, geeft aan dat het hier om een wezenlijk aspect van besluitvorming gaat. Het beantwoordt niet de vraag wat intuïtie is, maar geeft aan dat het personeel intuïtie ervaart. Welke voorwaarden verbonden zijn aan het ervaren van intuïtie is op basis van zo'n kleine groep respondenten niet te zeggen, toch geeft de data wel een indicatie dat 'het inleven in de patiënt' (vier van de elf respondenten) en een 'situatie waarin er klachten zijn' (drie van de elf), een rol spelen bij het ervaren van een intuïtie.

Het gedeelte van de vragenlijst dat gaat over intuïtie heb ik afgesloten met een vervolgvraag op vraag vijf.

---

<sup>28</sup> Een MBO is een microbloedonderzoek bij de foetus, een *sectio* is een keizersnede.

*Vraag zes: Als uw intuïtie spreekt, hoe handelt u dan vervolgens?*

Wat ik hier wil weten is wat iemand doet wanneer er een intuïtief gevoel wordt geconstateerd. Voor vijf van de elf respondenten is intuïtie een hulpmiddel. Dat is bijna de helft van de mensen die de vragenlijst invulde. Acht van de elf respondenten antwoordden dat zij hun intuïtie volgen. Meestal in die zin dat zij die proberen te benoemen, en inzichtelijk te maken waarom ze ergens een vermoeden van hebben. Een gynaecologe schrijft: 'Ik luister meestal wel naar mijn intuïtie en neem het mee in mijn besluit/handelen.'

Mijn conclusie is dat het personeel haar intuïtieve gevoelens serieus neemt. Wanneer zij een intuïtie ervaren ageren zij daarop. Zij onderzoeken over het algemeen of er aan de hand van concrete data aan te tonen is dat hun intuïtie gebaseerd is op feiten. Interessant is de opmerking van de verloskundige die schrijft dat zij direct op haar intuïtie handelt wanneer er geen tijd is om helder te krijgen waarom zij juist die specifieke ingeving krijgt. Intuïtie wordt over het algemeen dus gebruikt om iets te ontdekken en beredenering wordt vervolgens ingezet om inzichtelijk te maken of de intuïtie gegrond is en vervolgens een besluit te nemen. Wanneer dit niet mogelijk is, of bij twijfel geeft voor verschillende personen de intuïtie toch de doorslag, al blijkt dit niet uit het model van Rew (2000).

## 7.4 Reflectie op de bevindingen

Bijna alle respondenten, gebruiken het woord 'gevoel' om intuïtie te definiëren. Het wordt ook wel het onderbuik gevoel en het niet-pluis gevoel genoemd. In het Engels heeft men het over 'gut feeling' of 'hunch.' In China noemen ze de buik het tweede brein. Er zijn studies die aantonen dat met name je darmen zenuwcellen bevatten die wel samenwerken met de hersenen, maar volledig zelfstandig functioneren. In Amerikaanse onderzoeken van onder andere Davis Floyd (1992 en 1996) en Rew (1998 en 2000) gaven verschillende verloskundigen aan last van hun buik te krijgen, gevolgd door een intuïtief idee over de verslechterde conditie van de baby, die volgens hen bijna altijd klopte. Dit is een indicatie dat het gehele lichaam een belangrijke rol speelt bij het nemen van beslissingen. Het is een indicatie voor het verklaren van hoe het intuïtief beoordelen van een situatie werkt. Op basis van mijn bevindingen vermoed ik dat niet alleen de hersenen, maar het gehele lichaam kennis opslaat en communiceert. In 1996 brachten Robbie Davis-Floyd en Elizabeth Davis samen het artikel 'Intuition as Authoritative Knowledge in Midwifery and Homebirth' uit. Zij gebruiken de definitie van gezaghebbende kennis (authoritative knowledge) zoals Jordan hem introduceerde in 1980: de kennis is de motivatie op basis waarvan beslissingen worden gemaakt en actie wordt ondernomen. Davis-Floyd en Davis deden samen onderzoek (1992-1993) onder tweeëntwintig blanke middenklasse verloskundigen in Amerika. In hun artikel onderzoeken zij het 'innerlijke weten' dat volgens hen een primaire bron van gezaghebbende kennis is, maar geen enkele autoriteit wordt toegekend in wat zij noemen de 'techno-geneeskunde'. Het doel van het artikel is de aandacht vestigen op het feit dat veel verloskundigen hun intuïtie gebruiken en erop vertrouwen. Voor hen is intuïtie een gids en zij nemen beslissingen en ondernemen actie op basis hiervan. Deze verloskundigen zijn hoogopgeleid en competent, ze zijn bekend met de bio-geneeskundige diagnostiek en zich bewust van culturele en juridische gevolgen wanneer zij hun keuzes niet kunnen verantwoorden op een logische en rationele basis. Wat hen hiertoe leidt is het grote belang dat zij hechten aan 'verbondenheid.' Dit moet gezien worden in hun holistische benadering van geboorte en gezondheidszorg. Zij kiezen ervoor te luisteren naar hun 'innerlijke weten' in plaats van dat zij handelen volgens het protocol en de standaard parameters. Het grote verschil met Amerika is de manier waarop de verloskundige zorg daar is georganiseerd. In Amerika is bevallen bij een verloskundige een keuze van de moeder. In principe worden bevallingen gedaan door gynaecologen in het ziekenhuis. Wie ervoor kiest thuis te bevallen met een verloskundige maakt dus een bewuste keuze voor het holistische model, net zoals iemand hier kan kiezen voor alternatieve geneeskunde. Gynaecologen in Amerika staan over het algemeen niet achter

bevallen bij een verloskundige, de samenwerking tussen de twee beroepsgroepen staat op gespannen voet. Het verbaast mij daarom niet dat Amerikaanse verloskundigen weinig boodschap hebben aan protocollen en juridische gevolgen en er bewust voor kiezen op hun intuïtie te vertrouwen. De manier waarop ons geboorte model in Nederland werkt, zorgt er voor dat verloskundigen meer onder druk staan om zich te verantwoorden voor de door hun gemaakte keuzes. De vrijheid om op intuïtie te vertrouwen wordt hier beperkt door het systeem. In het licht hiervan is het geen verrassing dat de respondenten in mijn onderzoek de stellingen van Rew overwegend negatief beoordelen. Als intuïtie al een rol speelt is het gebruiken ervan en dit erkennen, gezien de culturele en juridisch gevolgen van niet-inzichtelijke beslissingen een riskante onderneming. Volgens Heribert Watzke (2011) is er verband tussen intuïtie (ontstaan in het spijsverteringskanaal) en het deel van ons brein dat verantwoordelijk is voor ons gevoel en gedrag (het primitieve brein). Dit deel van onze hersenen snapt geen taal of woorden. Vandaar dat een gevoel ook nooit goed in woorden is uit te drukken. Het deel van onze hersenen waarmee we zaken onder woorden kunnen brengen (de buitenste laag, neocortex) is juist ook het deel waarmee we rationaliseren en logisch beredeneren. Ergens is het heel logisch dat deze zaken botsen. Ina May Gaskin is een Amerikaanse verloskundige die haar bekendheid te danken heeft aan haar boek 'Spiritual Midwifery' (1977). Ze runt een eigen kraamkliniek, 'The Farm Midwifery Center' in Tennessee, Verenigde Staten en heeft vele publicaties op haar naam. In 1996 werd haar artikel 'Intuition and the Emergence of Midwifery as Authoritative Knowledge' gepubliceerd in de 'Medical Anthropology Quarterly.' Zij schrijft hierin over de rol van intuïtie rondom zwangerschap en bevalling en over hoe deze vorm van kennis systematisch niet aan de orde komt binnen de geneeskundige opleiding: 'One of my first teachers in midwifery was a wonderful family doctor who told me it was vital to pay attention to what mothers had to say about their babies. My doctor friend had not learned in medical school to place such value on mothers' intuitions; he had learned this from his mentor, an older physician whose practice he took over after a period of apprenticeship. 'If a mother thinks there is anything wrong with the baby,' he said, 'believe her and check it out, even if you can't find anything wrong. She's almost always going to be right' (Gaskin, 1996: 295). Gaskin (1996) denkt dat intuïtie het onbewust oppikken van signalen is, die te subtiel zijn om met de bewuste gedachte op te merken. Echter is er volgens haar wel de voorwaarde aan verbonden dat de zorgverlener ononderbroken aanwezig is tijdens de bevalling. Ze is van mening dat de zorgverleners die slechts met tussenpozen aanwezig is, meer mechanische ideeën heeft over hoe een bevalling werkt en dus geen oog heeft voor het diepe inzicht dat een bevalling inherent is aan subtiliteiten. Het tegendeel wordt wat mij betreft bewezen door het verhaal van de gynaecologen, die als arts-assistent bij een bevalling werd geroepen (en dus niet continue bij de moeder aanwezig was), en tijdens die bevalling haar eerste intuïtieve ervaring had.

Zowel Davis-Floyd en Davis (1996), als Gaskin (1996) maken in hun artikelen een scherp onderscheid tussen de manier waarop gynaecologen (vanuit het technocratisch paradigma) en verloskundigen (vanuit het holistisch paradigma) de bevalling benaderen. Davis-Floyd stelt dat verloskundigen op hun intuïtie vertrouwen en slechts kennis hebben genomen van alle technologische handelingen om aan de culturele eisen te voldoen. Recht hier tegenover plaatst zij gynaecologen die compleet zouden handelen uit de geneeskundige (man-gecentreerde in plaats van vrouw-gecentreerde) logica. Stolper (et al) (2010) concluderen net als ik dat een lichamelijke sensatie die leidt tot het 'weten' van iets, een belangrijke determinant is van intuïtie. Verder concluderen zij ook dat persoonlijkheid belangrijker is dan bijvoorbeeld ervaring. Dit omdat ook onervaren medici intuïtie (her)kennen en inzetten. Uiteraard beïnvloeden deze factoren elkaar. Zoals het 'plot' laat zien correleren ervaring en beroep beide niet met de mate waarin intuïtie wordt erkend als onderdeel van de besluitvorming. Alhoewel het om een zeer klein aantal respondenten gaat, geeft ook de analyse van de open vragen de indicatie dat verpleegkundigen en verloskundigen niet meer op hun intuïtie vertrouwen dan gynaecologen.



## 7.5 Samenvatting

Op basis van het meelopen op de afdeling kreeg ik de indruk dat intuïtie veelal wordt gedefinieerd als het onbewust herkennen van patronen, deels gebaseerd op ervaring. Het zou vooral het oppikken van signalen zijn, die in eerste instantie niet op een bewust niveau inzichtelijk zijn; het weten zonder te weten waarom. Het nagaan van de intuïtie speelt vanwege de biomedische setting een essentiële rol; de biologische wetten hebben het laatste woord. Intuïtie kan een rol spelen bij het ontdekken maar het meetbare karakter van de geneeskunde eist bewijsbaarheid. Het model van Rew (2000) werd aan de respondenten voorgelegd. Hieruit bleek de bereidheid om het inzetten van intuïtie in de klinische besluitvorming te erkennen minimaal. Ook bleek er geen verband te zijn met ervaring, zoals de respondenten zelf wel hadden aangegeven. Verder bleek uit de CATPCA dat beroep ook geen correlatie vertoont met het inzetten van intuïtie. Iets dat Davis Floyd (1996) en Gaskin (1996) wel suggereren.

Uit de open vragen blijkt dat intuïtie een fysieke basis kent; het is een gevoel. Omdat *gevoel* (geen redenatie) lijnrecht staat tegenover *ratio* (redenatie cq. inzichtelijkheid) is het inzetten van intuïtie als vorm van kennis een 'strijd' binnen de geneeskunde. Uit de enquête blijkt dat het personeel deze strijd duidelijk herkent. Verder wordt het door middel van het grote aantal praktijk voorbeelden duidelijk, dat intuïtie een belangrijke rol speelt. Dat er geen specifieke context is waarin intuïtie optreedt maar er wel geageerd wordt op intuïtie; er wordt getracht te voldoen aan de biomedische wet van inzichtelijkheid. Zowel de coördinerend klinisch verloskundige als het hoofd van de afdeling gynaecologie spreken van het 'niet pluis'-gevoel. Volgens een andere gynaecologe bestaat het 'niet pluis'-gevoel niet, omdat gevoel te vaag is, benoemen is essentieel. Wat volgens haar wel bestaat is sensitief zijn; aansluiting zoeken. Intuïtie heeft dan te maken met communicatie. Intuïtie is een belangrijk aspect van de besluitvorming, alhoewel dit niet volmondig wordt erkend. Bovendien houdt het geen verband met beroep of ervaring. Het wordt door vrijwel iedereen gedefinieerd als een gevoel. Moderne neurowetenschappelijke onderzoeken bevestigen een communicatie tussen darmen en hersenen (Heribert Watzke, 2011). Naar mijn mening is intuïtief zijn een persoonsgebonden kenmerk. Het is aannemelijk dat mensen die intuïtie bewust inzetten in hun werk, dit ook in andere aspecten van hun leven doen. Deze mensen zijn wellicht meer sensitief; ze pikken meer op en reageren misschien ook sneller op hun gevoelens. Het zou kunnen dat ze meer in contact staan met hun eigen gevoel.

Mijn conclusie is dat het personeel haar intuïtieve gevoelens serieus neemt. Wanneer zij een intuïtie ervaren ageren zij daarop. Zij onderzoeken over het algemeen of er aan de hand van concrete data aan te tonen is dat hun intuïtie gebaseerd is op feiten. Intuïtie wordt gewaardeerd als aspect van de besluitvorming als middel om iets te ontdekken. Beredenering wordt vervolgens ingezet om inzichtelijk te maken of de intuïtie gegrond is. Het nemen van besluiten op basis van intuïtie alleen wordt volledig ontkend wanneer ik het meet met het model van Rew. Dit is te zien op de schaal, waar 'besluiten nemen' volledig aan de linkerkant ligt. De resultaten lopen van 'besluiten nemen' naar 'gevoel is weten.' De open vragen geven aan dat er wel degelijk op basis van intuïtie beslissingen worden genomen. Gevoel wordt wel als vorm van kennis ervaren, maar niet op grote schaal erkend.

## 8. Conclusie

De bevalling wordt in de Nederlandse biomedische geneeskunde benaderd als een normaal fysiologisch proces, maar medicaliseert de afgelopen jaren steeds verder. Een kind baren wordt steeds meer gezien in termen van risico (laag of hoog risico, maar in ieder geval een risico). Wie in tweede lijn (hoog risico of 'medisch') bevalt, wordt begeleid door de klinisch verloskundige die werkt onder eindverantwoordelijkheid van een gynaecoloog. Bij complicaties of (extra) verhoogd risico daarop wordt een gynaecoloog betrokken. De bevalling vindt, zo is mijn bevinding, in het Nederlandse ziekenhuis meestal plaats in het ziekenhuisbed, in rugligging (bij de uitdrijving). Vanuit de biomedische context wordt het lichaam op symbolische wijze gezien als medisch-technisch: het fungeren ervan wordt voorgesteld als het functioneren van een machine. Binnen dit model rust dan ook, zoals eerder aangegeven, een groter vertrouwen in apparatuur dan in het innerlijke weten. Het inzichtelijk maken en beredeneren van beslissingen is de crux. Intuïtie daarentegen is kennis die niet beredeneerd kan worden. Toch speelt intuïtie in de dagelijkse praktijk wel degelijk een rol. In dit onderzoek heb ik daarom geprobeerd een antwoord te vinden op mijn onderzoeksvraag:

*'Hoe speelt intuïtie een rol in het besluitvormingsproces in de tweedelijns verloskundige zorgverlening rondom het baringsproces?'*

Eerst zal ik mijn bevindingen bespreken. Een fundamenteel gegeven is dat zwangerschap en bevalling een sociale en culturele constructie zijn. Besluitvorming hieromtrent is gebaseerd op de ordening van kennis ('beliefsystemen'). Die geven de kernwaarden van onze maatschappij weer en worden vertaald naar obstetrisch procedures: dit zijn geboorterituelen. De organisatie van verloskundige zorg weerspiegelt deze constructie van de werkelijkheid en uit zich middels een (standaard) procedure (de besluitvorming). In dit explorerend onderzoek heb ik deze procedure weergegeven in mijn eigen fasering. Hieruit komt een seculiere ritualisering naar voren. Deze procedure is vooral prettig voor het zorgpersoneel, maar geeft alle betrokkenen houvast. Rituelen en symboliek rondom het proces van de baring zijn nodig om grip te krijgen op het lichaam en gedrag. De verloskundige heeft in dit proces de regie. Rol van de gynaecoloog is in de praktijk minimaal: deze wordt eigenlijk alleen ingezet bij problemen. De inspraak van de moeder is niet heel groot.

De 'standaardprocedure' voor de bevalling zoals ik die heb beschreven is uiteraard niet op alle bevallingen van toepassing. Maar het geeft wel de rode draad weer van de standaard handelingen rondom de ziekenhuisbevalling. Davis-Floyd (1992) redeneert dat de ziekenhuisprocedures houvast geven aan alle betrokkenen, omdat het orde schept en structuur geeft aan het chaotische proces van de menselijke geboorte.

Hierdoor krijgen de handelingen van het zorgpersoneel iets onvermijdelijks: dit is de gezaghebbende kennis.

Uit mijn onderzoek blijkt dat de kennis die de zwangere heeft over haar eigen lichaam ondergeschikt is aan de medische kennis van verloskundigen en gynaecologen. Het is wel zo dat er op ideologisch niveau geluisterd wordt naar de (aanstaande) moeder. Vooral wanneer een zwangere aangeeft de situatie niet te vertrouwen (gevoel). Dat is reden voor verloskundigen en gynaecologen om onderzoek te doen naar mogelijke complicaties.

Maar zoals uit mijn observaties blijkt is het lang niet altijd het geval dat de kennis die de zwangere heeft over haar eigen lichaam enige vorm van gezag heeft. Onder andere uit het 'onvermijdelijke' gebruik van het CTG (of dopler, of schedelelektroden) in het ziekenhuis blijkt dat de medisch-technische context gezaghebbende kennis produceert. Het is ondenkbaar dat de baby niet 'in de gaten wordt gehouden.' Het CTG blijkt een belangrijk artefact in de overgangsrite en staat symbool voor de hoog technologische zorg. Een ander voorbeeld is de medische kennis van de verloskundige: zonder haar aanwezigheid is het ondenkbaar dat de

aanstaande moeder zal bevallen. Het oordeel en de instructies van de verloskundige zijn belangrijke vormen van kennis op basis waarvan beslissingen worden genomen. In het hoofdstuk 'geboortemodel' beschrijf ik hoe de CATPCA analyse laat zien er een tendens bestaat die de respondenten in twee groepen verdeelt: holisten en technocraten. Waarin de ene groep neigt naar 'natuur', terwijl de andere groep de bevalling meer als medisch (cultuur) benadert.

De analyse met SPSS laat ook zien dat er een verschuiving heeft plaatsgevonden sinds de bevinding van Jordan (1980). Zij concludeerde dat Nederlandse verloskundigen de bevalling vooral als een natuurlijke gebeurtenis beschouwden. Uit mijn analyse blijkt dat slechts drie van de elf respondenten dit (de geboorte is een natuurlijke gebeurtenis) het meest relevant vinden.

Een ander en onverwacht resultaat uit dit onderzoek is dat blijkt dat de baring volgens de Nederlandse culturele constructie drie actoren kent: de moeder (gebroken vliezen), de baby (hormonen) en de baarmoeder (weeën). Alle drie worden een actieve rol in de baring toegekend en verantwoordelijk gehouden voor het eventuele op gang brengen ervan. Ik was vooral verbaasd dat de baarmoeder een eigen identiteit krijgt toegekend. Ondanks de medisch-technische benadering vanuit de biogeneeskunde, is het mij opgevallen dat de baarmoeder en het kind op symbolisch niveau worden benaderd als natuur: vruchten, takken, water en wortels, stamboom.

Ondanks de ideologie dat de bevalling een normaal fysiologisch proces is, blijkt uit de observaties dat de verloskundigen de moeders actief coachen en sturen. Het proces wordt actief bewaakt. Uit de CATPCA analyse blijkt echter dat de verloskundigen dit zelf lang niet altijd zo ervaren. Dit zie je bijvoorbeeld terug in het feit dat de barenshouding 'rugligging' met veel variabelen een positieve correlatie vertoont. Dit zijn veelal variabelen die de moeder meer inspraak wil geven en de biomedische kennis in twijfel trekken. Volgens de vragenlijst is het zorgverlenend personeel van mening dat de verantwoordelijkheid van de moeder er vooral uit bestaat goed te luisteren naar het personeel, een positieve instelling te hebben en haar wensen kenbaar te maken.

Of er een relatie bestaat tussen zorg en sterfte kan ik op basis van dit kleinschalige explorerende onderzoek niet beoordelen. Wel is het mij opgevallen dat de moeder zelf weinig in te brengen heeft in de bevalling wat betreft houdingen en medische interventies. De moeder zou naar mijn mening (en in lijn met het advies van de Stuurgroep (2009) de hoofdrol moeten krijgen. In de media is het beeld ontstaan dat vrouwen thuis bij een verloskundige bevallen en in het ziekenhuis bij een gynaecoloog. Dit is feitelijk onjuist. In de praktijk blijkt dat de gang van zaken een grijs gebied is, evenals de besluitvorming. Zo kwam een zelfstandig verloskundige met haar cliënte naar het ziekenhuis in verband met een verhoogd risico op complicaties, maar mocht zij de bevalling zelf begeleiden. Verder blijkt de klinische verloskundige de spil van de afdeling en de persoon die in eerste instantie de hoge risico bevallingen begeleidt. De mate waarin een gynaecoloog (die in de tweede lijn eindverantwoordelijk is) betrokken is bij de baring, is per persoon afhankelijk. De besluitvorming kent geen streng omlind protocol. Dit kan ook niet omdat iedere bevalling anders is en er een scala aan scenario's mogelijk is wat betreft het verloop ervan.

Intuïtie in de besluitvorming heb ik in SPSS geanalyseerd. De bereidheid tot erkenning van het inzetten van intuïtie blijkt klein. Met behulp van de CATPCA heb ik de vijftien (vier extra via internet) informanten en de zeven stellingen in dezelfde ruimte afgebeeld. De 'Component Loadings' van de stellingen in twee dimensies zijn vergelijkbaar met Rew's 'factor 1 loadings'. Hieruit blijkt dat uit het onderzoek van Rew (2000), intuïtie (in Amerika) een tegenstelling is tussen *doen* (handelen) en *plotseling weten*. Terwijl uit mijn onderzoek komt dat het (in Nederland) een tegenstelling is tussen *beslissingen nemen* en *gevoel als vorm van kennis*.

Uit mijn onderzoek komt naar voren dat intuïtie beter bekend is als het 'niet-pluis gevoel' en duidelijk een rol speelt in de dagelijkse klinische besluitvorming. Intuïtie wordt in de koffiekamer gedefinieerd als het onbewust herkennen van patronen, deels gebaseerd op ervaring. Het zou vooral het oppikken van signalen zijn, die in eerste instantie niet op een bewust niveau inzichtelijk zijn: het weten zonder te weten waarom. Davis-Floyd (1996) en Gaskin (1996) verbinden intuïtie aan beroepsgroepen: gynaecologen zijn volgens hen de technocraten die handelen vanuit cultuur en geen vertrouwen plaatsen in intuïtie. Daar

tegenover plaatsen zij de verloskundigen die dan handelen vanuit het holistisch paradigma en wel op hun intuïtie vertrouwen. Mijn 'plot' uit de CATPCA analyse weerlegt dit en laat zien dat beroep geen verband houdt met het inzetten van intuïtie. Verder blijkt wel uit het gehele onderzoek dat het nagaan van intuïtieve gevoelens een belangrijke rol speelt vanwege de biomedische setting: het meetbare karakter van de geneeskunde eist bewijsbaarheid. Intuïtie wordt als vorm van kennis ervaren maar kent geen autoriteit.

Het heeft eerder een kompas functie en fungeert als een trigger voor reflectie en actie. Deze kompasfunctie is ook in andere onderzoeken aangetoond. Een resultaat dat een interessant licht werpt op intuïtie, is de bevinding dat het een persoonsgebonden kenmerk is (en dat er geen verband bestaat met ervaring of beroepsgroep).

Dit sluit aan op een belangrijk moment in het onderzoek: samen met een gynaecologe kwam ik tot de conclusie dat 'intuïtie te maken heeft met communicatie,' omdat 'het belangrijk is om 'overal op te letten, sensitief te zijn en aansluiting te zoeken'. Uit mijn onderzoek blijkt dat dit belangrijke voorwaarden zijn om intuïtie te ervaren. Uit de open vragen komt duidelijk naar voren dat intuïtie een fysieke basis kent; het is een gevoel. Omdat *gevoel* (geen redentatie) lijnrecht staat tegenover *ratio* (redentatie cq. inzichtelijkheid) is het inzetten van intuïtie als vorm van kennis een 'strijd' binnen de geneeskunde. Dit is mogelijk het gevolg van het verlichte denken: het 'lichaam-geest' dualisme.

Uit de enquête blijkt dat het personeel deze strijd duidelijk herkent. Wanneer er intuïtie wordt ervaren tracht men te voldoen aan de biomedische wet van inzichtelijkheid. Het is dus een belangrijk onderdeel van het besluitvormingsproces. Voelen heeft te maken met sensitiviteit, wellicht ook met empathie, het zoeken naar aansluiting. Het 'niet pluis gevoel' is een vorm van kennis die zich in het fysieke manifesteert en alles te maken heeft met communicatie.

Ritualisering en intuïtie zijn aan elkaar verbonden. Alhoewel intuïtie en diagnostiek officieel van elkaar gescheiden zijn, wordt zij wel als diagnostisch instrument gebruikt. In de praktijk maken beide deel uit van het totale besluitvormingsproces.

Sociale, culturele en biologische dimensies vormen samen het geboortemodel. In het biomedische geboortemodel is een bevalling mechanisch en lineair; het vindt plaats binnen een bepaald tijdsbestek. De bevalling is gestructureerd door middel van seculiere ritualisering. Dit geeft alle betrokkenen houvast. De verloskundige heeft regie. De inbreng van de (aanstaande) moeder is te minimaal. Gezaghebbende kennis wordt geproduceerd door de kennis van wat geboorte is en hoe het werkt. Op basis hiervan wordt bepaald door wie wat gedaan wordt en worden besluiten genomen. Dit is een combinatie van overgeleverde en met name biomedische kennis. Op basis van de resultaten van mijn onderzoek stel ik vast dat intuïtie door de respondenten het 'niet pluis gevoel' wordt genoemd en uitermate serieus wordt genomen: het is een wezenlijk aspect van de besluitvorming. Verder is intuïtie een fysieke sensatie die is verbonden aan emotie.

Het blijkt dat intuïtief zijn een persoonsgebonden kenmerk is. Het is aannemelijk dat mensen die intuïtie bewust inzetten in hun werk, dit ook in andere aspecten van hun leven doen. Deze mensen zijn wellicht meer sensitief; ze pikken meer op en reageren waarschijnlijk sneller op hun gevoelens. Intuïtie, of het 'niet-pluis gevoel' wordt door de meer sensitief ingestelde mensen ingezet om alert te zijn en zij zien het als een 'kompasfunctie'.

Mijn conclusie is dat intuïtie gewaardeerd wordt als aspect van de besluitvorming. Betrouwbaar of niet, het heeft duidelijk voor een deel van het personeel een belangrijke plek in de besluitvorming. Beredenering wordt vervolgens ingezet om inzichtelijk te maken of de intuïtie gegrond is. Gevoel wordt wel als vorm van kennis ervaren, maar niet op grote schaal erkent.

Op basis van deze bevindingen en conclusies beantwoord ik nu mijn hoofdvraag:

*'Hoe speelt intuïtie een rol in het besluitvormingsproces in de tweedelijns verloskundige zorgverlening rondom het baringsproces?'*

In de besluitvorming heeft officieel alleen het analytisch aspect (ratio) een plek. Intuïtie ('niet-pluis' gevoel) wordt echter wel als vorm van kennis ervaren maar geen autoriteit toegekend. Intuïtie maakt deel uit van het besluitvormingsproces, en wordt daarin vooral gebruikt als kompasfunctie. Wanneer intuïtie wordt ervaren is dit een aanleiding (trigger) voor actie of reflectie. Het is daarom wel degelijk een vorm van gezaghebbende kennis.

## 8.1 Aanbevelingen

Het is mijn indruk dat de zwangere een belangrijkere rol zou moeten krijgen tijdens de baring. De meeste zwangeren geven duidelijk aan dat zij bepaalde houdingen graag aan willen nemen, maar worden in de praktijk voornamelijk uiteindelijk in de rughouding gesommeerd. Er zou meer gebruik gemaakt moeten worden van de opties van het bed, waarin vrouwen een zittende positie aan kunnen nemen zonder het bed te verlaten. Verder is het mijn mening dat de zwangere en haar partner meer als gelijkwaardigen moeten worden betrokken bij de besluitvorming. Ik doel hierbij op het overleggen van medische interventies zoals het breken van de vliezen, en het gebruik van schedelelektroden. In de periode van mijn onderzoek heb ik weinig zwangeren gezien die zodanig geïnformeerd en betrokken werden dat er sprake was van informed decision making.

## 8.2 Suggesties voor vervolgonderzoek

Nu het onderzoek is afgerond heb ik tal van ideeën voor vervolgonderzoek. Zo zou het interessant zijn om na te gaan in hoeverre gender een rol speelt bij het ervaren van intuïtie. Dit zou kunnen door het onderzoek te herhalen op een andere afdeling waar meer mannen werken, zoals de kinderafdeling.

Tijdens het schrijven van mijn scriptie kwam steeds de gedachte bij mij op dat intuïtie een vorm van instinct is. Het lijkt me geweldig om hier in een vervolgonderzoek dieper op in te gaan. Een ander interessant verschijnsel is de tegenreactie op de medicalisering: de beweging 'unassisted childbirth': zwangeren die bewust geen natale zorg zoeken. Zij bevallen in principe thuis zonder begeleiding van verloskundige.

Ten slotte lijkt het me interessant om een dergelijk onderzoek naar het besluitvormingsproces ook in andere Europese landen uit te voeren. Het wordt dan duidelijk welke verschillen er bestaan in de manier waarop het besluitvormingsproces verloopt.

# Appendix 1

## Naamgeving

Vanaf de negentiende eeuw werd het in Nederland verplicht je naam in te laten schrijven. Napoleon besliste dat alleen voornamen van bekende mensen uit de Romeinse en Griekse geschiedenis en namen van heiligen waren toegestaan. Toen Napoleon vertrokken was, gaf koning Willem I toestemming om ook oude Hollandse namen op te geven. Die regels gelden niet meer. Tegenwoordig schrijft de *Voornamenwet* voor hoe het moet. Ik geef een kort overzicht van de belangrijkste punten uit die wet.

In Nederland is in de wet vastgelegd dat er na de geboorte van een baby binnen drie werkdagen hiervan aangifte moet worden gedaan bij de burgerlijke stand van de gemeente waar het kind geboren is. Er zijn geen kosten aan verbonden, maar er moeten wel een aantal documenten worden meegenomen (het kind zelf hoeft niet mee te komen).

geldig identiteitsbewijs van de aangever;

geldig identiteitsbewijs van de moeder;

geboortebewijs van het kind (de arts of verloskundige die bij de geboorte aanwezig was, geeft dit af);

eventueel trouwboekje (uw kind wordt dan bijgeschreven in uw trouwboekje);

eventueel akte van erkenning (als uw kind voor de geboorte is erkend);

eventueel akte van naamskeuze (als bij de erkenning van uw kind voor de geboorte vastgelegd is welke achternaam uw kind krijgt).<sup>29</sup>

De gemeente maakt vervolgens een geboorteakte op. In de akte staan de plaats, de dag, het tijdstip van de geboorte en ook de voorna(a)m(en) en het geslacht van het kind vermeld. Verder worden de geslachtsnaam, de voornamen en de woonplaats en het beroep van de moeder en eventuele vader in de akte opgenomen. Omdat de aangifte zo snel na de bevalling plaats moet vinden, wordt deze meestal niet door de moeder gedaan, die overigens wel bevoegd is om dit zelf te doen. In veel gevallen doet de vader de aangifte, die is hier ook door de wet toe 'verplicht.' 'Als vader ontbreekt of verhinderd is, gaat de plicht over op iedereen die bij de geboorte aanwezig was of de bewoner van het huis waar het kind geboren is. Mocht moeder zijn bevallen in een instelling zoals een gevangenis, een zorginstelling of een verpleeghuis, dan kan het hoofd van de inrichting de geboorteaangifte doen.'<sup>30</sup> Bij het ontbreken van eerdergenoemde personen kan aangifte plaatsvinden door de burgermeester. In sommige ziekenhuizen in Nederland (zoals het Bronovo in Den Haag, en het Reinier de Graaf Gasthuis in Delft) hebben op de afdeling verloskunde een loket met een ambtenaar van de burgerlijke stand, zodat moeder (en vader) zelf direct de aangifte kunnen regelen.

In Nederland bestaat een naam uit minimaal één voornaam en een achternaam. De voornaam mag niet ongepast of onbehoorlijk zijn; 'de ambtenaar van de burgerlijke stand heeft de bevoegdheid om een voornaam te weigeren, indien hij van oordeel is dat de naam ongepast is. Als ouders kunt u tegen een dergelijke beslissing van de ambtenaar van de burgerlijke stand in beroep gaan bij de rechtbank.'<sup>31</sup>

Op de site van de gemeente Purmerend staat over de keuze van de achternaam:

### Keuze achternaam

Ouders mogen zelf de achternaam van hun 1e kind kiezen: die van de vader of die van de moeder. De keuze die u voor het 1e kind maakt, geldt ook voor de volgende kinderen in het

---

<sup>29</sup> Bron: Rijksoverheid [ <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/vragen-en-antwoorden/waar-en-hoe-doe-ik-aangifte-van-de-geboorte-van-mijn-kind.html> ]

<sup>30</sup> Bron: Gemeente Purmerend [ <http://www.purmerend.nl/eCache/INT/59/509.html> ]

<sup>31</sup> Bron: Gemeente Amstelveen [ <http://www.amstelveen.nl/web/show?id=210431&langid=43&dbid=379&typeofpage=44744> ]

gezin. Als u getrouwd bent en u wilt dat het kind de achternaam van de vader krijgt, hoeft u niets te doen. Zijn de ouders niet getrouwd, dan krijgt het kind automatisch de achternaam van de moeder. Als u de achternaam van de andere ouder wilt kiezen, moet u bij de Burgerlijke Stand erkenning en naamskeuze doen. Beide ouders moeten hierbij aanwezig zijn. Het is verstandig als u dit al vóór de geboorte regelt.

Van de naamskeuze wordt een akte opgemaakt. In Purmerend gebeurt dit op afspraak. Hiervoor kunt u bellen met de Burgerlijke Stand. Aan het opmaken van de akte van naamskeuze zijn geen kosten verbonden.

### **Erkenning**

Een man die niet gehuwd is met de moeder van een kind kan in principe toch officieel het vaderschap van het kind op zich nemen. Dit heet het kind erkennen. Erkenning kan ook al voor de geboorte plaatsvinden. Het kind kan bij de erkenning de naam van de erkenner krijgen. Het is altijd noodzakelijk dat de moeder toestemming geeft voor de erkenning. De erkenner hoeft niet persé de biologische vader van het kind zijn, maar toch kan niet iedereen een kind erkennen. Het opmaken van de erkenningsakte gebeurt op afspraak. Er zijn geen kosten aan verbonden.

### **Gezag**

Als de man een kind erkend heeft, houdt dit niet automatisch in dat hij ook het ouderlijk gezag over het kind heeft. Dit moet apart bij de rechtbank geregeld worden. Het verzoek moet worden ingediend bij de rechtbank in het rayon van de plaats waar het kind geboren is. Voor Purmerend is dit de rechtbank te Haarlem. U kunt het formulier 'Tot het uitoefenen van gezamenlijk gezag' downloaden van de website van de Rechtspraak. Zolang het ouderlijk gezag niet geregeld is, heeft alleen de moeder gezag. Wanneer de moeder getrouwd is, is het kind voor de wet automatisch het kind van de man waarmee zij gehuwd is. Is de moeder niet gehuwd, dan kan het kind, met haar toestemming worden erkend. Dit kan voor of na de geboorte.

Voor sommige mensen geeft de 'drie-dagen' regel problemen, omdat zij vanuit hun cultuur bijvoorbeeld een kind pas na een week hun naam geven; de eerste week van het kind is het risico dat het overlijdt in verhouding het grootst. Verder zijn er culturen waar een kind gedurende het eerste levensjaar een naam krijgt die tot doel heeft de boze geesten te verdrijven. Overleven ze dit eerste jaar dan krijgen ze op hun eerste verjaardag een nieuwe naam. In Nederland maakt de wet dit soort dingen onmogelijk; binnen drie dagen moet de naam bekend zijn. Binnen deze termijn mag de naam van het kind nog gewijzigd worden. Wanneer iemand aangifte doet en er vervolgens binnen drie dagen nog een nieuwe aangifte wordt gedaan, dan komt de eerdere aangifte te vervallen. Een verzoek tot wijziging van een voornaam dient door betrokkene of diens wettelijk vertegenwoordiger ingediend te worden bij de rechtbank. Onder het wijzigen wordt ook verstaan schrappen of toevoegen van voornamen. Als er geen aangifte wordt gedaan binnen deze termijn zijn de ouders strafbaar. Dit heet een tardieve-aangifte. De gemeente neemt dan contact op met een officier van Justitie. Deze beslist welke gevolgen er voor de ouders kleven aan het overschrijden van de aangifte termijn. Het kan blijven bij een kennisgeving, maar soms kan er ook een geldboete worden opgelegd. In zijn afweging zal de officier de situatie in acht nemen; als ouders een baby krijgen die bijvoorbeeld met spoed moet worden opgenomen in een (ver weg gelegen) ziekenhuis, zullen er geen strafrechtelijke gevolgen zijn.

De drie-dagen-regel is ontstaan na het Concilie van Trente (1545-1563). 'Om hekserij tegen te gaan moesten vroedvrouwen een eed afleggen waarin ze zwoeren dat pasgeboren kinderen binnen drie dagen gedoopt zouden worden. Ouders die deze regel niet naleefden, moesten worden aangegeven' (Roseta Factsheet, 2006: 4).

De angst voor hekserij is de context waarin deze wet is ontstaan. Volgens de Roseta Factsheets zijn 'de activiteiten van de vroedvrouw, op de dunne lijn tussen leven en dood, (...) niet alleen een bron van respect maar ook van achterdocht. Vroedvrouwen bij wie de bevallingen kort na elkaar uitgedraaid waren op doodgeboortes, werden met het nodige wantrouwen bekeken. In een tijd waarin er nog geen rationele verklaring kon gegeven worden aan verschillende medische kwalen, werd de schuld voor een doodgeboorte of een gehandicapt

kind vaak in de schoenen geschoven van de vroedvrouw. Bovendien was heel het ritueel van zwangerschap en geboorte van oudsher omgeven door al dan niet heidense rituelen en nauw verbonden met duivelse hekserij. Zo werd er reeds in de 'Heksenhamer' (1486), een hoofdstuk gewijd aan 'het kwaad dat door vroedvrouwen die tevens heks zijn, aan kinderen wordt aangedaan, ten eerste door hen te vermoorden en ten tweede door hen op godslasterlijke wijze aan demonen aan te bieden."

'Een van de misdrijven die heksen ten laste werd gelegd, was de kindermoord in opdracht van Satan. Vroedvrouwen werden ervan verdacht vooral ongedoopte kinderen te doden: het misdrijf werd hierdoor alleen maar groter, vermits zo niet enkel het lichaam maar ook de ziel van het ongedoopte en dus onbeschermd kind aan de duivel werd uitgeleverd. Als gevolg van 'de eeuwige verdoemenis en de erfzonde' werd de pasgeboren kinderen immers 'de toegang tot het hemelrijk ontzegd.' Bovendien werden heksen ervan beschuldigd de dode kinderen te verwerken in hun heksenbrouwsels. Ook het geloof in wisselkinderen deed de reputatie van vroedvrouwen geen goed: volgens oude volkswijsheden konden gezonde kinderen uit de wieg ontvoerd worden door duivelse wezens die de gezonde baby's omwisselden voor kinderen met 'duivelse kenmerken'. Indien een vroedvrouw een gehandicapt kind op de wereld hielp, werd zij er niet zelden van beticht het gezonde kind te hebben meegegeven aan de duivel. Bovendien waren vroedvrouwen meestal erg bedreven in het gebruiken van allerlei kruiden, waaronder zeldzame en dus moeilijk te vinden soorten, voor bijvoorbeeld het opwekken van de melkproductie. Deze vaardigheden waren voor niet-ingewijden echter bijzonder geheimzinnig en bij een verkeerde afloop van de behandeling kwam de vroedvrouw in kwestie in een slecht daglicht te staan.'

'In de zestiende en zeventiende eeuw bereikte de heksenvervolging in onze streken haar hoogtepunt. Op dat ogenblik was de maatschappij drastisch aan het veranderen: ze veranderde stilaan naar een modern-rationalistische samenleving, gestoeld op empirisch onderzoek. Met vallen en opstaan werden rationele verklaringen gezocht voor natuurfenomenen, voor ziekte en dood. Maar de nog jonge wetenschap kon niet alles verklaren: wat onverklaarbaar bleef, werd toegeschreven aan de duivel. Bovendien was het maatschappelijke klimaat in de 16e en 17e eeuw bijzonder vrouwonvriendelijk. De vrouw werd ervan verdacht aan de oorsprong te liggen van alle kwaad en zonde, als een ongehoorzame en zondige Eva. De vrouw werd beschouwd als de handlangster van de duivel, een gemakkelijke prooi door haar lichtgelovigheid, haar beïnvloedbare en babbelse karakter. Ze had daarom een -mannelijke- leidende hand nodig die haar in toom en op het rechte pad zou houden. Vroedvrouwen balanceerden met andere woorden op een dun koord: ze beschikten over een vaak eeuwenoude, mondeling doorgegeven kennis waar mannen jarenlang nagenoeg volledig buiten stonden. Deze relatieve onafhankelijkheid en de aard van haar kennis, maakte de vroedvrouw bijzonder verdacht in de ogen van haar tijdgenoten.'

'Vroedvrouwen waren verplicht er alles aan te doen om een doodgeboren kind alsnog te dopen. Speciale instrumenten moesten ervoor zorgen dat een nooddooptel kon uitgevoerd worden terwijl het kind nog in de baarmoeder of in het geboortekanaal zat' (Roseta Factsheet, 2006: 4-6).



# Geraadpleegde Literatuur

## Boeken

Barnard, A. en Jonathan Spencer (2009) *The Routledge Encyclopedia of Social and Cultural Anthropology* 2e druk Londen, Routledge.

Bell, C. (1997) *Ritual: Perspectives and Dimensions* New York, Oxford University Press.

Bowie, F. (2000) *The Anthropology of Religion* Oxford UK, Blackwell Publishers.

Davis-Floyd, R. (1992) *Birth as an American Rite of Passage* Berkley, University of California Press.

Davis-Floyd, R.E. en C.F. Sargent (1997) *Childbirth and Authoritative Knowledge: cross cultural perspectives* Berkley, University of California Press.

Davis-Floyd, R.E en L. Barclay (eds.) (2009) *Birth Models That Work* Berkley, University of California Press.

Duursen van, N., R. Reis en H. ten Brummelhuis (2002) *Dezelfde zorg voor iedereen?: een explorerende studie naar 'allochtonen' en 'autochtonen' met chronische buikklachten* Amsterdam, Universiteit van Amsterdam. Faculteit der Maatschappij- en Gedragwetenschappen. Sectie Medische Antropologie.

Gaskin, I. M. (1977) *Spiritual Midwifery* Summertown, Book Publishing Company.

Genep, Van, A. (1909) *The Rites of Passage*. Chicago : University of Chicago Press, 1960.

Helman, C.G. (2007) *Culture, Health and Illness: fifth edition*. London, Hodder Arnold.

Jordan, B. (1980) *Birth in Four Cultures: A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States* Montreal, Eden Press Women's Publications.

Mastenbroek (1993) *Conflicthantering en organisatieontwikkeling* Alphen aan de Rijn, Samsom.

Myers, D.G. (2002) *Intuition: it's powers and perils* Verenigde Staten, Yale University Press.

Odent, M. (2009) *The Functions Of The Orgasms: The Highways To Transcendence* London, Pinter & Martin Ltd.

Stok (1983) *Zwangerschap en Geboorte bij Bayloniers en in de Bijbel* Leiden, Ex Oriente Lux.

Zanten, van, W.P.C. (1996) *Groepsbesluitvorming in management en bestuur* Heerlen, Open Universiteit, 1996.

## Artikelen

Barry, C.A. (2006) 'The role of evidence in alternative medicine: Contrasting biomedical and anthropological approaches' *Social Science & Medicine* 62(11): 2646-2657

Caldeyro-Barcía, R.M. D (1975) 'Some Consequences of Obstetrical Interference' *Birth* Volume 2, Issue 2, pages 34–38, March 1975

Croonen, H. F. (2010) 'Minder babysterfte bij gynaecoloog, Utrechtse onderzoeksmethodiek tegen het licht gehouden' *Medisch Contact* 65(47): 2504-2507

Csordas, T.J. (1990) 'Embodiment as a Paradigm for Anthropology' *Ethos* 18(1) 5–47

Evers, A.C.C. et al (2010) "Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study" *British Medical Journal* 341:563

Gaskin, I. M. (1996), 'Intuition and the Emergence of Midwifery as Authoritative Knowledge' *Medical Anthropology Quarterly*, 10(2) 295–298

Hays (1996) 'Authority and Authoritative Knowledge in American Birth' *Medical Anthropology Quarterly* 10(2) 291–294

King, Lindy en Jane Appelton, (1997) 'Intuition: a critical review of the research and rhetoric' *Journal of Advanced Nursing* 26(1): 194-202

Lamond, Dawn en Carl Thompson (2000) 'Intuition and Analysis in Decision Making and Choice' *Journal of Nursing Scholarship* 32(3), 411-414.

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologen (NVOG) (2006) *Inductie van de baring, versie 1.0* (geen publicatie)

Rew, Lynn (1988) 'Nurses' Intuition' *Applied Nursing Research* 1(1): 27-31

Rew, L. (2000) 'Acknowledging Intuition in Clinical Decision Making' *Journal of Holistic Nursing* 18: 94-108.

Stolper, E. et al. (2010). 'Niet-pluis'-gevoel tuchtrechtelijk gewogen. *Ned Tijdschr Geneeskd*, 154: 2126-2131.

Sundström, A, D. Rosén en K. G. Rosen (2006) 'Foetale bewaking' *Neoventa Medical AB*

Visser de, J. (2011) "Geboren worden, ter wereld komen" in *Wijsgerig Perspectief Geboorte* 51(1):4-12

Vries, de R. en T. A. Wiegers (et al.) (2009) *The Dutch Obstetrical System: Vanguard of the Future in Maternity Care in Birth Models That Work* Londen, University of California Press 31-55.

### *Oraties*

Buitendijk, S. (2010) 'De stem van de vroede vrouw: Pleidooi voor een vrouwvriendelijke zwangerschap en bevallingscultuur' Amsterdam, Vossius Pers (UVA)

Reis, R. (2010) "Verschil maken". Leiden.

### *Rapporten*

Achterberg, P.W. (2005) 'Met de besten vergelijkbaar?' RIVM (2010)

Euro-Peristat 1 'European Perinatal Health Report' (2004)

Euro-Peristat 2 'European Perinatal Health Report' (2008)

RoSa-factsheet (2006) 'Vroedvrouwen, het oudste beroep ter wereld?' 45: 1-10. Brussel.

Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (2009) 'Een goed begin: veilige zorg rond zwangerschap en geboorte' Den Haag, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

### *Overige*

Eijk, W.J. (2003) arts, bisschop van Groningen, voorzitter Stichting Medische Ethiek Voordracht gehouden op het lustrumsymposium van de Stichting Medische Ethiek, 29 november 2003 te Bunnik Pro Vita Humana, 2004 nr 2, 49-55

Velden, van der, J. (2010) Brandpunt (televisie programma van de KRO) Aflevering: 'Oorlog in Bevallingsland' uitzending bekeken op twaalf december 2010

Shadid, W.(2005) Aantekeningen bij de colleges

### *Internet pagina's*

AVM (2010) [Academie Verloskunde Maastricht] geraadpleegd op donderdag 22 december 2010 om 15.25 uur [<http://www.av-m.nl/default.aspx?id=457&nid=59&sc=61&taal=nl>] ()

Croonen, H.F. Medisch Contact (2010) 'Minder babysterfte bij de gynaecoloog' [<http://medischcontact.artsennet.nl/blad/Tijdschriftartikel/Minder-babysterfte-bij-gynaecoloog.htm>] geraadpleegd op 16 april 2011 om 23.00 uur

CVZ (2011) [College voor zorgverzekeringen ] 'Oxytocine' geraadpleegd op woensdag 4 juli 2012  
[<http://www.fk.cvz.nl/Inleidendeteksten/l/inl%20oxytocine%20en%20prostaglandine%20analogen.asp?blPrint=True>]

CZ (2010) 'Duizeligheid' geraadpleegd 29 november 2010 om 19.25 uur  
[[http://medicinfo.cz.twatest.infosupport.net/d\\_duizeligheid](http://medicinfo.cz.twatest.infosupport.net/d_duizeligheid)]

Erasmus Medisch Centrum (2010) [Universitair Medische Centrum Rotterdam] 'Klinisch Verloskundige (masteropleiding) geraadpleegd op donderdag 22 december 2010 om 15.10 uur  
[[http://www.erasmusmc.nl/47393/390658/161431/verlosk\\_ma](http://www.erasmusmc.nl/47393/390658/161431/verlosk_ma)]

'Geboorte Album' geraadpleegd op 15 december 2010 om 0.59 uur  
[[http://iserongen.nl/01\\_Geboorte\\_album.html](http://iserongen.nl/01_Geboorte_album.html)]

Heek, Van, Medical (2012) 'Heka Navelklem' geraadpleegd op 4 juli 2012 om 3.59 uur  
[<http://www.vanheek.com/action/product/543/heka-sup-/sup-navelklem.html>]

Inholland [Hogeschool Inholland] (2011)  
[<http://www.inholland.nl/>]

KNOV (2011) [Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen] geraadpleegd op 4 juli 2010 om 3.30 uur.  
[<http://www.knov.nl/voor-verloskundigen/richtlijnen-gedragscodes-en-werkafspraken/verloskundige-indicatielijst/>]

Nationaal Kompas (2011) [website met onafhankelijke en wetenschappelijk onderbouwde informatie over de staat van de volksgezondheid in Nederland] geraadpleegd op 4 juli 2012 om 3.37 uur  
[<http://nationaalkompas.nl/bevolking/geboorte/>]

NVOG (2010) [Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologen] geraadpleegd op dinsdag 7 december 2010 om 12.30 uur [http://www.nvog-documenten.nl/richtlijn/item/pagina.php?id=24118&richtlijn\_id=564&unique=02049c90ecf26c073909f9bb6907ace5&noframes=true]

SOV (2011) [Samenwerkende Opleidingen Verloskunde] 'Toelatingscriteria.' geraadpleegd op 4 juli 2012 om 3.37 uur [http://www.verloskundige.info/Toelatings-criteria.aspx]

TED (2011) [Technology, Entertainment, Design] 'The Brain in Your Gut.' geraadpleegd op 4 juli 2012 om 3.37 uur [http://www.ted.com/talks/lang/eng/heribert\_watzke\_the\_brain\_in\_your\_gut.html]

You Chooz (2011) [Landelijke Voorlichtingssite over opleidingen en beroepen in de zorg en welzijn] 'Obstetrie Verpleegkundige' geraadpleegd op 4 juli 2012 om 3.37 uur  
[<http://www.youchooz.nl/opleidingen/obstetrie-verpleegkundige/>]

Wikipedia (2010, 2011 en 2012) diverse sites [De Vrije Encyclopedie]:

- 'Sociaal Constructivisme' geraadpleegd op 11 oktober 2010
- [[http://nl.wikipedia.org/wiki/Sociaal\\_constructivisme](http://nl.wikipedia.org/wiki/Sociaal_constructivisme)]
  
- 'Melatonine', 'Placenta' en 'Schedelelektrode'
- geraadpleegd op 29 november 2010 om 19.25 uur
- [<http://nl.wikipedia.org/wiki/Melatonine>]
- [<http://nl.wikipedia.org/wiki/Placenta>]
- [<http://nl.wikipedia.org/wiki/Schedelelektrode>]
  
- 'Beschuit met muisjes' en 'Totem'
- geraadpleegd op 15 december 2010 om 0.59 uur.
- [[http://nl.wikipedia.org/wiki/Beschuit\\_met\\_muisjes](http://nl.wikipedia.org/wiki/Beschuit_met_muisjes)]
- [<http://en.wikipedia.org/wiki/Totem>]

Ziekenhuis.nl (2010) geraadpleegd op maandag 13 december 2010 om 15.15 uur

[[http://www.ziekenhuis.nl/index.php?cat=ziektebeelden&ziektebeelden=ziektebeeld\\_item&item\\_id=432&letter=S](http://www.ziekenhuis.nl/index.php?cat=ziektebeelden&ziektebeelden=ziektebeeld_item&item_id=432&letter=S)]

## Bijlage 1

### CODEBOEK MA BEVALLING

---

Vraag no.	Var. no.	VARIABELE Gehercodeerd no.	Categorie + code
0	v1	No. Resp.	
1	v2	Geslacht	1=Man 2=Vrouw
2	v3	Beroep	1= verpleegkundige O&G 2= verloskundige 3= gynaecoloog
3	v4	Jaren ervaring	scale; gewoon invoeren
4	v5	Model Rew Ineens weten (1)	1= helemaal mee oneens 2= oneens 3= neutraal 4= eens2 5= helemaal mee eens
	v6	Model Rew Besluit op Plotseling inzicht (2)	1= helemaal mee oneens 2= oneens 3= neutraal 4= eens 5= helemaal mee eens
	v7	Model Rew Onmiddellijk Begrijpen (3)	1= helemaal mee oneens 2= oneens 3= neutraal 4= eens 5= helemaal mee eens
	V8	Model Rew Gevoel te weten wat er gaat gebeuren (4)	1= helemaal mee oneens 2= oneens 3= neutraal 4= eens 5= helemaal mee eens
	V9	Model Rew Besluit overkomt me (5)	1= helemaal mee oneens 2= oneens 3= neutraal 4= eens

		5= helemaal mee eens
V10	Model Rew Concrete data (6)	1= helemaal mee oneens 2= oneens 3= neutraal 4= eens 5= helemaal mee eens
V11	Model Rew Actie om complicatie te voorkomen (7)	1= helemaal mee oneens 2= oneens 3= neutraal 4= eens 5= helemaal mee eens
5	v12 Wat is uw eigen definitie van intuïtie? (vraag 2)	1= Een gevoel 2= Een plotselinge ingeving die je opeens krijgt 3= Weten zonder redeneren of uit te kunnen leggen 4= Geeft de aanzet to iets moeten doen 5= Niet verklaarbaar weten zonder logica om het op de baseren

Een gevoel  
Plotselinge ingeving (een moment)  
Weten zonder redeneren  
Aanzet tot handelen/doen  
Niet kunnen verklaren waarop het weten gebaseerd is  
1= Wel van toepassing  
2= Niet van toepassing

6 v13 Geef een reactie  
Op de quote van  
King en Appelton  
(vraag 3)

1= Wel van toepassing  
2= Niet van toepassing

'niet mee eens' Ik ben het er niet meer eens dat intuïtie een reactie is op kennis, het is niet verbonden aan kennis en vormt geen basis op een besluit op te baseren.

'intuïtie geeft de doorslag' Intuïtie is vorm van weten gebaseerd op een gevoel, het komt vanuit je lichaam, en geeft bij twijfel de doorslag.

'wel mee eens' Het klopt dat intuïtie een reactie op kennis is, ik herken het dat je intuïtie soms 'spreekt'.

Overige

6	v14 In wat voor soort Situaties treedt Intuïtie op? (vraag 4)	1= 2= 3= 4=
---	------------------------------------------------------------------------	----------------------

Bij klachten

Bij angst  
 Bij emotionele situaties  
 Bij twijfel  
 Bij ongewone problemen  
 Als je betrokken bent  
 Intuïtie is niet verbonden aan specifieke situaties  
 Voorafgaand aan de situatie waar de intuïtie over ging  
 1= wel van toepassing  
 2= niet van toepassing

7 v15 Geef een voorbeeld 1=  
 Van intuïtie in een 2=  
 werksituatie 3=  
 (vraag 5) 4=

Bij cliënten met klachten  
 Bij cliënten met angsten  
 Bij elke bevalling  
 Wanneer je, je inleeft in de situatie  
 Overige/weet ik niet

8 v16 Als uw intuïtie spreekt,1=  
 Hoe handelt u dan 2=  
 Vervolgens? 3=  
 (vraag 6) 4=

Ik volg mijn intuïtie, probeer het te benoemen en ernaar te luisteren.  
 Intuïtie is zo'n sterk gevoel dat ik er 'iets' mee moet doen.  
 Intuïtie is een hulpmiddel en op die manier onderdeel van de besluitvorming, ik zoek via concrete data uit of mijn intuïtie klopt.  
 Overige

9 Wat is geboorte? 1= minst relevant  
 (vraag 7) 2= niet heel relevant  
 3= relevant  
 4= meest relevant

7A= Persoonlijke prestatie  
 7B= Onderdeel van de levenscyclus  
 7C= Een natuurlijke gebeurtenis  
 7D= Een medische gebeurtenis

10 v21 Wanneer is de 1= Breken vliezen  
 Bevalling 2= Regelmatige weeën  
 Volgens u op 3=  
 Gang? (vraag 8) 4=

1= wel van toepassing  
 2= niet van toepassing

Wanneer is de bevalling volgens u begonnen?

Als de moeder het zo beleefd dat ze aan het bevallen is, dan is de bevalling begonnen



Regelmatige weeën  
Meerdere weeën per vijf minuten  
Ontsluiting  
Toenemende ontsluiting  
Veranderingen aan de baarmoedermond  
Gebroken vliezen

En wat veroorzaakt het op gang komen ervan?

De bevalling kan beginnen doordat wij gaan inleiden.  
Aanmaak van hormonen in de hersenen van de baby  
Gebroken vliezen (spontaan of kunstmatig)

- |    |     |                     |                          |
|----|-----|---------------------|--------------------------|
| 10 | v22 | Welke houding is    | a= Rugligging            |
|    | v23 | Het meest           | b= Gehurkt               |
|    | v24 | Relevant? (vraag 9) | c= Op handen en knieën   |
|    | v25 |                     | d= Houding is irrelevant |

1= minst relevant  
2= niet heel relevant  
3= relevant  
4= meest relevant

- |    |                   |                                                                                            |                                                                                           |
|----|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11 | v26               | 'Halen' van de baby moet meer aandacht krijgen o.d. opleiding (vraag 10)                   | 1= helemaal mee oneens<br>2= oneens<br>3= neutraal<br>4= mee eens<br>5= helemaal mee eens |
| 12 | v27               | Specifieke wensen m.b.t navelstrengbloed (vraag 11)                                        | 1= helemaal mee oneens<br>2= oneens<br>3=neutraal<br>4= eens<br>5= helemaal mee eens      |
| 13 | v28               | Standaard gebruik CTG zou ter discussie Moeten staan (vraag 12)                            | 1= helemaal mee oneens<br>2= oneens<br>3=neutraal<br>4= eens<br>5= helemaal mee eens      |
| 14 | v29               | Ouders goed informeren Over vliezen breken Om in de besluitvorming Te betrekken (vraag 13) | 1= helemaal mee oneens<br>2= oneens<br>3=neutraal<br>4= eens<br>5= helemaal mee eens      |
| 15 | v30<br>v31<br>v32 | Stelling kennis en spil in verloskamer (vraag 14)                                          | a= Moeders moeten aansturen<br>b= Moeders zijn de spil<br>c= Verloskundigen zijn de spil  |

v33

d= Moeder moeten zich volledig laten sturen

- 1= minst mee eens
- 2= niet erg mee eens
- 3= mee eens
- 4= meest mee eens

16 v34 Stelling Hays, over het heroverwegen van welke kennis het meest waardevol is (vraag 15)

- 1= helemaal mee oneens
- 2= oneens
- 3= neutraal
- 4= eens
- 5= helemaal mee eens

17 v35 Stuurgroep; moeder En kind staan niet Centraal genoeg (vraag 16)

- 1= helemaal mee oneens
- 2= oneens
- 3= neutraal
- 4= eens
- 5= helemaal mee eens

18 v36 Stuurgroep; verloskunde moet zeggenschap van moeders meer in acht gaan nemen (vraag 17)

- 1= helemaal mee oneens
- 2= oneens
- 3= neutraal
- 4= eens
- 5= helemaal mee eens

19 v37 v38 v39 v40 Verantwoordelijkheden moeder, tijdens baring (vraag 18)

- 1= Wel van toepassing
- 2= Niet van toepassing

Moeder moet vooral van alles  
Moeder moet zorgen dat ze goed geïnformeerd is  
Moeder moet alles, inclusief zichzelf opzij zetten, dat is belangrijk voor haar kind  
Moeder moet luisteren naar de aanwijzingen van het personeel en deze opvolgen  
Moeder moet niet angstig zijn,  
Moeder moet zich positief en verantwoordelijk opstellen,  
Moeder moet haar wensen, klachten en vragen kenbaar maken (zodat die weggenomen kunnen worden?)

20 v41 Peristat rapport; wat vindt u ervan dat NL Er zo uitspringt? (vraag 19)

- 1= Jammer, maar goed prikkel 00
- 2=
- 3=
- 4=

Prikkel om kritisch naar onze werkwijze te kijken  
Leermoment; zorg kan altijd beter  
Erg jammer  
Niet helemaal eerlijk; moeilijk om verschillende laten te vergelijken die op verschillende manieren meten  
1= Wel van toepassing  
2= Niet van toepassing