

## Thuisbevalling in Nederland.

Een grote ooievaar in de tuin: 'Hoera een baby!' Vader smeert beschuit met muisjes voor de kraamvisite. Moeder ligt samen met haar pasgeboren kindje in haar eigen bed, terwijl de kraamverzorgster het huishouden bestiert.

Tot de jaren vijftig van de twintigste eeuw beviel het merendeel van de Nederlandse vrouwen thuis, maar in de jaren zestig veranderde dat. Het aantal thuisbevallingen nam vanaf dat moment af en steeds meer vrouwen kozen er van tevoren zelf voor om in het ziekenhuis te bevallen.

De discussie rondom de unieke Nederlandse bevallingscultuur laaide in 2009 op toen bekend werd dat Nederland één van de hoogste babysterftecijfers van Europa kent. Gynaecologen en verloskundigen vlogen elkaar in de haren over de vraag of de thuisbevalling achterhaald is – nergens anders in Europa kun je nog thuis bevallen – en of in Nederland bevallingen eerder ingeleid dienen te worden. Die discussie raakt precies de kernpunten van de Nederlandse bevallingscultuur, namelijk de thuisbevalling en de overtuiging dat zwangerschap iets natuurlijks is waarbij niet onnodig hoeft worden ingegrepen. Maar hoe is ons uniek Nederlands 'bevallingssysteem' ontstaan en waarom staat het nu ter discussie?

### Ziekelijk of natuurlijk?

De geschiedenis van de afwijkende Nederlandse bevallingscultuur begint rond 1750. In de ons omringende landen voeren mannelijke verloskundigen vanaf dat moment een discussie met vroedvrouwen over de vraag of zwangerschap iets ziekelijks (pathologisch) of iets natuurlijks (fysiologisch) is. Met andere woorden: verkeert een zwangere vrouw in een fysiologische of in een pathologische toestand?

Clare Hanson beschrijft het debat zoals het in Engeland gevoerd wordt in haar boek *A Cultural History of Pregnancy*. 'Normale' zwangerschap wordt in dit debat gezien als natuurlijk, 'abnormale' als ziekelijk.<sup>1</sup> Het standpunt dat volgens Hanson vooral door mannelijke verloskundigen wordt verdedigd en de pathologische kant representeert, luidt dat elke normale zwangerschap plotseling abnormaal kan worden en dat daarom medisch toezicht op alle zwangerschappen noodzakelijk is. Vroedvrouwen, die de natuurlijke kant representeren en verdedigen, staan volgens Hanson zo min mogelijk medische interventie voor, aangezien dat meer kwaad dan goed zou doen. Het zou door de zwangere vrouw opgevat worden als opdringerig en vernederend.<sup>2</sup> Een paradoxaal aspect in het debat over natuurlijk of ziekelijk is dat beide kanten zich bedienen van het predicaat 'natuurlijk'. Reden hiervoor is, volgens Hanson, dat de lijn die we trekken tussen natuur en cultuur 'contextspecifiek' is: een praktijk of gedraging natuurlijk of onnatuurlijk noemen, heeft ideologische consequenties.<sup>3</sup> Want als de zwangerschap natuurlijk is, dan is de vrouw natuur en de man cultuur. Dit werkt ten tijde van de zwangerschap misschien positief voor de vrouw, maar op de langere termijn ondermijnt het haar

---

<sup>1</sup> Clare Hanson, *A Cultural History of Pregnancy* (Londen 2004) 10. Hanson definieert echter niet wat normaal en abnormaal met betrekking tot de zwangerschap inhoudt.

<sup>2</sup> Uitzonderingen daargelaten: mannelijke verloskundige Grantly Dick Read promoveerde 'natural childbirth' in de jaren dertig van de twintigste eeuw. Hanson, *A Cultural History of Pregnancy*, 10.

<sup>3</sup> Ibidem, 11.

status als rationeel persoon en sociale actor. Daartegenover staat dat wanneer je zwangerschap het stempel onnatuurlijk geeft, zwangerschap een taboe wordt en symbool staat voor de angst voor het onbekende.<sup>4</sup>

Het internationale debat bevat ook een discussie over de autoriteitsclaim van vroedvrouwen en mannelijke verloskundigen. Het belangrijkste onderwerp in deze in Engeland is volgens Hanson hoe de zwangerschap onderzocht kan worden en wie de autoriteit heeft dat te doen. Een van de heftigste discussies in dit debat wordt gevoerd door de verloskundige William Smellie en de vroedvrouw Elizabeth Nihell.<sup>5</sup> Het standpunt van Nihell was dat de praktijken van mannelijke verloskundigen walgelijk en onbehoorlijk waren. Mannen – afgezien van de echtgenoot in kwestie – mochten geen toegang hebben tot de vrouwelijke zone. Het achterliggende idee van dit standpunt was dat zwangere vrouwen in de achttiende eeuw werden gezien als seksueel actief en aantrekkelijk – in tegenstelling tot de negentiende-eeuwse representaties van zwangere vrouwen als quasi-maagdelijke figuren. Een ander argument van Nihell teneinde de exclusieve positie van de vroedvrouw te verdedigen, was dat vroedvrouwen een innerlijke intuïtieve gids zouden hebben. Dit argument ging verder dan de ‘vrouwelijke intuïtie’, in die zin dat het zich beriep op de toen gevestigde medische ideeën dat het hebben van een vrouwelijk lichaam consequenties had voor seksespecifieke sensaties en percepties, met name tijdens de zwangerschap. De reactie van Smellie was dat mannelijke verloskundigen – in tegenstelling tot vroedvrouwen – lezingen bezochten en bevallingen observeerden, waardoor hun kennis vele malen groter was.

In dit debat ging het er dus om wat waardevoller was en wat meer autoriteit had: kennis via eigen ervaring of kennis via observatie, kennis van vrouwen of kennis van mannen. Volgens Hanson was Nehills tactiek – het uitsluiten van alle mannen bij zwangerschap en bevalling – vooral een politieke move.<sup>6</sup> Dit had namelijk te maken met het feit dat steeds meer vrouwen uit de hogere klassen van West-Europa graag een mannelijke verloskundige wilden. Reden hiervoor was dat het hebben van een mannelijke verloskundige statusverhogend was – het idee van de mannelijke verloskundige, de *accoucheur*, was namelijk overgewaaid uit Frankrijk. Daarnaast ontvingen de zwangere vrouwen bescherming via de deugd en de autoriteit van de professionele status van de *accoucheur*. Volgens Hanson was de *accoucheur* een ‘social protector’.<sup>7</sup>

Er stond naast de autoriteitsclaim dus meer op het spel. Ten eerste stond de man tegenover de vrouw en ten tweede stond de wetenschap tegenover emotie. Roy Porter schrijft in zijn studie *The greatest benefit to mankind: a medical history of humanity from antiquity to the present* over dit spanningsveld tussen wetenschap en emotie met betrekking tot de medische wetenschap.<sup>8</sup> Hij stelt dat de geneeskunde als wetenschap zich ontwikkelde vanaf de Verlichting. De wetenschap en de technologie zouden de controle van de mens op ziekten vergroten.<sup>9</sup> Deze mentaliteitsverandering zorgde in de bevallingscultuur voor andere normen. In de meeste West-Europese landen werden de bakkers en vroedvrouwen vervangen door mannelijke verloskundigen en *accoucheurs*, aangezien de

---

<sup>4</sup> Ibidem, 11-14.

<sup>5</sup> Volgens Hanson was dit een complexe discussie, aangezien de echtgenoot van Nihell haar stukken schreef en een goede vriend van Smellie hem verdedigde tegen de aanvallen van Nihell.

<sup>6</sup> Hanson, *A Cultural History of Pregnancy*, 16-19.

<sup>7</sup> Ibidem, 20.

<sup>8</sup> Roy Porter, *The greatest benefit to mankind: a medical history of humanity from antiquity to the present* (Londen 1999).

<sup>9</sup> Porter, *The Greatest Benefit to Mankind*, 245.

wetenschappelijke kennis van de mannen door de Verlichtingsideeën meer status hadden gekregen dan de empirische kennis van de vrouwen.<sup>10</sup> Volgens Porter waren deze 'Verlichtingsveranderingen' echter niet universeel en dat klopt. In Nederland werden de vroedvrouwen immers niet massaal ingehuuld voor mannelijke verloskundigen.<sup>11</sup>

### **Internationale gevolgen van dat gevoerde debat.**

Ondanks dat de veranderingen in de bevallingscultuur niet universeel waren, waren ze wel op veel West-Europese landen van toepassing. Onder anderen Ann Oakley en Edward Shorter hebben zich afgevraagd hoe deze veranderingen en ontwikkelingen later in de twintigste eeuw hebben geleid tot het uitfaseren van de vroedvrouw en de terugloop van het aantal thuisbevallingen.<sup>12</sup>

Een eerste medische oorzaak die Shorter ziet voor de verandering van vrouwelijke naar mannelijke begeleiding bij de bevalling, is dat in de jaren dertig van de twintigste eeuw de aandacht van artsen verschoof van de veiligheid en de gezondheid van de moeder, naar die van de baby. Hij stelt, net als Oakley, dat artsen vanwege die aandachtswisseling sneller complicaties zagen, aangezien een baby bij het natuurlijk baringsproces vaak gehavend ter wereld kwam. Vóór deze verschuiving waren de risicogeveallen in de minderheid, erna waren de 'normalen' in de minderheid. Oakley noemt deze mentaliteitswisseling 'the pathology of pregnancy'.<sup>13</sup> Het zelfbeschikkingsrecht van de moeder kwam daardoor op de tweede plaats.<sup>14</sup> De medische risicobepaling en risico-uitsluiting werd dus belangrijker dan dat wat de kraamvrouw wilde, terwijl die risicobepaling volgens Oakley niet waterdicht was.<sup>15</sup>

Een politieke oorzaak die Oakley beschrijft, is dat de politiek een rol van invloed had op de organisatie van de gezondheidszorg. In Engeland verlangde de politiek centrale hulpverlening en dus geen thuiszorg. Dat heeft eraan bijgedragen dat het aantal thuisbevallingen in Engeland vanaf het begin van de twintigste eeuw drastisch is afgenomen en dat vrouwen in ziekenhuizen centraal werden geholpen.<sup>16</sup> Shorter gaat uitgebreid in op de verschuiving van thuis naar het ziekenhuis en bekijkt de ontwikkeling vanuit het standpunt van de drie betrokken partijen: de arts, de vroedvrouw en de moeder. De redenen die artsen hadden om bevallingen in het ziekenhuis te laten plaatsvinden, waren dat zij dachten dat de hygiëne in het ziekenhuis beter was dan thuis (dit was overigens een onjuiste opvatting) en dat in het ziekenhuis het kind rustiger geboren kon worden. Zo bleef het kind uit handen van de huisarts, die er toen om bekend stond te snel en te ruw in te grijpen met veel doodgeboren kindjes tot gevolg.<sup>17</sup> Voor de vroedvrouwen was het volgens Shorter het ziekenhuis dat hun beroep redde. Dit argumenteert hij echter niet en lijkt me ook onzin, aangezien vroedvrouwen de natuurlijke bevalling voorstonden en dus geen ziekenhuisbevalling. De ziekenhuisbevalling was het terrein van de gynaecoloog. De reden dat kraamvrouwen naar het ziekenhuis wilden, was dat het ziekenhuis centraal kwam te staan in de medische praktijk. De reden daar weer voor ziet Shorter in een

---

<sup>10</sup> Ibidem, 273-274.

<sup>11</sup> Ibidem, 274 en F.J.J. van Assen, e.a. (ed.), *Een eeuw vrouwenarts* (Amsterdam 1987) 51.

<sup>12</sup> Ann Oakley, *The Captured Womb* (Oxford 1984) en Edward Shorter, *Geschiedenis van het vrouwelijk lichaam* (Baarn 1984).

<sup>13</sup> Oakley, *The Captured Womb*, 213.

<sup>14</sup> Shorter, *Geschiedenis van het vrouwelijk lichaam*, 129.

<sup>15</sup> Oakley, *The Captured Womb*, 220.

<sup>16</sup> Ibidem, 221.

<sup>17</sup> Shorter, *Geschiedenis van het vrouwelijk lichaam*, 145.

‘collectieve mentaliteitsverandering’ met daarin onder andere ‘de verbreiding van het inzicht dat eerstbarenden wat meer kans lopen op complicaties dan moeders die al meer kinderen hebben.’<sup>18</sup> De doorslaggevende reden voor moeders om in het ziekenhuis te bevallen, was echter de keizersnede, dat was thuis namelijk een doodvonnis.<sup>19</sup>

De spanningsvelden die Oakley signaleert in de teruggang van het aantal thuisbevallingen zijn: veiligheid en verantwoordelijkheid, sentiment en economie.<sup>20</sup> Over de spanning tussen veiligheid en verantwoordelijkheid schrijft ze: ‘Many women value the ‘security’ of a hospital, and some doctors are brave enough to take the responsibility for overseeing the delivery of babies at home.’<sup>21</sup> Doktoren vinden het dus prettiger als vrouwen in het ziekenhuis bevallen, aangezien ze dat beter kunnen overzien en tegelijkertijd bevallen vrouwen liever in het ziekenhuis, omdat ze dat een veiliger gevoel geeft. Wat het sentiment en de economie betreft, stelt Oakley dat de teloorgang van de thuisbevalling in Engeland ook te maken had met de economische crisis in de jaren dertig van de twintigste eeuw. Meer ziekenhuisbevallingen waren onder andere het gevolg van ‘changes, both economic and sentimental, in the outlook of expectant mothers.’<sup>22</sup> Daar kwam bij dat door de economische malaise het minder problemen gaf vrouwen van verschillende klassen centraal onder te brengen in ziekenhuizen. Volgens Oakley werd er in Engeland daarnaast gekeken naar wat het duurst was. De thuisbevalling bleek het goedkoopst te zijn, maar dat heeft dus niet bijgedragen aan het floreren daarvan.<sup>23</sup>

De crux waar het volgens Oakley in de verandering van thuis naar ziekenhuis om gaat, is de medische veiligheid tegenover de emotionele veiligheid. Om het ziekenhuis hangt een medisch veiligheidsaura en om de thuisbevalling een emotioneel veiligheidsaura. Oakley stelt dat vooral de medici in de ziekenhuizen de medische veiligheid hoog in hun vaandel hebben staan en vroedvrouwen vaak pleitbezorgers van emotionele veiligheid zijn. Op die manier vormt zich een, volgens ‘the Short Report on Perinatal and Neonatal Mortality’ in 1980, een ‘unresolvable dilemma’. Het Short Report ging er namelijk vanuit dat de voorkeur van vrouwen thuis is, maar dat thuisbevallingen niet bevorderlijk zijn voor het terugdringen van zuigelingen- en kraamvrouwensterfte.<sup>24</sup> De centralisatie van het ziekenhuis heeft volgens Oakley geleid tot minder vroedvrouwen, aangezien het werkterrein van de gynaecologen logischerwijs is uitgebreid.

De keten van oorzaak en gevolg die Shorter en Oakley beschrijven, begint dus met de overgang van de aandacht van medici voor de kraamvrouw naar aandacht voor de foetus. De gevolgen daarvan zijn risicobepaling en risico-uitsluiting in een vroeg stadium van de bevalling en het ideaal van centralisatie. Gevolgen hiervan zijn dat het werkterrein van gynaecologen wordt uitgebreid, dat van vroedvrouwen juist ingeperkt en de wensen van de kraamvrouw inferieur worden aan de veiligheid van de foetus.

Het standpunt dat vooral door mannelijke verloskundigen wordt verdedigd en de pathologische kant representeert, luidt dat elke normale zwangerschap plotseling abnormaal kan

---

<sup>18</sup> Ibidem, 147.

<sup>19</sup> Ibidem, 125-160.

<sup>20</sup> Oakley, *The Captured Womb*, 214-215.

<sup>21</sup> Ibidem, 214.

<sup>22</sup> Ibidem, 215.

<sup>23</sup> Ibidem, 219.

<sup>24</sup> Ibidem, 218.

worden en dat daarom medisch toezicht op alle zwangerschappen noodzakelijk is. Vroedvrouwen, die de natuurlijke kant representeren en verdedigen, staan juist zo min mogelijk medische interventie voor, aangezien dat meer kwaad dan goed zou doen.

Het debat rond 1750 in West-Europa bevat ook een discussie over de autoriteitsclaim van vroedvrouwen en mannelijke verloskundigen: wie heeft het recht de zwangere vrouw te onderzoeken en waarom? Het gaat er dus om wat waardevoller is en wat meer autoriteit heeft: kennis via eigen ervaring of kennis via observatie, kennis van vrouwen of kennis van mannen.

Naast de vraag of zwangerschap natuurlijk of ziekelijk is, staat er dus meer op het spel. Ten eerste staat de man tegenover de vrouw en ten tweede staat de wetenschap tegenover de emotie. Dit spanningsveld wordt gevoed vanuit Verlichtingsideeën die de rede hoogstaander achten dan gevoel, emotie en ervaring. Vanuit deze ideeën ontwikkelt de geneeskunde zich als wetenschap en raken geneesheren overtuigd dat wetenschap en technologie de controle van de mens op ziekten zal vergroten.

Deze mentaliteitsverandering zorgt in de bevallingscultuur voor andere normen. In de meeste West-Europese landen worden bakers en vroedvrouwen vervangen door mannelijke verloskundigen, aangezien de wetenschappelijke kennis van mannen door de Verlichtingsideeën meer status hebben gekregen dan de empirische kennis van vrouwen. Deze 'Verlichtingsveranderingen' zijn echter niet universeel. Want ondanks dat de Verlichting ook haar sporen achterlaat in Nederland resulteert dat in ons land tot vervanging van de vroedvrouw. Daar zijn enkele redenen voor die te maken hebben met hoe het fysiologisch versus pathologisch-debat zich in Nederland heeft voorgedaan.

### **Specifieke Nederlandse ontwikkeling begin twintigste eeuw.**

Zoals gezegd geldt de keten van oorzaak en gevolg zoals Shorter en Oakley die hebben opgesteld niet voor Nederland. Daar zijn verschillende redenen voor. Allereerst werd volgens H.L. Houtzager en F.B. Lammes in hun boek *Obstetrics and gynaecology in the Low Countries: a historical perspective* het fysiologisch versus pathologisch-debat in Nederland aan het eind van de negentiende eeuw niet zo heftig gevoerd als in andere landen van West-Europa. Volgens Houtzager en Lammes is de reden hiervoor dat vroedvrouwen vanaf de tijd van Hendrik van Deventer (1651-1724) positiever werden bejegend door hun mannelijke vakgenoten dan in de ons omringende landen en dat hun kennis op waarde werd geschat.<sup>25</sup> De auteurs stellen dus dat vroedvrouwen een rol van betekenis hebben kunnen spelen en de thuisbevalling heeft kunnen blijven bestaan, vanwege de positieve samenwerking tussen mannelijke gynaecologen en vrouwelijke verloskundigen.

Volgens Hilary Marland is de kwestie complexer. In haar artikel 'Questions of Competence: The Midwife Debate in the Netherlands in the Early Twentieth Century' schrijft ze dat dat debat tussen vroedvrouwen, huisartsen en artsen (gynaecologen) juist wel heeft plaatsgevonden in Nederland, maar dat het een compleet andere uitkomst had. Het debat in Nederland verliep dan ook heel anders dan in de rest van Europa.

---

<sup>25</sup> Hendrik van Deventer: Nederlandse gynaecoloog en een van de grootste medici van zijn tijd. Stond positief tegenover de kennis en de vakkundigheid van vroedvrouwen. H.L. Houtzager en F.B. Lammes, *Obstetrics and gynaecology in the Low Countries: a historical perspective* (Zeist 1997).

Een eerste verschil in Nederland was de algemene situatie van vroedvrouwen aan het begin van de twintigste eeuw. Zij vormden volgens Marland een professionele en actief georganiseerde beroepsgroep (in tegenstelling tot Engeland en de VS, waar het een heel diverse beroepsgroep was, ook wat betreft opleiding, stand, achtergrond). Daarnaast – en hierbij sluit zij aan op Houtzager en Lammes – stonden artsen in Nederland niet vijandig ten opzichte van de vroedvrouwen. Marland schrijft zelfs dat ‘a number of them became their firm allies.’<sup>126</sup> Verder hadden vroedvrouwen in Nederland in vergelijking met hun Europese collega’s meer opleiding genoten, hadden ze meer bevoegdheden en meer verantwoordelijkheid. De vroedvrouwen begonnen in Nederland dus met een heel andere status aan het debat rondom fysiologie en pathologie. Daarmee hangt samen dat ‘[t]he importance of the Dutch midwife and her place in obstetric practice as attendant at normal births were not questioned.’<sup>127</sup> Aan het eind van de negentiende eeuw was er, zo schrijft Marland, ‘a system of teaching, testing and licensing midwives (...) and the midwife was recognized as being a proper birth attendant at normal deliveries.’<sup>128</sup> Er was dus geen sprake van het afschaffen van de vroedvrouw als hulp bij thuisbevallingen of van het veranderen van haar rol, zoals in andere West-Europese landen en de VS wel het geval was.

Een tweede verschil was dat de discussie niet ging om een verandering van de plaats van de bevalling: het idee dat alle bevallingen in het ziekenhuis zouden moeten plaatsvinden was afwezig. Marland schrijft: ‘There was a deeply-felt reluctance on the part of the town authorities, as much as doctors, midwives and mothers, to moving women out of their homes to give birth, no matter how poor they were.’<sup>129</sup> Als reden hiervoor geeft Marland de belangrijke plaats van het gezin in de Nederlandse samenleving. Ze schrijft dat ziekenhuisbevallingen pas hun ‘algemene’ intrede deden met de poliklinische bevallingen in 1965. Daarvoor was de thuisbevalling het populairst, ‘[r]einforced by the domestic and private character of Dutch family life, which continued to have a strong influence well into the 1960s’.<sup>30</sup>

Een ander verschil met het buitenland was de relatief lage kraamvrouwen- en zuigelingensterfte in Nederland rond de eeuwwisseling. De belangrijke rol die de vroedvrouw hierin speelde, kwam toentertijd in het Nederlandse debat zelden voor. De relatief hoge zuigelingensterfte in het zuiden van Nederland – Noord-Brabant en Limburg – was wel onderwerp van gesprek. De vroedvrouw werd volgens Marland gezien als middel in de strijd tegen die hoge zuigelingsterfte. Een gevolg van deze visie was dat er een discussie ontstond rondom het uitbreiden van de bevoegdheden van vroedvrouwen. Aan de kant van de doktoren waren er zowel voor- als tegenstanders. De voorstanders argumenteerden dat een uitbreiding van de bevoegdheden van de vroedvrouw een logische stap was in de richting van een lagere zuigelingensterfte, dat het ‘simply a natural extension of the work’ van een vroedvrouw was en dat de extra bevoegdheden meer inkomsten zouden betekenen, waardoor het voor de vroedvrouw makkelijk was haar hoofd boven water te houden.<sup>31</sup> De tegenstanders wierpen op dat de vroedvrouwen hoe dan ook te weinig kennis hadden van

---

<sup>26</sup> Hilary Marland, ‘Questions of Competence: The Midwife Debate in the Netherlands in the Early Twentieth Century’, *Medical History* 39:3 (1995) 319-320.

<sup>27</sup> Marland, ‘Questions of Competence’, 317.

<sup>28</sup> *Ibidem*, 318.

<sup>29</sup> *Ibidem*, 321.

<sup>30</sup> *Ibidem*, 322.

<sup>31</sup> *Ibidem*, 324.

gecompliceerde bevallingen en dat uitgebreide bevoegdheden juist averechts zouden werken, maar waren natuurlijk ook bang voor inkomstenderving aan hun kant.

De positie van de vroedvrouwen zelf in dit bevoegdheidsdebat was complex. Ondanks dat ook dit debat in Nederland veel milder was dan in de rest van Europa, was het voor de vroedvrouwen moeilijk om positie te kiezen. Aan de ene kant waren zij voor het uitbreiden van hun bevoegdheden, omdat op die manier zoveel mogelijk bevallingen 'normaal' zou kunnen verlopen en hun hulp aan de kraamvrouw en de zuigeling beter en veiliger zou zijn. Aan de andere kant betekende meer en dus veranderende bevoegdheden een veranderende hiërarchie tussen hen, de doktoren, de huisartsen en de zusters en betekende het een verandering van het karakter van hun beroep. Als ze ook met tangen en klemmen mochten werken, waren ze niet langer de 'beschermer' van de 'normale' thuisbevalling, maar gingen ze meer in de richting van de dokter.<sup>32</sup>

De *Centrale Gezondheidsraad* speelde in deze discussie een belangrijke rol, niet qua besluitvorming, maar qua discussievorm. De *Raad* hanteerde namelijk een soort poldermodel. In de *Raad* hadden mensen met verschillende beroepen zitting met evenveel discussierecht, waardoor er nooit een consensus kon komen. Hierdoor werd er lang geen duidelijk besluit genomen over de bevoegdheden van de vroedvrouw. De vroedvrouwen werden dus niet teruggeloten en gebruik makend van die situatie waren zij zeer actief in het publieke vertrouwen in hun werk op peil te houden. Daar kwam bij dat naast de vaagheid van de *Raad* ook veel dokters die tegen de uitbreiding van de bevoegdheden van de vroedvrouw waren, toch positief stonden tegenover het bestaan van de vroedvrouw in het algemeen. Zo schrijft dokter De Snoo in een brief aan een collega dat hij bij een 'normale' bevalling – dat wil zeggen zonder complicaties – een vroedvrouw zou aanbevelen in plaats van een dokter, aangezien een vroedvrouw met haar beperkte bevoegdheden een zo normaal mogelijk baringsproces zou garanderen.<sup>33</sup>

Tussen 1910 en 1920 voerden de vroedvrouwen een harde strijd om hun beroep te behouden, hun bevoegdheden uit te breiden, hun arbeidsomstandigheden te verbeteren en de hiërarchie tussen hen en de huisartsen meer gelijk te trekken. Dit resulteerde onder andere in meer samenwerking tussen huisartsen en vroedvrouwen op het platteland vanwege een tekort aan verloskundigen.

Vanaf de jaren twintig veranderde het karakter van de *Raad* van uitvoerend naar adviserend orgaan en met die wisseling ging een verandering in standpunt ten opzichte van de vroedvrouwen gepaard. Zo adviseerde de *Raad* de overheid de bevoegdheden van vroedvrouwen uit te breiden en met succes: in 1921 werd de opleiding van vroedvrouwen met één jaar verlengd, mochten ze medicijnen toedienen na de bevalling en kunstmatige hulpmiddelen gebruiken (maar geen instrumenten!). In 1930 mochten vroedvrouwen ook 'pituïtrin' toedienen (whatever that may be) en in 1931 mochten ze ook consulten geven vanaf de tweede helft van de zwangerschap en meerdere medicijnen toedienen. De vroedvrouwen werden namelijk nog steeds gezien als belangrijke speler in de strijd tegen zuigelingensterfte. Een andere reden voor deze uitbreiding van de bevoegdheden waren de financiële aspecten: een vroedvrouw kon amper rondkomen van alleen haar verloskundige werk. Hoe groter haar bevoegdheden waren, hoe meer werk en inkomen ze had.<sup>34</sup>

---

<sup>32</sup> Ibidem, 324-325.

<sup>33</sup> Ibidem, 327.

<sup>34</sup> Ibidem, 331-334.

Net als in de ons omringende landen was er rond de eeuwwisseling in Nederland wetgeving rondom de bevoegdheden van vroedvrouwen, begeleidden vroedvrouwen veel bevallingen en steeg het aantal vroedvrouwen aan het eind van de negentiende en aan het begin van de twintigste eeuw gestaag. Maar er waren natuurlijk ook verschillen. Zo bleef het aantal bevallingen dat vroedvrouwen begeleidden in de eerste twee decennia van de twintigste eeuw constant, kregen vroedvrouwen veel steun van mannelijke doktoren en verloskundigen vanwege de algemeen gedeelde visie dat een vrouw het beste thuis kon bevallen. Daarnaast was de *Raad* zich bewust van de verschillende belangengroepen en bevoordeelde er geen. De opleiding van en de eisen aan de vroedvrouw waren in ontwikkeling en zo kreeg de vroedvrouw er in de loop van de tijd steeds meer taken bij om haar hoofd boven water te houden. Daar kwam bij dat wanneer in Nederland de verloskundige praktijk veranderde, die veranderingen ook werden doorgevoerd in de bevoegdheden van de vroedvrouw, zodat haar concurrentiepositie niet verslechterde. Ten slotte werd tijdens de Duitse bezetting de wet van de *Ziekenfondsen* ingevoerd die de vroedvrouw een monopolie gaf op 'normale' bevallingen en haar status bevestigde en bestendigde. Marland stelt dat door deze verschillen in de Nederlandse situatie de vroedvrouw zich heeft kunnen handhaven op het terrein van de 'normale' baring en dat zij met haar tijd heeft kunnen meegaan.<sup>35</sup>

### **Poldermodel *avant la lettre*.**

De *Centrale Gezondheidsraad* speelt in de discussie rondom het wel of niet uitbreiden van de bevoegdheden van vroedvrouwen een belangrijke rol. Niet qua besluitvorming, maar qua discussievorm. De *Raad* hanteert namelijk een poldermodel *avant la lettre*. In de *Raad* hebben mensen met verschillende beroepen zitting met evenveel discussierecht, waardoor er lang geen duidelijk besluit genomen kan worden over de bevoegdheden van de vroedvrouw. Gebruik makend van die situatie zijn vroedvrouwen zeer actief het publieke vertrouwen in hun werk op peil te houden.

Tussen 1910 en 1920 voeren de vroedvrouwen een harde strijd om hun beroep te behouden, hun bevoegdheden uit te breiden, hun arbeidsomstandigheden te verbeteren en de hiërarchie tussen hen en de huisartsen meer gelijk te trekken. Dit resulteert onder andere in meer samenwerking tussen huisartsen en vroedvrouwen op het platteland vanwege een tekort aan verloskundigen.

Vanaf de jaren twintig verandert het karakter van de *Centrale Gezondheidsraad* van uitvoerend naar adviserend orgaan en met die wisseling gaat een verandering in standpunt ten opzichte van de vroedvrouwen gepaard. Zo adviseert de *Raad* de overheid de bevoegdheden van vroedvrouwen uit te breiden en met succes: in 1921 wordt de opleiding van vroedvrouwen met één jaar verlengd, mogen ze medicijnen toedienen na de bevalling en kunstmatige hulpmiddelen gebruiken. In 1931 mogen ze ook consulten geven vanaf de tweede helft van de zwangerschap en meerdere medicijnen toedienen. De vroedvrouwen worden namelijk nog steeds gezien als belangrijke spelers in de strijd tegen zuigelingensterfte.

Kortom, het aantal bevallingen dat vroedvrouwen begeleiden in de eerste twee decennia van de twintigste eeuw blijft constant en zij krijgen veel steun van mannelijke doktoren en verloskundigen vanwege de algemeen gedeelde visie dat een vrouw het beste thuis kan bevallen. De opleiding van

---

<sup>35</sup> Ibidem, 335-337.

en de eisen aan de vroedvrouw zijn in ontwikkeling en zo krijgt de vroedvrouw er dankzij de *Raad* in de loop van de tijd steeds meer taken bij om haar hoofd boven water te houden. Daar komt bij dat wanneer de verloskundige praktijk verandert, die veranderingen ook worden doorgevoerd in de bevoegdheden van de vroedvrouw, zodat haar concurrentiepositie niet verslechtert. Tijdens de Duitse bezetting wordt door de Duitsers de wet van de *Ziekenfondsen* ingevoerd die de vroedvrouw een monopolie geeft op 'normale' bevallingen en haar status bevestigt en bestendigt. Door al deze verschillen in de Nederlandse situatie heeft de vroedvrouw zich kunnen handhaven op het terrein van de 'normale' baring en heeft zij met haar tijd mee kunnen gaan.

### **Specifiek Nederlandse ontwikkeling tweede helft twintigste eeuw.**

Het artikel van Marland richt zich vooral op de periode voor de Tweede Wereldoorlog. Anja Hiddinga beschrijft in haar artikel 'Verloskunde in Nederland: vroedvrouwen en de thuisbevalling' de geschiedenis van de bevoegdheden en de rol van de vroedvrouw in Nederland en het verloop van het fysiologisch-pathologische debat in ons land aan het eind van de twintigste eeuw.<sup>36</sup>

Hiddinga vraagt zich in haar artikel af wie of wat de oorzaak zou kunnen zijn voor de teruggang van het aantal thuisbevallingen in de tweede helft van de twintigste eeuw. Zij onderscheidt verschillende beroepsgroepen, zoals de gynaecologen, de huisartsen en de vroedvrouwen. De gynaecologen hebben volgens Hiddinga geen terreinverlies geleden in de twintigste eeuw; zij hebben zelfs een 'steeds groter aandeel in de verloskundige zorg gekregen'. In 1960 was het percentage 'geleide baringen' 16,7, in 1970 28, in 1980 42 en zowel in 1990 als 1993 was het 43,5.<sup>37</sup> Hiddinga schrijft dat deze stijging van werkterrein voor gynaecologen het gevolg is van de visie dat een pathologische bevalling al kan worden voorspeld en voorkomen tijdens de zwangerschap. Deze visie werd gedurende de twintigste eeuw gemeengoed onder gynaecologen en daardoor kregen zij dus ook prenatale bevoegdheden. Paradoxaal genoeg kwam dit pas op nadat in 1932 juist de vroedvrouwen meer prenatale bevoegdheden hadden gekregen. Zij signaleerden namelijk tijdens de zwangerschap complicaties zoals liggingsafwijkingen en bekkenvernuwing, waardoor vrouwen eerder werden doorgestuurd naar de gynaecoloog en het ziekenhuis. Volgens Hiddinga kan de oorzaak van de terugloop van het aantal thuisbevalling dan ook niet bij de gynaecologen gelegd worden, aangezien het de vroedvrouwen zijn die bepalen of een zwangerschap en/of bevalling natuurlijk of onnatuurlijk is.<sup>38</sup>

Volgens Hiddinga heeft het niet gelegen aan de inzet van de vroedvrouwen om de thuisbevalling populair te houden dat het aantal thuisbevallingen is afgenomen, maar meer aan hun onzekerheid in relatie met de gynaecologen. Zij durfden namelijk niet meer zoveel verantwoordelijkheid te nemen en vonden het moeilijk om op te staan tegen een gynaecoloog of in te gaan tegen de steeds mondiger wordende cliënten. Om hun professionele positie te verbeteren, zochten en zoeken vroedvrouwen het in het wetenschappelijke onderzoek. Voorstanders hiervan stellen dat dit zorgt voor werkterreinitbreiding. Tegenstanders zijn van mening dat de vroedvrouw

---

<sup>36</sup> Hiddinga, 'Verloskunde in Nederland: vroedvrouwen en de thuisbevalling', in: Rineke van Daalen en Marijke Gijswijt-Hofstra (ed.), *Gezond en wel. Vrouwen en de zorg voor gezondheid in de twintigste eeuw* (Amsterdam 1998) 189-204.

<sup>37</sup> *Ibidem*, 194.

<sup>38</sup> *Ibidem*, 192-197.

door de wetenschappelijke medicalisering een 'schaduw-gynaecoloog' wordt. Hoe het ook zij, het is duidelijk dat er een spanning is tussen 'het veilig stellen van materiële beroepsbelangen en de idealen van natuurlijkheid en demedicalisering'.<sup>39</sup> Die spanning is volgens Hiddinga onder andere ontstaan door de technologisering van de samenleving en er is volgens haar meer aan de hand dan kan worden opgelost met wetenschappelijke argumenten.<sup>40</sup> Zo schrijft zij:

In Nederland lijken processen van deconfessionalisering en verandering van de plaats van het gezin in de samenleving in dit verband een rol te spelen. Het accepteren van barenspijnen als 'zingevend' en het beleven van de bevalling in de gekoesterde privé-sfeer van het gezin zijn daardoor geen vanzelfsprekendheden meer.<sup>41</sup>

Uiteindelijk stelt Hiddinga dan ook dat '[h]et behoud van de thuisbevalling (...) niet alleen [zal] afhangen van de missionaire vroedvrouw, of van de inhoud, status of institutionele vorm van haar vakgebied, maar ook van de samenleving waarin zo'n missie gestalte krijgt'.<sup>42</sup>

### **Medicalisering en secularisering.**

In navolging van Marland en Hiddinga wil ik stellen dat zowel de oorzaken van het ontstaan van de unieke Nederlandse bevallingscultuur als het ter discussie staan daarvan te vinden zijn in maatschappelijke processen en bij de beroepsgroepen. Zowel de Verzuiling, het Nederlandse poldermodel, als de professionaliteit van de Nederlandse vroedvrouw hebben bijgedragen aan de bestendiging van de thuisbevalling. De reden dat het debat tussen vroedvrouwen en gynaecologen zich in Nederland zoveel milder en anders heeft gemanifesteerd, had te maken met de afwijkende status van de vroedvrouw. Zij behoorde in Nederland tot een professionele, goed georganiseerde beroepsgroep die vakkundig was opgeleid en genoot respect van gynaecologen. Dit zorgde ervoor dat zij een volwaardige discussiepartner was voor de *Raad* die er vanwege het poldermodel lang over deed besluiten te nemen. De vroedvrouwen pakten hun kans om zich in die impasse te profileren bij het publiek. Daarnaast was de zuigelingensterfte in Nederland relatief laag en werd dit op het conto van de vroedvrouw geschreven. De belangrijke rol die religie in ons land speelde, zorgde ervoor dat de politiek in mindere mate dan in de ons omringende landen centraal georganiseerde gezondheidszorg eiste. Vanwege de Verzuiling was het Nederlandse ideaal religieus op maat gegeven thuiszorg en stond 'thuis' als plek waar de bevalling plaats kon vinden niet ter discussie. Gevolgen hiervan waren dat de vroedvrouw er in de loop van de tijd steeds meer taken bij kreeg om financieel het hoofd boven water te kunnen houden en dat zij in staat was zich aan te passen aan de veranderingen in de verloskundige praktijk door de jaren heen. Tijdens de Duitse bezetting werd haar positie zelfs bevestigd en bestendigd door de invoering van de *Ziekenfondsen*.

Toch staat de thuisbevalling tegenwoordig ter discussie: is het wel veilig, is het wel nodig, is het niet te duur? Hiddinga zoekt de oorzaken van de afname bij de beroepsgroepen, maar naar mijn

---

<sup>39</sup> Ibidem, 202.

<sup>40</sup> Ibidem, 193, 201-203.

<sup>41</sup> Ibidem, 203.

<sup>42</sup> Ibidem, 204.

idee moet je de oorzaken elders zoeken. Niet bij de gynaecoloog of de vroedvrouw, maar bij de processen van medicalisering en secularisering. Interessant is dat de terugloop van het aantal thuisbevalling begint in de jaren zestig, wanneer de Verzuiling verdwijnt. Het lijkt erop dat zoals aan het begin van de twintigste eeuw in Engeland het geen probleem meer was vrouwen van verschillende klassen centraal onder te brengen in een ziekenhuis het in Nederland vanaf de jaren zestig geen probleem meer is vrouwen van verschillende levensbeschouwelijke visies centraal in het ziekenhuis te laten bevallen. Marland schrijft dat het 'domestic' en 'private' karakter van het Nederlandse familieleven de thuisbevalling in ere heeft gehouden. Met de Verzuiling verdwijnt het gezin als hoeksteen van de samenleving echter, wat de afname van het aantal thuisbevallingen zou kunnen verklaren. De medicalisering en technologisering van de samenleving hebben ook een rol gespeeld bij de afname en die redenen gaan terug op Oakley. Zo is de vraag of emotionele boven medische veiligheid staat weer relevant en lijkt de mentaliteitsverandering die in Engeland aan het begin van de twintigste eeuw plaatsvond nu ook in Nederland doorgedrongen, namelijk het besef dat eerstbarenden meer kans hebben op complicaties. Daar komt bij dat vrouwen steeds minder kinderen krijgen en dat het in die zin ook logisch lijkt dat er meer bevallingen in het ziekenhuis plaatsvinden: vrouwen hebben geen zussen en moeders meer die al tien kinderen gebaard hebben en daardoor worden zwangerschap en bevalling onbekende fenomenen en voor de vrouw in die zin dus minder 'natuurlijk', waarbij de assistentie van een arts gewenst is.

Zal de Nederlandse bevallingscultuur in de komende jaren geconformeerd worden aan de internationale standaarden of blijft de unieke Nederlandse situatie voortbestaan? Dat is de vraag waar vroedvrouwen, verloskundigen en gynaecologen voor staan. Maar ook de moeder in het kraambed en de vader die de beschuitten smeert.