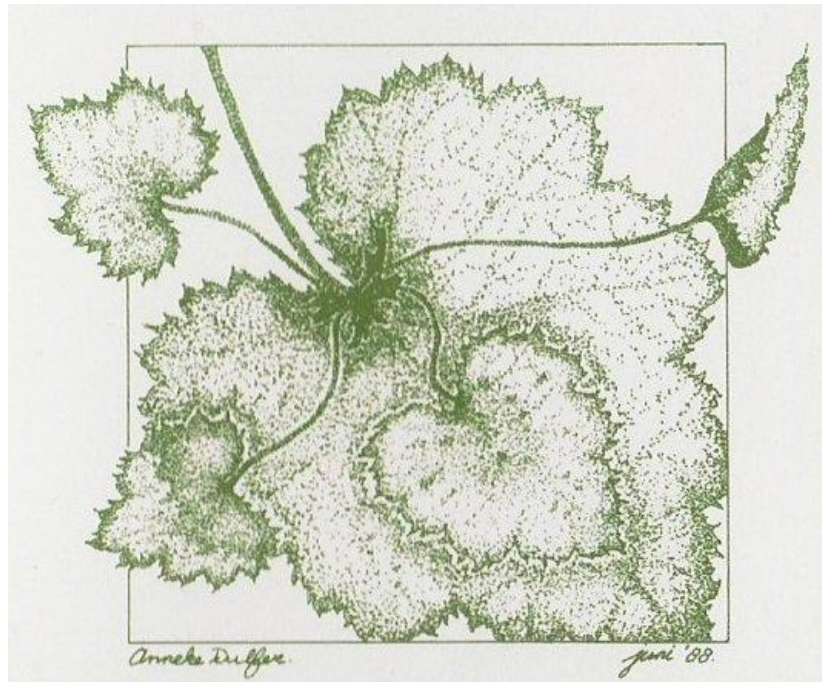


De Nederlandse keuzevrijheid om thuis of in het ziekenhuis te bevallen

Een historisch onderzoek naar de ontwikkelingen in de langlopende discussie binnen de Nederlandse verloskunde om te komen tot een optimale verloskundige organisatie, vanaf 1910 tot 1993



Tolmiea menziesii : Kindje-op-moeders-schoot

Loes Schultz

Studentnummer UU 3071545/VU 2501496

loeschultz@caiway.nl

Mob. 0654 221661

Leeronderzoek Master Medische Geschiedenis Vrije Universiteit, 2010-2011

Tutoren: Prof. dr. H. Beukers, dr. A. I. Bierman

De Nederlandse keuzevrijheid om thuis of in ziekenhuis te bevallen

Een historisch onderzoek naar de ontwikkelingen in de lang lopende discussie binnen de Nederlandse verloskunde om te komen tot een optimale verloskundige organisatie, vanaf 1910 tot 1993

'Born to investigate'



Rowan Tideman Schultz

19 juni 2009 – 16 oktober 2009

Tijdens het schrijven van deze scriptie zijn mijn gedachten veelvuldig afgedwaald van het onderwerp 'fysiologie van de bevalling' naar prenataal selecteren op risico en het verloskundig goed handelen af te meten in perinatale sterftcijfers. Leven wordt gedragen door veel processen, daarvan is het hart en bloedsomloop slechts één proces, dat we in extenso bewaken. Het is zo veel dat we niet weten.

Van Rowan was tijdens de zwangerschap bekend dat hij een operabele hartafwijking had bij een gezond chromosomen patroon. Dit betekende dat hij in de derde lijn geboren moest worden. Op 19 juni vond een normale, spontane geboorte plaats en startte hij zijn leven met een Apgar Score van 7 – 9. Een geslaagde hartoperatie volgde, maar andere fysiologie processen stagneerden. Op 16 oktober eindigde een ongelijke strijd.

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
I. Introductie	5
II. De Fysiologische Partus	6
II.1. Inleiding	6
II.2. Doel en ideaal van de verloskunde	6
II.3. De wet en de beoefenaren van de verloskunde	7
II.4. Definities van de fysiologische partus	9
II.5. Van selectie naar leren omgaan met risico	13
II.6. Samenvatting	16
III. Wetenschappelijke discussie en grote onderzoeken	16
III.1 Inleiding	16
III.2 Einde van Nederlandse zelfverzekerdheid, 1957 e.v.	17
III.3 Het tijdperk van wetenschappelijk onderzoek, 1978 e.v.	20
III.4 Samenvatting	23
IV. Zwangerschap en bevalling, een sociaal gebeuren	24
IV.1 Inleiding	24
IV.2 Veranderende zwangerschapsbeleving	25
IV.3 Mondiger cliënt, 1980 e.v.	25
IV.4 Samenwerken in nieuwe werkvormen en verzekeraars	26
IV.5 Samenvatting	27
V. Conclusie	27
VI. Tot slot	28
VII. Bron- en literatuurlijst	31

Voorwoord

Dit onderzoek is een leeronderzoek. Het is de afstudeeropdracht in het kader van de Mastercursus Medische Geschiedenis aan de Vrije Universiteit te Amsterdam, collegejaar 2010-2011. De keuze van mijn onderwerp, de langdurende discussie over de juiste plaats voor een bevalling, is direct voortgekomen uit mijn jarenlange werkzaamheden als verloskundige. In 1964 studeerde ik af aan de Kweekschool voor Vroedvrouwen in de Camperstraat te Amsterdam. Aansluitend beoefende ik de verloskunde in al haar facetten. Mijn loopbaan begon ik als klinische werkzame vroedvrouw (zonder diploma Verpleegkundige!) in het Sint Johannes de Deo ziekenhuis te Haarlem. Tegelijkertijd was ik docente verloskunde, anatomie en fysiologie aan de internaatsopleiding voor kraamverzorgsters van de Noord Hollandse Kruisvereniging te Aerdenhout. In 1975 associeerde ik mij met mevrouw J.Th. Doesburg-Straathof, verloskundige te IJsselstein. Na dertig jaar zelfstandige praktijkvoering en enkele duizenden en één partus later (thuis en klinisch) rondde ik, per eind december 2006, mijn carrière af na een korte periode werkzaam geweest te zijn als senior verloskundige in de klinische Verloskundigen Maatschap 'Lexxos' in het Mesos ziekenhuis te Utrecht.

Vanaf mijn intrede als leerling-vroedvrouw (1961) werd ik geconfronteerd met discussie over het wel en wee in de verloskunde. Al mijn werkzame jaren hing de dreiging van het verdwijnen van mijn werkterrein, met name de natuurlijke, fysiologische baring in de thuisomgeving, als een zwaard van Damocles boven het hoofd van mij en mijn beroepsgenoten.

In 2005 ving ik aan met een deeltijdstudie geschiedenis aan de Universiteit van Utrecht, waar ik in 2010 mijn Bachelor behaalde. Het is een groot genoegen om op dit moment, als historicus, in de gelegenheid te zijn de 'dreiging', de immer voortdurende discussie over het voortbestaan van de thuispartus, te bestuderen. De lezer vraag ik begrip te hebben voor het feit dat het lastig is om een groot onderwerp, namelijk meer dan 80 jaar discussie, door één persoon in een kort tijdsbestek wordt gehistoriseerd.

Ik dank de staf en docenten van de masterclass voor hun onderbouwende lessen. Met name mijn tutoren Harm Beukers en Annette Bierman wil ik danken voor hun op- en aanmerkingen, deze waren van groot nut en een belangrijke verbetering in mijn aanpak van dit onderzoek.

Loes Schultz, 10 juni 2011

I. Introductie

Waarom bestaat in Nederland de mogelijkheid om met professionele begeleiding thuis te bevallen? De ons omringende landen hebben de mogelijkheid om in eigen huis het kind te baren reeds lang opgeheven, soms zelfs verboden en accepteren nog slechts partus in klinische omgeving onder leiding van gynaecologen met assistentie van vroedvrouwen. In Nederland heeft de verloskundige zorgketen¹ een zodanige ontwikkeling meegemaakt, dat het verschijnsel van de thuispartus onder leiding van de vroedvrouw-verloskundige² zich kon blijven handhaven. Gebeurde dit ondanks of dankzij de langlopende discussie over de optimale begeleiding van zwangerschap en de plaats van de baring?

In dit onderzoek wordt de discussie over optimale verloskundige begeleiding gevolgd zoals deze zich in de twintigste eeuw ontwikkelde. In 1865 werden de geneeskundige wetten -door minister Thorbecke in 1862 ingediend- aangenomen zoals zij in de Staatsbladen van 1 juni 1865, nrs 58 t/m 61 werden opgenomen. In deze wetten werden de bevoegdheden en de uitoefening van de verloskunde geregeld. De Leerboeken Verloskunde worden nageslagen op de visies van invloedrijke gynaecologen-obstetrici³ bij de beschrijving van de fysiologische verloskunde. Definities van verloskundige begrippen worden door hen geformuleerd.

In het midden van de twintigste eeuw ontstaat een kentering in de discussie. Capaciteitsproblemen bij de beroepsgroep van verloskundigen worden voornamelijk binnenskamers besproken en beleidsmaatregelen lijken de structuur rondom de thuisbevalling te veranderen. De klinieken openen hun verloskamers, de poliklinische partus biedt de zwangere de mogelijkheid om naar vrije keuze in het ziekenhuis te kunnen bevallen. De discussie over optimale zorg richt haar focus vanaf 1978 op de veiligheid van de thuispartus. De aandacht gaat uit naar de uitkomst van de perinatale sterfte⁴. De totale kwaliteit van het verloskundig handelen wordt hieraan afgemeten. Een reeks wetenschappelijke onderzoeken naar mogelijke oorzaken van de verslechterde uitkomsten wordt ingezet. De zeventiger jaren is de periode

¹ Zorgketen: een term waarmee het totaal van verloskundige zorgverlenende personen en instituties wordt aangeduid.

² Vroedvrouw-verloskundige: hierna zal de term verloskundige worden gebruikt, tenzij vroedvrouw in een naam, titel van of in citaat voorkomt. Sinds 1976 volgen ook mannen de opleiding tot vroedvrouw. In Nederland wordt vanaf dan de beroepsgroep aangeduid met de benaming 'verloskundige' i.p.v. 'man-vroedvrouw' zoals in Engeland.

³ Gynaecoloog-obstetricus; geneeskundige, arts, gespecialiseerd in gynaecologie en obstetrie/verloskunde: hierna zal de term gynaecoloog worden gebruikt.

⁴ Perinatale sterfte is het binnen 28 dagen na de geboorte overlijden van een kind, geboren na een zwangerschapsweek van groter of gelijk aan 22 weken zwangerschap, met een geboortegewicht van groter of gelijk aan 500g en een CRL (kruin-staart lengte) van 25 cm. Gezien 02-06-2011
<http://www.perinataaudit.nl/onderwerpen/perinatalesterfte>.

waarin moderne technieken het mogelijk maken om vroeg in de zwangerschap de ongeborene zichtbaar en meetbaar te maken en harttonen te registreren. In de tachtiger jaren ondergaat de discussie een verbreding. Het Nederlandstalige deel van de zwangerenpopulatie stelt zich niet langer passief op t.a.v. haar baring. Zij kiest zelfbewust een eigen baringshouding. De cultuur van het bevallen ondergaat een verandering.

Het doel van dit onderzoek is te tonen dat in de Nederlandse visie op zwangerschap en baring de kern wordt gevormd door de overtuiging dat deze natuurlijke gebeurtenissen in het leven van de mens betreffen. Hierbij dient opgemerkt dat bij een natuurlijke start en verloop van de baring een natuurlijke verdeling bestaat van 95% fysiologie en 5% pathologie.

II. De Fysiologische Partus

II.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden het doel en het ideaal van de verloskunde beschreven aan de hand van teksten geschreven door G.J. Kloosterman (1915-2004), gynaecoloog/obstetricus, directeur van de Kweekschool voor Vroedvrouwen te Amsterdam van 1947-57, hoogleraar gynaecologie en verloskunde aan de universiteit van Amsterdam van 1957-83. Aan de hand van de wettekst worden bevoegdheden en opleidingen van arts en verloskundige besproken. Uitgebreider wordt ingegaan op het begrip 'fysiologische partus'. Aan de hand van de definities in vijf Leerboeken Verloskunde van de twintigste eeuw wordt de fysiologie van de baring vanuit verschillende invalshoeken beschreven. Het inzicht over de zwangerschap neemt toe. De aandacht voor het fysiologische dan wel pathologische beloop van de baring verschuift naar het inschatten van risico's tijdens de zwangerschap. Het systeem van de risicoselectie ontwikkelt zich en leidt tot een echelonnering van zorg.

II.2 Doel en ideaal van de verloskunde.

Belangrijk punt dat de lezer voor ogen moet blijven staan is het feit dat alle deelnemers in de zorgketen hun verloskundig handelen stellen in dienst van het streven naar eenzelfde doel en ideaal, ongeacht of een pro- of contra standpunt in de discussie wordt ingenomen. De nu volgende samenvatting van de doelstelling en ideaal baseer ik op de verwoordingen hiervan door Kloosterman: "...de doelstelling van de verloskunde is het verlenen van hulp en bijstand tijdens het geboorteprocés. In eerste instantie wordt morele steun gegeven en als de baring niet door natuurlijke krachten tot een goed einde lijkt te komen wordt de hulpverlening tastbaar: handgrepen al dan niet met instrumentele inzet vormen dan het verhelpen van de obstructie in het baringsproces. Hierbij is sprake van hulp aan een symbiose van twee mensen: de moeder, die zich aan levensgevaar overgeeft en aan de ongeborene, die eveneens een kwetsbaar gebeuren moet overleven. Het voorkomen of verminderen van complicaties tijdens de baring bleek mogelijk toen de kennis

over zwangerschap toenam. Het begeleiden van de baring werd tot observeren van het verloop van de zwangerschap én baring, de inzet was het minimaliseren van complicaties. Een goed begrip van fysiologie vormt de essentiële basis van de begeleiding. Het ideaal van de verloskundige is, 'als resultaat van iedere zwangerschap, een gezond kind aan de mensheid toe te voegen, met behoud van de gezondheid van de moeder'. Dit ideaal is, als vele idealen, onbereikbaar"...^{5,6}

II.3 De wet en de beoefenaren van de verloskunde.

De bedoeling van de wetten van 1865, regelende de uitoefening der geneeskunst, was om de grote verscheidenheid van beoefenaren der geneeskunst, t.w. doctores medicinae, chirurgijns, heel- en vroedmeesters te uniformeren tot één nieuw beroep, de arts. Één categorie werd echter uitgesloten, namelijk die van de verloskundigen.⁷

De wetteksten van 1865 vormen de basis waarin bevoegdheid en taak, namelijk het verlenen van verloskundige raad of bijstand worden omschreven. In Stbl n° 60 § 1 Art.1 is sprake van een algemene bevoegdheidsregel, door de wet toegekend aan diegenen, die hun bewijs van bevoegdheid door de inspecteur der provincie konden laten viseren: §2, Art.4. Diezelfde paragraaf stelt in haar Art.15 dat de vroedvrouwen bevoegd zijn tot het verlenen van verloskundige bijstand of raad bij ongestoord natuurlijk verloop der baring. In alle andere gevallen roepen zij (de vroedvrouwen) de hulp in van een arts. Is deze niet te consulteren, dan roepen zij de bijstand in van een collega-vroedvrouw. Als een kunstbewerking noodzakelijk is en geen uitstel kan lijden dan gaat zij ertoe over, waarbij het gebruik van verloskundige werktuigen uitgesloten is. Dit betekent dat verloskundigen alleen met manuele manipulatie de baringsobstructie mogen verhelpen. Bij gebruik van instrumentarium is zij verplicht binnen vierentwintig uur na afloop van de verlossing een kennisgeving aan de inspecteur te doen. Art. 15 benadrukt de hiërarchische samenwerking tussen arts en vroedvrouw.⁸

Artikel 16 is boeiend en zet aan tot de vraag hoe de wetgever er toe kwam om essentiële verloskundige basiskennis in de wet op te nemen. In dit artikel wordt de vroedvrouw bevoegd verklaard tot het hanteren van de klysteerspuit

⁵ Kloosterman, G.J., 'Doelstelling van de verloskundige' in Holmer, *Leerboek der verloskunde*, p.1-2

⁶ Kloosterman, G.j., *Het universele karakter der verloskunde*, 1957, Haarlem, De Erven F.Bohn N.V., rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar aan de Universiteit van Amsterdam op maandag 16 december 1957. p.8-9

⁷ Lieburg, M.J.van, and Hilary Marland, 'Midwife Regulation, Education, and Practice in the Netherlands during the Nineteenth Century' in *Medical History*, 1989, **33**, p.304-1/304-2 - 305

⁸ Klinkert, J.J., *Verloskundigen en artsen. Verleden en heden van enkele professionele beroepen in de gezondheidszorg* Alphen aan de Rijn/Brussel: Stafleu's wetenschappelijke uitgeverij B.V., 1980.

en het aanwenden van de katheter bij barenden. Een lege blaas en geprikkelde darmen: twee manieren om de uterus in een betere contractie te krijgen, met hulp van het wettig aanwenden van instrumenten.

Uit de wettekst blijkt duidelijk dat de wetgever uitgaat van de grondgedachte dat het normale geboorteprocés niet zonder meer behoort tot het terrein van de geneeskunde, maar tot het terrein van de natuurlijke menselijke verrichtingen en slechts dan voor medische bijstand in aanmerking komt, wanneer stoornissen worden gesignaleerd. Zwangerschap en baring zijn geen ziekten en behoeven niet vanuit het medisch model benaderd te worden. Begeleiding kan geschieden door deskundige niet-medici, zoals de verloskundigen.⁹

Volgens Klinkert werd het beroep van verloskundigen niet opgenomen binnen de universitaire studie tot arts, omdat verloskundigen onmisbaar waren om minstens twee redenen: (1) verloskunde vereist een lange tijdsinvestering en was economisch minder aantrekkelijk, de betaling was naar draagkracht van de cliënt en deze was meestal klein. Verloskundigen waren gewend aan lage inkomsten en dat maakte hen onmisbaar. (2) er was een tekort aan doctores en verloskundigen vingen dit tekort op. Hier kan aan toegevoegd worden dat in 1865 de universiteit voor vrouwen ontoegankelijk was.

Bij het wetsontwerp zoals het in 1862 werd gepresenteerd, hoorde een Memorie van Toelichting. In deze Memorie van Toelichting, geciteerd bij Klinkert p.48, was de schrijver van de tekst van art. 10 niet mis te verstaan in zijn mening over de verloskundigen:

...“De klasse der vroedvrouwen is, tot schade der maatschappij, meer en meer, ook in de algemene waardering, gezonken. Dit is eene der reedenen, waarom die op sommige plaatsen minder gezocht wordt en ook het gehalte der vrouwen, die zich hieraan wijden, vermindert. Een der middelen om die klasse te verheffen is het reeds bij den aanvang wesen derzulken, die door zeer sobere ontwikkeling van verstand en kennis, of door minder zedelijk gedrag, voor de betrekking van vroedvrouw niet geschikt zijn”...

Vanaf het van kracht worden van de Wet van 1865 werden er door verloskundigen verzoeken tot bevoegdheidsuitbreidingen gedaan. De artsen waren hier allermist gerust over. De onderhandelingen van verloskundigen voor uitbreiding van bevoegdheden werden in de loop der tijd krachtiger, hun verzoeken aan de overheid om verloskundigen bij Wet toe te staan medicijnen toe te dienen per injectie, te hechten en tangverlossing te mogen verrichten, voedde een discussie, die de geschiedenis ingegaan is als ‘het Vroedvrouwenvraagstuk’.¹⁰ De directeuren van de Kweekscholen achtten een verloskundige niet competent om met ruimere bevoegdheden het aantal en de momenten van interventies te beheersen. Beter vonden zij de overlegstructuur middels consultaties. Discussianten waren voornamelijk de

⁹ Klinkert, *Verloskundigen en Artsen*, p.64-65-66.

¹⁰ Marland, Hilary, ‘Questions of Competence: The Midwife Debate in the Netherlands in the Early Twentieth Century’ in *Medical History*, 1995, **39**: 317-337.

directeuren van de Kweekscholen. Meurer uit Amsterdam, was voor uitbreiding van bevoegdheden. De Snoo uit Rotterdam, was pertinent tegen uitbreiding, evenals de oud-directeur van de Amsterdamse Kweekschool en redacteur van het *Tijdschrift voor Practische Verloskunde*, Nijhoff. Meuleman uit Heerlen wilde de verloskundigen een taak geven bij de uitvoering van consultatiebureaus voor zuigelingen.¹¹

In 1932 werd het de verloskundigen bij Wet toegestaan prenatale zorg te verlenen aan zwangeren vanaf de 32^{ste} zwangerschapsweek, met een verwijzingsplicht naar de huisarts. Daarmee werd de competentie van de vroedvrouw erkend voor het verrichten van een selectie tussen fysiologie en pathologie op een drietal afwijkingen, te weten: liggingsafwijkingen, wanverhouding tussen moeder (bekken) en kind en de verschijnselen van zwangerschapsintoxicatie. De discussie tijdens het Vroedvrouwenvraagstuk ging totaal niet over de plaats van de bevalling: die plaats was thuis, en de begeleiding van zwangere en barende hoorde tot het werk van verloskundigen, zeker op het platteland en in de armere wijken der steden. Pas na 1920 werden de uitkomsten van het verloskundig handelen, bijv. perinatale sterfte, prominenter in de discussie. Nauwelijks gewag werd gemaakt van de goede resultaten van maternale sterfte in het Nederland van 1920 in vergelijking met Engeland en België.¹²

II.4 Definities van de fysiologische partus

Tussen 1910 en 1993 verschenen vijf gezaghebbende leerboeken Verloskunde, die door generaties medische studenten en leerling-verloskundigen als leidinggevend tijdens hun studie bestudeerd werden. Deze studieboeken zijn exemplarisch te noemen voor de ontwikkelingen in de verloskunde, later voortplanting van de mens genoemd.¹³

¹¹ Marland, 'Questions of Competence, p.324-327

¹² Ibidem, p.320, 322.

¹³In volgorde van verschijningsjaar:

De Snoo, K., *Beknopt leerboek der verloskunde*. Derde druk. Groningen, Den Haag: J.B.Wolters U.M., 1922 (Eerste druk 1910).

Holmer, A.J.M. (red.), B.S.ten Berge, M.A.van Bouwdijk Bastiaanse, e.a., *Leerboek der Verloskunde*. Derde druk. Amsterdam: Van Holkema & Warendorf N.V., 1963 (Eerste druk 1956)

Kloosterman, G.J. (hoofdred.), *De voortplanting van de mens. Leerboek voor obstetrie en gynaecologie*. Tweede druk. Bussum: Uitgeversmaatschappij Centen, 1974 (Eerste druk 1973).

Treffers, P.E. (red.) e.a., *Obstetrie en gynaecologie. De voortplanting van de mens*. Eerste druk. Den Haag: Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, 1993

Hier volgen vier definities over de 'fysiologische baring', elk met typerende kenmerken van de periode waarin zij opgesteld werden.

K. De Snoo (1877-1949), gynaecoloog/obstetricus, directeur van de Rijkskweekschool voor Vroedvrouwen te Rotterdam van 1911-1926, bekleedde vanaf 1926 de leerstoel gynaecologie en verloskunde aan de universiteit van Utrecht. Hij genoot aanzien als docent en wetenschapper en was schrijver van de toonaangevende monografie *Beknopt leerboek der verloskunde* (1910). Op pagina 14 geeft hij in een enkele zin een begripsomschrijving:

...het begrip "baring" omvat dan ook alle processen, die met het losmaken en uitstooten van het ei in verband staan...¹⁴

Een uitgebreide onderbouwing van dit begrip volgt. De Snoo analyseert uitvoerig de mechanica die ten grondslag ligt aan het mechanisme van het geboren worden: (1) de koppelwerking tussen kind en omgeving, (2) de vorm van het baringskanaal en (3) de krachten die op het kind inwerken. Deze drie invloeden maken dat het kind indaalt, en in geval van een hoofdligging, bij de schedel een tijdelijke vormverandering ontstaat, het hoofd moet flecteren en zijdelings bewegen (spildraaien) om door de kromming van het baringskanaal geboren te kunnen worden. Verlopen deze mechanismen goed is er sprake van 'natuurlijke baring'. Een obstructie in de mechanica van de geboorte is voor De Snoo de pathologie van de baring.

In 1956 verschijnt in Nederland onder redactie van Prof.Dr.A.J. Holmer het *Leerboek der Verloskunde*. Hier maken we kennis met de beschrijving van de fysiologie van de baring volgens Prof.Dr. W.P.Plate (1902-1983), hoogleraar gynaecologie en verloskunde aan de universiteit van Utrecht sinds 1948:

...Onder baring of *partus* verstaat men het proces, waarbij het uit een foetus en een nageboorte bestaande zwangerschapsprodukt uit de uterus wordt gedreven of gehaald. Indien dit proces geheel door natuurlijke krachten en langs de natuurlijke weg plaats heeft, kan men spreken van een *spontane baring*. De meeste obstetrici beschouwen het toedienen van weeënmiddelen bij een overigens spontaan verlopende baring niet als kunsthulp...

Het fysiologisch verlopende proces definieert hij als volgt:

... 'Een fysiologische baring is een spontane baring, die plaats heeft bij een voldragen zwangerschap, waarbij het kind in achterhoofdsligging indaalt en ook in deze ligging geboren wordt ...¹⁵

Plate geeft drie kenmerken als fysiologisch: het spontane begin van de baring, een voldragen zwangerschap en de achterhoofdsligging. Hierin verschilt hij van De Snoo die de nadruk legt op de mechanische aspecten van de baring.

Schaepman-van Geuns, E.J. en P.E.Treffers, *Praktische verloskunde*, Zevende druk tweede oplage 1991. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum (Eerste druk 1973)

¹⁴ De Snoo, *Beknopt leerboek der verloskunde*, p.104

¹⁵ Plate, W.P., 'De baring' in Holmer, *Leerboek der verloskunde*, p.172

Onder hoofdredactie van Kloosterman verschijnt in 1973 *De voortplanting van de mens*, een nieuw leerboek der verloskunde. Want, vermeldt Kloosterman in het woord vooraf: "... er is behoefte aan een studieboek in het Nederlands, de Nederlandse verloskunde vertoont enkele kenmerken in benadering en organisatievorm, die uniek zijn in hedendaagse westerse wereld, met name de vertrouwensvolle eerbied voor de natuur en voor de deugdelijkheid van haar mechanismen. De uitdaging de menselijke voortplanting te reguleren en te optimaliseren, met name het voortbestaan van de soort, laat zien dat praktische verloskunde hier een onderdeel vormt..." Kloosterman omschrijft de natuurlijke baring aldus:

(a)...veelal wordt gezegd dat de baring de verschijnselen en gebeurtenissen omvat, die tot gevolg hebben dat het ei (kind, vliezen en placenta) van de uterus naar de buitenwereld verplaatst wordt...

Kloosterman vervolgt met een korte beschouwing wat een 'goede' definitie genoemd kan worden, n.a.v. de constatering dat vanaf de 16^e zwangerschapsweek de baring in voorbereiding is. Hij geeft als concluderende definitie:

(b)...In de praktijk wordt onder baring verstaan: het laatste gedeelte van het totaal der processen dat aanleiding geeft tot het opengaan van de baarmoeder en het uitdrijven van het ei, en dat kort voorafgaat aan de geboorte van het kind...¹⁶

Over het spontane begin van de partus vermeldt Kloosterman dat deze afhangt van een samenspel van diverse verklaringen: (1) uitrekking van de uterusspier en (2) de vermindering van productie van placentaire hormonen die de uterus in samentrekkende activiteit afremden. Kenmerken van het begin van de partus is een trias van: ritmische uteruscontracties om de 5 minuten, verlies van slijm en bloed, en breken van vliezen. Hij noemt niet expliciet de voldragenheid en de achterhoofdsligging zoals Plate deed.

In 1993 verschijnt, onder redactie van Prof. Dr. P. E. Treffers, hoogleraar gynaecologie en verloskunde aan de universiteit van Amsterdam van 1979-93, het leerboek *Obstetrie en gynaecologie*. Hier vinden we een praktische definitie van de hand van mw. Mr. dr. J. Klomp, gynaecoloog en geneesheer-directeur van de Kweekschool van Vroedvrouwen te Amsterdam:

...Men kan de partus definiëren als een proces van regelmatige uteruscontracties dat leidt tot toenemende ontsluiting van de cervix en de geboorte van een kind tot gevolg heeft...¹⁷

Haar argumentatie om voor deze pragmatische formulering te kiezen, is 'de gebrekkige wetenschappelijke kennis van de baring'.¹⁸ Evenals De Snoo beschrijft Klomp de drie K's: kracht, kanaal en kind. Ook benoemt ze, gelijk De Snoo, het feit dat zich normale vertragingen en versnellingen in het

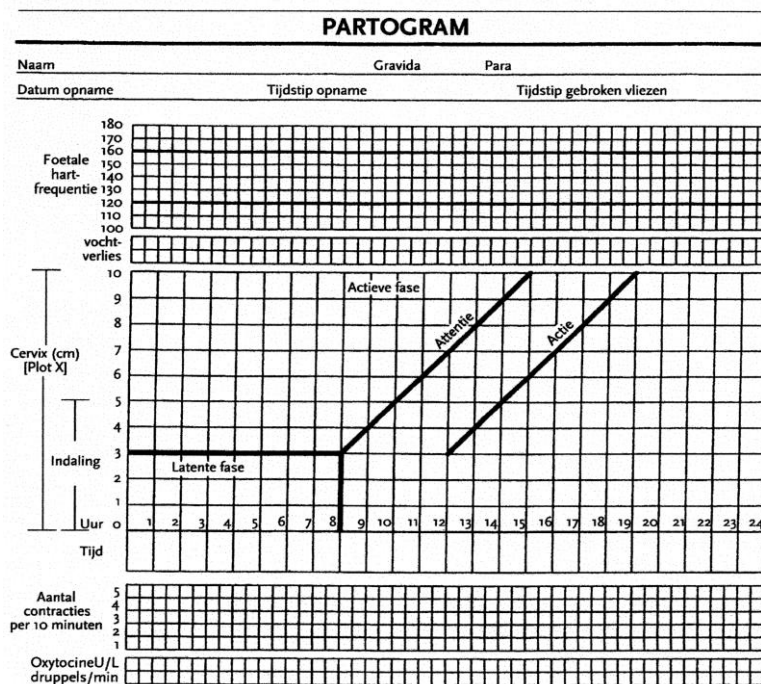
¹⁶ Kloosterman, G.J., 'De baring' in Kloosterman *De voortplanting van de mens*, p.368-369

¹⁷ Keirse, M.J.N.C. en J.Klomp, 'De normale baring' in Treffers *Obstetrie en Gynaecologie*, p.153

¹⁸ Ibidem, p.153

verloop van de baring voordoen, bevallen verloopt niet volgens een éénparige beweging. Om die reden stelt zij zich huiverig op voor het maken van een partogram. Dit partogram werd in 1972 door Hugh Philpott geïntroduceerd om een abnormaal langzame baring te ontdekken.¹⁹ In een grafiek wordt langs de liggende as de tijd uitgezet en op de verticale as de tien centimeter van de maximale cervix verwijding, de ontsluiting. De hier afgedrukte afbeelding van een partogram is volgens richtlijnen van de World Health Organization (WHO).

Figuur 7-17 Partogram volgens de richtlijn van de Wereld Gezondheids Organisatie. Het partogram kan nuttig zijn bij de beoordeling van de voortgang van de baring, in het bijzonder van de ontsluiting.



Afb. 1: Voorbeeld van een partogram.

'het invullen van een 'partogram', waarin de ontsluiting uitgezet wordt tegen de tijd, en het ingrijpen zodra het waargenomen verloop afwijkt van de norm, doet afbreuk aan het hoogst individuele karakter van de baring van de individuele vrouw'²⁰

Mw. Klomp verwoordt hier het verschijnsel van de interventie in het fraaiste voorbeeld: er is een partogram, een sjabloon voor de fysiologische baring. Voortgang (ontsluiting en indaling) wordt uitgezet tegen tijd als motivering voor een ingrijpen als het waargenomen verloop afwijkt van de norm. De Snoo's 'alle processen', Plate's 'natuurlijke krachten, eventueel onder toediening van weeënmiddelen' en Kloosterman's 'het totaal der processen, te

¹⁹ In 1969 propageerde K.O'Driscoll, Dublin, het 'Active Management of Labour' ter voorkoming van langdurige baringen. Philpott ontwierp het partogram om de partusduur in grafiek te tonen.

²⁰ Keirse en Klomp, 'De normale baring', p.185

rekenen vanaf de 16^e zwangerschapsweek' worden in het partogram gevangen in tijd en voortgang. Klomp gebruikt het begrip 'norm'. Zij beschrijft niet welke norm ze bedoelde. Afgaande op haar vermelden van normale versnellingen en vertragingen in de partus zou het kunnen zijn dat zij de regel één centimeter ontsluiting per uur, niet bij voorbaat onderschrijft.

Resumerend is het De Snoo die de processen beschrijft, (1) de mechanische voorwaarden en (2) de uitdrijvende krachten. Plate noemde (1) 'natuurlijke weg' en (2) natuurlijke kracht. Kloosterman beschrijft het opengaan en uitdrijven, evenzo Klomp. In de definities kunnen als fysiologische kenmerken herkend worden: de mechanica van de baring, het voldragen zijn van de zwangerschap, de presentatie van het kind in een achterhoofdligging en de uteruscontracties. In het partogram wordt het baringsverloop voor moeder en kind overzichtelijk gemaakt. Moeder wordt genoteerd op ontsluiting, contracties en vochtverlies, het kind op foetale hartfrequentie en indaling, aanpassing aan baringskanaal. Het partogram correleert tijdsduur en progressie van de baring en dient als hulpmiddel bij de reductie van de pathologisch verlopende bevallingen.²¹

II.5 Van selectie naar leren omgaan met risico

Het Vroedvrouwendebat sloot af in 1932. Op dat moment zijn er drie verloskundig actieve beroepsgroepen: de gynaecologen, die nog wel praktijk aan huis hebben, maar meer en meer in het ziekenhuis hun kennis en kunde inzetten bij operatieve verloskunde en gecompliceerde zwangerschappen. Daarnaast werkten de huisartsen die natuurlijke en instrumentele verloskunde aan huis praktiseerden en de verloskundigen die prenatale- en natale zorg in de thuisomgeving verrichtten. De bevallingen vinden voornamelijk thuis plaats. In de klinieken bevallen vrouwen op grond van medische indicaties. Het grootste deel van de klinische baringen is op sociale indicatie: de woon- en leefomstandigheden maken een baring thuis onmogelijk. Er waren kraamklinieken, opgericht door Kruisverenigingen en kerkelijke instellingen. In de kraamklinieken waren geen operatiekamers aanwezig, zodat bij een stagnerende baring een overplaatsing naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis nodig was. Deze kraamklinieken verdwenen in de jaren negentig merendeels. De grotere mobiliteit van de kraamvrouwen en de opkomst van de poliklinische bevalling kunnen als oorzaak hiervan bestempeld worden.

De verloskundigen werden (en worden) geconfronteerd met een controversieel element in hun werk. Als zij pathologie in de zwangerschap signaleerden, verwezen zij naar de huisartsen, die, zo nodig, doorverwezen naar de gynaecoloog. Bij een juiste selectie wordt de begeleiding van de zwangerschap en de baring overgenomen door een echelon met meer competenties en kennis, maar het werk en dus ook de inkomsten voor de

²¹ Reuwer, P en H. Bruinse, *Preventive Support of Labour, een uitdaging voor verloskundigen, gynaecologen en beleidsmakers*. (2002, Alphen aan den Rijn) 80-82.

verloskundigen verdwijnen mee. Of dit de reden was tot het instellen van het primaat voor verloskundigen in het Ziekenfondsbesluit van 1941, later bevestigd in de Ziekenfondswet van 1966, ben ik niet tegengekomen. Het primaat hield in dat ziekenfondsverzekerden de kosten van verloskundige zorg door een huisarts niet vergoed kregen als zij in een gebied woonden waar ook een verloskundige praktijk voerde. Het stelde de huisartsen voor die groep verzekerden ten achter, hier stond tegenover dat de particulier verzekerden vrijwel altijd onder leiding van hun huisarts bevielen. Het primaat werd in 2001 afgeschaft.

Vanaf 1932 intensiverde de prenatale selectie. Het aantal medische indicaties nam toe en diensgevolge het aantal aanvragen voor vergoeding van klinische partus door de verzekeraar. In de jaren vijftig was deze toename zo groot dat verzekeraars verontrust raakten. In 1958 werd in een vergadering van de Vereniging van Medisch Adviseurs en Controlerend Geneeskundigen van Algemene Ziekenfondsen aan prof.dr.G.J. Kloosterman gevraagd een indicatielijst voor specialistische hulp tijdens zwangerschap, bevalling en kraambed op te stellen.²² Deze Kloosterman-lijst werd maatgevend voor de indicatieselectie.²³ Na het verbeteren van de lijst door de *Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst* (1983) verdween deze benaming en werd gesproken van de Verloskundige Indicatie Lijst (V.I.L.). In deze V.I.L. werd onderscheid gemaakt tussen primaire en secundaire medische indicaties. Primaire medische indicaties worden gesteld op basis van het verloskundige verleden en/of op basis van een algeheel lijden dat de zwangerschap en baring bezwaarde. Secundaire medische indicaties betreffen risico's die ontstaan tijdens zwangerschap, baring of direct post partum. Bij de secundaire indicaties werd een onderscheid gemaakt tussen een laag risico en hoog risico op complicaties. Aan het risicoprofiel werd een advies gekoppeld om de bevalling thuis dan wel in het ziekenhuis te laten plaatsvinden. Er ontstond een echelonnering in het werk. Een laag risico betekende een grote kans op een fysiologische baring en kon begeleid worden in de Eerste Lijn verloskunde. Thuis of in polikliniek werd de begeleiding door een verloskundig actieve huisarts of door een verloskundige verricht. Een hoog risico betekende een begeleiding door gynaecoloog in een algemeen ziekenhuis. Later werd een Derde Lijn van zorg ontwikkeld. Dit is de zorg die universitaire centra aan hoog risico dragende zwangeren verrichten.²⁴

²² Riteco, J.A. en L.Hingstman, *Evaluatie invoering verloskundige indicatielijst*, 1991, Utrecht, Rapport Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Bijlage 1: belangrijkste ontwikkelingen die geleid hebben tot het uitkomen van de Verloskundige Indicatielijst.

²³ Hiddinga, Anja, 'Verloskunde in Nederland: vroedvrouwen en de thuisbevalling' in Daalen, Rineke van en Gijswijt-Hofstra (reds.) *Gezond en wel. Vrouwen en de zorg voor gezondheid in de twintigste eeuw* Amsterdam university Press, Amsterdam, 1998,, 189-204, p 195.

²⁴ Hiddinga, 'Verloskunde in Nederland: vroedvrouwen en de thuisbevalling' p 189-204.

De doeltreffendheid van het selecteren op risico werd onderzocht door F. Smits. Zijn conclusie in 1981 luidde dat, ondanks het feit dat de selectiecriteria niet altijd goed en consequent werden toegepast, het systeem van waarde was en gehandhaafd diende, maar verbetering behoeft. Zijn aanbevelingen waren een gevarieerder indelen van risico's: geen –gering – matig – sterk verhoogd risico, waaraan het advies voor begeleiding door 1^e dan wel 2^e lijn verbonden kon. Prematuriteit en dysmaturiteit vormden een groot deel van de oorzaken voor perinatale morbiditeit c.q. mortaliteit.²⁵

Het Nederlandse selectiesysteem op het hebben van een 'risico' op complicaties doet de vraag rijzen of het mogelijk is om de maat van een risico in te schatten. Dit vroeg gynaecoloog Maarten Schutte zich af op 21 januari 1984, tijdens het congres *Bevallen en Opstaan*, georganiseerd door de Stichting Beter Bevallen:

...Is het mogelijk om met het huidige selectiesysteem een onderscheid te maken tussen laag risico en verhoogd risico? Is er enige garantie dat de zwangerschappen met laag risico zullen eindigen in een normale bevalling waarbij een gezond kind wordt geboren?...

Zijn eigen antwoord luidde:

...In de meeste gevallen zijn ernstige stoornissen die leiden tot perinatale sterfte wel te herkennen, maar selectie waardoor laag risico en verhoogd risico worden onderscheiden, is niet goed mogelijk. Naar mijn [Schutte] persoonlijke mening is dit ook niet zo belangrijk. Zwangere vrouwen moeten voorbereid worden op de beperkingen die er zijn. Vervolgens moeten zij de mogelijkheid hebben om zelf bewust te kiezen voor het nemen van bepaalde risico's. In de wetenschappelijke discussies komen de invloed van de instelling van de vrouw en haar partner op het verloop van de baring en op de prognose van het kind nooit ter sprake. Mijn persoonlijke ervaring met vrouwen die tijdens de baring om medische redenen naar de specialist verwezen worden, is dat zij in het algemeen weinig moeite hebben dit feit te accepteren. Wat zij dikwijls wel moeilijk vinden en wat dikwijls vérstrekkende gevolgen kan hebben, is de wijze waarop deze specialistische hulp in het ziekenhuis wordt gegeven...²⁶

Over omgaan met risico zal, veel later en buiten de hier gehanteerde onderzoeksperiode, Simone Buitendijk ingaan tijdens haar inaugurale rede bij het aanvaarden van haar Bijzonder hoogleraarschap Eerstelijns Verloskunde en Ketenzorg, uitgesproken op 12 maart 2010. Onder het kopje 'een zorgelijke samenloop van omstandigheden' stelt ze:

...We accepteren als maatschappij geen enkel risico op onbekende, onverwachte en bedreigende gebeurtenissen meer. Het overlijden van een baby is zoiets afschuwelijks

²⁵ Smits, F., *De doeltreffendheid van het selectiesysteem binnen de verloskundige zorg*. Drukkerij en Uitgeverij Leiter-Nijpels B.V., Maastricht, 1981..130-134..

²⁶ Haan, Else de en Jetske Spanjer, *Beter bevallen. Over zwangerschap en bevallen in Nederland*. Utrecht Uitgeverij Contact, Amsterdam, 1984. p. 20 , 28-29.

en onacceptabels, dat we tegen beter weten in graag willen geloven dat er methoden zijn om het risico daarop tot nul te reduceren...²⁷

II.6 Samenvatting

Het hoofdstuk begon met doelstelling en ideaal van de begeleiders der verloskunde. De wetgever bleek een duidelijk onderscheid aan te brengen tussen fysiologie en pathologie van de baring. Een duidelijke grens werd getrokken tussen taken en bevoegdheden van arts en vroedvrouw. Uitvoerige bespreking van de fysiologie van de baring aan de hand van definities verduidelijkte het begrip 'natuurlijke baring'. Het partogram wordt besproken vanuit de opvatting dat deze grafiek het fysiologische verloop van de geboorte zichtbaar maakt. De discussie tijdens het Vroedvrouwendebat gaat over de bezorgdheid dat een uitbreiding van bevoegdheden van verloskundigen het aantal ingrepen in het baringsproces zou doen toenemen. De kern van deze discussie was vaktechnisch, nl. een ingreep, hoe klein dan ook, beïnvloedde het verloop van de baring en dit was wel of niet van iatrogene invloed. Aangetoond is dat de plaats van de bevalling of de uitkomsten van het verloskundig handelen de discussie niet beheersten, beide items waren veilige zekerheden. De discussie richtte zich op vier essenties in de verloskunde, namelijk: fysiologie, natuurlijke krachten, interventie door de hulpverlener en de competentie van de verloskundigen.

III. Wetenschappelijke discussie en grote onderzoeken

III.1 Inleiding

Eind jaren vijftig was tevredenheid met het nationale verloskundig reilen en zeilen sterk aanwezig. Nederland was één van de veiligste landen om een kind te krijgen, de verloskundige zorg liep op rolletjes, echter schijn bedriegt. In deze periode zal de heersende zelfverzekerdheid versplinteren.

Het begon met bezorgdheid binnen de hoofdbesturen van de vroedvrouwbonden n.a.v. vergrijzing en daling van het aantal praktijkvoerende verloskundigen, en slechts een deel van de pas afgestudeerde, jonge verloskundigen bleek bereid zich te vestigen. Het teruglopen van het aantal partus werd voelbaar, huisartsen verminderden hun inzet in de verloskunde. Ziekenhuizen stelden zich open voor de fysiologische partus. De hospitalisatie in de vorm van het aantal poliklinische partus nam snel toe. Ten slotte: binnen Nederland bestonden regionale verschillen in perinatale sterfte waaruit geconcludeerd kon worden dat daar waar een hoog percentage van de vrouwen in een ziekenhuis beviel, de perinatale sterfte in

²⁷ Buijtendijk, Simone, *Vrouwen moeten zeggenschap terugkrijgen over bevalling. De stem van vroede vrouwen. Pleidooi voor een vrouwvriendelijke zwangerschaps- en bevallingscultuur.* 2010, Amsterdam, rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van Bijzonder Hoogleraar aan de Universiteit van Amsterdam op vrijdag 12 maart 2010 van de leerstoel Eerstelijns Verloskunde en Ketenzorg.

het algemeen laag was en omgekeerd.²⁸ De plaats van de bevalling, thuis of in het ziekenhuis, gaat de discussie beheersen evenals de vraag hoe een optimale begeleiding van verloskundige zorg ingevuld diende te worden. Deze gebeurtenissen betekenden een einde van de vanzelfsprekendheid in het Nederlandse verloskundig zelfbeeld. Reeksen onderzoeken werden ingesteld om de wetenschappelijke discussie naar oorzaak en gevolg te onderbouwen. Nieuwe technieken voor het verbeteren van diagnostiek in en de bewaking van de zwangerschapscyclus deden hun intrede.

III.2 Einde van Nederlandse zelfverzekerdheid, 1957 e.v.

Uit het jaarverslag 1957-1958 van de Bond van Nederlandse Vroedvrouwen blijkt dat het bestuur zich tot het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid wendde om uitdrukking te geven aan hun grote ongerustheid over het 'onmiskenbare verlies van terrein van de vroedvrouwen'. Via een vragenlijst in 1961 onderzocht de Hoofdinspectie de omstandigheden van vestiging en financiering van alle 863 verloskundigen. Onder de 788 praktiserende verloskundigen bleken 10 vrouwen boven de 70 en 46 boven de 65 jaar te zijn. De groep van 30 jaar en jonger was klein. Slechts 50% van de afgestudeerden vestigde zich. De bewerker van de uitkomsten van de vragenlijst, dr. M.J. Hartgerink, kinderarts en medewerker bij het Instituut voor Preventieve Geneeskunde, stelde in zijn commentaren bij de uitslag dat de verklaring voor de voortdurende daling van het aandeel van de verloskundige in de verloskundige zorg niet te vinden is in de samenwerking tussen arts en verloskundige maar in de voortgaande maatschappelijke ontwikkeling. Hij noteerde een vermindering van mogelijkheden voor de verloskundige om zelfstandig verloskundige praktijk uit te oefenen.²⁹ Binnenskamers werd gezocht naar oplossingen om de vergrijzing en de verkleining van de beroepsgroep tegen te gaan. Dit gebeurde in vergaderingen van de Commissie Verloskundige Voorzieningen. Deze Commissie was in 1949 door het Ministerie van Volksgezondheid ingesteld en bestond uit alle hoogleraren Verloskunde, de geneeskundige hoofdinspectie, de medische adviseur van de ziekenfondsraad, de voorzitter van de gezondheidsraad, ambtenaren van het ministerie, twee huisartsen, één directeur van een Kweekschool en twee verloskundigen die ieder één van de twee organisaties van verloskundigen vertegenwoordigde. Het beleid richtte zich op een vorm van praktijkvoering waar een verpleegkundige-verloskundige inzetbaar zou zijn in een kliniek en vanuit de kliniek de mogelijkheid zou blijven bestaan de thuispartus te beoefenen. Men begon met het ontwerpen van plannen voor een nieuwe, tweejarige opleiding tot

²⁸ Hoogendoorn, D., 'De relatie tussen de hoogte van de perinatale sterfte en de plaats van bevalling: thuis, dan wel in het ziekenhuis' in Ned.Tijdschr Geneesk. 1978; 122: 1171-8

²⁹ Klomp, J., m.m.v. W.J.Meijer, *De jaren zestig: De vroedvrouw bijna verdwenen, leve de vroedvrouw*, november 1994, Klomp Cahiers, Uitgever Catharina Schrader Stichting, Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, Bilthoven, 4-8

verloskundige met een vooropleiding verpleegkundige. Enigszins bevreemdend tegen deze achtergrond lijkt het bestendigen door de overheid van het primaat van de verloskundige in de nieuwe ziekenfondswet van één januari 1966. In 1964 werden deze voorstellen in bredere kring bekend.³⁰ In 1968 diende de toenmalige staatssecretaris Sociale zaken en Volksgezondheid, dr. R.J.H. Krusinga, een wetsontwerp bij de Tweede Kamer in, waarin het voorstel van de Commissie verwerkt was: het diploma verpleegkunde-A zou vereist worden om toegelaten te worden tot de opleiding tot vroedvrouw. Tot invoering is het plan nooit gekomen.^{31, 32}

*Handelsblad
15 of 16 okt. 1968*

OPLEIDING VROEDVROUWEN

ALLEEN VERPLEEGSTERS NAAR EXAMEN

Het ligt in de bedoeling met ingang van 1 september 1969 de vroedvrouwenopleiding nog slechts open te stellen voor verpleegsters die in het bezit zijn van het diploma-A. Staatssecretaris dr. R.J.H. Krusinga van sociale zaken en volksgezondheid heeft dit voorstel vervat in een wetsontwerp tot wijziging van de regelingen voor de bevoegdheid van arts, tandarts, apotheker, vroedvrouw en apothekersassistent.

Dit wetsontwerp is gisteren bij de Tweede Kamer ingediend. De wijziging strekt ter verbetering van de regeling van het vroedvrouw-examen. Dr. Krusinga wil tevens een bepaling in de wet laten opnemen, waardoor een goede bescherming van de vroedvrouwtitel wordt bereikt.

In de memorie van toelichting wordt er aan herinnerd dat met betrekking tot de eisen van vaardigheid en vakbekwaamheid de Wet zich sedert 1878 heeft beperkt tot het vereiste, dat de vroedvrouw tien gewone verlossingen moet hebben verricht. Naar de huidige opvattingen is echter voor het verkrijgen van de bevoegdheid meer nodig, aldus de staatssecretaris, volgens wie met het oog op de belangen van de volksgezondheid een uitgebreider regeling aanbeveling verdient.

Dr. Krusinga is, zoals de vroedvrouwscholen zelf, van mening dat er geen vrees voor een te laag aantal leerlingen behoeft te bestaan wanneer de opleiding beperkt wordt tot degenen die eerst het verpleegstersdiploma-A hebben behaald. Wanneer jaarlijks meer dan drieduizend verpleegsters dit diploma behalen, moet het naar zijn mening mogelijk zijn onder haar de 75 leerling-vroedvrouwen te vinden die jaarlijks in de drie vroedvrouwenscholen te zamen kunnen worden aangenomen. (ANP)

In 1969 was een verzoek vanuit het Gemeenschappelijke Overleg van de Ziekenfondsorganisaties (GOZ) bij de Centrale Raad van de Volksgezondheid binnengekomen de ontwikkelingen te onderzoeken op het gebied van de verloskundige hulp en advies uit te brengen. Bij de ziekenfondsen bestond

³⁰ Klomp, *De jaren zestig*, 11

³¹ Ibidem, 39, 44.

³² Drenth, Petra, *1898/1998. 100 jaar vroedvrouwen verenigd*. 1998. Uitgave van de Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen, Bilthoven, p.67-72

verontrusting over het toenemend aantal verzekerden dat er niet in slaagde verloskundige hulp bij de bevalling thuis te krijgen zodat dezen gedwongen waren in een inrichting te bevallen. De Raad besloot een commissie in te stellen. Deze commissie ging uit van de stelling dat een fysiologische bevalling het beste in de huiselijke omgeving van de vrouw plaats kon vinden. Argumenten voor en tegen leverden geen overtuigend bewijs voor het verlaten van deze stelling. In 1972 brachten zij hun advies uit: "... Aangezien er geen dwingende redenen zijn om het systeem te veranderen, blijft het bestaande systeem gehandhaafd. Huisarts en verloskundige beslissen samen of er sprake is van fysiologische zwangerschap en baring en bij twijfel zal de specialist moeten worden ingeschakeld..." De Raad gaat er vanuit dat bij een goede selectie 60% tot 70% van het totaal aantal bevallingen thuis kan plaats vinden.^{33, 34}

De mogelijkheid voor de cliënte om op eigen keuze poliklinisch te bevallen zette een hospitalisatie van de baring in. Tijdens een poliklinische partus ontmoetten gynaecoloog, verloskundig actieve huisarts en verloskundigen elkaar frequenter. Dit leidde tot uitwisseling van bevindingen, consultaties over en weer en samenwerkingsvormen.³⁵ Samenwerken was een regelmatig terugkerend advies aan de overheid, die dit terugspeelde naar de werkvloer.

Treffers verwerkte de begrippen kwantiteit en kwaliteit in 1974 in de titel van zijn rede bij het aanvaarden van zijn lectoraat Algemene Verloskunde en Gynaecologie aan de universiteit van Amsterdam. Hij noteerde een afname in de kwantiteit der partus. Op de invoering van de anticonceptie pil in 1962 volgde een explosieve toepassing en een forse daling van het totale aantal geboorten was in 1965 meetbaar. Veel huisartsen zagen het aantal bevallingen in hun praktijk zodanig afnemen, dat zij hun verloskundige ervaring onvoldoende op peil konden houden en het verstandig vonden zich uit de verloskunde terug te trekken.³⁶

Wat de kwaliteit van verloskundig handelen betrof constateerde Treffers dat perinatale sterfte van 1918-1940 steeds boven 40 pro-mille lag en dat deze daalde vanaf 1940.³⁷ Er was een correlatie aantoonbaar tussen sociale positie

³³ Riteco en Hingstman, *Evaluatie invoering verloskundige indicatielijst*, p.3-4

³⁴ Kloosterman, G.J. 'De Nederlandse verloskunde op de tweesprong' in *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*: 1978; 122: 1161-71, p.1164: het is mogelijk om 70% van de nulliparae en 90% van de multiparae tot de laag risico groep uit te selecteren voor een thuis partus. Vervolgens berekent Kloosterman de 'alsnog' selecties voor deze groepen tijdens zwangerschap, durante en post partum.. Uiteindelijk resteert 50% van de 70% primi's en 73,3% van de 90% multi's thuis.

³⁵ Vasen, L.C.L.M., 'Ervaringen met poliklinische bevallingen in een algemeen ziekenhuis' in *Ned Tijdschr Geneesk.* 1982; 126, nr.27: 1225-1228

³⁶ Treffers, P.E., *Kwantiteit en kwaliteit de geboorte in een tijd van verandering. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van lector in de algemene verloskunde en gynaecologie aan de universiteit van Amsterdam op maandag 27 mei 1974*, 1974, De Erven Bohn BV, Haarlem, p.5-6, 25.

³⁷ Treffers, P.E., *Op de grens van leven en dood. De smalle marge van de perinatale geneeskunde. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van gewoon hoogleraar in de verloskunde en gynaecologie aan*

en de perinatale sterfte. In het sociaal economisch centrum van het land was de perinatale sterfte kleiner dan bijvoorbeeld in perifere gebieden als Drente en Groningen. Treffers maande tot voorzichtigheid bij het interpreteren van de perinatale sterfte. De kwaliteitsverbetering van nieuwe onderzoeksmethoden in zwangerschap, de betere bewaking tijdens baring en zorg voor de neonatus leidden tot sterfte dalingen, maar ook de verbetering van de gezondheidstoestand van de zwangere zou minstens zo belangrijk kunnen zijn. Van groot belang noemde hij de toegankelijkheid van de zorg voor mensen uit het sociaal zwakke milieu en anderstaligen. Hij stelde dat ten onrechte de rangorde van de perinatale sterfte in wereldverband wordt gehanteerd als maatstaf voor de verloskundige zorg.³⁸

Treffers bedoelde met 'nieuwe onderzoeken' de ontdekte mogelijkheden van de toepassing van ultrageluid in de verloskunde. Het principe is het opvangen van ultrageluid dat weerkaatst wordt door een bewegend oppervlak. Hieruit werden twee apparaten ontwikkeld: de real-time echoscoop en de cardiotocograaf. Via een echoscopie (Echo) werd de zwangerschap in beeld gebracht en 'meetbaar' gemaakt.³⁹ Via een cardiotocografie (CTG) werden foetale hartfrequentie en uterusactiviteit gelijktijdig geregistreerd. Het grote CTG apparaat leende zich uitsluitend voor klinisch gebruik. De daarnaast ontwikkelde doptone, was een handzaam apparaat dat zijn weg vond naar verloskamers en verlostassen. Het volgen van de ongeboorene in groei (echoscopie) en hartgedrag (CTG) intensiverde het bewaken van zwangerschap en baring. Het CTG en de gespecialiseerde echo-metingen bleven voorbehouden aan de tweedelijns zorg. De doptone en de eenvoudige echo-meting veroverden een plaats in de eerstelijns zorg.

In 1978 publiceerde in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde dr. D. Hoogendoorn een artikel waarin hij op statistische gronden een causaal verband tussen de plaats van de bevalling en het perinatale sterftcijfer veronderstelde. Hem viel op dat in provincies met een hoog percentage ziekenhuisbevallingen de perinatale sterfte in het algemeen laag was en omgekeerd. Hij veronderstelde dat een toename van de hospitalisatie een verdere daling van de perinatale sterfte mee zou brengen, vooral in provincies waar het percentage vrouwen dat in een ziekenhuis bevalt betrekkelijk laag was. Dit artikel initieerde een discussie over de plaats van de bevalling, thuis of ziekenhuis, en meer nog, een discussie over de wijze van de verloskundige organisatie. In de kring van de gynaecologen kwam het probleem van de competentie van verloskundigen weer ter tafel.

de universiteit van Amsterdam op maandag 22 januari 1979, 1979, Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht, p.27, nt.1: de perinatale sterfte in Nederland daalde van 40‰ vóór 1940 tot 34,2‰ in 1950, 26,6‰ in 1960, 18,6‰ in 1970 en 12,9 ‰ in 1977.

³⁸ Treffers, Kwantiteit en kwaliteit, p. 23-25

³⁹ Schaepman-van Geuns, E.J., en P.E.Treffers, *Praktische verloskunde*, Zevende druk tweede oplage 1991. Houten; Bohn Stafleu Van Loghum (Eerste druk 1973) 39-43.

III.3 Het tijdperk van wetenschappelijk onderzoek: 1978 e.v.

In de geschiedschrijving komt professor Kloosterman naar voren als de grote pleitbezorger van de fysiologische partus in de eerste lijn, waar de iatrogene invloeden zo klein mogelijk zijn. In zijn artikel *De Nederlandse verloskunde op de tweesprong* reageerde hij op de suggestie dat hospitalisatie de oplossing voor het probleem van de perinatale sterfte zou zijn.⁴⁰ Kloosterman beargumenteerde dat de sterke naoorlogse daling van de perinatale sterfte in de landen om ons heen ten onrechte werd toegeschreven aan het bereiken van volledige of bijna volledige hospitalisatie en hij pleitte voor een vasthouden aan het Nederlandse uitgangspunt dat zwangerschap en baring in principe normale gebeurtenissen zijn. Hij pleitte verder voor het behoud van een maximum aan vrijheid voor de aanstaande moeder naast een hoge mate van bescherming. Het overbrengen van alle bevallingen naar het ziekenhuis bracht het risico met zich mee dat de benadering verschuift van een geruststellende en bemoedigende begeleiding naar een technologisch-medicamenteuze, waarbij de individualiteit van de barende ondergeschikt wordt gemaakt aan op een collectivum afgestemde regels en voorschriften.⁴¹

TABEL 5
VERSCHUIVING IN HET PERCENTAGE ZIEKENHUISBEVALLINGEN VERGELEKEN MET DE VERANDERING IN DE PERINATALE STERFTE IN 13 NEDERLANDSE STEDEN MET MEER DAN 100.000 INWONERS*

Stad	Ziekenhuisbevallingen in %		Perinatale sterfte in ‰		Verschuiving in hospitalisatiegraad in %	Verschuiving in perinatale sterfte in ‰
	1970	1974	1966-1970	1971-1974		
Enschede	90,6	65,5	23,1	18,4	-25,2	-4,7
Nijmegen	71,9	78,7	16,0	11,6	+ 6,8	-4,4
Amsterdam	68,6	76,9	19,6	16,5	+ 8,3	-3,1
Groningen	55,2	66,3	22,1	19,0	+11,1	-3,1
Arnhem	45,8	56,6	21,9	17,1	+10,8	-4,8
Rotterdam	44,4	64,3	21,7	15,2	+19,9	-6,5
Utrecht	43,6	61,8	19,3	13,8	+18,2	-5,5
Tilburg	42,8	40,0	21,7	15,8	- 2,8	-5,9
Breda	42,2	44,3	21,0	18,3	+ 2,1	-2,7
Apeldoorn	40,1	39,0	24,6	17,2	- 1,1	-7,4
Haarlem	37,2	75,6	18,1	17,3	+38,4	-0,8
Eindhoven	36,0	42,7	19,5	14,7	+ 6,7	-4,8
Den Haag	35,3	69,4	20,8	18,5	+34,1	-2,3

*Naar gegevens van TREFFERS en het C.B.S.

Tabel overgenomen uit Kloosterman 'De Nederlandse verloskunde op de tweesprong'.

Deze tabel ondersteunt de opvatting van Kloosterman: in Enschede, Tilburg en Apeldoorn daalde de hospitalisatie en nam de perinatale sterfte sterk af, terwijl in Haarlem en Den Haag een forse toename in hospitalisatie gepaard ging met een matige daling in perinatale sterfte.

In 1986 publiceerde Hoogendoorn een vervolgartikel over perinatale sterfte met de alleszeggende titel *Indrukwekkende en tegelijk teleurstellende daling*

⁴⁰ Kloosterman, G.J., 'De Nederlandse verloskunde op de tweesprong' in *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1978; 122: p1163:...'Verbrugge vond de perinatale sterfte in ziekenhuizen in 1953: 3 x zo hoog als bij de huisbevalling en in 1965: 5 x zo hoog als bij de huisbevalling'....

⁴¹ Kloosterman, G.J., 'De Nederlandse verloskunde op de tweesprong', p1166-7.

van de perinatale sterfte in Nederland, wederom een onderzoek op basis van statistieken.⁴² Zijn conclusie luidde dat in Nederland het perinatale sterftcijfer in de jaren 1983-4 te langzaam daalde in vergelijking met het buitenland. In zijn beschouwing riep hij op de discussie over de meest aanbevelenswaardige plaats van de bevalling te heropenen: niet 'thuis, tenzij' maar 'in het ziekenhuis, tenzij'. In een televisieprogramma van Tros Aktua (18 augustus 1986) herhaalde hij zijn oproep.⁴³ De reacties in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* waren talrijk.⁴⁴ De discussie richtte zich op de veiligheid van de thuisbevalling en op de perinatale sterfte. Een 'platte' en onjuiste interpretatie (o.a. de media) blokkeerde de aandacht voor andere oorzaken van perinatale sterfte. In 1979 poneerde Treffers in zijn inaugurale rede de hypothese dat als oorzaken van perinatale sterfte het vóórkomen van groeiretardatie, vroeggeboorten en congenitale afwijkingen genoemd moesten worden.⁴⁵

Van talrijke wetenschappelijke onderzoeken noem ik die twee, die een kernpunt van de verloskundige zorg onderzochten. In volgorde van verschijnen:

I. Op initiatief van prof. Kloosterman werd in de periode 1969-1983 een onderzoek gedaan naar de kwaliteit van de verloskundige zorg in een verloskundigenpraktijk te Wormerveer.⁴⁶ Mw. M. Eskes promoveerde in 1989 op dit onderzoek. Het zogenaamde Wormerveer-onderzoek heeft een belangrijke plaats in de Nederlandse verloskunde verworven. De ontwikkelde werkwijze in het verloskundig centrum kwam overeen met een werkwijze zoals beschreven in het rapport 'Verloskundige zorg' in 1968 uitgegeven door een werkgroep van de Geneeskundige Hoofdinspectie. Eskes constateerde het probleem van de foetale groeivertraging. Specialistische verwijzing bleek niet afdoende om de vertraging op te sporen. Een duidelijke constatering in het onderzoek was dat de verloskundige in staat is te selecteren op laag risico en om de normale verloskunde zelfstandig te begeleiden, zodat de zwangere de keuze kan maken om thuis dan wel poliklinisch te bevallen. De Verloskundige Indicatie Lijst bleek een belangrijke richtlijn voor onderlinge consultaties

⁴² Hoogendoorn, D., 'Indrukwekkende en tegelijk teleurstellende daling van de perinatale sterfte in Nederland' in *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1986; 130: 1436-40.

⁴³ Dongen, A.M.van, in *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1986; 130: 2138-2143, p2139 in 'Ingezonden' Slotregel ...'ik vind het betreurenswaardig dat vele publiciteitsmedia naar aanleiding van het artikel van collega Hoogendoorn de thuisbevalling in discrediet gebracht hebben....

⁴⁴ Christiaens, G.C.M.L., et.al., Reacties in 1986 op D.Hoogendoorns indrukwekkende en tegelijk teleurstellende daling van de perinatale sterfte in Nederland' in 'Ingezonden' in *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1986; 130: 2138-2143

⁴⁵ Treffers, *Op de grens van leven en dood*, p. 22.

⁴⁶ Naar dit onderzoek wordt veelvuldig verwezen o.v.v. dr.D.van Alten, mede-initiatiefnemer. Van Alten deed in een vroeg stadium o.a. onderzoek naar de samenwerkingsvorm.

zowel als voor de overdracht van cliënten. Bij analyse van perinatale sterfte werden ook in de intramurale zorg vermijdbare factoren vastgesteld.⁴⁷

Tabel II-4.5. Plaats van de geboorte van de 8055 kinderen geboren in de onderzoeksgroep uit 7980 moeders en de perinatale sterfte (doodgeboorte en eerste weeksterfte).

Plaats geboorte	vrouwen		kinderen		perinatale sterfte	
	n	(%)	n	(%)	n	‰
ziekenhuis						
na verwijzing moeder						
tijdens zwangerschap	1367	(17,1)	1430	(17,8)	74	51,7
ziekenhuis						
na verwijzing moeder						
tijdens baring	632	(7,9)	637	(7,9)	7	11,0
thuis of						
kraaminrichting	5981	(75,0)	5988	(74,3)	8	1,3
Totaal	7980	(100)	8055	(100)	89	11,1

Uit de tabel -overgenomen uit *Het Wormerveer onderzoek* (p.26)- blijkt het percentage thuisbevallingen hoog te zijn (75%) en is de perinatale sterfte bij die groep veel lager (1,3‰) dan bij de groep verwezen naar het ziekenhuis (11,0‰ resp. 51,7‰).

II. Het onderzoek *Bevallen.....thuis of poliklinisch?*, het zogenaamde Gelderland-onderzoek, werd uitgevoerd door T.A. Wiegiers en G.A.H. Berghs, onderzoekers van het NIVEL, op initiatief van drie verloskundigen van afdeling Gelderland van de Nederlandse Organisatie van Verloskundigen. Niet alleen medische gegevens werden verwerkt, maar ook meningen en gevoelens en behoeften van de a.s. moeders. In dit onderzoek werd met vragenlijsten gewerkt. De verloskundigen onderzochten hun eigen populatie met laag risico, die in polikliniek of thuis bevielen. De uiteindelijke onderzoeksgroep bestond uit 1836 deelnemers (840 nulliparae en 996 multiparae, resp. 45.8% en 54.2%. Hiervan bevielen 1140 thuis en 696 in polikliniek, resp. 62.1% en 37.9%. Het onderzoek toonde aan dat de uitkomsten van de geplande thuisbevallingen even goed waren als de geplande ziekenhuisbevallingen in de laag risico groepen. Het kiezen voor een thuis- of ziekenhuisbevalling door de zwangere werd gedaan op basis van persoonlijke en omgevingsvariabelen. Een zelfselectie was niet aantoonbaar.⁴⁸

⁴⁷ Eskes, M., *Het Wormerveer onderzoek. Meerjarenonderzoek naar de kwaliteit van de verloskundige zorg rond een vroedvrouwenpraktijk* (Heynis en Schipper, Zaandijk, 1989) p236-237.

⁴⁸ Wiegiers, Trees en Geert Berghs, *Bevallen.....Thuis of poliklinisch? Eindverslag van het onderzoek 'Bevallen onder leiding van een verloskundige, thuis of poliklinisch'*, 1994, Utrecht, Rapport Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), p.15, 2, 65-69; Initiatiefnemers: J.M.M.Bruijelij-Hooijsma, J.A.M.van der Heiden, H.J.Kamphuis. Dit onderzoek staat bekend als het Gelderland-onderzoek.

III.4. Samenvatting

De vijftiger jaren vormden een aanloop naar een minder zelfverzekerd verloskundig klimaat. Grotendeels binnenkamers werden de problemen van het tekort aan verloskundigen besproken. Een verandering in verloskundige organisatie was in voorbereiding, maar werd niet geëffectueerd. In de jaren zestig daalde het nationale geboortecijfer. Huisartsen trokken zich terug van hun verloskundige activiteiten om hen moverende redenen. De ziekenhuizen stelden hun verloskamers open voor cliënten met een voorkeur voor een klinische partus. De hospitalisatie van baringen vangt aan. Het perinatale sterftecijfer, gecorreleerd naar de plaats van bevalling, liet de discussie over optimale verloskundige zorg opleven. De veiligheid van de thuisbevalling kwam in discrediet.

Kloosterman continueerde in *de Nederlandse verloskunde op de tweesprong* de aandacht voor de fysiologische baring, en de angst voor het gevaar van onnodige interventies die bij het hospitaliseren optreden. Hij schonk aandacht aan het respect voor de individualiteit van de barende. Het aspect van de zorg op maat die haar thuis door verloskundige en kraamverzorging verleend werd, komt in dit artikel aan de orde. Het Wormerveer-onderzoek toonde onomstotelijk dat door verloskundigen een optimale zorg geleverd kon worden en dat de thuis partus een aan te bevelen plaats van bevallen vormde voor de laagrisico dragende zwangere. Onderzoek van de samenwerking tussen de 1^e en 2^e lijnszorg, waarin respect voor elkaars kunde centraal stond, vormde het bewijs.

IV. Zwangerschap en bevalling, een sociaal gebeuren

IV.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk behandelde ik de ongerustheden die de zelfverzekerdheid van de Nederlandse verloskundige zorgketen ondermijnde. In de nu volgende tekst is de veranderde attitude ten aanzien van het 'in verwachting zijn' aan de orde. Kan een maatschappij in beweging de houding van de zwangere t.a.v. de verloskundige zorgverlening beïnvloeden? Een feit was dat de van buiten Europa instromende immigrantenvrouwen door taalbarrière en onbekendheid met Nederlandse gebruiken een intensivering van de te verlenen zorg indiceerde. De vraagstelling van de Nederlandstalige populatie werd breder en gericht: een gezonde moeder wil een gezond kind in een omgeving en onder omstandigheden naar eigen keuze. Haar vriendinnen wil zij om zich heen hebben, een bevalling in bad of in verticale houding moest tot de mogelijkheden horen, thuis en in het ziekenhuis. Deze wensen te uiten pasten in een maatschappij met de attitude 'dat alles mogelijk moest zijn'.

De praktijkvoering van de zelfstandig gevestigde verloskundigen onderging aanpassingen aan de veranderingen in de populatie. Resultaten van het wetenschappelijk onderzoek maakten dat binnen de beroepsgroep van verloskundigen een vernieuwende visie op verloskundige aanpak groeide. Een

begin van uniformering van het verloskundige handelen ontstond na de invoering van standaarden en protocollen.

IV.2 Veranderende zwangerschapsbeleving

In 1962 deed de anticonceptiepil in Nederland zijn intrede en daarmee kon op betrouwbare wijze een ongewenste zwangerschap worden voorkomen. Dit zelf beschikken over het moment waarop een zwangerschap zou kunnen ontstaan paste in de 'vrijwording van de vrouw' van die dagen. De Liagre Böhl beschrijft de maatschappij van de zestiger, zeventiger jaren als een maatschappij op weg naar een participatiedemocratie waarin hervormingsstromingen ontstonden, die middels actie voeren, toestemming voor hun eisen bevochten. Denk aan de groep Dolle Mina met de leuze: 'Baas in eigen Buik'.⁴⁹ In deze sfeer werd het 'verwachten van een kind' gewijzigd naar 'kiezen voor een kind'. Als via een echografie de zwangerschap bevestigd kon worden, wijzigde het 'kiezen voor' in het zelfbewuste 'ik krijg een kind'. Het 'zien' van de foetus in beweging en de hartslag veranderde het onzekere verwachten in de zekerheid van de komst van een baby.

IV.3 Mondiger cliënt, 1980 e.v.

Vrouwen met een beter opleidingsniveau, die niet meer werden gehinderd door ongewilde zwangerschappen, die zelfbewust en mondig optraden en daarbij het vermogen bezaten om beleving te organiseren. Zij vormden een krachtige, meningbepalende groep. Ik noem hier twee Stichtingen, die in de vroege jaren tachtig door vertegenwoordigsters van deze vrouwen waren opgericht: de Stichting Beter Bevallen en de Stichting Lichaamstaal. De Stichting Beter Bevallen ontstond op initiatief van de schrijfsters van het boek *Bevallen en Opstaan*, de verloskundigen Else de Haan en Jetske Spanjer. De eerste activiteit van de stichting was het organiseren van het congres *Beter bevallen* in de Amsterdamse RAI. Dit congres moet veel bezoekers gehad hebben: de RAI is groot en op de achterflap van de congresbundel staat dat honderden teleurgesteld moesten worden omdat de toegangskaarten waren uitverkocht. Het thema van het congres was aandacht voor 'thuis' als mogelijkheid om te bevallen. In de congresbundel staan de volledige teksten van de voordrachten, en ook de aansluitende discussies.

Aandacht verdient de vraag uit het publiek van een vrouw die vanwege de stuitligging van haar kind een medische indicatie en het advies voor een klinische partus krijgt. Zij kent alle risico's maar wil toch thuis bevallen. Stel dat zij een verloskundige vindt die haar thuis wil begeleiden, kan zij dan thuis bevallen? De vraag werd beantwoord door Kloosterman, die stelde dat de

⁴⁹ Liagre Böhl, Herman de, 'Consensus en polarisatie. Spanningen in de verzorgingsstaat, 1945-1990' in Aerts, Remieg e.a., *Land van kleine gebaren. Een politieke geschiedenis van Nederland, 1780-1990*, 2004, Uitgeverij SUN, Nijmegen/.Amsterdam (Eerste druk 1999), p. 299-303, 314

indicatielijst een maximumlijst is van indicaties voor een klinische partus die door de verzekeraar vergoed wordt. Er is geen verplichting. De verloskundige zal de eindverantwoording dragen en zij kan de verantwoordelijkheid weigeren. Een tweede, interessante, publieksvraag is: 'waarom is het noodzakelijk dat gynaecologen altijd de medische indicaties stellen, verloskundigen kunnen dat ook.' Het antwoord hierop leverde een pleidooi voor het voeren van overleg tussen verloskundigen en gynaecologen, zodanig dat tot een consensus voor een medische indicatie gekomen kon op basis van inbreng door beide disciplines.

De Stichting Lichaamstaal werd in 1980-81 opgericht door Saskia van Rees, psychologe. Ook deze Stichting organiseerde congressen. In 1982 trok het eerste congres de massale opkomst van 6000 belangstellenden.⁵⁰ De verticale baringshouding werd er door de verloskundigen Astrid Limburg en Beatrijs Smulders geïntroduceerd en toegelicht. De invloed van water en het bevallen in bad werd onder aandacht van het publiek gebracht.⁵¹

IV.4 Samenwerken in nieuwe werkvormen en verzekeraars

In 1994 wordt in het rapport Jabaay⁵² verslag gedaan van de, sinds de vijftiger jaren bestaande te grote werkdruk van de kleine groep verloskundigen. De overheid reageerde met een uitbreiding van de capaciteit van de opleidingen tot verloskundige, een verkleining van de norm voor de praktijkgrootte en een verhoging van de honoraria. Hierna konden de verloskundigen een professionalisering van hun beroep bewerkstelligen door te investeren in hun praktijkvoeringen. De solopraktijk verdween grotendeels en maakte plaats voor duo- of groepspraktijken met assistentes. Automatisering van administratie en cliëntgegevens begon op te komen. Als kwaliteitsverbetering werden bijscholingen intercollegiale toetsing gegeven. Het bestaande samenwerken tussen gynaecologen en verloskundigen werd gestructureerd in verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV). De 'evidence based medicine' (EBM)⁵³ deed zijn intrede in de verloskunde. De EBM structureerde de begeleiding van zwangerschap en baring met protocollen en standaarden. De 'zorg op maat' kreeg een nieuwe betekenis en afwijken van het protocol moest gemotiveerd en verantwoord worden.

Uit de vorige paragraaf is duidelijk geworden dat in de verloskunde de zwangere, later barend, een cliënt is geworden. De zorgverlener levert het product 'begeleiding' en de cliënt is consument van dit product. De kosten van

⁵⁰ Telefonisch interview Saskia van Rees, dd. 02-05-2011, Loes Schultz

⁵¹ Rees, S. van, e.a. (red.), *Baren*, Grathem, uitgave Stichting Lichaamstaal, 1984/5.

⁵² Jabaaij, Lea, et.al., *De vrijgevestigde verloskundige in Nederland: werk en werkdruk*. 1994, Utrecht Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)

⁵³ EBM of 'evidence based midwifery' werd in de tachtiger jaren nog niet gebruikt.

dit alles blijven in Nederland buiten zicht van deze consument. Zij is verzekerd en zorgverleners declareren hun verdiensten direct bij de verzekeraar. Op het Beter Bevallen congres werd in herinnering gebracht dat de V.I.L. in oorsprong een ziekenfondslijst is. Aan de hand van in deze lijst genoemde indicaties is de verzekeraar bereid te vergoeden.

Bij iedere groep, de gynaecologen en verloskundigen, bestaat een verschil in de beleving van veiligheid tijdens het bevallen. Het artikel 'Vanzelfsprekend veilig' door Rita Struhkamp en Anja Krumeich belicht de controverse tussen de veiligheidsbeleving door de gynaecoloog, die zich veilig voelt bij bewaken, meten en statistieken en door de verloskundige, die bij de opmaak van haar veiligheidsbeleving waarde hecht aan meningen, beleving en gevoelens.⁵⁴

IV.5 Samenvatting

De mogelijkheid om, bij een vrijwel perfecte anticonceptie, de zwangerschap, c.q. kindwens te plannen en de eigen voorkeur voor de plaats van bevalling en baringshouding aan te geven, verleende een consumentenpositie aan de a.s. ouders. Dit maakte dat de verloskundigen hun begeleiding aanpasten en intensiverden. Het samenwerken tussen verloskundigen onderling en tussen gynaecologen en verloskundigen onderging een sterke structuurverbetering naar aanleiding van de invoering van standaarden en protocollen, die ontwikkeld werden op basis van EBM. In het VSV werden afspraken gemaakt over het verloskundige beleid thuis en tijdens de poliklinische partus. Het werken aan doel en ideaal der verloskundige: een zwangerschap en baring met een gezonde moeder en een gezond kind werd transparanter.

V. Conclusie

In de eerste helft van de twintigste eeuw ontstond er discussie over een uitbreiding van bevoegdheden van de verloskundige zoals de wet in 1865 voor haar had beschreven. In de wet was een verdeling van taken voor arts en verloskundige beschreven. Belangrijk is dat in de visie van de wetgever de baring een natuurlijke gebeurtenis is, door een verloskundige te begeleiden. Zodra een baring een afwijking van het normale vertoont is er medische bijstand nodig en dient de arts, eventueel met hulp van werktuigen, de obstructie te verhelpen. In de vroege discussie werd gesproken over fysiologie en pathologie van baring en zwangerschap. Een ingreep werd gewogen op de iatrogene dan wel curerende uitwerking. De plaats van de bevalling was vanzelfsprekend thuis, de begeleiding aldaar gedaan door verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen. In 1932 krijgen de verloskundigen bij wet de bevoegdheid prenatale zorg te verlenen. In 1941 werd aan verloskundigen door de ziekenfondsen een primaat verleend. Een beschermende maatregel

⁵⁴ Struhkamp, Rita & Anja Krumeich, 'Vanzelfsprekend veilig: Gynaecologen en verloskundigen in debat over de veiligheid van de thuisbevalling' in *Medische Anthropologie*, 1998, 10 (1): 7-18, p.16.

voor de verloskundigen werkzaam in het vestigingsgebied van het ziekenfonds.

In de tweede helft van de twintigste eeuw lijkt het erop dat de verloskundige gaat verdwijnen. Achter gesloten deuren wordt een vergaand beleid opgesteld dat het verloskundig zorgveld ingrijpend zou hebben gewijzigd, als het beleid was doorgezet. Het nationaal aantal bevallingen per jaar daalde en huisartsen trokken zich terug van hun verloskundige activiteiten. De ziekenhuizen introduceerden de poliklinische bevalling. Dit veroorzaakte een hospitalisering van partus. Een opleving in de discussie waar te bevallen ontstond na een onderzoeksuitslag die geïnterpreteerd werd als zou het thuis bevallen niet veilig zijn. Onderzoek naar oorzaak van perinatale sterfte leverde overtuigend bewijs dat bij een goede risicoselectie de kans op sterfte thuis klein was. Onderzoek naar het risicoselectie systeem toonde aan dat het systeem door het eerste en het tweede echelon 'goed' werd gehanteerd. In de laatste twee decennia van de eeuw werd de discussie over plaats van de bevalling ook buiten medische kringen gevoerd. Grote invloed hadden de voorlichting campagnes van de Stichtingen. Thuis bevallen werd aangemoedigd en alternatieve baringshoudingen werden geïntroduceerd. Nieuwe onderzoekstechnieken, geneeskunde op basis van geleverd bewijs (EBM) resulteerde in nieuwe samenwerkvormen. De verloskundige zorgketen zette zich in om door samenwerken, protocollering van werk, haar doel en ideaal van de verloskunde te verwezenlijken. Resumerend: de discussie in de tweede helft van de eeuw gaat over capaciteit van de zorgverlening, organisatie van de zorg, verbetering van zorg met hulp van moderne wetenschap, maar ook van werkstructuren. De verstandige cliënt laat zich adviseren over de plaats van bevallen, maar een keuzevrijheid blijft voor haar bestaan.

VI. Tot Slot

In de wet van 1865, regelende de uitoefening der geneeskunst, worden twee beroepen beschreven, die zich tot elkaar verhouden, de arts en verloskundige. Zij zijn elkaars complement. Drie karakteristieke verschillen vormen de kern van deze beroepen. 1. De geneeskundige heeft 'open access' tot de contemporaine kennis, staat daarmee 'on top' en de verloskundige ontvangt gelimiteerde 'praktische' verloskundige kennis en staat 'on bottom'. 2. De geneeskundige specialiseert zich in pathologie van de verloskunde en intervenueert in die gevallen. Hij/zij werkt volgens een medisch model. De verloskundige specialiseert zich in de fysiologie van zwangerschap en baring en het selecteren van pathologie. De verloskundige 'cureert' niet. 3. De geneeskundigen volgen een wetenschappelijke benadering waarbij interventies onderbouwd worden op basis van statistische analyses. De verloskundige is ter onderbouwing van haar persoonlijke gerichte contacten met cliënten geneigd middels enquêtes een bevinding, beleving in getal uit te drukken. Tijdens haar handelen, beleid, speelt intuïtie een grote rol.

De vroege discussie over optimale verloskunde ontwikkelde zich in het eerste decennium van de 20^e eeuw tot tweede helft vijftiger jaren. In deze discussie zijn de hoofdthema's: wat is fysiologie, hoe sterk is de iatrogene invloed van de interventie en kan aan de verloskundige grotere bevoegdheden toegekend worden. Discussianten zijn directeuren van de vroedvrouwopleidingen en de redacteurs van het *Tijdschrift voor praktische verloskunde*. Verloskundigen ijveren in deze periode voor uitbreiding van hun bevoegdheden. In 1932 verkrijgen zij bevoegdheid om prenatale zorg te verlenen. In 1941 verkrijgen zij een primaat voor ziekenfondsverzekerden.

Vanaf de vijftiger jaren heropent de discussie, in aanvang binnenskamers. De discussianten zijn dit maal de verloskundigen. Hun kernprobleem betreft de werkcapaciteit van de beroepsgroep. Vergrijzing, en een te kleine instroom van jonge verloskundigen bedreigen het voortbestaan van de verloskundige beroepsgroep. Het landelijk totaal aantal bevallingen is dalende, maar ook de inzet van de huisartsen in de verloskunde neemt af. De groep van gynaecologen neemt in deze periode in aantal toe. Voor alle drie de beroepsgroepen is de werkdruk in de verloskundige zorg hoog en zijn werktijden excessief. Uit de samenspraak tussen hoofdbesturen van verloskundige Bonden en de overheid ontwikkelde zich het voorstel om het diploma verpleegkundige-A als vooropleidingseis aan toekomstige verloskundigen te stellen. Het aantal klinisch werkende verloskundigen zou groeien en de thuispartus zou vanuit de kliniek begeleid worden. Dit beleid is nooit doorgezet. Vanaf 1966 groeit in hoog tempo het gebruik van de mogelijkheid om in het ziekenhuis te bevallen, de poliklinische partus. Hieruit ontstaat een intensiever werkoverleg tussen gynaecologen en verloskundigen. Of de poliklinische partus een meetbare verlichting van de werkdruk voor de verloskundigen was, is hier niet te beantwoorden. Het verdient aanbeveling om deze ontwikkelingen nader te bestuderen.

Vanaf 1978-1986 ondergaat de discussie een drastische verandering: zij richt zich op de plaats van de bevalling, met name de thuispartus. Statistisch onderzoek zou aantonen dat regio's met weinig klinische partus en veel thuisbevallingen een hoger perinatale sterftecijfer lieten zien dan regio's met een hoog aantal klinische partus en weinig thuisbevallingen. Deze conclusie werd door wetenschap en publiek 'plat' geïnterpreteerd in: 'thuis is onveilig om te bevallen'. In medische kringen start een wetenschappelijke aanpak om oorzaken van het verschijnsel te vinden. Onderzoek naar de vorm van verloskundige begeleiding werd verricht, zonder een causale correlatie tussen thuis, verloskundige begeleiding en perinatale sterfte te vinden. Nieuwe technieken maken detectie van afwijkingen bij en bewaking van de ongeborene tijdens zwangerschap en baring mogelijk. Het hospitaliseren en interveniëren neemt toe. De discussie over de plaats van de bevalling is niet meer beperkt tot de wetenschappers. Passend bij een samenleving, die zich in de jaren tachtig ontwikkelde tot een inspraakdemocratie, maken doelgroepen zich sterk voor het 'vrij' maken van de 'geslachtofferde' vrouw. Veel aandacht trekken de voorlichtingscongressen van de stichtingen Beter Bevallen en Lichaamstaal. De verloskundigen oogsten veel aandacht met de introductie van het verticaal baren. In alle voorlichtingen werd een zelfbewuste houding

van de vrouw benadrukt en ondervond de keuze thuis te bevallen veel ondersteuning.

De verloskundige zorg maakte kennis met het verschijnsel van de vraag naar en het aanbod van mogelijkheden. Hierop speelden niet alleen verloskundigen in, maar ook de ziekenhuizen waar mogelijkheden geboden werden om verticaal en in bad te bevallen. In de ziekenhuizen lag tevens de belofte besloten 'pijn' te bestrijden.

Tegen de eeuwwisseling is de discussie enigszins geluwd. De honoraria voor verloskundigen waren opgetrokken, zodat meer geïnvesteerd kon worden in een praktijkvoering met gestructureerde werktijden. De toeloop naar klinieken om daar te bevallen leek te stabiliseren. De keuze om thuis te bevallen, binnen de grenzen door het risicoselectie model getrokken, bleef mogelijk.

De afronding van deze historische benadering van de discussie plaats ik bij het arbitrair gekozen jaartal 1993. De discussie is namelijk niet afgelopen in dat jaar. De discussie zet zich tot op heden voort maar is te actueel om te historiseren. Mogelijk zal in een vervolghistorie vermeld kunnen worden hoe de thuisbevalling in Nederland zich in stand houdt of verdwijnen gaat. In ieder geval wordt het, gelet op de ontwikkelingen in het eerste decennium van de een en twintigste eeuw, een spannende geschiedenis.

Quote Kloosterman:

'In no way can we approve a normal pregnancy and labour in a healthy woman; we can only change it, but not for the better'

VII. Bron- en literatuurlijst :

Bronteksten

Buitendijk, Simone, *Vrouwen moeten zeggenschap terugkrijgen over bevalling. De stem van vroede vrouwen. Pleidooi voor een vrouwvriendelijke zwangerschaps- en bevallingscultuur.* 2010, Amsterdam

Christiaens, G.C.M.L., et.al., 'Reacties in 1986 op D.Hoogendoorns indrukwekkende en tegelijk teleurstellende daling van de perinatale sterfte in Nederland' in 'Ingezonden' in *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1986; 130: 2138-43

De Snoo, K., *Beknopt leerboek der verloskunde.* Derde druk. Groningen, Den Haag : J.B.Wolters U.M., 1922 (Eerste druk 1910)

Eskes, Martine, *Het Wormerveer Onderzoek. Meerjarenonderzoek naar de kwaliteit van de verloskundige zorg rond een vroedvrouwenpraktijk.* (Heynis en Schipper, Zaandijk, 1989) academisch proefschrift.

Haan, Else de en Jetske Spanjer (red.), *Beter bevallen. Over zwangerschap en bevallen in Nederland.* Utrecht Uitgeverij Contact Amsterdam, 1984

Holmer, A.J.M. (red.), B.S.Ten Berge, M.A.Van Bouwdijk Bastiaanse, e.a., *Leerboek der Verloskunde.* Derde druk. Amsterdam: Van Holkema & Warendorf N.V., 1963 (Eerste druk 1956)

Hoogendoorn, D., 'De relatie tussen de hoogte van de perinatale sterfte en de plaats van de bevalling: thuis, dan wel in het ziekenhuis' in *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1978; 122: 1171-8.

Hoogendoorn, D., 'Indrukwekkende en tegelijk teleurstellende daling van de perinatale sterfte in Nederland' in *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1986; 130: 1436-40

Jabaaij, Lea, et al, *De vrijgevestigde verloskundige in Nederland: werk en werkdruk.* 1994, Utrecht Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)

Kloosterman, G.J., 'De Nederlandse verloskunde op de tweesprong' in *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1978; 122: 1161-71.

Kloosterman, G.J. (hoofdred.) *De voortplanting van de mens. Leerboek voor obstetrie en gynaecologie.* Tweede druk. Bussum: Uitgeversmaatschappij Centen, 1974 (Eerste druk 1973)

Kloosterman, G.J., *Het universele karakter der verloskunde.* 1957, Haarlem, De Erven F.Bohn N.V., rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar aan de Universiteit van Amsterdam op maandag 16 december 1957

Riteco, J.A. en L.Hingstman, *Evaluatie invoering verloskundige indicatielijst*, 1991, Utrecht, Rapport Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)

Schaepman-van Geuns, E.J. en P.E.Treffers, *Praktische verloskunde*, Zevende druk tweede oplage 1991. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum (Eerste druk 1973)

SIG Zorginformatie, *Verloskunde in Nederland. Grote Lijnen 1989-1993*. 1996, SIG Zorginformatie, Utrecht

Smits, F., *De doeltreffendheid van het selectiesysteem binnen de verloskundige zorg* (drukkerij en Uitgeverij Leiter-Nijpels bv, Maastricht, 1981) academisch proefschrift

Treffers, P.E. (red.), A.P.M.Heintz, e.a., *Obstetrie en gynaecologie. De voortplanting van de mens*. Eerste druk. Den Haag: Wetenschappelijke uitgeverij Bunge: 1993

Treffers, P.E., *Kwantiteit en kwaliteit, de geboorte in een tijd van verandering. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van lector in de algemene verloskunde en gynaecologie aan de universiteit van Amsterdam op maandag 27 mei 1974*, 1974, De Erven Bohn BV, Haarlem

Treffers, P.E., *Op de grens van leven en dood. De smalle marge van de perinatale geneeskunde. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van gewoon hoogleraar in de verloskunde en gynaecologie aan de universiteit van Amsterdam op maandag 22 januari 1979*, 1979, Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht

Vasen, L.C.L.M., 'Ervaringen met poliklinische bevallingen in een algemeen ziekenhuis in *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1982, 126 (27): 1225-128.

Wiegers, Trees en Geert Berghs, *Bevallen.....Thuis of poliklinisch ? Eindverslag van het onderzoek 'Bevallen onder leiding van een verloskundige, thuis of poliklinisch'*, 1994, Utrecht, Rapport Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)

Literatuur

Drenth, Petra, *1898/1998. 100 jaar vroedvrouwen verenigd*. 1998, Uitgave van de Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, Bilthoven

Hiddinga, Anja, 'Verloskunde in Nederland: vroedvrouwen en de thuisbevalling' in Daalen, Rineke van en Marijke Gijswijt-Hofstra (reds.), *Gezond en wel. Vrouwen en de zorg voor gezondheid in de twintigste eeuw*. Amsterdam: Amsterdam University Press, 1998, 189-204.

Klinkert, J.J., *Verloskundigen en artsen. Verleden en heden van enkele professionele beroepen in de gezondheidszorg* Alphen aan de Rijn/Brussel: Stafleu's wetenschappelijke uitgeversmaatschappij B.V., 1980

Liagre Böhl, Herman de, 'Consensus en polarisatie. Spanningen in de verzorgingsstaat, 1945-1990' in Aerts, Remieg e.a., *Land van kleine gebaren. Een politieke geschiedenis van Nederland, 1780-1990*, 2004, Uitgeverij SUN, Nijmegen/Amsterdam (Eerste druk 1999)

Lieburg, M.J.van and Hilary Marland, 'Midwife Regulation, Education, and Practice in the Netherlands during the Nineteenth Century' in *Medical History*, 1989, **33**: 296-317.

Marland, Hilary, 'Questions of Competence: The Midwife Debate in the Netherlands in the Early Twentieth Century' in *Medical History*, 1995, **39**: 317-337

Rees, Saskia van, e.a. (red.), *Baren*, Grathem, Een uitgave van de Stichting Lichaamstaal, 1984/5.

Reuwer, Paul en Hein Bruinse, *Preventive Support of Labour, een uitdaging voor verloskundigen, gynaecologen en beleidsmakers*. 2002, van Zuiden Communications B.V., Alphen aan den Rijn

Struhkamp, Rita & Anja Krumeich 'Vanzelfsprekend veilig: Gynaecologen en verloskundigen in debat over de veiligheid van de thuisbevalling' in *Medische Anthropologie*, 1998, 10 (1): 7-18.

Leestip:

Starmans, J.H., *Verloskunde en kindersterfte in Limburg. Folklore; Geschiedenis: Heden*. 1930, Uitgevers-maatschappij Gebroeders van Aelst, Maastricht

Wetering de Rooy, W.F. van de, 'De "normale" bevalling op het platteland, enkele gedachten over de iatrogenese van de gestoorde baring' in *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1982, 126 (15)

Worth, Jennifer, *Call the midwife. A True Story of the East End in the 1950s*. 2008, Phoenix, Orion Books Ltd. London (Eerste druk 2002) in dit boek, geschreven door een verloskundige, wordt de Engelse eerstelijns verloskunde in sociale context beschreven. Uitmuntend.