

De groei van de ziekenhuisbevalling Nederland en het buitenland*

In de Westerse wereld brengen verreweg de meeste vrouwen hun kinderen in een ziekenhuis ter wereld: in Europa bedraagt dat percentage in bijna alle landen meer dan 95%. Nederland vormt daarop een uitzondering¹ en levert daarmee het bewijs dat een hoog percentage thuisbevallingen, onder gunstige omstandigheden, kan samengaan met lage sterftecijfers voor moeders en kinderen. De Nederlandse verloskunde ondermijnt de stelling dat het ziekenhuis, ook bij een normale zwangerschap en bevalling, de beste plaats voor een geboorte is.

De ziekenhuisbevalling heeft de laatste honderd jaar in de geïndustrialiseerde wereld op grote schaal ingang gevonden. In Nederland heeft dit proces zich later voorgedaan en in een trager tempo dan in de omringende landen. Dit artikel gaat over de opkomst van de ziekenhuisbevalling en in het bijzonder over de positie van Nederland in deze internationale ontwikkeling. Gezocht wordt naar aanknopingspunten ter verklaring van het langzame inburgeren van de ziekenhuisbevalling en van het stand houden van de thuisgeboorte in Nederland. Om deze ontwikkelingen beter te begrijpen is vooral secundair materiaal gebruikt; daarnaast is het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* bestudeerd, voor de jaren 1965 tot 1980, de periode waarin de groei het meest spectaculair was.

1 De opkomst van de klinische verloskunde

Tot de oprichting van klinische scholen met speciale kraamzalen, aan het begin van de negentiende eeuw, werden kinderen thuis geboren. De belangrijkste functie van de kraamklinieken was dat zij vroedmeesters en vroedvrouwen de gelegenheid boden om tijdens hun leerperiode deel te nemen aan praktische lessen verloskunde. In der-

gelijke instellingen konden zij ervaring opdoen in een omgeving die naar medische maatstaven kon worden ingericht, waarbij ze geen last hadden van de bemoeienis van eigenwijze familieleden van de kraamvrouw. De vrouwen die zich beschikbaar stelden voor hun dienstverlening waren arm en ongehuwd; zij waren de enigen die zich willig leenden als oefenmateriaal om in ruil daarvoor gratis behandeld te worden. Dat juist arme vrouwen voor klinische lessen werden gebruikt, had het voordeel dat leerlingen bij het oefenen niet met armoede in aanraking hoefden te komen. Door moeilijke bevallingen in een kraamkliniek bij te wonen hoefden zij zich niet met de stadsvroedvrouwen in vuile en armoedige woningen te begeven. In de woningen der geringe volksklasse, die 'klein, morsig en met ongedierte besmet zijn ...' zouden zulke lessen volgens een verdediger van kraamzalen zeer lastig, zo niet ondoenlijk zijn. Hij pleitte ervoor dat de vrouwen die hun kind in een kraamzaal hadden gekregen, na een bevalling, zodra zij vervoerbaar waren, weer naar huis zouden worden gebracht - een vorm van poliklinisch bevallen die in die tijd in Frankrijk en Duitsland gebruikelijk was.²

De oprichting van kraamzalen paste in de ontwikkelingen die zich sinds ongeveer 1800 op het gebied van de medische wetenschap en praktijk voltrokken. Artsen gingen zich meer en meer specialiseren en de 'klinische geneeskunde' was in opkomst. Deze moderne benadering van de geneeskunde werd in de eerste helft van de negentiende eeuw in de Europese steden met grote ziekenhuizen geïntroduceerd, het eerst in centra van de medische wetenschapsbeoefening zoals Parijs en Wenen. Onderwijs, onderzoek en praktijk vormden daarbij een eenheid. De kliniek werd gezien als de enige plaats waar men op wetenschappelijke wijze kennis over ziekteverschijnselen kon verwerven.

Al was Nederland in dat opzicht zeker geen voorloper, toch gingen ook de Nederlandse hoogleraren in de verloskunde deze nieuwe opvattingen toepassen,³ waarbij ze zich sterk oriënteerden op hun Duitse vakgenoten. Zo verbonden ze inderdaad de klinische praktijk met het onderwijs in de praktische verloskunde, maar zij slaagden er nog niet in hun klinische ervaringen ook voor onderzoek te gebruiken. In dat opzicht waren zij verre de mindere van de Duitsers. De klinische laboratoria waren hier minder van kwaliteit, de wetenschappelijke staf was kleiner en deze bekleedde slecht betaalde posities. In theoretische bespiegelingen juichte men de wetenschappelijke vooruitgang toe, maar in het traditionele klimaat van de Nederlandse universiteit-

ten was daarvan daadwerkelijk nog weinig te merken.⁴

Vanwege het infectiegevaar was een institutionele bevalling tot ver in de negentiende eeuw een gevaarlijke aangelegenheid, zeker als kraamvrouwen en zieken in één ruimte verpleegd werden. De instelling van de klinische scholen had dan ook een stijging van de sterfte onder kraamvrouwen en zuigelingen tot gevolg.⁵ De hoge maternale en perinatale sterfte⁶ in de klinieken begon pas te dalen met de invoering van de anti- en asepsis⁷ in de tweede helft van de negentiende eeuw. Ziekenhuizen werden door verbeteringen in de hygiëne van de bevallingen niet alleen minder gevaarlijk voor zwangere vrouwen en kraamvrouwen, maar kregen ook in medisch opzicht meer te bieden. Men moet zich daarvan overigens geen overtrokken voorstelling maken. De praktische verloskunde, die grotendeels op ervaring berustte, gaf nog nauwelijks aanleiding om bij moeilijke bevallingen naar het ziekenhuis te gaan. Voor de technieken waarover men beschikte, waren geen specifieke ziekenhuisvoorzieningen noodzakelijk. Men maakte gebruik van allang bestaande methoden, zoals de 'kering op de voet', waarbij een kind na een draaiing aan de voetjes naar buiten werd gehaald, een methode die al in de oudheid werd gebruikt en die in de zestiende eeuw opnieuw werd geïntroduceerd. Men beschikte sinds de zeventiende eeuw over de verlostang, die alleen door vroedmeesters en chirurgijns mocht worden gebruikt. Ook werden al hechtingen van het perineum verricht en werd gebruik gemaakt van technieken, die het mogelijk maakten een voorliggende placenta te doorboren. Alleen voor de keizersnede was een ziekenhuisopname noodzakelijk, maar deze operatieve ingreep kon pas met kans van slagen worden toegepast toen artsen aan het einde van de negentiende eeuw de beschikking kregen over effectieve narcosetechnieken en nieuwe chirurgische methoden.⁸

Ook waren er medici, die ondanks de hoge sterftcijfers, beweerden dat het vrouwelijk geslacht alleen in verloskundige zalen verzekerd kon worden van de 'hulp eens oordeelkundigen vroedmeesters'.⁹ Maar vrouwen waren niet overtuigd. Van hoog tot laag lieten zij zich afschrikken door de slechte kwaliteit van de geneeskundige zorg in de gasthuizen: bedeeden hadden uitgesproken bezwaren tegen de kraamzaal, kleinburgers en arbeiders gingen alleen in nood naar het ziekenhuis, terwijl een ziekenhuisopname voor de welgestelde burgerij geheel was uitgesloten.

Zo had de klinische bevalling, in kraamzalen en in de kraaminrichtingen van de in 1880 en 1882 opgerichte Rijkskweekscholen voor vroedvrouwen,¹⁰ tot de twintigste eeuw in de eerste plaats een functie voor onderzoek en voor onderwijs aan toekomstige verloskundige beroepsgroepen. Van de zwangere vrouwen maakte slechts een heel klein percentage van deze mogelijkheid gebruik - in 1900 vond slechts 1,8% van de bevallingen klinisch plaats. Daarbij ging het vaak om moeders die nergens anders naar toe konden. Zij kregen in het ziekenhuis kost en inwoning en een gratis bevalling. In ruil daarvoor verrichtten ze licht huishoudelijk werk en hielden ze zich beschikbaar voor onderzoek door leerling-artsen en -vroedvrouwen.¹¹

2 De Nederlandse verloskunde wordt uitzonderlijk

De stand van zaken op het gebied van de verloskunde in Nederland leek omstreeks 1900 nog sterk op die in andere Westerse landen. Maar in de eerste helft van de twintigste eeuw begonnen zich daar veranderingen voor te doen, die hier voorlopig uitbleven. Zo was in de Verenigde Staten in 1900 het percentage vrouwen dat hun kinderen in een kliniek ter wereld bracht nog minder dan 5, maar in het begin van deze eeuw en vooral in de jaren twintig en dertig groeide hun aantal bijzonder snel en veranderde hun sociale samenstelling. In 1900 kregen alleen ongetrouwde en onbemiddelde vrouwen hun kinderen in een instelling, in de jaren twintig en later kozen ook vrouwen uit de middenklasse voor een klinische bevalling.¹² Omstreeks 1940 vond de helft van alle bevallingen in de Verenigde Staten in een ziekenhuis plaats - in Nederland was dat pas in 1973 het geval -, in de grote steden gold dat zelfs voor drie kwart van de bevallingen.¹³

In de Verenigde Staten maakte de snelle verbreiding van de ziekenhuisbevalling tussen de twee wereldoorlogen deel uit van een algemener proces van medicalisering van de verloskunde: het werd mogelijk om onder verdoving 'pijnlijk' te bevallen, het aantal medische ingrepen tijdens de geboorte nam toe en vroedvrouwen werden door gynaecologen van hun plaats verdreven. Dit proces kan niet zonder meer worden gezien als uitvloeisel van spectaculaire vernieuwingen in de verloskunde. Wel was nieuw, dat de angst voor infectie door de gang naar het ziekenhuis werd bezworen. Deze angst was tevens een belangrijke drijfveer in het handelen van gynaecologen,

maar de radicale maatregelen die zij in dat verband troffen, blijken achteraf bekeken weinig doelmatig te zijn geweest. Vrouwen werden van top tot teen, van binnen en van buiten gewassen en gespoeld met als antiseptisch bedoelde oplossingen. Deze routinemaatregelen zouden een bevalling in het ziekenhuis veiliger moeten maken dan thuis, maar de bacteriën werden er niet effectief door bestreden en aanwezige infecties werden er zelfs door verspreid. Pas vanaf 1936 begonnen de sterftcijfers van moeders en kinderen snel te dalen.¹⁴ Amerikaanse vrouwen uit de middenklasse toonden zich echter al eerder voorstandsters van een institutionele bevalling. Zij hadden een groot vertrouwen in de mogelijkheden die nieuwe medische verworvenheden hen zouden kunnen bieden. Zo zouden zij door een verdoving kinderen kunnen krijgen zonder te hoeven lijden. Een aantal van hen ging in 1914 voor een pijnloze bevalling naar Freiburg, waar ze in tegenstelling tot in de Verenigde Staten toen al een narcose konden krijgen. Eenmaal teruggekeerd begonnen ze een campagne om Amerikaanse vrouwen van de barenspijn te bevrijden. Ze richtten een speciale kraamkliniek op, kregen een eigen vereniging en een krant, en probeerden ziekenhuizen tot de invoering van de verdoving te bewegen - artsen zouden zich wat minder onverschillig tegenover het lijden van vrouwen moeten opstellen.¹⁵

In Engeland voltrok zich wat later een langzamer ontwikkeling met een andere achtergrond. In 1927 kreeg 15% van de vrouwen hun kind in een instelling, in 1932 24% - een stijging die destijds werd toegeschreven aan de goede kwaliteit van de klinieken en aan het verdwijnen van het stigma van armoede dat er tot dan toe aan kleefde. Het was echter vooral na de Tweede Wereldoorlog dat de thuisbevalling in snel tempo werd verdrongen - in 1954 was het percentage klinische bevallingen 63,7, in 1963 68,2, in 1972 91,4. Ann Oakley brengt deze naoorlogse toename in verband met de verregaande vorm van moederschapszorg die tijdens de oorlog door de overheid werd georganiseerd. Uit vrees voor de ontwrichting van het gewone leven - door de bombardementen die onderdeel waren van de moderne oorlogsvoering, door de afwezigheid van echtgenoten en vaders, en door het buitenshuis werken van moeders - werden overheidsmaatregelen getroffen die op een ongekeerde manier ingrepen in de gezondheid en het welzijn van de bevolking. Eén van deze maatregelen was de evacuatie van kwetsbare groepen, zoals zwangere vrouwen. Ze werden gehuisvest bij particulieren, maar voor hun bevalling werden institu-

tionele, soms enigszins geïmproviseerde, voorzieningen getroffen. De Engelse bevolking maakte daardoor min of meer gedwongen kennis met het buitenshuis bevallen. Ondanks organisatorische fouten en misrekeningen had deze vorm van moederschapzorg volgens Oakley toch een 'opvoedende' werking, en werd zo de weg vrij gemaakt voor de latere verbreiding van de klinische bevalling.¹⁶

In Nederland duurde het tot in de jaren zestig, dat zich grote verschuivingen in de plaats van bevalling voordeden. Nog later werd de verloskunde een onderwerp van verwoede algemene discussie, waarin zowel ouders als professionelen en overheidsfunctionarissen zich lieten horen. Nieuw was het feministisch geluid in dit debat. Tot die tijd hadden radicale vrouwen hier minder dan in de Verenigde Staten oog gehad voor de bevrijdende kanten van vernieuwingen op het gebied van seksualiteit en moederschap. De eerste feministen benadrukten vooral de gelijke rechten van vrouwen en mannen, zoals bijvoorbeeld blijkt uit het manifest van de in 1889 opgerichte 'Vrije Vrouwenvereniging'.¹⁷ Zij concentreerden zich zo sterk op de hervorming van het kiesrecht, dat zij openlijke bespreking van het neomalthusianisme taboe verklaarden, uit angst de beweging te verzwakken.¹⁸ Dit betekende dat vrouwen door de verkrijging van het kiesrecht in 1919 één van hun belangrijkste bindende strijdpunten verloren. De strijd om het kiesrecht had bezielend gewerkt, maar dat gold niet voor het kiesrecht zelf, dat hen weinig zichtbare verandering opleverde. De dood van Aletta Jacobs in 1929 vormde voor het feminisme dan ook 'het droeve eind van een roemrucht tijdperk'.¹⁹

In tegenstelling tot de Amerikaanse voorstandsters van pijnloos bevallen, toonden Nederlandse vrouwen zich, zeker vóór de Tweede Wereldoorlog, geen pleitbezorgsters van een ziekenhuisbevalling. Zij zagen deze niet als vooruitgang, als een verbetering van het lot van vrouwen. Voor zover zij zich over kinderen krijgen lieten horen, was bezorgdheid om de gezondheid van kleine baby's een belangrijker motief dan het lot van de moeders.²⁰ Zo ijverden Sociaal-Democratische vrouwen wél voor een daling van de zuigelingensterfte - een sterfte die overigens lager was dan in de ons omringende landen²¹ - maar daarbij dachten ze niet aan een ziekenhuisbevalling. Ze streefden naar een verbetering van de moederschapzorg, in het bijzonder voor arbeidersvrouwen, en richtten zich vooral op veranderingen in de zorg voor kleine baby's.²²

Al werd een ziekenhuisbevalling in de periode tussen de twee wereldoorlogen in Nederland nog niet als iets nastrevenswaardigs gezien, wel vond in deze periode een uitbreiding en schaalvergroting van ziekenhuizen plaats.²³ Ziekenhuizen waren al in de laatste decennia van de negentiende eeuw méér geworden dan instellingen ten behoeve van de armenzorg. Vooruitgang in de natuurwetenschap hield ook een belofte in voor de mogelijkheden van medische behandeling. Een bredere sociale groep kreeg daardoor oog voor de nieuwe voordelen van een ziekenhuisverblijf. Dit werd nog gestimuleerd door de oprichting van particuliere ziekenhuizen, waarin bij de behandeling en verpleging rekening werd gehouden met de omgangsvormen en gedragsstandaarden van meer gegoede patiënten.²⁴ De verpleging werd een beroep voor meisjes van goede komaf, die een gedegen opleiding moesten volgen; ziekenhuizen werden zodanig gebouwd dat voor de patiënten in de betere klassen privacy gewaarborgd was.²⁵

Terwijl ziekenhuizen tot omstreeks 1850 nog voornamelijk een kwestie van armenzorg waren, werd een ziekenhuisverblijf daarna steeds meer een voorrecht voor mensen met geld. Het gros van de Nederlanders kon dat in het begin van de twintigste eeuw niet betalen. Weliswaar steeg het percentage van de bevolking dat bij een ziekenfonds was aangesloten van 10 in 1900 tot 40 in 1940, maar slechts de helft van deze leden was verzekerd tegen de kosten van behandeling en verpleging in een ziekenhuis. Dit veranderde met de invoering van de verplichte ziekenfondsverzekering ten tijde van de Duitse bezetting, in 1941. Van toen af aan werden een verblijf in het ziekenhuis en medisch specialistische hulp vergoed. Het percentage ziekenfondsleden steeg in een snel tempo tot boven de 60 en bereikte in 1950 de huidige omvang van omstreeks de 70. In samenhang met deze ontwikkeling maakten de ziekenhuizen in Nederland na 1940 een versnelde groei door.²⁶

Ook op het gebied van de verloskunde wordt dit proces zichtbaar - zij het in een iets trager tempo dan bij de algemene 'hospitalisering' het geval was. Helaas zijn er weinig gegevens over de toename van de klinische bevalling vóór 1952, maar in 1952 is het percentage klinische bevallingen 22,1 en dat loopt gestaag op tot 31,4 in 1965.²⁷ Ook de gynaecologen groeien in aantal, maar deze groei houdt geen gelijke tred met de gemiddelde toename van het aantal gespecialiseerde artsen.²⁸

Pas halverwege de jaren zestig doet zich een versnelling van de groei van de ziekenhuisbevalling voor. De bevalling met een kort

ziekenhuisverblijf wordt in Nederland geïntroduceerd en raakt hier in korte tijd ingeburgerd. Bij deze zogenaamde poliklinische bevalling mogen vrouwen, als alles goed is gegaan, al na een paar uur weer naar huis;²⁹ daarna kunnen ze gebruik maken van de in Nederland goed geregelde kraamzorg.³⁰ Steeds meer vrouwen bij wie de zwangerschap normaal was verlopen, kozen voor deze nieuwe manier om hun kinderen ter wereld te brengen. Een kort ziekenhuisverblijf bood hen in hun ogen zowel de veiligheid van het ziekenhuis als de gezelligheid van een kraamtijd thuis. Tussen 1965 en 1982 werd het percentage institutionele bevallingen meer dan twee keer zo groot - van 31,5 in 1965 tot 65,5 in 1981. Vooral poliklinische bevallingen namen toe, terwijl thuisbevallingen evenals bevallingen met een langer verblijf in het ziekenhuis afnamen. Vanaf 1978 schommelt het percentage ziekenhuisbevallingen rondom de 64 en is er zelfs sprake van een heel lichte groei van de thuisbevalling (zie tabel).

geborenen naar plaats van geboorte

	thuis %	in ziekenhuis	poliklinisch of kliniek
1952	77,9	22,1	
1955	76,1	23,9	
1960	72,6	27,4	
1965	68,5	31,5	
1970	57,3	42,7	2,5
1975	44,4	55,6	8,6
1980	35,4	64,6	22,7
1983	35,1	64,9	36,0
1985	36,6	63,4	

(*Tachtig jaren statistiek in tijdreeksen 1899-1979*. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1979, p. 32; A. de Campos Cardoso, 'Geborenen naar aard verloskundige hulp en plaats van geboorte, 1985', *Maandbericht gezondheidsstatistiek* (CBS), 1987/2, p. 56; Hessing-Wagner, op. cit. p. 19).

Door deze snelle veranderingen werd de plaats van bevalling in de jaren zeventig een belangrijk strijdpunt tussen de verschillende verloskundige beroepsgroepen.³¹ De posities die zij ten opzichte van

elkaar innamen werden erdoor verschoven en hun onderlinge taakverdeling stond op het spel. Deze verschuivingen gingen met grote spanningen gepaard, die nog verhevigd werden door de gelijktijdige vermindering van het aantal geboorten en de groei van het aantal professionele beroepsbeoefenaars dat bij deze geboorten kon assisteren.³² De rol van gynaecologen won sterk aan belang,³³ al verloren zij hun monopoliepositie in het ziekenhuis: het werd vroedvrouwen en huisartsen toegestaan om ook daar bij normale bevallingen te assisteren.³⁴

Met de strijd om de plaats van de bevalling werd ook de selectie van vrouwen die op medisch advies naar het ziekenhuis worden verwezen een twistpunt. Het formeel vaststellen van de zogenaamde medische indicatie is in handen van de gynaecoloog, die daarmee de omstreden scheidslijn trekt tussen de 'normale' en de 'pathologische' bevalling. De laatste vijftien jaar is het aantal medische indicaties sterk gestegen,³⁵ hetgeen de vraag doet rijzen of deze stijging uit medisch oogpunt noodzakelijk is. De groei zou aan vooruitgang in de medische wetenschap en aan een verbeterde selectie kunnen worden toegeschreven,³⁶ maar ook aan andere ontwikkelingen: de stijging van de leeftijd waarop vrouwen hun eerste kind krijgen, de kleinere gezinnen waardoor het aantal eerstgeborenen relatief toeneemt, omstandigheden die voor moeder en kind een groter risico inhouden; de neiging van vrouwen om ook bij normale geboorten voor het ziekenhuis te kiezen, waardoor ze als ze daar eenmaal zijn een grotere kans lopen om alsnog een medische indicatie te krijgen.³⁷ Ook kan het aantal vrouwen met een medische indicatie zijn toegenomen, omdat daarmee financiële belangen gemoeid zijn: voor een zwangere vrouw levert een indicatie een volledige vergoeding van ziekenfonds en particuliere verzekering op, voor de gynaecoloog betekent een bevalling met een medisch risico werk.³⁸

3 Ontwikkelingen in de plaats van bevalling nader bekeken: de Nederlandse verloskunde en het Nederlandse gezin

In de groei van het aantal ziekenhuisbevallingen in Nederland zijn drie perioden te onderscheiden: tot 1965 een gestage toename, tussen 1965 en 1982 een versnelde toename en sindsdien een min of meer gelijk blijven rondom een percentage van 64 - hetgeen nog steeds veel lager is dan in de omringende landen. Voor de trage groei

en het uitzonderlijk hoge aantal thuisgeboorten zijn verschillende verklaringen gegeven, al dan niet in combinatie met elkaar: Nederland is klein en het wegnnet is zo goed dat iedere vrouw binnen een uur naar een ziekenhuis kan worden gebracht;³⁹ Nederland heeft een bijzondere verloskundige organisatie met zelfstandig werkzame vroedvrouwen van goede kwaliteit, met een goede selectie voor opname in het ziekenhuis en met een goede kraamzorg; het Nederlandse gezin of het Nederlandse volk heeft bepaalde trekken, die een tijd lang de groei van de ziekenhuisbevalling hebben tegengehouden.

In de onderstaande paragrafen wordt eerst ingegaan op de verhouding tussen de verloskunde in Nederland en in andere Westerse landen. Veranderingen in de Nederlandse verloskunde zijn beter te begrijpen wanneer ze in verband worden gebracht met concurrentie tussen verloskundige beroepsgroepen uit verschillende landen. Daarna wordt gekeken of er misschien een verband bestaat tussen aan de ene kant bepaalde gezinsverhoudingen en aan de andere kant de langzame groei van de ziekenhuisbevalling en het hoge percentage thuisbevallingen.

3.1 De Nederlandse verloskunde in internationaal verband

Na de Tweede Wereldoorlog richtten Nederlandse verloskundige beroepsgroepen zich nog sterker dan voorheen op ontwikkelingen in de geneeskunde in andere landen. Zij gingen zich meer oriënteren op buitenlandse vakgenoten. Zo werden de debatten over de plaats van bevalling, die de afgelopen decennia zijn gevoerd, sterk beïnvloed door wat zich in andere landen op verloskundig gebied voordeed. Zowel voor- als tegenstanders van de ziekenhuisbevalling beriepen zich op ervaringen in het buitenland. Deze ervaringen werkten eerst vooral in het voordeel van gynaecologen die bevallingen zoveel mogelijk onder medisch toezicht wilden brengen en die andere Westerse landen als voorbeeld zagen. Maar de laatste tien jaar zijn het juist vroedvrouwen geweest, die veel steun ondervonden uit het buitenland. Hun zelfstandigheid is in de Westerse wereld uniek geworden en trekt daarom veel belangstelling. Deze - meest positieve - aandacht heeft hun positie ten opzichte van Nederlandse gynaecologen wat sterker gemaakt.

Tot in de jaren zestig en een eind in de jaren zeventig is er bij artsen

een positieve stemming over de Nederlandse verloskunde waar te nemen. In het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* wordt op een optimistische manier over dit onderwerp geschreven. De Nederlandse verloskunde is in deze periode geen onderwerp van grote zorgen. Al acht men het voor de vooruitgang noodzakelijk om het vak verder te ontwikkelene en al constateert men in sommige opzichten een medische achterstand op de buurlanden, toch is de algemene stemming dat het goed gaat.

Door verbeteringen van de verloskundige resultaten in het buitenland wordt deze stemming heel geleidelijk ondermijnd. Tot 1955 waren de Nederlandse perinatale sterftcijfers de laagste ter wereld. Nederland wordt dan van de eerste plaats verdrongen, maar het verlies van deze eervolle positie trok in medische kringen nog niet veel aandacht. Sindsdien bleven de sterftcijfers dalen, maar langzamer dan in andere Westerse landen.⁴⁰ Daarnaast vond de (poli)klinische bevalling in snel tempo ingang, een ontwikkeling waardoor de verloskundige wereld werd overvallen en waarop zij slechts langzaam reageerde.

Een enkeling, zoals de gynaecoloog Kloosterman, toonde zich al vroeg bezorgd. In 1966 had hij al oog voor de problemen die op dat moment voor de Nederlandse verloskunde in het verschieft lagen. Hij was vooral bevreesd voor het verdwijnen van de thuisbevalling en voor een verzwakking van de positie van vroedvrouwen. In zijn artikel klinkt een wedstrijdelement door, dat in de jaren daarna steeds sterker zal worden.

Wij behoren weliswaar nog tot de kopgroep, maar wij hebben onze voorsprong op verloskundig terrein, afgemeten aan de perinatale en de maternale sterfte, verloren ..., wij hebben de erepalm moeten afstaan.

Zijn bezorgdheid was vooral ingegeven voor het feit dat juist de 'koplopers' voor de ziekenhuisbevalling hadden gekozen. Hij vroeg zich af of 'wij onze leidende positie weer konden heroveren' met behoud van het Nederlandse verloskundige systeem, of dat wij daarvoor het buitenlandse voorbeeld zouden moeten volgen.⁴¹ Deze vraag blijft de gemoederen sindsdien bezig houden. Waar het eerst voor zich sprak dat de goede verloskundige resultaten moesten worden toegeschreven aan de specifiek Nederlandse verloskundige verhoudingen, vroegen gynaecologen zich nu af of deze karakteristieken juist een snellere daling van sterftcijfers in de weg stonden. Liet Nederland zich

misschien voorstaan op een achterhaalde positie?

Een deel van de discussie in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* richtte zich op de methodologische problemen van deze concurrentieslag tussen gynaecologen uit verschillende landen. De auteurs wezen er om te beginnen op dat de statistische gegevens uit verschillende landen zich moeilijk laten vergelijken.⁴² Daarnaast vroegen zij zich af of de perinatale en maternale sterfte wel geschikte criteria waren om de kwaliteit van de verloskundige zorg te beoordelen. Deze sterftecijfers worden immers door zeer uiteenlopende factoren beïnvloed: de economische welstand in een land, de huisvesting, de kwaliteit van de sociale zekerheid, de leeftijd waarop vrouwen een eerste kind krijgen, hun gemiddelde totale aantal kinderen, de beschikbaarheid van anti-conceptiemiddelen, de mogelijkheid om zich te laten steriliseren of aborteren.

Artsen hebben op deze factoren weinig invloed. Het is dan ook een ongelijke strijd waarin zij zich begeven: de onbetrouwbaarheid van de cijfers en de economische, politieke en culturele verschillen tussen landen bemoeilijken een vergelijking van hun prestaties in hoge mate. Uit het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* blijkt dat zij zich hiervan ten volle bewust zijn, maar dat weerhoudt hen er niet van zichzelf als concurrenten van hun buitenlandse collega's te beschouwen. In pleidooien voor de ziekenhuisbevalling staan stevast verwijzingen naar de gunstige verloskundige resultaten in andere landen met een hogere hospitalisatiegraad. Ook tonen sommige artsen zich gevoelig voor het oordeel van buitenlandse collega's, zeker als deze de Nederlandse verloskundige situatie beschouwen als een antiek curiosum, dat in de moderne tijd nodig afgeschaft zou moeten worden.

Een deel van de discussies over de plaats van bevalling gaat over de vraag of gestreefd zou moeten worden naar meer poliklinische bevallingen. Cijfers uit het buitenland lieten zien dat de verloskunde hier verbeterd kon worden - bood het ziekenhuis daarvoor de beste mogelijkheden? Deze vraag klemde des te meer omdat Nederlandse cijfers lieten zien dat de thuisgeboorte niet langer een vanzelfsprekendheid was en dat steeds meer zwangere vrouwen de voorkeur aan het ziekenhuis gaven. Voor artsen en overheid was dit alles aanleiding om de merites van de poliklinische bevalling op meer systematische wijze te evalueren. Dat gebeurde onder andere in een onderzoek in het Experimenteel Verloskundig Centrum te Wormerveer, waarmee in 1970 werd begonnen en waarin werd nagegaan of poliklinische

bevallingen 'uit medisch-verloskundig en uit organisationeel oogpunt verantwoord' waren.⁴³

Het optreden van de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid, Kruisinga, bij het opzetten van dit gesubsidieerde experiment, is illustratief voor de houding van veel betrokkenen. Kruisinga gaf zijn steun, maar maakte tegelijkertijd het voorbehoud dat in geval van normaal verlopende zwangerschappen en geboorten thuisbevallingen met een deskundige kraamzorg zijn voorkeur hadden.⁴⁴ Daarmee verwoordde hij een ambivalentie die bij velen leefde: aan de ene kant zag men het Nederlandse verloskundige systeem als uniek en als de moeite waard om te behouden; aan de andere kant voelde men zich genoodzaakt - door verloskundige ontwikkelingen in het buitenland en door verschuivingen in de plaats van bevalling in Nederland - tot het nader overdenken van het eigen handelen.

Na een roerige periode laat het zich nu aanzien dat het percentage ziekenhuisbevallingen nog maar weinig verandert; de strijd tussen gynaecologen, verloskundigen en huisartsen lijkt - althans voorlopig - enigszins geluwd of op zijn minst van karakter veranderd, onder meer door de recente adviezen van 'De Adviescommissie Verloskunde' en 'De Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst'. Voor deze commissies is het bestaansrecht van de normale thuisbevalling buiten kijf - waarbij economische bezuiniging slechts één van de overwegingen is. Hun adviezen gaan uit van een besef dat alleen gerichte maatregelen deze vorm van bevallen veilig kunnen stellen.⁴⁵

Ook deze recente ontwikkeling, een overheidsbeleid gericht op het behoud van het kenmerkende van de Nederlandse verloskunde, kan beter worden begrepen in een internationaal verband. Met de verdergaande medicalisering in het buitenland werd Nederland interessant als vergelijkingspunt en kreeg de Nederlandse verloskunde een model-functie voor andere landen. Vroedvrouwen spelen daarbij een belangrijke rol - Nederlandse vroedvrouwen gaan in het buitenland uitleggen hoe het hier toegaat, terwijl hun collega's uit andere landen zich hier komen oriënteren. In de periode dat de thuisbevalling ernstig werd bedreigd en vooral toen de toestand zich begon te stabiliseren werd deze beroepsgroep mondiger. Buitenlandse vroedvrouwen oordelen positief over de Nederlandse verloskunde: als enig land met goede en gedifferentieerde voorzieningen voor normale én pathologische bevallingen zou Nederland wel eens op andere landen vóór kunnen lopen.

De groei van de poliklinische bevalling heeft vooral het aandeel van gynaecologen aan de verloskundige hulp sterk vergroot, ten koste van dat van huisartsen; het aandeel van vroedvrouwen is echter nauwelijks beïnvloed. Zij nemen in Nederland een betrekkelijk krachtige positie in, met een lange geschiedenis. Al had de vroedvrouw lange tijd een lage sociale status⁴⁶ - en wordt zij voor prenatale en natale zorg nog steeds minder betaald dan huisartsen -, toch werd haar bestaan als autonome hulpverlener in Nederland wel erkend. Anders dan in andere landen was er steeds een groep vroedmeesters en later gynaecologen, die een positieve, beschermende houding tegenover hen innamen. Aan het einde van de negentiende eeuw bepleitte een aantal gynaecologen zelfs verbeteringen in de selectie en in de opleiding van vroedvrouwen, terwijl zij hun ook een eigen vakblad toewensten; zij verzetten zich tegen een concurrentie tussen vroedvrouwen en geneeskundigen.⁴⁷

In de gezondheidswetten van 1865 werd bepaald dat vroedvrouwen bij een normale bevalling hulp mochten bieden, en een twintig jaar later kwamen er speciale beroepsopleidingen. Het curriculum daarvan werd in de loop van tijd uitgebreid en hun bevoegdheden werden ettelijke malen aangepast aan de nieuwste stand van zaken op het gebied van de geneeskunde. Zo werden zij gekwalificeerd tot het verlenen van prenatale zorg en tot het verrichten van bepaalde nauw omschreven medische behandelingen. Daarnaast kregen ze in 1941 het monopolie op de 'Ziekenfondsbevalling', hetgeen er op neer komt dat leden van het ziekenfonds bij een normale bevalling niet vrij zijn te kiezen tussen een huisarts en een vroedvrouw - ze zijn verplicht zich door een vroedvrouw te laten assisteren.

Tot op de dag van vandaag weten Nederlandse vroedvrouwen zich gesteund door een deel van de gynaecologen,⁴⁸ een steun die bijzonder belangrijk is geweest in de periode dat de thuisbevalling hier door de snelle daling gevaar ging lopen. Daarnaast hadden zij het geluk dat zich juist in deze periode verschillende ontwikkelingen in hun voordeel hebben voorgedaan. Hun arbeidskracht was goedkoper dan die van gynaecologen, waardoor een ondersteuning van hun positie goed paste in het bezuinigingsstreven van de laatste tien jaar (zie bijvoorbeeld noot 46). Ook hebben verschillende sociale bewegingen met een internationaal karakter een positieve werking gehad op de positie van Nederlandse vroedvrouwen.

Allereerst kreeg het vroedvrouwenberoep door feministische invloed een nieuw elan. In de visie van feministen pleitte het voor het

beroep, dat het vooral door vrouwen werd beoefend. Vrouwen zouden dichter bij de zwangere vrouw staan en eerder dan gynaecologen in staat zijn op een natuurlijke en geduldige manier hulp te bieden.⁴⁹ Het optreden van de Nederlandse vroedvrouwen, met hun zelfstandige taakopvatting en hun voorkeur voor de thuisbevalling, benaderde dat ideaal. Voor buitenlandse feministen fungeren zij als een voorbeeld, zeker in landen waar vroedvrouwen een grimmige strijd om hun bestaansrecht en autonomie moeten voeren.⁵⁰

Daarnaast is de positie van verloskundigen versterkt door een groeiende vrees voor verdergaande medicalisering.⁵¹ Dit tanen van het vertrouwen in de medische wetenschap manifesteert zich onder meer in een streven de minder gespecialiseerde gezondheidszorg krachtiger te maken. Vanuit een dergelijke houding⁵² kiezen mensen eerder voor een 'natuurlijke' manier van bevallen, namelijk thuis en geholpen door een vroedvrouw.

Door deze ontwikkelingen is het zelfbewustzijn van vroedvrouwen gegroeid en is de belangstelling voor hun beroep groter geworden. Ondanks de zware belasting, het dag en nacht klaar moeten staan, kreeg het beroep een nieuwe aantrekkingskracht: de laatste tien jaar heeft de toeloop naar de opleidingen het aantal daar beschikbare plaatsen overtroffen.

Deze veranderingen in het aanzien van vroedvrouwen laten zich illustreren door een vergelijking van hun optreden in 1976 en nu. In 1976 komt de Nederlandse Organisatie van Verloskundigen - een samenvoeging van De Bond van Nederlandse Vroedvrouwen en de Nederlandse R.K. Vereniging van Vroedvrouwen - voor de eerste maal in Algemene Vergadering bijeen. In de openingsrede schetst de voorzitter haar bezorgdheid over de beknelde positie waarin verloskundigen terecht zijn gekomen. Verloskundigen zullen zich moeten verdedigen, zullen in hun wijze van werken moeten laten zien dat zij onmisbaar zijn; zij zullen zich zowel binnen als buiten het ziekenhuis moeten inzetten en zullen bereid moeten zijn zich na te scholen.⁵³ In de toon van dit betoog klinkt een mengeling door van positieve belangenbehartiging en verongelijkte verdediging - een benadering die heel anders is dan de principiële stellingname van de werkgroep 'verloskunde '78'. Deze groep jonge verloskundigen heeft veel van zich doen spreken en hun manier van denken en optreden heeft de laatste jaren in een brede kring van vroedvrouwen aanhang gevonden. Zij pleiten voor het behoud van het Nederlandse verloskundige systeem, waarin zwangerschap en geboorte 'natuurlijke' gebeurtenis-

sen zijn en een normale bevalling thuis en onder leiding van een verloskundige kan plaatsvinden. Ze wijzen op de lage kosten, maar vooral op de 'mentale winst' van deze verloskundige zorg. Ze zien het Nederlandse systeem als een 'kulturele verworvenheid' en dragen hun ideeën op verschillende internationale congressen uit - onder meer in Londen (1981, 1982), Milaan (1985), Turijn (1985) en Amsterdam (1982, 1983).⁵⁴

Hun actieve stellingname betekende voor de vroedvrouwen een grote verandering: meer dan voorheen raakten zij als beroepsgroep op de buitenwereld betrokken. Twintig jaar geleden wekten zij zeker vertrouwen, maar zij mengden zich nauwelijks in de debatten over het vak, waren meer in zichzelf gekeerd en hun horizon reikte zelden verder dan de Nederlandse grenzen. Nu vinden hun opvattingen weerklank bij een internationaal publiek. Zo sluiten hun ideeën aan bij die van de World Health Organization, die bevreesd is voor een 'overgebruik' van geavanceerde medische technologie.⁵⁵ Ook voor de WHO staat Nederland model voor een verloskundige organisatie, waarin lage perinatale sterftcijfers samengaan met een sterke eerstelijns zorg van vroedvrouwen en kraamverzorgsters, met de mogelijkheid om thuis te bevallen en met een laag percentage medische ingrepen.

Zo wordt de Nederlandse verloskunde op dit moment door een breed buitenlands publiek nauwlettend gadeslagen. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het speciale nummer over de plaats van de bevalling, uitgegeven door de *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* in 1986 (vol. 93). In dit nummer wordt veel aandacht gegeven aan Nederlands onderzoek, onder meer naar een mogelijk verband tussen de plaats van bevalling en de perinatale sterftcijfers. Dergelijk vergelijkend onderzoek kan op dit moment alleen nog hier worden verricht. Juist de combinatie van goede traditionele en geavanceerde verloskunde maakt Nederland voor buitenlanders interessant.

3.2 *Veranderingen in het gezin en in de plaats van bevalling*

Uit de vorige paragrafen is duidelijk geworden dat de opkomst en groei van de ziekenhuisbevalling verschillende achtergronden heeft gehad. In de allereerste begintijd waren institutionele bevallingen een bestaansvoorwaarde voor klinisch onderwijs en onderzoek in de verloskunde. Daarin lag gedurende de negentiende eeuw hun be-

langrijkste functie. Artsen en vroedvrouwen waren ermee gediend en dat gold ook voor de onbemiddelde, vaak ongehuwde, zwangere vrouwen die in kraamzalen onderdak en behandeling kregen. In de twintigste eeuw is dit beeld grondig veranderd. Klinische bevallingen behielden hun plaats in het academisch onderzoek en in de opleiding van toekomstige verloskundige beroepsgroepen. Maar door de verbeterde geneeskundige zorg en de vergroting van de behandelingsmogelijkheden verloren ziekenhuizen het stigma van armenzorg. Voor veel ouders werd een klinische bevalling zelfs aantrekkelijk, te verkiezen boven de thuisgeboorte, die door hen als onveiliger werd ervaren.

Uit een onderzoek in 1970 blijkt dat mensen toen eerder in een ziekenhuis terecht kwamen als zij tot hogere sociale lagen behoorden en een hoger inkomen hadden.⁵⁶ Vrouwen waren eerst alleen verzekerd voor een ziekenhuisbevalling op medische indicatie,⁵⁷ maar de groei van de poliklinische bevalling was aanleiding om daarin enige verandering te brengen. Op advies van de Ziekenfondsraad werd ook de normale poliklinische bevalling in de ziekenfondsverzekering opgenomen, mits de verloskundige hulp in handen van een vroedvrouw was. Op deze manier wilde men tegemoet komen aan een 'toenevende behoefte aan deze mogelijkheid van verloskundige hulp'.⁵⁸ De keuze voor de plaats van bevalling kwam lossers te staan van de financiële armslag van mensen.

Toch is de gang naar het ziekenhuis na 1980 niet toegenomen. Kennelijk spelen ook andere factoren dan geld en de kwaliteit van de medische zorg een rol. Zo blijken er in Nederland grote verschillen in de plaats van bevalling te bestaan tussen verschillende immigrantengroepen en de autochtone Nederlandse bevolking en tussen deze groeperingen onderling. In het algemeen komen de niet-Nederlandse moeders in verhouding vaker in een ziekenhuis terecht dan de Nederlandse vrouwen,⁵⁹ hetgeen ondermeer kan samenhangen met bepaalde, soms klassegebonden, risico's, een slechte behuizing of een druk huisgezin.⁶⁰ Maar een grote stad als Amsterdam laat een nog gecompliceerder patroon zien. Daar bevielen in 1985 bijna alle zwangere vrouwen van Surinaamse oorsprong (poli)klinisch, terwijl dat voor 83% van de Nederlandse vrouwen gold en voor 55% van de vrouwen, afkomstig uit Turkije en Marokko.⁶¹

Al is de keuze voor het ziekenhuis aan een reeks van factoren gebonden, wel kan in het algemeen gezegd worden dat de groei van de klinische geboorte als een grootsteeds verschijnsel is te kenschet-

sen. Of je nu kijkt naar de Verenigde Staten, naar Engeland of naar Nederland, steeds zijn opmerkelijke verschillen te constateren in de plaats van de bevalling tussen grote steden en op het platteland. In Nederland beviel in 1965 21% van de vrouwen uit plaatsen van minder dan 5000 inwoners in een ziekenhuis, tegenover 53% uit steden groter dan 500.000.⁶² In 1979 vond in dorpen met minder dan 5000 inwoners 53,1% van de geboorten plaats in een instelling, terwijl dat percentage in plaatsen met meer dan 100.000 inwoners 82 was.⁶³ In Amsterdam werden in 1939 44% van de kinderen in een ziekenhuis geboren, in 1965 59% en in 1975 omstreeks 84%.⁶⁴

Bevallen in het ziekenhuis werd op grotere schaal pas mogelijk bij een zekere mate van welvaart. Het is een manier om kinderen te krijgen, die past bij een gezinstype, dat nogal los staat van wijdere familieverbanden,⁶⁵ waarin de continuïteit tussen de generaties is doorbroken. Een uitspraak als: 'mijn moeder kreeg haar kinderen in dit bed, mijn grootmoeder kreeg ze daar en ik zal daar ook bevallen', zal niet snel meer gedaan worden.⁶⁶

De verplaatsing van geboorten naar professionele instellingen maakt deel uit van een bredere, gecompliceerde ontwikkeling. Dergelijke emotionele lichamelijke gebeurtenissen hebben, in het kader van het Europese civiliseringsproces, vanaf de Middeleeuwen een meer besloten karakter gekregen.⁶⁷ Aan de ene kant heeft deze verandering in houding zijn weerslag gevonden in de opkomst van het, onder andere door Edward Shorter beschreven, moderne nucleaire gezinstype, dat tijdens de industrialisatie is ontstaan. Aan de andere kant hield deze ontwikkeling in, dat deze op zichzelf betrokken gezinnen ook bij intieme gebeurtenissen en problemen vaker gebruik gingen maken van professionele hulpverleners en instellingen.

De waarnemingen van Philippe Ariès sluiten hierbij aan. Hij merkt in zijn studie over de dood op dat zich tussen 1939 en 1950 een duidelijke versnelling heeft voorgedaan in het achter de coulissen brengen van het doodgaan. Stervenden werden op het traditionele sterfbed omringd door een groot gezelschap van verwanten, vrienden en burens; vanaf het begin van de achttiende eeuw waren alleen nog de nabije familieleden, de dokter en de priester aanwezig; en tegenwoordig sterven mensen veelal in een instelling en alleen of met enkele intimi.⁶⁸ Bij geboorten is een vergelijkbare ontwikkeling waar te nemen. Ook daar is de bevalling tegenwoordig een besloten aangelegenheid, voor een kleine kring van gezinsleden en andere vertrouw-

den, in toenemende mate in een institutionele omgeving en onder leiding van medische beroepsbeoefenaars.⁶⁹

En iets vergelijkbaars geldt voor zieken: in geïndustrialiseerde samenlevingen worden zij buiten familieverband behandeld en verpleegd. In een artikel uit 1958 legden ook Parsons en Fox een verband tussen dit verschijnsel en het specifieke karakter van het moderne stedelijke gezin, zoals dat toen in de Verenigde Staten dominant was; aan technologische ontwikkelingen in de geneeskunde hechtten zij in dat verband minder waarde.⁷⁰

Zo redenerend zou je in een land als Nederland - geïndustrialiseerd en met het moderne nucleaire gezin als belangrijkste samenlevingsvorm - verwachten, dat geboorten in een professionele instelling zouden plaats vinden. Maar zoals aangegeven verschilt Nederland in dat opzicht van andere geïndustrialiseerde landen. Al is de internationale tendens in de richting van de ziekenhuisbevalling hier vooral de laatste twee decennia wel waar te nemen, toch krijgt een derde van de vrouwen hun kind thuis. Als je uitgaat van een verband tussen veranderingen in het gezin en in de plaats van bevalling doet zich de vraag voor of er, in vergelijking met andere geïndustrialiseerde landen, iets bijzonders aan de hand is met de Nederlandse gezinsverhoudingen en het Nederlandse gezinsleven.

Dit is een gedachte die al lange tijd en in zeer uiteenlopende publicaties is aan te treffen. Institutionele bevallingen zouden niet goed in de Nederlandse samenleving passen. Al in 1826 noemde het Rotterdamse stadsbestuur het 'nationaal karakter' strijdig met de invoering van kraamzalen. Vrouwen 'van welke geringe volksklasse zij ook zouden mogen wezen' zouden zich niet lichtelijk onderwerpen 'aan eene geheele afscheiding van alle hare betrekkingen'. Met huivering dacht het stadsbestuur aan 'het pijnlijk gevoel der lijderessen, zij moge dan zoo laag mogelijk gevallen zijn, om te midden harer smarten en barensood tot voorwerp van onderwijs van jonge lieden te moeten strekken en daardoor het oogenblik harer verlossing vertraagd en uitgerekt te zien'.⁷¹

De gedachte dat een institutionele bevalling ongeschikt zou zijn voor het Nederlandse 'nationaal karakter' duikt ook nu nog herhaaldelijk op. In 1966 beschreef Kloosterman dat karakter als 'huiselijk, sober, wars van uiterlijk vertoon, niet bang voor wat pijn en ongemak en zuinig'. Een verloskundig systeem als het Nederlandse, waarbij de normale bevalling thuis onder leiding van vroedvrouw of huisarts

plaats vindt en de pathologische bevalling in het ziekenhuis onder leiding van een gynaecoloog, zou het meest horen 'bij het huiselijke karakter van onze bevolking en de traditionele neiging tot bevallen aan huis'. En Rottinghuis citeert in een artikel over 'de verloskunde nu en in de toekomst' een publikatie uit 1947 waarin gesteld wordt dat 'de baring een gezinsgebeuren is en ook in het gezin, waaraan Nederland zulk een waarde hecht, moet geschieden'.⁷²

Bovenstaande schrijvers werken hun opmerkingen niet verder uit, maar uit andere bronnen blijkt dat zij wel eens op een belangrijk spoor zouden kunnen zitten, zeker als zij zich beperken tot het suggereren van een verband tussen de gezinsverhoudingen en de plaats van bevalling. Of een huiselijk gezinsleven inderdaad kenmerkend is voor de Nederlandse samenleving en de geschiedenis daarvan, of het Nederlandse gezin daarin verschilt van dat in vergelijkbare landen, of het een andere geschiedenis heeft gehad dan het moderne gezin zoals door Shorter beschreven, is onderzocht door Donald Haks. Net als Shorter vindt hij het plausibel, dat er een verband heeft bestaan tussen de opkomst van een markteconomie en het conjugale gezin, maar hij dateert het marktkapitalisme voor Holland vroeger dan Shorter dat voor de door hem bestudeerde landen deed. Al in de zestiende eeuw was Holland sterk verstedelijkt en in de zeventiende en achttiende eeuw voltrok zich, ook op het platteland, een verregaande beroepsspecialisatie en -differentiatie. Daardoor konden mensen een gezin stichten zonder daarbij sterk afhankelijk te zijn van familieleden.⁷³ Zo vertoonde het Hollandse gezinsleven van de burgerlijke stedelijke elite al in de zeventiende eeuw een aantal specifieke trekken, die tegenwoordig worden beschouwd als kenmerkend voor het, elders tijdens de industrialisatie, ontstane moderne nucleaire gezinstype: het bestond uit een echtpaar met kinderen die emotioneel sterk op elkaar waren betrokken, die op zichzelf leefden, teruggetrokken van de buitenwereld en gehecht aan waarden als privacy en onafhankelijkheid. Net als in andere Westerse landen is dat gezinstype hier de laatste honderd jaar in alle sociale lagen gebruikelijk geworden, maar desondanks bleef het Nederlandse gezin⁷⁴ zich in een aantal opzichten van dat van vergelijkbare landen onderscheiden. Johan Goudsblom wees in 1967 op de bijzonder belangrijke plaats die gezinnen hier in het sociale leven innamen. Hij illustreerde deze bewering onder meer door te verwijzen naar het betrekkelijk kleine aantal café's en het geringe bioscoopbezoek.⁷⁵ Dit rijtje kan worden uitgebreid met andere voorbeelden die laten zien dat Neder-

landse gezinsleden sterk op hun eigen kring zijn gericht en voor de verzorging en opvoeding van hun kinderen relatief weinig gebruik maken van professionele voorzieningen. Zo nemen - nog steeds - relatief weinig gehuwde vrouwen met kinderen deel aan het arbeidsproces en in samenhang daarmee zijn de regelingen voor zwangerschaps- en bevallingsverlof betrekkelijk beperkt, evenals de voorzieningen voor kinderopvang.⁷⁶

Het Nederlandse gezinsleven kreeg al vroeg een vorm, die tegenwoordig als 'modern' bestempeld wordt, ver vóór de opkomst van de professionele beroepen en instituties die de laatste honderd jaar nauw betrokken zijn geraakt bij het wel en wee van het moderne gezin, en die volgens een schrijver als Christopher Lasch de zelfstandigheid van dergelijke gezinnen ondermijnd zouden hebben.⁷⁷ Zou het kunnen dat zich daardoor een gezinscultuur heeft kunnen ontwikkelen, die mensen meer mogelijkheden bood om zich af te sluiten voor dergelijke professionele inmenging? Een gezinscultuur, waarin zeker tot de jaren zestig van de twintigste eeuw elementen als autonomie en beslotenheid konden voortbestaan, waardoor de verhouding tussen gezinsleden en professionele beroepsbeoefenaars zich anders dan elders heeft ontwikkeld? Heeft het voortbestaan van de thuisbevalling misschien te maken met een grotere terughoudendheid ten opzichte van ziekenhuizen, waar immers 'care of strangers' wordt verschaft?⁷⁸

Slot

Zo eindigt dit stuk dat zo overzichtelijk leek te beginnen met een reeks onbeantwoorde vragen, die naar een heel nieuw onderzoeksgebied verwijzen. De trage groei van de ziekenhuisbevalling en het hoge aantal thuisgeboorten zijn in verband gebracht met zeer uiteenlopende verschijnselen: de kleine oppervlakte van Nederland, het bijzondere karakter van de Nederlandse verloskunde, van de positie van Nederlandse vroedvrouwen en van hun verhouding met gynaecologen, veranderingen in de plaats van deze beroepsgroepen in de internationale verloskunde en tenslotte met de Nederlandse gezinsverhoudingen. Met dat laatste is de vraagstelling verschoven en verbreed. In Westerse landen bestaat een scheiding tussen openbaar en privé, tussen professionele instellingen en informele familie-arrange-

menten. Dat is ook in Nederland het geval, maar daar lijkt het alsof deze scheiding een patroon heeft, dat in bepaalde opzichten afwijkt van dat in vergelijkbare landen. Het voortbestaan van de thuisbevalling en de trage groei van de ziekenhuisbevalling vormen daarvan een illustratie. Om dit patroon beter te begrijpen is een nadere bestudering nodig van het Nederlandse gezinsleven: historisch-sociologisch en door een vergelijking tussen Nederland en andere westerse landen.

Noten

- * Met dank aan Eva Abraham, Christien Brinkgreve, Lily Clerkx, Aya Crébas, Bernard Kruithof, Ali de Regt, Pietje Verbeek-Heida, Nico Wilterdink.
- 1 Ook in Joegoslavië vindt een klein aantal bevallingen in het ziekenhuis plaats, maar in dat land zijn de omstandigheden zo gebrekkig dat de sterfte onder kraamvrouwen en baby's daar, anders dan in Nederland, zeer hoog is (*Having a baby in Europe*, World Health Organization, Copenhagen, 1985, pp. 24, 43).
 - 2 Zie: M.J. van Lieburg, 'Het verloskundig onderwijs aan de klinische school (1828-1867)', in: E. Scholte e.a. (red.), *Rijkskweekschool voor vroedvrouwen te Rotterdam 1882-1982*, Leidschendam: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1982, pp. 21, 22.
 - 3 Bij de oprichting van de klinische school te Amsterdam in 1828 werd in het Binnengasthuis een verloskundige zaal ingericht; in 1831 kwam er ook een kraamzaal in Rotterdam, eveneens verbonden aan een Klinische School (J.A. Verdoorn, *Het gezondheidswezen in Amsterdam in de 19e eeuw*, Nijmegen: SUN 1981 (1965), pp. 109, 110; van Lieburg, op. cit. pp. 23, 25).
 - 4 Anja Hiddinga, 'Obstetrical Research in Nineteenth-Century Netherlands', *Medical History* (1987). Een streven tot professionalisering en modernisering was wel te merken in de oprichting van een beroepsvereniging (De Nederlandsche Gynaecologische Vereeniging 1887) en een eigen tijdschrift (*Nederlandsch Tijdschrift voor Verloskunde en Gynaecologie* 1889). Zie voor de optimistische stemming onder gynaecologen in deze periode: Lodewijk Brunt, 'Het schandelijk misdrijf; artsen in de strijd tegen abortus omstreeks 1900', *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift* VI (1979), 2, pp. 210-227.
 - 5 Verdoorn, op. cit. p. 110; zie voor cijfers over de negatieve invloed van de institutionele bevalling op de maternale en perinatale sterfte in West-Europa: Thomas McKeown, *The Modern Rise of Population*, London: Edward Arnold, 1976, pp. 104-107.
 - 6 De perinatale sterfte is het aantal kinderen dat na de 28e zwangerschapsweek vóór de geboorte sterft én de pasgeborenen die tijdens de eerste levensweek overlijden, berekend op 1000 levend- plus doodgeborenen.

- 7 In 1847 ontdekte Ignaz Semmelweis in het algemene ziekenhuis in Wenen dat kraamvrouwenkoorts werd veroorzaakt door infecties die door het ziekenhuispersoneel op de kraamvrouwen waren overgebracht. In Amsterdam duurde het echter tot 1880 dat zijn ideeën werden toegepast. Daarvoor verzette L. Lehmann - vanaf 1849 belast met de praktische verloskunde en het toezicht op de kraamzaal, vanaf 1864 hoogleraar aan de klinische school en vanaf 1863 directeur van de Rijkskweekschool voor vroedvrouwen - zich tegen de opvattingen van Semmelweis en liet de toepassing van anti- en asepsis in zijn verloskundige kliniek niet toe. Na zijn vertrek in 1880 werden de asepsis en antisepsis onmiddellijk ingevoerd en daalde de kraamvrouwensterfte tot 1,6%, waarvan 0,88% als gevolg van de kraamvrouwenkoorts, terwijl de sterfte onder pasgeborenen met 50% afnam (Verdoorn, op. cit. p. 111); McKeown, op. cit. pp. 105, 106.
- 8 Fransje W. van der Waals, 'Doorbraken in de verloskunde', in: H.M. Dupuis e.a. (red.), *Een kind onder het hart*, Amsterdam: Meulenhoff, 1987, pp. 23-39.
- 9 Van Lieburg, op. cit. p. 23.
- 10 In Amsterdam opgericht in 1880, in Rotterdam in 1882. Zie voor Amsterdam: Verdoorn, op. cit. p. 138; voor Rotterdam: M.J. van Lieburg, 'De Rijkskweekschool voor Vroedvrouwen 1882-1926', in: E. Scholte e.a. (red.), op. cit. pp. 55-97.
- 11 Fransje W. van der Waals, op. cit. p. 44. In het algemeen hadden ziekenhuizen in het begin van de negentiende eeuw veel meer een politieke betekenis dan een medische, vervulden zij eerder een functie in het kader van de armenzorg dan van de gezondheidszorg (J.M.W. Binneveld, 'Ziekte en gezondheid in historisch perspectief', *Tijdschrift voor Sociale Geschiedenis* VIII (1982), 26, p. 105).
- 12 In Boston was in 1920 slechts 3% van de moeders, die hun kind in een kliniek ter wereld brachten, ongetrouwd. Edward Shorter, *A History of Women's Bodies*, New York: Basic Books, 1982, p. 159.
- 13 Richard W. Wertz & Dorothy C. Wertz, *Lying-In. A History of Childbirth in America*, New York: The Free Press, 1977, p. 133.
- 14 De veiligheid van bevallingen en van medische ingrepen werd door een aantal medische ontdekkingen verbeterd, onder meer de volgende: er kwamen antibiotica, ziekenhuizen kregen bloedbanken, de negatieve effecten van verdoving konden worden ondervangen, door röntgenstralen konden bekkenafwijkingen eerder worden onderkend (Wertz & Wertz, op. cit. pp. 164, 165).
- 15 Zie Wertz & Wertz, op. cit., hoofdstuk 5 'Birth in the Hospital', pp. 132-178.
- 16 Ann Oakley, *The Captured Womb. A History of the Medical Care of Pregnant Women*, Oxford: Basil Blackwell, 1984, pp. 116-123, 214, 215.
- 17 W.H. Posthumus-van der Goot e.a., *Van moeder op dochter. De maatschappelijke positie van de vrouw in Nederland vanaf de Franse tijd*, Nijmegen: SUN, 1977 (1968), p. 94.
- 18 Mineke Bosch & Annemarie Kloosterman, *Lieve Dr. Jacobs*, Amsterdam: Sara, 1985, pp. 20-23. Dit taboe gold overigens minder wanneer het ging om

activiteiten met een beschavend karakter, zoals wanneer het de zorg om gevallen vrouwen of prostituées betrof. Over geboortebeperkende middelen hadden feministen grote meningsverschillen: zowel argumenten vóór als tegen de Nieuw-Malthusiaanse Bond vonden weerklank onder hen. H.Q. Röling, *'De tragedie van het geslachtsleven'*, Amsterdam: Van Gennep, 1987, pp. 104-106, 141-149.

- 19 W.H. Posthumus-van der Goot, op. cit. pp. 248 e.v.
- 20 Edward Shorter spreekt in dit verband over een 'emotionalizing' van de verhouding van ouders en kinderen (*The Making of the Modern Family*, New York: Basic Books, 1975; *Bedside Manners*, New York: Simon & Schuster, 1985, pp. 110, 113, 114). Als vrouwen al een 'verbond' met artsen sloten dan deden ze dat vooral als moeders (vgl. hiervoor Christopher Lasch, *Haven in a Heartless World*, New York: Basic Books, 1977; en Jacques Donzelot, *La police des familles*, Paris: Les Editions de Minuits, 1977).
- 21 Het is een opmerkelijk en niet verklaard verschijnsel, dat de neonatale sterfte (dat wil zeggen de overledenen beneden één maand) in Nederland vanaf 1926 de laagste ter wereld was. Deze sterfte was in 1915 bijna drie keer zo laag als in de Verenigde Staten - 21,8 per 1000 levendgeborenen, in de Verenigde Staten omstreeks 60 per 1000. Tussen 1930 en 1940 gingen de sterftcijfers in de Verenigde Staten in snel tempo dalen, zodat dit verschil met Nederland in 1940 sterk verkleind was en deze cijfers respectievelijk 21,4 en omstreeks 40 bedroegen (voor Nederland: *Tachtig jaren statistiek in tijdreeksen 1899-1979*, Centraal Bureau voor de Statistiek, 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1979, p. 25; voor U.S.A.: Richard W. Wertz & Dorothy C. Wertz, op. cit. p. 163).
- 22 Rineke van Daalen, 'Het begin van de "zuigelingenverzorging": medicalisering en verstatelijking', *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift* VIII (1981), 3, pp. 461-499.
- 23 J.B. Jaspers, *Het medische circuit*, Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1985. Er kwamen meer ziekenhuisvoorzieningen en ook het gebruik daarvan groeide, pp. 114 e.v. Er kwamen meer specialisten en specialistische afdelingen - 136 in 1900 op een bevolking van 5.104.000, 2194 in 1950 op een bevolking van 10.027.000 en 9332 in 1980 op een bevolking van 14.100.000, p. 102.
- 24 Om een paar voorbeelden te noemen: in Amsterdam werd in 1857 de Ziekenverpleging aan de Prinsengracht opgericht, in 1879 het Burgerziekenhuis, in 1880 een R.K. Ziekenverpleging, in 1981 het Ziekenhuis der Gereformeerde Vereniging voor Ziekenverpleging, in 1893 een Diaconessenhuis waaruit later de Nederlandsch Hervormde Diaconesseninrichting ontstond, in 1898 het Lutherse Diaconessenziekenhuis, het R.K. Onze-Lieve-Vrouwe-Gasthuis en het Nederlandsch Israëlitische Ziekenhuis werd in 1884 gemonitiseerd (Verdoorn, op. cit. pp. 139-141).
- 25 Paul Starr, *The Social Transformation of American Medicine*, New York: Basic Books, 1982, pp. 154-162; zie voor een beschrijving van de eerste verpleegstersopleidingen, ten dele gegeven door Kruisverenigingen en ten

- dele verbonden aan particuliere ziekenhuizen: Verdoorn, op. cit. pp. 141-150.
- 26 Jaspers, op. cit. pp. 76, 88, 114, 115.
 - 27 *Tachtig jaren statistiek in tijdreeksen 1899-1979*, 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1979, p. 32. Vergelijking van deze cijfers met die van Jaspers laat zien dat de groei van het totaal aantal opnemingen, ziekenhuisbedden en verpleegdagen tussen 1942 en 1965 sneller is verlopen dan de toename van de ziekenhuisbevalling.
 - 28 Tussen 1942 en 1962 verdubbelde het aantal gynaecologen, terwijl het totaal aantal specialisten 2,3 keer is gegroeid. Jaspers, op. cit. p. 105.
 - 29 Een dergelijke verkorting van het ziekenhuisverblijf heeft zich ook op andere gebieden dan de verloskunde voorgedaan. Ziekenhuizen waren vóór het einde van de negentiende eeuw liefdadigheidsinstellingen, veelal met een moralistische inslag. In een dergelijke constellatie paste een langdurig ziekenhuisverblijf, waarbij patiënten die al aan de beterende hand waren soms zelfs bij het verrichten van dagelijkse werkzaamheden werden ingeschakeld. Door het toenemende belang van de chirurgie en een grotere gerichtheid op acute ziekteverschijnselen is het gemiddelde aantal verpleegdagen sindsdien steeds verder verminderd (Paul Starr, op. cit. pp. 154-162; zie ook Jaspers, op. cit. over verkorting van de verpleegduren, p. 23).
 - 30 In 1970 werd bij 49,3% van de geboorten gebruik gemaakt van kraamverzorging, in 1984 bij 71%. Josette Hessing-Wagner, *Samenhang in de zorg rond geboorte en jonge kinderen*, Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1985.
 - 31 Zie: Rineke van Daalen, 'Dutch obstetric care: home or hospital, midwife or gynaecologist?', *Health Promotion II* (1987), 3, pp. 247-257.
 - 32 Tussen 1965 en 1985 nam het totale aantal geboorten van 248.478 af tot 179.190, met een dieptepunt in 1983 toen 171.248 kinderen werden geboren (A. de Campos Cardoso, 'Geborenen naar aard van de verloskundige hulp en plaats van geboorte, 1985', *Maandbericht van de gezondheidsstatistiek* (februari 1987), p. 56). Tussen 1972 en 1982 groeiden de vroedvrouwen met 12%, de huisartsen met 22% en de gynaecologen met 64% (I. Butter & R.M. Lapré, 'Verloskundige zorg in Nederland. Vraagverschiuvingen en kosten', *Economisch Statistische Berichten* (15-1-1986), pp. 61-65). Tegenwoordig wordt het vroedvrouwenberoep zowel door mannen als door vrouwen beoefend. Ik blijf echter het woord 'vroedvrouwen' gebruiken, zowel voor vrouwen als voor mannen. Het percentage mannelijke verloskundigen bedroeg in 1983 2 (L. Hingstman & P.P. Groenewegen, *De opbouw en de spreiding van de beroepsgroep verloskundigen*, Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1984, p. 10).
 - 33 Het aandeel van gynaecologen werd groter, dat van huisartsen werd evenredig kleiner en dat van vroedvrouwen bleef relatief gelijk. In 1960 assisteerden huisartsen nog bij 46,3% van de bevallingen, in 1980 was dit percentage teruggelopen tot 17,7. Een deel van de huisartsen - 5% - is helemaal van het verloskundige toneel verdwenen. Gynaecologen waren in 1960 bij 16,7% van de bevallingen betrokken, in 1980 bij 42,0%. Vroedvrouwen assisteerden in

- 1960 bij 36,5% van het totale aantal bevallingen, in 1980 bij 39,4% (W.G.W. Boerma, 'Verschuivingen in de verloskundige zorg', *Medisch Contact* 32 (12-8-1983), pp. 985-991; Butter & Lapré, op. cit. p. 61; Hessing-Wagner, op. cit. p. 20).
- 34 Een enquête uit 1979, onder 187 ziekenhuizen, liet zien dat toen 81% van de ziekenhuizen voor huisartsen waren opengesteld, 79% voor vroedvrouwen (*Verloskundige organisatie in Nederland*, Rijswijk: Adviescommissie Verloskunde, 1987, p. 16).
- De meeste zelfstandige verloskundigen geven echter de voorkeur aan een thuisbevalling, omdat deze beter recht doet aan hun autonomie en beter strookt met hun ideeën over de bevalling als een 'natuurlijk' verschijnsel met een minimum aan medische ingrepen. Dit gaat uiteraard alleen op voor de zelfstandig werkzame vroedvrouwen. Er zijn echter ook vroedvrouwen met een dienstverband in een ziekenhuis - in 1984 16% van het totale aantal en een betrekkelijk jonge groep (Hingstman & Groenewegen, op. cit.).
- 35 In 1970 was het aantal medische indicaties in procenten van het aantal geboren en 14,7, in 1983 was het 43,7. Ziekenhuisbevallingen vonden in 1970 in 69,7% met een medische indicatie plaats, in 1983 in 90,6% (Hessing-Wagner, op. cit., pp. 24, 25).
- 36 G.J. Kloosterman, 'De bevalling aan huis en de hedendaagse verloskunde', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 110 (1966), nr. 41, pp. 1811, 1812.
- 37 S.M.I. Damstra-Wijmenga, 'Home confinement: the positive results in Holland', *Journal of the Royal College of General Practitioners* (augustus 1984), pp. 425-431; S.M.I. Damstra-Wijmenga, *Veilig bevallen*, Groningen, 1982; G.J. Kloosterman, 'De Nederlandse verloskunde op de tweesprong', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 222 (1978), nr. 32, pp. 1161-1171; J.F.M. Thomassen, F.L. van Duijn & H.O. Sigling, 'Bevalling, een natuurlijk gebeuren?', *Medisch Contact* 45 (9 november 1979), pp. 1440-1445.
- 38 Zie bijvoorbeeld J. Klinkert, *Verloskundigen en artsen*, Alphen a/d Rijn: Stafleu, 1980. Om het geven van indicaties voor specialistische hulp te standaardiseren en oneigenlijk gebruik tegen te gaan werd vanaf 1973 een standaardlijst gehanteerd, die door de gynaecoloog Kloosterman was geformuleerd in het *Leerboek voor Obstetrie en Gynaecologie*.
- 39 Zo kregen alle vrouwen die daartoe niet in staat waren, bijvoorbeeld omdat ze destijds in de Biesbos woonden en door de getijdenwerking uren geïsoleerd werden, een medische indicatie voor een ziekenhuisbevalling (Kloosterman, *Nederlands Tijdschrift voor Verloskunde* 68 (1968), pp. 361, 362).
- 40 In 1984 was de perinatale sterfte per 1000 levend- plus doodgeborenen in Nederland en Engeland even hoog, namelijk 10,0; dit cijfer lag hoger dan de perinatale sterfte in Zweden, Finland, Zwitserland, Denemarken, Noorwegen. (*Verloskundige organisatie in Nederland*, Rijswijk: Adviescommissie Verloskunde, 1987, p. 30.)
- 41 Kloosterman, op. cit. 1966, p. 1810.
- 42 De internationale definitie van de 'Standaard perinatale sterfte' wordt niet overal op dezelfde manier gehanteerd (*Verloskundige organisatie in Neder*

land, Rijswijk: ministerie van WVC, 1987, p. 30).

- 43 Naar de resultaten van dit experiment is onderzoek gedaan door D. van Alten (zie onder meer 'Experimenteel Verloskundig Centrum Wormerveer', *Medisch Contact (Amst.)* nr. 25 (1970), p. 881).
- 44 *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (1970), p. 1270.
- 45 De Adviescommissie Verloskunde werd in 1984 door de toenmalige staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur ingesteld. Het uitgangspunt van de staatssecretaris was dat normale bevallingen thuis zouden moeten plaats vinden, dat met andere woorden een verdere toename van het percentage (poli)klinische bevallingen moest worden voorkomen. (*Verloskundige organisatie in Nederland: Uniek, bewonderd en verguisd*, Rijswijk, Adviescommissie Verloskunde, 1987.
- De stijging van het percentage medische indicaties voor specialistische begeleiding van zwangerschap en bevalling vormde voor de Ziekenfondsraad in 1983 aanleiding voor het instellen van de Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst. Alle bij de verloskunde in Nederland betrokken beroepsgroepen waren in deze werkgroep vertegenwoordigd. Hun opdracht was het aanpassen van deze lijst. In 1987 verscheen het eindrapport. Het werk van de commissie was een voortzetting van de aanpassing van de lijst van 'Medische indicaties voor specialistische hulp', in 1981 door de Ziekenfondsraad: voor het klinische kraambed kwamen toen afzonderlijke medische indicaties. Bij de instelling van deze commissies spelen zowel financiële overwegingen als de kwaliteit van de verloskunde een rol.
- 46 Haar lage aanzien houdt verband met overgeleverde ideeën en gevoelens waaruit een diepe afkeer voor deze beroepsgroep spreekt. Zie bijvoorbeeld Els van der Borg, 'Beeldvorming over vroedvrouwen in de noordelijke Nederlanden (1600-1900)', *Verzorging III* (1988), 3, pp. 2-18; zie voor een recent voorbeeld P.B. Schuil, *De cliënt in de verloskundige zorgverlening*, Oldenzaal: Verhaag, 1975, p. 36: 'Er zijn er die onvoldoende aandacht aan uiterlijk en kleding besteden, zodat hun aanwezigheid tijdens de partus niet als aangenaam wordt ondervonden. Soms is hun doen en laten geen propaganda voor hygiëne om en nabij het kraambed'. Het valt Schuil niet op dat zijn opmerkingen moeilijk te rijmen vallen met het positieve oordeel dat hij op dezelfde bladzijde over het werk van vroedvrouwen uitspreekt: zij blijken over het algemeen goed voor haar taak berekend te zijn.
- 47 G.J. Kloosterman, *Een eeuw vrouwenarts* (uitgegeven ter gelegenheid van het Honderdjarig Bestaan van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie 1887-1987).
- 48 Gynaecologen hebben vroedvrouwen op verschillende manieren gesteund. Het meest bekend is de steun van een gynaecoloog als Kloosterman, een voorstander van het voetbestaan van de thuisbevalling. Maar een andere variant is te vinden in het Centraal Ziekenhuis Alkmaar, waar de gynaecoloog Hoekstra een voorkeur voor poliklinisch bevallen combineerde met het binnenhalen van vroedvrouwen en huisartsen in het ziekenhuis. Zijn propaganda voor de poliklinische bevalling leidde ertoe dat in het begin van de

jaren zeventig ongeveer 92% van de vrouwen in Alkmaar en omstreken op deze manier beviel. Daarnaast slaagde Hoekstra erin een breed samenwerkingsverband tot stand te brengen tussen vroedvrouwen, huisartsen, gynaecologen, kinderartsen, kruisverenigingen - een unicum in Nederland. Zie voor een vergelijking van de resultaten in Alkmaar en Wormerveer: J. Bol, C.A.R. van Meer-Tilanus, J. Bennen, D. van Alten, 'De poliklinische bevaling en de samenwerking tussen verloskundige, huisarts en specialist-obstetricus', *Tijdschrift voor verloskundigen* IX (1984), 4, pp. 129-138. (Met dank aan mevrouw C.A.R. van Meer-Tilanus voor haar mondelinge informatie en aan Pietje Verbeek-Heida die me opmerkzaam maakte op de bijzondere positie die het Centraal Ziekenhuis te Alkmaar in de Nederlandse verloskunde inneemt.)

- 49 Christien Brinkgreve, 'Het juiste bevallen', *Maatstaf* 11/12 (1986), pp. 2-11.
- 50 Zie bijvoorbeeld: Rose Weitz & Deborah A. Sullivan, 'The politics of childbirth: the re-emergence of midwifery in Arizona', *Social Problems* XXXIII (1986), 3, pp. 163-176.
- 51 Zie bijvoorbeeld: I. Illich, *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, New York: Random House, 1976; Shorter, 1985, op. cit.
- 52 Deze houding vertoont enige gelijkenis met het negentiende-eeuwse therapeutische nihilisme, een stroming die de bestaande medicijnen en therapieën als nutteloos beschouwde (Starr, op. cit. pp. 408-411).
- 53 *Tijdschrift voor Verloskundigen* 1e jrg. (december 1976), pp. 293-297.
- 54 Beatrijs Smulders, Aya Crébas, *Taakafbakening binnen de verloskundige zorg in Nederland*, Amsterdam, 1986.
- 55 Zie voor de stand van zaken op dit gebied: Van der Waals, op. cit. pp. 45-48; zie voor de complicaties die geavanceerde neonatale intensive care met zich meebrengt: Jeanne Harley Guillemin & Lynda Lytle Holmstrom, *Mixed Blessings. Intensive Care for Newborns*, New York/Oxford: Oxford University Press, 1986.
- 56 R.M. Lapré, *Aspekten van marktanalyse met betrekking tot verloskundige diensten in Nederland*, dissertatie Katholieke Hogeschool Tilburg, 1972.
- 57 Ten tijde van het onderzoek van Lapré (op. cit.), kregen verplicht verzekerden in het ziekenfonds een volledige vergoeding van verloskundige hulp door de vroedvrouw - voor de prenatale zorg, voor de hulp tijdens de bevalling thuis en voor de postnatale zorg; wie een voorkeur voor een huisarts had moest zelf bijspringen, hetgeen nog steeds zo geregeld is; vrijwillig verzekerden kregen een uitkering die bij hulp van een vroedvrouw bijna kostendekkend was; particulier verzekerden kregen een vaste bevalingsuitkering, die lager lag dan de kosten, zeker gezien het feit dat zij slechts in geringe mate gebruik maken van de diensten van vroedvrouwen. Als een medische aanleiding voor een ziekenhuisbevalling bestond, werden de kosten door ziekenfonds of verzekering betaald. Dit betekent dat een 'medische indicatie' vooral voor particulier verzekerden een financieel voordeel kon opleveren. Het aantal ziekenhuisbevallingen lag bij hen relatief hoger dan bij ziekenfondsverzekerden en daarvan was het percentage vrou-

wen dat met een medische indicatie bevalt weer 10% hoger. Bij ziekenhuisbevallingen zonder medische indicatie viel dit verschil vrijwel weg. Het aantal klinische bevallingen met een medische indicatie was in het algemeen relatief groter dan bij een hoger inkomen.

- 58 In 1979 verzoekt de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne de Ziekenfondsraad om advies over deze kwestie. Zij deelde het oordeel van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid dat de poliklinische bevaling moest worden beschouwd 'als een gereede keuzemogelijkheid, die in een duidelijke behoefte voorziet' en 'dat deze keuze niet alleen door verschillen in financiële consequenties dient te worden beïnvloed'. In 1982 bracht de Ziekenfondsraad het *Advies inzake verloskundige zorg* uit. Op dit moment komen de kosten van de verloskamer in het ziekenhuis wel ten laste van de verzekerde.
- 59 De Campos Cardoso, op. cit. pp. 57, 58.
- 60 Ook de leeftijd van de moeder en het rangnummer van de baby kunnen de plaats van bevalling beïnvloeden: een hogere leeftijd en een eerstgeborene houden beiden een groter risico in. Naarmate vrouwen ouder worden en bij de geboorte van hun eerste kind gaan ze dan ook eerder voor een bevalling naar een ziekenhuis.
- 61 J.P.R. Doornbos & H.J. Nordbeck, *Perinatal mortality. Obstetric risk factors in a community of mixed ethnic origin in Amsterdam*, Dordrecht: ICG Printing, 1985, p. 208.
- Waar Doornbos en Nordbeck het hebben over 'Surinamers' verwijzen ze naar mensen met een Surinaamse nationaliteit of met een Nederlandse nationaliteit, maar geboren in Suriname; naar ieder die behoort tot gezinnen met twee ouders waarvan een of beide ouders van Surinaamse oorsprong zijn (volgens bovenstaande definitie), naar ieder die behoort tot gezinnen met één ouder van Surinaamse oorsprong (volgens bovenstaande definitie) (p. 68). Helaas gaan de schrijvers niet in op hun constatering dat verschillende ethnische groeperingen niet alleen verschillen wat betreft feitelijke plaats van bevalling, maar ook in hun voorkeur in dat opzicht.
- De cijfers over Turkse en Marokkaanse vrouwen wekken nogal wat onopgehelderde verwarring. De gegevens van Doornbos en Nordbeck over Turkse en Marokkaanse vrouwen in Amsterdam - het gaat om in totaal 185 bevallingen - wijken af van de gegevens over heel Nederland: in 1985 beviel 81,8% van de Turkse vrouwen in het ziekenhuis, 76,1% van de Marokkaanse vrouwen - het gaat daarbij om een totaal van 7786 bevallingen (De Campos Cardoso, op. cit. p. 58). Uit een ander onderzoek onder Turkse en Marokkaanse vrouwen in Amsterdam blijkt echter dat zij in 1977-1978 voor 78,8% thuis bevielen (Hessing-Wagner, op. cit. p. 19).
- 62 H.P. Verbrugge, *Kraamzorg bij thuisbevallingen*, Groningen: Wolters Noordhoff, 1968, tabel 7. L. Hingstman en H. Boon vinden een significant verband tussen aan de ene kant regionale verschillen in percentage thuis- en ziekenhuisbevallingen en aan de andere kant bevolkingsdichtheid en het aanbod van ziekenhuisvoorzieningen. Een laag percentage thuisbevallingen schrijven

- ze voor een groot deel toe aan een hoog niveau van urbanisering. (In: 'Obstetric care in the Netherlands: regional differentiation in home delivery', *Social Science and Medicine* XXVI, 1, pp. 71-78.)
- 63 *Statistische gegevens over Verloskundige Zorg 1960-1979*. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1981, p. 31.
- 64 *Jaarboek 1976. Amsterdam in cijfers*, Amsterdam: Bureau van de Statistiek, p. 95; zie voor Amsterdam in 1939 en 1965 H. Rottinghuis, 'De verloskunde nu en in de toekomst', *Nederlands Tijdschrift voor Verloskunde* 68 (1968), p. 382.
- 65 Het is in dat verband interessant dat ook de burgerlijke staat van vrouwen verschil blijkt te maken: ongehuwde moeders bevallen in verhouding tot gehuwde moeders vaker in een instelling (De Campos Cardoso, op. cit. pp. 56-61). Wie zich om de een of andere reden niet thuis kan laten verzorgen, zal voor de geboorte van een kind eerder naar het ziekenhuis gaan. Binneveld veronderstelt dat de uitbreiding van de intramurale zorg samenhangt met de door urbanisatie verminderde capaciteit van de middengroepen om zelf voor hun zieken te zorgen (Binneveld, op. cit. p. 106). Dit verschijnsel heeft misschien bijgedragen aan de toename van het aantal ziekenhuisbevalingen, hoewel de Nederlandse kraamzorg wel een adequaat substituuat vormt.
- 66 Mireille Laget, *Naissances. L'accouchement avant l'age de la clinique*, Paris: Editions du Seuil, 1982, pp. 128, 129.
- 67 Norbert Elias, *Über den Prozess der Zivilisation*, I, II, Bern/München: Francke Verlag, 1969 (1939).
- 68 Philippe Ariès, 'De samenleving tegenover de dood', *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift* VI (1979), 2, pp. 168-182; *Western Attitudes toward Death*, Baltimore: John Hopkins University Press, 1974. Norbert Elias schrijft over de dood als een van de grote bio-sociale gevaren van het menselijke leven, die als gebeurtenis en als gedachte gedurende deze civiliseringsbeweging achter de coulissen van het maatschappelijk leven zijn gebracht. Zijn woorden gaan ook op voor de geboorte. Net als stervenden worden ook barenden vrouwen geïsoleerd (Norbert Elias, 'Over de eenzaamheid van stervenden in onze tijd', *De Gids* 143 (1980), 7, pp. 451-481.
- Het is al ter sprake gekomen in het stukje over de Verenigde Staten: er werden zelfs speciale methoden ontwikkeld die bedoeld waren om angst en pijn weg te nemen. Uitgangspunt van dergelijke psycho-profylactische methoden, die zowel in de U.S.S.R. als in de Westerse geïndustrialiseerde wereld werden gepropageerd, was de gedachte dat 'zo'n natuurlijk gebeuren als een geboorte toch zonder pijn behoort te verlopen'. (Zie ook Jolande Withuis, *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift* 15 (1988), 2, pp. 235-265.)
- 69 Artsen hebben bij het achter de coulissen brengen van geboorten een actieve rol gehad. Zo beschrijft Aletta Jacobs hoe zij in 1878 in Sappemeer bij een zeer gecompliceerde bevalling te hulp werd geroepen, in een kraamkamer vol rokende en drinkende burens die daar al twee dagen en nachten verbleven en die ook al praktische hulp hadden gegeven, belangstellenden die zij als jong meisje en beginnend arts met veel moeite de kamer uitkreeg

- (Aletta Jacobs, Nijmegen: SUN, 1978 (1924), pp. 51, 52). Zie ook: Sani van Bussum, *Een bewogen vrijdag op de Breestraat*, Amsterdam: Querido, 1973 (1930), waar de dokter, als het er op aan gaat komen, evenmin op zijn vingers wil worden gekeken - "Die wijven d'r uit!" zei hij. En ze gingen hoor; als hondjes, allemaal achter mekaar verdwenen zij", p. 55.
- 70 Zorg voor de zieke buiten het gezin zien zij als een voortvloeiende van veranderingen in de persoonlijkheden van de gezinsleden - deze zouden niet meer berekend zijn op verzorging in eigen kring. Bovendien zien zij institutionele verpleging als functioneel voor de Amerikaanse samenleving: het beschermt het gezin tegen de ontwrichtende effecten van ziekte van zijn leden; houdt sommige van de positieve functies van de 'sick role' als een mechanisme van sociale controle in stand; vereenvoudigt het therapeutische proces, technologisch maar ook motivationeel. (Talcott Parsons & Renée Fox, 'Illness, therapy and the urban American family', in: E. Gartly Jaco (ed.), *Patients, Physicians and Illness*, Glencoe: The Free Press, 1958, pp. 234-246.)
- 71 Zie: Van Lieburg, op. cit. p. 22.
- 72 G.J. Kloosterman, 'De bevalling aan huis en de hedendaagse verloskunde', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 110 (1966), 41, pp. 1808-1816; G.J. Kloosterman, 'De organisatievorm van de Nederlandse verloskunde en de verantwoordelijkheid daarbij van de Nederlandse gynaecologen', *Nederlands Tijdschrift voor Verloskunde* 68 (1968), pp. 357-371; H. Rottinghuis, 'De verloskunde nu en in de toekomst', *Nederlands Tijdschrift voor Verloskunde* 68 (1968), pp. 377-389.
- 73 Donald Haks, *Huwelijk en gezin in Holland in de 17de en 18de eeuw*, Assen: Van Gorcum, 1982.
- 74 De uitdrukking 'het Nederlandse gezin' wekt de indruk dat wordt uitgegaan van één gezinstype, dat voor alle sociale lagen hetzelfde zou zijn. Dat zou misleidend zijn. Een uitvoerig onderzoek naar het Nederlandse gezin zou met verschillen tussen burgerlijke gezinnen en arbeidersgezinnen rekening moeten houden (zie voor de ontwikkeling van het Nederlandse arbeidersgezin: Ali de Regt, *Arbeidersgezinnen en beschavingsarbeid*, Meppel: Boom, 1984).
- 75 Johan Goudsblom, *Dutch Society*, New York: Random House, 1967, pp. 128-140.
- 76 Zie voor een vergelijking van de deelname van vrouwen aan de betaalde beroepsarbeid in Nederland en in andere Europese landen: Corinne Oudijk, *Sociale atlas van de vrouw 1983*, Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1983, pp. 191-192. In Nederland zijn het vooral jonge vrouwen die betaalde beroepsarbeid verrichten, maar de arbeidsdeelname van gehuwde vrouwen is vanaf 1960 toegenomen en zal zich naar verwachting voortzetten (zie *Sociaal en Cultureel Rapport*, Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1988, p. 73). Zie voor kinderopvang eveneens: Oudijk, op. cit. pp. 178 e.v.; zie voor zwangerschapsverlof en bevallingsverlof en voor regelingen op het werk tijdens zwangerschap en zogen, Hessing-Wagner, op. cit. pp. 33-38, waarin zij

ook een vergelijking maakt tussen Nederland en andere West-Europese landen.

- 77 Christopher Lasch, *Haven in a Heartless World*, New York: Basic Books, 1977.
- 78 Charles E. Rosenberg, *The Care of Strangers. The Rise of America's Hospital System*, New York: Basic Books, 1987.