
HOE LICHAMEN CIRCULEREN

Over definities van het zwangere lichaam, medische technologie en de toekomst van de thuisbevalling

Bernike Pasveer en Madeleine Akrich

How bodies circulate. On definitions of pregnant bodies, medical technology, and the future of home birth

The present article starts from the apparent paradox in Dutch obstetrics that according to most concerned parties home birth is a valuable choice for women and needs therefore to be preserved as an option; yet women increasingly tend to choose for a hospital birth, and midwives increasingly tend to send their patients to a hospital.

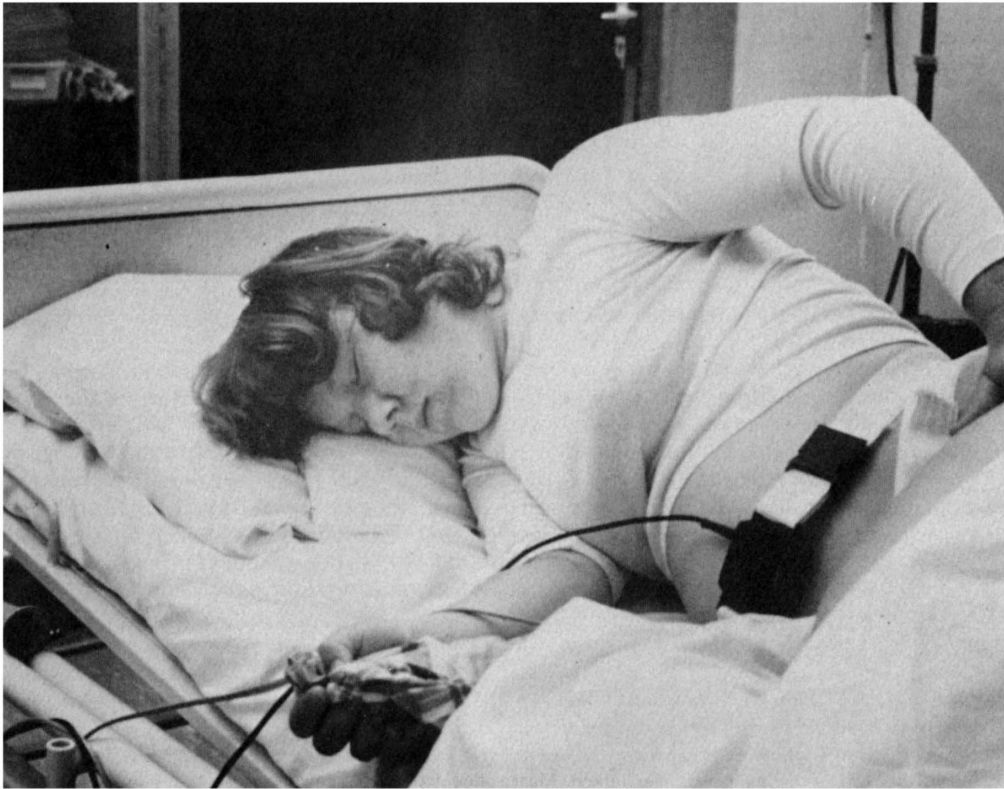
We argue that many of the reasons given for this tendency fail to take into account the actorial status of medical technologies and women's bodies. In order to do so, we schematically describe a French hospital birth and a Dutch home birth. From our argument it follows that research is needed to find out more about the relations between 'obstetrical bodies' and 'women's bodies' by studying the participants' ways of performing bodies during pregnancy and birth.

Vrouwen in Nederland moeten meer thuis bevallen. De minister van gezondheid vindt dat, en heeft daartoe een flink bedrag uitgetrokken. Verzekeraars, vroedvrouwen en ook woordvoerders van vrouwenbelangen zijn vaak die mening toegedaan. De veronderstelling waarop het Nederlandse verloskundige systeem is gebaseerd, is dat zwangerschap en bevalling normale levens-/lichaamsverrichtingen zijn. Dat betekent concreet dat vrouwen tijdens zwangerschap en bevalling kunnen worden begeleid door een vroedvrouw of een huisarts. Zij worden geacht hun cliënten voortdurend te classificeren op basis van een uitgebreide lijst met verloskundige indicaties. Er zijn drie categorieën: laag, verhoogd en hoog risico. Vrouwen die in de eerste categorie blijven, hoeven geen gynaecoloog of andere medische specialist te zien gedurende zwangerschap, bevalling en de periode direct na de bevalling. Zij kunnen bovendien kiezen of ze thuis of poliklinisch met hun vroedvrouw willen bevallen. Bij de tweede categorie vrouwen ontwikkelt zich op enig moment een medisch of verloskundig probleem dat niet direct aanleiding is de begeleiding direct en definitief over te hevelen naar de gynaecoloog en het ziekenhuis, maar dat wel om overleg met en onderzoek uitgevoerd in de 'tweede lijn' (het medisch specialisme) vraagt. Afhankelijk van de uitkomsten daarvan kan een vrouw dan weer terug naar de vroedvrouw, of wordt geadviseerd haar onder specialistisch toezicht te houden.

De categorie vrouwen die - eventueel met een 'verhoogd risico' op onderbreking - onder verloskundige

begeleiding zwanger is en bevalt, wordt steeds kleiner. Dat heeft allerlei redenen: de leeftijd waarop vrouwen hun eerste kind krijgen, is in Nederland hoger dan elders. Een van de indicaties in de Verloskundige Indicatie Lijst (VIL) wil dat vrouwen die na hun 38e zwanger worden van hun eerste kind, in de tweede lijn worden begeleid. Overigens kan niemand op basis van die VIL gehouden worden aan een doorverwijzing van een oudere zwangere, en dat gebeurt ook niet altijd (zie bijvoorbeeld: Verstegen, 1997). Een andere reden voor het sterk gedaalde percentage thuisbevallingen in Nederland (tussen 1965 en 1978 is het percentage bijna gehalveerd: het daalde van 68,5% naar 35,8%. Tussen 1975 en 1992 daalde het verder naar 31,6%. Zie: Wiegers, 1997, p. 22), is dat vruchtbaarheidsproblemen vaker worden gediagnostiseerd en behandeld. Een door IVF tot stand gebrachte zwangerschap valt in de categorie hoog risico, en wordt dus begeleid door de specialist.

Maar er is meer. Het percentage vrouwen dat gedurende de (thuis-)bevalling wordt verwezen naar het ziekenhuis neemt toe. Vooral de 'niet-vorderende ontsluiting' - het 'te lang' duren van de periode voorafgaand aan de uitdrijving van de baby - speelt in die doorverwijzingen een grote rol. Daarnaast kiezen vrouwen die een laag-risicozwangerschap hebben vaak en om uiteenlopende redenen - comfort, veiligheid (Wiegers & Berghs, 1994; Manshanden, 1997; Hingstman e.a., 1993), de partner die niet tegen bloed kan (interview) - voor een poliklinische bevalling: mét hun vroed-



vrouw, maar wel in het ziekenhuis. Onderzoek suggereert dat de plaats van de bevalling invloed heeft op de uitkomst van de bevalling in medisch en obstetrisch opzicht (zie onder andere: Wiegers, 1997; Pel & Heres, 1995). Concreet betekent dit dat vrouwen in de categorie laag-risico in het ziekenhuis een hogere kans op medische en/of obstetrische ingrepen hebben dan thuis: hun veiligheid is dus niet op voorhand gediend met een ziekenhuisomgeving. De nabijheid van specialisten en machines, en wellicht ook de atmosfeer van het ziekenhuis, veranderen de bevalling blijkbaar meer dan de slogan 'de poliklinische bevalling is een verplaatste thuisbevalling' suggereert. De keuzemogelijkheid die laag-risicovrouwen hebben (thuis of in het ziekenhuis) lijkt zo bij te dragen aan de dreigende teloorgang van de thuisbevalling.

Maar waarom willen vrouwen steeds vaker poliklinisch bevallen? En hoe komt het dat zo velen van hen tijdens die geplande thuisbevalling alsnog moeten verkassen naar het ziekenhuis? Is het vrouwen bewustmaken van de veiligheid van de thuisbevalling de meest geëigende politiek om die thuisbevalling te doen overleven? Hoe veilig zijn eigenlijk de lichamen van vrouwen die thuis willen

bevallen? En kunnen vroedvrouwen nog wel gewoon met hun handen op de rug bij een baring staan en rustig afwachten? (parafrase van Croon, 1998, p. 245).

Velen zullen wellicht zeggen: het probleem zit bij de medische technologie, en bij de macht die de gynaecologen in de loop van deze eeuw hebben opgebouwd ten opzichte van de professie van vroedvrouwen, en ten opzichte van de kennis over hun lichamen van vrouwen zelf (Schoon, 1995). Anderen stellen dat vrouwen er zo hun eigen informanten over de veiligheid van een bevalling op na houden, en maar in geringe mate afgaan op de bewustwordingsstrategieën die hen via hun vroedvrouw bereiken (Wiegers & Berghs, 1994; Manshanden, 1997). Daarnaast zou de toegenomen werkdruk van vroedvrouwen mogelijk invloed hebben op hun handelen en op bijvoorbeeld hun oordeel over hoe 'vlot' de ontsluiting verloopt.

Ondanks het belang van bovengenoemde verklaringen voor de medicalisering van zwangerschap en bevalling, deelt veel van het onderzoek dat zich met die vraag bezighoudt een aantal betwistbare karakteristieken en veronderstellingen. In de eerste plaats veronderstellen de analyses vaak een dichotome en hiërarchisch geordende wereld. Van mannelijke gynaecologen enerzijds,

en (vroed)vrouwen anderzijds; of van de macht van wetenschap en techniek tegenover de onmacht van de tactiele kennis van het lichaam en de natuur; of, in meer algemene termen, van gegeven, natuurlijke lichaamsprocessen versus gemaakte en onnatuurlijke interventies daarin - interventies die dan afhankelijk van de feitelijke, objectief vast te stellen toestand van dat lichaam, terecht of onterecht zijn.

In de tweede plaats valt op dat er niet vaak een enscenering is te vinden van de rol van medische technologie in de verloskunde. Medische machines zijn ofwel neutrale instrumenten in de handen van gynaecologen of vroedvrouwen, ofwel foute want onnatuurlijke apparaten die alleen als de natuur haar werk níet goed doet - in situaties van duidelijk omschreven en objectief vast te stellen pathologie - hun nut kunnen bewijzen.

In de derde plaats zien we in analyses van de bedreigingen van de thuisbevalling maar zelden een rol van enige analytische betekenis weggelegd voor de 'belichaamde vrouw'. In dat lichaam voltrekken zich zwangerschap en bevalling die met de beschikbare mensen en middelen begeleid worden. Wat het lichaam kan, of moet kunnen, lijkt opnieuw 'van nature' gefixeerd. Die vaardigheden worden niet bepaald door het verloskundig traject dat een vrouw doorloopt - ze worden er hooguit door onderdrukt. Wat ter discussie staat is de vraag wat telt als pathologie, en wat derhalve verzorgd moet worden door de specialist. Hoe pathologie wordt vastgesteld lijkt een kwestie te zijn van goed kijken. Maar hoe het lichaam, haar behoeften en de bevrediging van die behoeften het *resultaat* zou kunnen zijn van het specifieke traject dat zwangeren doorlopen, is zelden een centrale onderzoeksvraag.

We willen in dit artikel een antwoord geven op de vraag waarom zo'n hoog percentage van de gezonde zwangere uit vrije wil of op instigatie van de vroedvrouw terecht komt in het ziekenhuis. We pretenderen niet dat ons antwoord het enige is. We willen wel opmerken dat onze uit te werken veronderstelling - dat wat 'belichaamde' vrouwen weten en kunnen resultaat is van het traject dat ze in de zwangerschap doorlopen - een analyse oplevert die naar een deels andere politiek ten opzichte van de dreigende teloorgang van de thuisbevalling wijst dan de bewustwordingspolitiek.

Aansluitend bij ander technieksociotisch onderzoek willen we in de eerste plaats laten zien dat wat een vrouwenlichaam kan, de (tactiele) kennis die een vrouw heeft van/in haar lichaam, resultaat is van de praktijken waarin het circuleert.¹ We willen laten zien hoe voor alle deelnemers aan zwangerschap en bevalling *dat wat zij zijn, wat zij weten en wat zij kunnen*, wordt gedefinieerd in het collectief van mensen en machines waarin zwangerschap/bevalling zich voltrekt. Lichamelijke en andere vaardigheden zijn *niet* gegeven, niet

gefixeerd; fixatie is een te onderzoeken resultaat, en is daarmee altijd in eerste instantie lokaal, gesitueerd en politiek (Haraway, 1991). We laten dat zien met behulp van een schematische beschrijving van een ziekenhuisbevalling in Frankrijk en een thuisbevalling in Nederland. Die beschrijvingen zijn inhoudelijk tamelijk grof en ongenueanceerd. De crux ervan is theoretisch: te laten zien dat de definities van vaardigheden verschillen in uiteenlopende collectieven, en dat bovendien die vaardigheden worden verdeeld over de deelnemers aan zo'n collectief. Wat lichamen en machines kunnen, wordt gedefinieerd in het collectief.²

We willen in de tweede plaats suggereren dat er in de praktijken die zwangerschap en bevalling constitueren in Nederland, in toenemende mate incoherenties dreigen te ontstaan. Die incoherenties hebben meer consequenties als het gefixeerde lichaam het veld ruimt in de analyse, en kan worden onderzocht hoe belichaming (de ervaring een lichaam te hebben dat vaardig is, geofend) een proces is - niet een gegeven. We vragen ons af of elk laag-risico traject dat zwangeren in Nederland doorlopen, evenzeer opleidt tot een lichaam dat in staat is thuis een kind te baren. Onze hypothese is dat naarmate de kennis van/bekendheid met het zwangere lichaam verdeeld wordt - we leggen straks uit wat we daarmee bedoelen - de kans kleiner wordt dat iemand 'gewoon thuis' een kind kan baren.

De vraag naar de coherentie waarmee lichamen worden getraind voor een of andere bevallingsconstellatie, komt voort uit de manier waarop we in meer algemene zin lichamen en hun vaardigheden onderdeel van de analyse maken. De suggestie dat er zich in de Nederlandse situatie op het niveau van het lichaam (zowel het door een vrouw impliciet ervaren lichaam als het door de verloskundig(e) geënceneerde lichaam) incoherenties manifesteren, is gebaseerd op door anderen aangedragen informatie over de (verwachte of gevreesde) toename en het effect van het gebruik van prenatale diagnostiek als de echografie, de vruchtwaterpunctie en de tripeltest. De gedachte is dat elk van die technologieën zelf, maar ook de mate waarin zij als het ware aan de ervaring van de zwangerschap voorafgaan en die ervaring dus los van het lichaam constitueren, van invloed is op wat het lichaam denkt te kunnen. Doel is aan te geven dat het voortbestaan van de thuisbevalling ook afhankelijk is van de wijze waarop een zwangere een lichaam krijgt dat getraind is en ervaren genoeg om thuis een kind te kunnen baren.³

Bevallen in Frankrijk en Nederland⁴

Schematisch gezien ziet een *Franse* bevalling er ongeveer zo uit. Een vrouw gaat naar het ziekenhuis als zij rond de uitgerekende datum weeën voelt. Omdat de

bevalling is gedefinieerd als een hoog-risico gebeurtenis, vindt die vrijwel uitsluitend plaats in het ziekenhuis. Daar aangekomen, wordt met behulp van een inwendig onderzoek en een korte elektronische registratie van de baarmoederactiviteit vastgesteld of de vrouw inderdaad ontsluitingsweeën heeft. Als dat zo is, dan wordt ze overgebracht naar de 'weeënkamer'. Ze ligt daar op een smal bed, en een aantal anderen groepeerd zich rondom/aan haar lichaam. Een vroedvrouw, een verpleegster en altijd een apparaat (monitor) dat vastzit met twee sensoren op de buik van de vrouw, en dat de weeën en de hartslag van de baby registreert. Voorts een infuus dat glucose toedient (er mag niet worden gegeten of gedronken tijdens de bevalling, omdat een eventuele operatieve ingreep op een nuchtere maag moet plaatsvinden) maar dat in veel gevallen ook het hormoon dat de weeën reguleert in het lichaam brengt. Dit hormoon, oxytocine, wordt in het lichaam aangemaakt in ongestandardiseerde en onregelmatige hoeveelheden. Om regelmatige en krachtige weeën te organiseren, neemt de oxytocine uit het infuus die hormoon dosering vaak over. Daarnaast worden regelmatig bloeddruk en temperatuur gemeten. Ook de lichaamstemperatuur van de vrouw wordt bijgehouden. Bij de meeste bevallingen wordt een ruggenprik geïnstalleerd: die verdooft het onderlichaam van de vrouw en maakt haar zo ongevoelig voor de weeënactiviteit van de baarmoeder, en voor de pijn die de weeën veroorzaken. Vanwege de ruggenprik komt ook de anesthesist regelmatig langs. En over het algemeen is de partner van de barenden vrouw in de buurt.

Al die 'anderen' spelen een belangrijke rol in de vertrekking van de bevalling in medisch-verloskundige zin. Ze verbinden zich stuk voor stuk met het lichaam van de vrouw. De monitor bijvoorbeeld, registreert de weeën al voordat ze door de vrouw worden opgemerkt. De monitor maakt de kennis over de weeën onafhankelijk van het oordeel van de vrouw over frequentie en intensiteit; bovendien wordt de weeënregistratie gekoppeld aan een registratie van de hartslag van de baby, en kan het papier waarop beide soorten informatie staan, onafhankelijk van het lichaam van de vrouw door het ziekenhuis 'reizen'. Als er een ruggenprik wordt geïnstalleerd, behoort de registratie van de weeën uitsluitend nog toe aan de monitor. De ruggenprik verdooft het onderlichaam, waardoor de weeën, en daarmee de pijn ervan, niet meer worden ervaren in het lichaam. Het infuus met het hormoon dat kracht en frequentie van de weeën reguleert en standaardiseert, is noodzakelijk als het onderlichaam is verdoofd, maar het wordt ook bij bevallingen zonder ruggenprik vaak ingezet. De vroedvrouw heeft een aantal complexe taken: ze doet af en toe een inwendig onderzoek om de vordering van de ontsluiting te bepalen, maar ze is ook de eerste die de papieren sporen van de monitor ziet en beoordeelt, en

zij is het die bij een bevalling met een ruggenprik aan geeft wanneer en hoe lang de vrouw moet persen tijdens de uitdrijving van de baby; immers, weeën worden door de vrouw zelf niet geregistreerd. De vrouw zelf heeft in dit collectief een lichaam dat geacht wordt tot verschillende dingen in staat te zijn. Ze moet zodanig kunnen liggen of gaan verliggen dat de verschillende instrumenten waarmee de bevalling als het ware buiten haar lichaam om wordt geleid, hun werk kunnen doen. Tijdens de ontsluitingsweeën wordt er behalve die positioneringsarbeid van het lichaam, niet veel anders verwacht - als ze tenminste een ruggenprik heeft.⁵ Als de persweeën beginnen - indicaties daarvan zijn de door de vroedvrouw opgemerkte volledige ontsluiting van de baarmoedermond - moet de vrouw in staat zijn te persen op instigatie van de vroedvrouw die op het papier van de monitor ziet dat er een wee op komt is. Tijdens voorbereidende bijeenkomsten en zwangerschapsgymnastiek wordt aan dat persen-op-commando aandacht besteed.

Het is verleidelijk om deze manier van bevallen te veroordelen als vrouwenonvriendelijk, technocratisch, onnatuurlijk. Maar we willen eigenlijk iets anders vaststellen over het collectief dat we hebben beschreven. In de eerste plaats dat zo'n Franse bevalling een verrichting is van een tamelijk omvangrijk gezelschap. De vaardigheid een kind te baren, de kennis die daarvoor nodig is, is voor een groot deel *uit het lichaam* van de vrouw gehaald, *expliciet en mobiel* gemaakt, en *gedistribueerd* over de verschillende deelnemers. Het expliciet en mobiel maken betekent niet alleen het *verplaatsen* van de kennis van binnen naar buiten het lichaam, maar ook het *vertalen* ervan in andere parameters, in andere sensaties.⁶ Bovendien kan geen enkele actor in het collectief buiten het werk van de anderen. De ruggenprik heeft de monitor nodig, en oxytocine, maar op hun beurt vragen die drie technieken van het lichaam van de vrouw dat het zo stil mogelijk ligt. Daarmee is de noodzaak van pijnstilling versterkt. Ook de vroedvrouw heeft de monitor nodig, omdat de vrouw zelf geen (pers)weeën registreert. De vrouw op haar beurt heeft de vroedvrouw nodig om te kunnen persen.

In het collectief waarin zich de bevalling voltrekt, worden competenties gedefinieerd en verdeeld tussen de deelnemers. Dat gezelschap wordt - in enigszins variabele samenstelling - bij elke bevalling in het leven geroepen. De vaardigheden die de deelnemers worden geacht te bezitten, zijn resultaat van het voorbereid zijn op het onderdeel worden van dat collectief. De veronderstelling dat bevallen gevaarlijk is, is zo niet simpelweg een kwestie van naamgeving, maar van vormgeving van een praktijk. In zo'n praktijk is het lichaam van de zwangere niet een entiteit met vastliggende eigenschappen die al dan niet geweld worden aangedaan, maar een lichaam *waarin* en/of *waarbuiten* tijdens

de zwangerschap en de bevalling kennis, bekendheid, ervaring en vaardigheden worden vastgelegd.

Een Nederlandse thuisbevalling ziet er heel anders uit dan een Franse ziekenhuisbevalling. In Nederland belt de vrouw de vroedvrouw als ze regelmatig weeën heeft, of als het vruchtwater breekt. Als de vroedvrouw op basis van het telefoontje oordeelt dat haar cliënt waarschijnlijk goede ontsluitingsweeën heeft, bezoekt ze haar. Ze doet een inwendig onderzoek om de mate van ontsluiting vast te stellen, ze luistert naar het babyhart met een doptone-apparaat of een houten toeter, en ze inspecteert in zekere zin de omgeving: is er rust, is de partner in de buurt, lopen de burens niet af en aan. Tenzij de ontsluiting al ver is gevorderd, gaat de vroedvrouw over het algemeen weer weg. De vrouw (of haar partner) belt opnieuw als de weeënfrequentie toeneemt, als ze persweeën heeft, of om andere redenen. Is de ontsluiting flink gevorderd, dan blijft de vroedvrouw - met haar doptone-apparaat, een arsenaal aan kleine instrumenten als een haakje om het vruchtwater te breken, een klem en een schaar om de baby af te navelen, een spuit om een lokale verdoving te kunnen geven als het nodig is 'een knip te zetten' (het perineum in te knippen opdat de baby er beter/sneller doorkan), naald en draad om een eventuele knip of inscheuring te kunnen hechten, en een koffer met beademingsapparatuur voor het geval de baby wordt geboren en niet voldoende zuurstof krijgt of heeft gehad.

De gedachte van de Nederlandse thuisbevalling is, dat die zich veilig, vlot en in zekere zin bevredigend voor alle deelnemers zal voltrekken als de vrouw in staat wordt/is gesteld om zich volledig te concentreren op het werk van haar lichaam, preciezer: de baarmoeder. Geen van de andere deelnemers - vroedvrouw, partner, medische instrumenten - vangt de weeën op, kan de pijn de baas blijven, heeft de energie voor de uitdrijving. De andere deelnemers zijn echter onmisbaar voor de concentratie: ze concentreren zich mee op het lichaam (de vroedvrouw en haar instrumenten om andere redenen dan de partner) om het de vrouw mogelijk te maken in haar lichaam de bevalling te controleren. In haar lichaam: niemand van de deelnemers aan de thuisbevalling beschikt over middelen de bevalling - als in de Franse situatie - uit het lichaam te halen, het lichaam te verkleinen tot een samentrekkende baarmoeder wiens werk vervolgens buiten het lichaam wordt geregistreerd en gereguleerd. Maar ook in haar lichaam: omdat de vroedvrouw niet beschikt over allerlei medische technologie die permanent registreert en reguleert, maar vooral ook omdat dat past in het Nederlandse gedachtegoed over bevallen als normale levensverrichting, doen de vroedvrouw en de andere omstanders er alles aan om de bevalling zo impliciet mogelijk te laten verlopen.

Dat betekent het volgende. Tijdens de Nederlandse thuisbevalling circuleren de kennis van de baring, de bekendheid met het barend lichaam en de vaardigheden het kind geboren te laten worden vooral tussen vroedvrouw en vrouw. Bovendien blijft, in het ideale geval, die kennis gekoppeld aan het lichaam van de vrouw. Dat wil zeggen: die wordt niet uit haar lichaam gehaald, expliciet en mobiel gemaakt, maar blijft onderdeel van het lichaam. Via de bekendheid van de vrouw met het eigen lichaam en via de mededelingen die zij doet over wat er gebeurt, leest de vroedvrouw het verloop van de bevalling. Dat betekent niet dat de vrouw in reflexieve zin steeds weet wat er met haar lichaam gebeurt - ze heeft, zeker als ze van haar eerste kind bevalt, een onbekend lichaam. De vroedvrouw moet haar opmerkingen, geluiden, lichaamshoudingen en ademhaling lezen in obstetrische termen: dit is een wee, nu is die weer voorbij, ze raakt in paniek, ze kan beter even onder de douche, etcetera. Het betekent wél dat er voor de vroedvrouw geen andere informatiebron is dan de vrouw en haar 'mededelingen'.

Af en toe wordt een deel van de gebeurtenis even uit het lichaam gehaald: de harttonen van de baby bijvoorbeeld, of het aantal centimeters ontsluiting. Maar steeds worden die ex-corporaties weer impliciet gemaakt: samen vormen ze niet, zoals in de Franse setting, een expliciete en beweeglijke verplaatste bevalling. Het spoor van de bevalling wordt niet vertaald en verplaatst naar de andere deelnemers. De concentratie in/op (het lichaam van) de vrouw is cruciaal, en wordt door zowel de ruimte, het handelen van de vroedvrouw, de medische instrumenten die zij kan gebruiken, als door het handelen van de andere deelnemers georganiseerd.

Een Nederlandse thuisbevalling veronderstelt en organiseert dus een vrouw met een lichaam dat vaardig is om 'in zichzelf' een kind te baren.⁷ Die vaardigheid heeft het vrouwenlichaam als effect van de verloskundige setting waarin in Nederland kinderen kunnen worden geboren.

De beschrijvingen van Franse en Nederlandse bevallingen - schematisch, en zeker niet representatief voor alle bevallingen in alle (zieken)huizen - tonen wat het resultaat zou kunnen zijn van het loslaten van het 'natuurlijke', of het 'autonome' vrouwenlichaam als fundament op basis waarvan praktijken vorm krijgen en kunnen worden gekritiseerd. Het oorspronkelijke vrouwenlichaam, dat van nature bepaalde dingen kan en wil, is verdwenen als meetlat, als referentiepunt aan de hand waarvan praktijken kunnen worden gelegitimeerd en gekritiseerd. Het lichaam dat in staat moet zijn in een of ander collectief een kind te kunnen baren, is een daartoe *getraind lichaam*.

In het volgende staat de vraag centraal of de begeleiding van zwangeren in Nederland wel opleidt tot een lichaam dat wordt verondersteld geen behoefte te heb-

ben aan een buiten het lichaam georganiseerde beval-
ling: een lichaam dat inderdaad genoeg heeft aan wat
het geacht wordt te zijn en te kunnen tijdens de beval-
ling. Wordt er in de manier waarop de zwangerschaps-
begeleiding wordt gepraktiseerd in Nederland, wel zo'n
vaardig en veilig lichaam gemaakt?

Zwangerschap en bevalling in Nederland: twee lichamen?

Een zwangere vrouw in Nederland meldt zich op enig
moment bij haar verloskundige. Een laag-risico traject
ziet er dan ongeveer als volgt uit. Er zijn twaalf tot vijf-
tien consulten van de vroedvrouw. Afgezien van het
eerste consult, waarin de verloskundige een uitgebreide
anamnese afneemt, wordt tijdens ieder volgend con-
sult globaal de volgende dingen gedaan. De vrouw
wordt gewogen, haar buik wordt gemeten, de positie
van het kind wordt bepaald en de harttonen opgezocht
en beluisterd, de bloeddruk wordt gemeten, de urine op
suiker onderzocht, eenmalig of vaker wordt een aantal
bloedwaarden bepaald en op gezette tijden wordt het
ijzergehalte in het bloed bepaald. Bovendien is er tijd
voor het doorspreken van problemen, vragen en zorgen.

Voortredenerend op ons argument over de bevalling,
geldt ook in het zwangerschapstraject dat er sprake is
van een zekere organisatie van de kennis en de ervaring
van het lichaam. Er wordt niet ontdekt wat het geval is
- dat wat het geval is, is uitkomst van het traject waarin
een zwangere zich bevindt. In Frankrijk wordt bijvoor-
beeld bij elk bezoek aan de vroedvrouw of gynaecoloog
een inwendig onderzoek gedaan. In Frankrijk is vanwe-
ge die praktijk de 'dreiging van een vroeggeboorte' een
enorm probleem: vooral vrouwen die al eerder een kind
hebben gebaard, blijken vaak al vroeg in de zwanger-
schap een beetje ontsluiting te hebben. Dat is dan aan-
leiding om hen te adviseren rustig aan te doen, veel te
liggen, of hen zelfs te laten opnemen en intensief te con-
trolleren. In Nederland maakt het inwendig onderzoek
geen deel uit van het normale zwangerschapstraject, en
bestaat het probleem van de dreigende vroeggeboorte
dan ook niet op instigatie van dat onderzoek.

Hoe leidt dat traject van verloskundige begeleiding
en controle nu op tot een lichaam dat ervaren genoeg is
om thuis te kunnen bevallen? We zagen dat tijdens de
thuisbevalling de kennis van/bekendheid met het vrou-
wenlichaam circuleert tussen vrouw en vroedvrouw, en
bij voorkeur gekoppeld blijft aan/in het vrouwenli-
chaam. Er ontstaan nauwelijks sporen van de bevalling
buiten het lichaam van de vrouw.

Zo'n lichaam waarmee de bekendheid maar in kleine
kring circuleert, en dat letterlijk steeds de relevante
informatie in zich heeft, bestaat niet van nature. We
kunnen op basis van de beschrijvingen van Franse en

Nederlandse bevallingen opperen dat naarmate kennis
van het vrouwenlichaam over meer plaatsen, mensen en
machines wordt verdeeld, het lichaam zelf verandert.
Het krijgt andere vaardigheden toebedeeld, en daarmee
misschien ook andere ervaringen. We willen suggereren
dat dit ook geldt voor de zwangerschap. Hoe groter het
netwerk van informanten is, en hoe verder die infor-
manten verwijderd (kunnen) raken van het vrouwenli-
chaam, hoe ingewikkelder het wordt om een lichaam te
hebben dat het zonder hen kan stellen. In principe is het
netwerk waarin bekendheid met het individuele zwan-
gere lichaam ontstaat en circuleert in Nederland klein:
vroedvrouw en vrouw zijn de aan elkaar gekoppelde en
van elkaar afhankelijke bronnen van informatie. Natu-
urlijk weet een vroedvrouw van de zwangerschap
omdat ze daarvoor heeft doorgeleerd. En natuurlijk weet
een vrouw ook van haar zwangerschap op basis van ver-
halen van anderen, van wat ze leest en hoort. Maar voor
zover het de controles van die zwangerschap betreft, is zij
bron van informatie voor de vroedvrouw en vice versa.

Het netwerk van informanten is vrijwel identiek aan
het collectief dat de Nederlandse bevalling verricht.
Tegelijkertijd breidt het zwangerschapscollectief zich in
Nederland steeds meer uit. Ook in Nederland wordt de
zwangerschap van een gezonde vrouw in toenemende
mate verdeeld over verschillende actoren op basis van
aan het lichaam ontleende, en er daartoe op allerlei
plaatsen uitgehaalde kennis. Gezonde zwangeren wil-
len, krijgen, mogen of moeten bijvoorbeeld steeds vaker
een echo. En die wordt, uitzonderingen daargelaten,
vooral gemaakt buiten de praktijk van de vroedvrouw:
in het ziekenhuis, door een echograaf en in een nieuw
dossier opgeslagen. Allerlei ander prenataal onderzoek
staat ter discussie of draagt bij aan de 'risicofactoren'
waaraan een zwangere blootstaat: de vruchtwaterpunc-
tie, de tripeltest. Dergelijk onderzoek herorganiseert de
kennis van en in het lichaam.

De definitie van zwangerschap en geboorte bevat een
sluimerende paradox. Enerzijds zijn zij normale levens-
verrichtingen tenzij er indicaties zijn van dreigende
pathologie, anderzijds gelden ze als risicoprocessen.
Deze paradox heeft misschien grotere consequenties
voor de toekomst van de Nederlandse verloskunde dan
op basis van ander onderzoek ook al wordt aangegeven.
Uit onderzoek is inmiddels gebleken dat zelfs het behoren
tot een risicocategorie (ouder zijn dan 36, of, in
Frankrijk en elders, zwanger zijn), een inbreuk maakt op
de ervaring van het lichaam als een veilig gebied (Pop-
kema, Pieters & Harbers, 1997). Bovendien zijn veel
eigentijdse technieken die in stelling worden gebracht
om te kunnen schatten wat het risico is dat iemand op
enig moment ziek wordt tijdens zwangerschap of beval-
ling, vrijwel zonder uitzondering zodanig complex (of
ongereguleerd) dat ze (moeten) worden uitgevoerd en
gelezen door experts (zie: De Vries, Horstman & Have-



man, 1997 voor een analyse van de risicocultuur in de Nederlandse gezondheidszorg).

Terug nu naar het getrainde lichaam. We willen niet suggereren dat de vraag naar of noodzaak van (poli)klinische bevallingen uitsluitend te wijten is aan het feit dat de bekendheid met de zwangerschap in toenemende mate afkomstig is van en circuleert in een netwerk dat zich aan de belichaamde zwangerschap minder gelegen laat liggen. Wel menen we dat meer prenataal onderzoek – maar misschien ook andere onderdelen van het zwangerschapstraject - over het algemeen betekent: meer plaatsen, meer mensen, dossiers, machines, die de zwangerschap, de ervaring en de bekendheid ermee, opnieuw definiëren en verdelen. Niet alleen de zwangere zelf krijgt zo een ander lichaam, ook de vroedvrouw staat kennis af. De zwangerschap en de veiligheid ervan circuleren nu niet meer tussen haar en haar cliënt, maar tussen veel meer plaatsen, instrumenten en dossiers.

De kennis die zo uiteindelijk is belichaamd, is steeds vaker expliciete, vertaalde en ook elders opgeslagen kennis. Zo'n verdeeld lichaam zou wel eens minder goed kunnen zijn opgeleid voor de heel anders georga-

niseerde belichaamde thuisbevalling. Dat betekent niet dat we op voorhand allerlei prenatale diagnostiek moeten afwijzen. Het betekent wel dat we ons moeten afvragen hoe nieuwe instrumenten in het prenatale traject bijdragen aan de manier waarop de zwangere een lichaam 'heeft'. Medische technologie maakt het niet simpelweg mogelijk in het lichaam te kijken en vast te stellen wat zich daar nu eenmaal voordoet. Onderzoek reorganiseert het collectief, en het lichaam dat daar deel van uitmaakt (Pasveer, 1992).

Er zijn dus meer variabelen in het spel als we ons een oordeel moeten vormen over de vraag of, en op welke plaats en door wie, bepaald onderzoek deel moet worden van het zwangerschapstraject. Elke nieuwe actor in het collectief organiseert immers ook een herverdeling van competenties en taken en de introductie van nieuw prenataal onderzoek heeft de neiging de zwangerschap eerder als risico dan als fysiologisch te definiëren. Een zwangerschap die veilig is als resultaat van onderzoek dat die zwangerschap meer en anders uit het lichaam haalt, maakt niet zomaar een bevalling die veilig is zonder dergelijke 'ex-corporaties'. Zo'n zwanger lichaam

bevat wellicht andere kennis dan die nodig is om thuis te kunnen bevallen.

Het einde van de thuisbevalling? Conclusies

Uiteraard spelen meer factoren een rol in de populariteit van de (poli)klinische bevalling, en in het soms hoge percentage verwijzingen naar het ziekenhuis tijdens geplande thuisbevallingen. Het zwangere lichaam wordt niet uitsluitend geconstitueerd via de contacten met de vroedvrouw. Vrouwen vragen vaak om een echo tijdens de zwangerschap, en vertellen dat deze hun ervaring van het zwanger zijn in gunstige zin beïnvloedt: 'toen ik de echo had gehad, realiseerde ik me pas dat ik echt zwanger was. En ook voor [partner] was het geweldig, want aan mijn buik kon je nog niets zien!' (interview). Toch geldt vanuit onze analyse dat die via het beeld geconstitueerde, en in zekere zin uitgestelde, ervaring aangeeft dat de belichaamde zwangerschap verandert als ze op andere manieren wordt geregistreerd en gevisualiseerd.

Door niet te veronderstellen dat vrouwen en hun lichamen van nature in staat zijn met een veilig lichaam een kind te baren, maar dat de kennis, de bekendheid en de ervaring van het lichaam onderdeel en resultaat is van het collectief dat zich in/met dat lichaam bemoeit en dat het vormgeeft, kunnen we enerzijds opperen dat het van belang is onderzoek te doen naar de vraag of/hoe de zwangerschap opleidt tot een thuisbevalling op het niveau van het vaardige vrouwenlichaam.

Anderzijds kunnen we een kritische kanttekening plaatsen bij het discours en de praktijk van de eigentijdse Nederlandse verloskunde. Die normativiteit is niet afkomstig van een punt *buiten* dat discours: het is niet op basis van een vooringenomen oordeel over de waarde of de onzinnigheid van de thuisbevalling dat we kritisch zijn. We constateren dat de actoren zelf doende zijn een paradoxale situatie te organiseren die - vanuit andere benaderingen niet te voorziene - consequenties heeft voor de belichaamde zwangerschap en bevalling, voor het vaardige lichaam. Het zijn de actoren zelf - de minister, verzekeraars, vroedvrouwen, vrouwen - die minimaal de mogelijkheid van thuis bevallen willen waarborgen en maximaal het percentage thuisbevallingen willen doen toenemen. We volgen hun normativiteit en constateren dat men in Nederland uit is op lichamen die zo veilig zijn georganiseerd en als zo veilig worden ervaren dat ze thuis op eigen kracht een kind kunnen baren. Maar we constateren ook dat nieuw en aanstormend prenataal onderzoek en de veranderingen van het collectief dat aan de belichaamde zwangerschap deelneemt, wel eens contraproductief zouden kunnen zijn voor een op zo'n manier belichaamde zwangerschap en bevalling.

Dat betekent niet dat we vanaf nu alle medische technologie moeten weren uit de verloskunde. Het betekent wel dat er meer aan de orde is bij de vraag wat een medische technologie openbaart: dat is niet simpelweg een kwestie van ontdekken wat klaarlag om ontdekt te worden in het lichaam. De kwestie is complexer. Een nieuwe (medische) technologie verandert de omvang en de aard van het collectief, de definitie en de verdeling van wat er in dat collectief wordt gekend en gedaan. Dat is niet op voorhand goed of slecht: het gaat ons erom dat die constatering afwijkt van de gangbare gedachte dat medisch-technisch onderzoek *niet* normeert maar uitsluitend blootlegt wat het geval is. Het gaat ons er bovendien om dat het normerende karakter van de wijze waarop het collectief is georganiseerd - dat het collectief construeert wat normaal, risicovol, veilig, pathologisch is - ook zijn invloed heeft op het lichaam dat zwanger is en een kind baart.

Wil de thuisbevalling het jaar 2000 halen, dan is er meer nodig dan goede bedoelingen ten aanzien van vrouwenbelangen (Schoon, 1996, p. 69) of voorlichting aan zwangeren over het plezier en de veiligheid van de thuisbevalling (Manshanden, 1997; Wiegiers & Berghs, 1994). Dergelijke strategieën laten het lichaam buiten beschouwing: ze richten zich in zekere zin op het gezonde verstand van vrouwen, en dat huist in het hoofd, in de hersenen. Ze zijn noch op zoek naar de verloskundige constructies van zwangere/barende lichamen, noch naar de vraag hoe die al dan niet samenhangen met de verhalen van vrouwen over hun lichamen. De theoretische en tegelijkertijd empirische inclusie van het lichaam⁸ - het geconstitueerde lichaam en het ervaren lichaam - in het organiseren van de toekomst van de verloskunde en het overleven van de thuisbevalling, is wellicht van belang voor de vraag of en hoe de thuisbevalling kan overleven.

Literatuur

- Akrich, M., & B. Pasveer (1996). *Comment la Naissance Vient aux Femmes*. Parijs: Les Empêcheurs du Penser en Rond.
- Akrich, M., & B. Pasveer (1998, in voorbereiding). Circulation of pregnant bodies. Paper op de WPMC/CSI workshop *Theorizing Bodies*, Parijs, 9 - 11 september.
- Crebas, A. (1997). Geen moederkoek maar lariekoek. *Tijdschrift voor Verloskundigen* 22, 4, 46-47.
- Croon, M. (1998). De maakbaarheid van de mens. *Tijdschrift voor Verloskundigen* 23, 4, 245.
- Haraway, D. (1991). Situated knowledges. In *Simians, Cyborgs, and Women. The Reinvention of Nature* (pp. 183-201). London: Free Association Books.
- Hingstman, L., M. Foets & J.A. Riteco (1993). Thuis of in het ziekenhuis bevallen, meningen van de consument. *Tijdschrift voor Verloskundigen* 18, 66-73.
- Hirschauer, S. (1991). The manufacture of bodies in surgery. *Social Studies of Science* 21, 2, 279-319.
- Latour, B. (1988). *The Pasteurization of France*. Cambridge (MA) en London: Harvard University Press.
- Latour, B. (1997). *On actor-network theory. A few clarifications*.

<http://www.keele.ac.uk/depts/stt/stt/ant/latour.htm>
 Manshanden, J.C.P. (1997). De keuze van de nulliparae: wan-neer, waarom? *Tijdschrift voor Verloskundigen* 22, 12, 34-40.
 Mol, A. (1994). Ondertonen en boventonen. Over empirische filosofie. In D. Pels & G. de Vries (Eds.), *Burgers en Vreemdelingen* (pp. 77-84). Amsterdam: Van Gennep.
 Mol, A., & M. Berg (Eds.) (1998). *Differences in Medicine. Unraveling Practices, Techniques and Bodies*. Durham: Duke University Press.
 Moser, I. & J. Law (1997). Notes on Desire, Complexity, Inclusion. In B. Brenna, J. Law, & I. Moser (Eds.), *Machines, Agency and Desire*. Oslo: TMV Report Series No.32/98.
 Pasveer, B. (1992). *Shadows of Knowledge*. Amsterdam: proefschrift.
 Pasveer, B., & M. Akrich (1996). Hoe kinderen geboren worden. *Kennis en Methode* 20, 1, 116-145.
 Pel, M., & M.H.B. Heres (1995). *OBINT. A Study of Obstetric Intervention*. Amsterdam: Thesis Publishers.
 Popkema, M., T. Pieters & H. Harbers (1997). Technologie en zwangerschap. De politiek van een prenatale screenings-test. *Kennis en Methode*, 21, 2, 97-123.
 Rabeharisoa, V., & M. Callon (1998). Bodies as trial. The collective process of patient reconfiguration. Paper op de NECSTS workshop *Politics of Technology*, Maastricht, 13 - 16 mei.
 Schoon, L. (1995). *De Gynaecologie als Belichaming van Vrouwen. Verloskunde en Gynaecologie 1840-1920*. Zutphen: Walburg Press.
 Schoon, L. (1996). Haalt de thuisbevalling het jaar 2000? *Tijdschrift voor Vrouwenstudies* 17, 1, 65-74.
 Versteegen, A. (1997). Drie casus over 'oudere nulli-para' van de Voedvrouwenpraktijk Breedstraat. *Tijdschrift voor Verloskundigen*, 22, 7/8, 36-38.
 Vries, G.H. de, K. Horstman & O. Haveman (1997). *Politiek van Preventie*. Den Haag: Rathenau Instituut.
 Wiegers, T. (1997). *Home or Hospital Birth*. Utrecht: Nivel.
 Wiegers, T., & G. Berghs (1994). *Bevallen Thuis of Poliklinisch?* Utrecht: Nivel.

Noten

- De term 'technieksemiotiek' is geen gangbare. Bedoeld worden benaderingen die hun inspiratie putten uit de semiotiek van de taal - de gedachte dat de betekenissen van teksten niet vastliggen, maar worden geconstitueerd en circuleren in netwerken van betekenaars. Technieksemiotici hebben die basisgedachte van de semiotiek gebruikt om zich te kunnen afvragen hoe ook andere entiteiten dan teksten hun eigenschappen ontwikkelen als zij circuleren, en hoe bovendien dat wat telt als een karakteristiek van een entiteit afhankelijk is van de plaats in een netwerk van andere circulerende entiteiten. Daarmee zijn entiteiten ontdaan van hun gefixeerdheid en gegevenheid. Hun bestaan is afhankelijk van de meer of minder toevallige plaats in het netwerk, hun karakteristieken kenmerken hen even lang als ze een vaste plaats in een onbeweeglijk netwerk innemen. De reden om onze benadering technieksemiotisch te noemen komt voort uit de locatie van de inspiratiebronnen, die zich allemaal bezighouden met het circuleren van lichamen en machines. Zie voor andere voorbeelden van technieksemiotisch onderzoek: Hirschauer, 1991; Mol & Berg, 1998; Moser & Law, 1997; Rabeharisoa & Callon, 1998 en voor een polemisch statement over de actor-netwerk-theorie als variant daarvan: Latour, 1997. Zie voor een kritiek op de netwerk-metafoor: Mol, 1994.
- Dat zulke collectieven een geschiedenis hebben, en niet bij elke bevalling weer opnieuw moeten worden uitgevonden, spreekt niet voor zichzelf, maar staat ook niet centraal in dit artikel.

- Als we spreken van 'lichaam' impliceert dat niet automatisch dat het aan een enkel, gefixeerd, subject toebehoort. Zoals uit onze beschrijving van de bevallingen zal blijken, kunnen een lichaam en de kennis van dat lichaam, de vaardigheden die het heeft, nogal verdeeld zijn. Dat betekent niet dat we de vrouw regelmatig reduceren tot 'het vrouwelijk lichaam' (Crebas, 1997, p. 46-47), maar dat we de vraag wie dat lichaam beheerst en kent, nog kunnen stellen - en ook de normatieve vraag naar wie eigenaar van het lichaam zou moeten zijn. Overigens realiseren we ons wel dat we in onze beschrijving geen verschil maken tussen het barend lichaam dat de vrouw 'heeft' en het barend lichaam dat bijvoorbeeld de vroedvrouw of de gynaecoloog 'heeft', terwijl die lichamen niet op voorhand hetzelfde zijn. Zie: Hirschauer, 1991, voor het maken van verschil tussen de 'surgeon-body' en de 'patient-body' bij operaties.
- De beschrijvingen zijn gebaseerd op een onderzoek naar door de betrokken beroepsgroep(en) geformuleerde beschrijvingen van 'de' bevalling. Interviews, vakliteratuur over de inzet van verschillende medische instrumenten en visueel materiaal uit de verloskunde in beide landen (videofilms over bevallingen, documentaire gemaakt voor tv) zijn de voornaamste bronnen. We zijn ons ervan bewust dat we, door ons op die informanten te concentreren, afzien van de vraag naar hoe vrouwen hun lichaam hebben/ervaren tijdens zwangerschap en bevalling, en hoe dat strookt met het officieel geënceneerde lichaam. Dit stuk gaat over het laatste - het officieel geënceneerde lichaam zoals dat verschijnt in vanuit de zorg aangeboden scenario's. Daarmee schrijven we in zekere zin het zoveelste stuk dat over vrouwelijke 'patiënten' gaat. We hopen dat in de nabije toekomst te kunnen corrigeren (zie noot 7).
- Het is wellicht van belang op te merken dat wie in Frankrijk zonder ruggenprik wil of moet bevallen, niet als vanzelfsprekend een alternatieve begeleiding van de ontsluitingsweeën - en het hanteren van de baringspijn - wordt aangeboden. In een eerder artikel merkten we op dat de normale Franse bevalling de vraag naar pijnbestrijding meer suggereert dan de normale Nederlandse bevalling waaraan, zoals we zullen zien, een vrouwenlichaam deelneemt dat is getraind in het zelf opvangen van ontsluitings- en persweeën (zie: Pasveer & Akrich, 1996).
- Voor meer over het verplaatsen en vertalen van kennis, zie: Latour, 1988 en 1997.
- Wat 'zelf' is, is een empirische vraag geworden. Het collectief 'performs' een of meerdere belichaamde subjecten. De vraag in hoeverre het 'zelf' van de vrouw, zoals zij dat beschrijft als ze over zwangerschap en bevalling spreekt, strookt met het 'zelf' dat resultaat is van dit collectief, wordt besproken in Akrich & Pasveer, 1998. Er wordt geen gegeven, authentiek, natuurlijk subject geweld aangedaan - maar wellicht kunnen conflicterende beschrijvingen van het belichaamde subject tijdens zo'n bevalling aanleiding zijn tot herziening van een specifieke setting. Zie ook de conclusies van het huidige artikel voor een bespreking van normativiteit.
- Voor een mooie uitleg over het tegelijkertijd bedrijven van theoretisch en empirisch onderzoek, voor de onwenselijkheid/onmogelijkheid ze uit elkaar te trekken en theorieën 'van toepassing' te laten zijn op empirische domeinen, of data aanleiding te laten zijn voor theoretisch 'lege' reflecties, zie: Mol, 1994.

Beeldmateriaal: (foto: Frans Verpoorter) in: I. Dakman, Een kind krijgen op je eigen manier. Een overzicht van de verschillende manieren van bevallen, voorbereiding en begeleiding. Rijswijk (z.d.), p. 28 en 113.