

## **De thuisbevalling: een traditie waard om te behouden?**

---

Een interdisciplinaire studie naar de uitkomsten en de wenselijkheid van de medicalisering van de geboortezorg in Nederland, met een focus op het verschil in plaats van geboorte.

Jip Leferink

2062151

Mirjam de Leeuw

6149278

Masterscriptie MSc Medical Humanities

Universiteit Utrecht



**Universiteit  
Utrecht**

## Voorwoord

Voor u ligt onze masterscriptie van het masterprogramma Medical Humanities aan de Universiteit Utrecht. Dit is een nieuwe master, dus hoewel wij enigszins een idee hadden van de thema's die onder het domein van Medical Humanities zouden vallen, hadden we beiden nog geen duidelijk begrip over de precieze invulling van het jaar en de onderwerpen die besproken zouden worden. We zijn positief verrast en hebben dit jaar veel nieuws geleerd over de manier waarop de geesteswetenschappen een waardevolle toevoeging zijn aan de gezondheidszorg en de complexe problemen die zich op dit gebied afspelen in de samenleving.

Omdat we allebei oorspronkelijk vanuit een ander vakgebied komen, hebben we veel kunnen sparren en veel kunnen leren van elkaar. De integratie van deze twee vakgebieden vond zodoende niet alleen op papier, maar ook daarbuiten plaats. De samenwerking is goed verlopen en bleek bevorderend te werken voor het schrijven van deze scriptie.

Allereerst willen we onze eerste begeleider, Sander van Werkhoven, bedanken. Vanuit de opleiding heeft hij ons op een bevlogen manier de beginselen van bepaalde medisch-ethische concepten geleerd. Dit heeft ons zodoende geïnspireerd tot het schrijven van deze scriptie. Hij heeft ons geholpen om richting te geven aan deze scriptie op de momenten dat we zelf even zoekende waren. Ook willen we hem bedanken voor de vele boeiende, prikkelende gesprekken die we hebben gehad, die ons hebben gedwongen om dieper over bepaalde elementen na te denken.

Ten tweede willen we onze tweede begeleider, Marjolein Kok, bedanken. Ze toonde vanaf het eerste gesprek interesse in ons onderwerp en bleek een inspiratiebron voor ons. Ze heeft ons, door haar vakkennis en ervaring in de geboortezorg, veel geleerd over het onderwerp. Ook heeft ze veel kennis gedeeld die ons verder heeft geholpen in het schrijfproces. Daarnaast willen we haar bedanken voor haar betrokkenheid en feedback.

Jip Leferink en Mirjam de Leeuw

Utrecht, 28 juni 2023

# Inhoudsopgave

<b>1. Introductie.....</b>	<b>5</b>
1.1 Aanleiding.....	5
1.2 Maatschappelijke probleemstelling.....	5
1.3 Wetenschappelijke probleemstelling.....	7
1.4 Vraagstelling.....	8
1.5 Doelstelling.....	8
<b>2. Interdisciplinaire verantwoording.....</b>	<b>9</b>
2.1 Definitie en relevantie van interdisciplinariteit.....	9
2.2 Theorie volgens Repko en Szostak.....	10
<b>3. Theoretisch kader.....</b>	<b>12</b>
3.1 Medicalisering.....	12
3.1.1 Medicalisering als vorm van sociale controle.....	12
3.1.2 Medicalisering en de groei van medische autoriteit.....	13
3.1.3 Medicalisering in de context van geboortezorg.....	14
3.2 Huidig overzicht geboortezorg in Nederland.....	15
3.2.1 Zorgstandaard Integrale Geboortezorg.....	15
3.2.2 Verloop zwangerschap en bevalling.....	16
3.3 Historische context.....	17
3.3.1 Geschiedenis van de geboortezorg vanaf de 18e eeuw: medicalisering.....	17
3.3.2 De tweede feministische golf: oproep tot demedicalisering.....	19
3.3.3 Geboortezorg in Nederland vanaf 1990: medicalisering.....	21
3.3.4 Medicalisering in cijfers tussen 2003 en 2020.....	22
<b>4. Methode.....</b>	<b>27</b>
4.1 Literatuuronderzoek.....	27
4.1.1 Werkwijze.....	28
4.2 Fenomenologisch onderzoek.....	28
4.2.1 Interpretative phenomenological analysis (IPA).....	29
4.2.2 Werkwijze.....	30
<b>5. Bevindingen.....</b>	<b>30</b>
5.1 Kwantificeerbare uitkomsten van de medicalisering van de geboortezorg.....	31
5.1.1 Risico als graadmeter.....	32
5.1.2 Sterfte en morbiditeit van moeder en kind.....	32
5.1.3 Risico-analyse medische interventies.....	37
5.2 Sociologische uitkomsten medicalisering van de geboortezorg.....	42
5.3 Ervaring van vrouwen.....	45
5.3.1 Angst en bezorgdheid.....	46
5.3.2 Betekenisvolle relaties en ondersteuning.....	48
5.3.3 Beleving van controle en autonomie.....	48
5.3.4 Beleving van de medische wereld.....	50

5.3.5 De bevalling als prestatie.....	52
<b>6. Conclusie.....</b>	<b>54</b>
<b>7. Discussie.....</b>	<b>55</b>
<b>Literatuurlijst.....</b>	<b>59</b>
<b>Bijlagen.....</b>	<b>80</b>
Bijlage 1: Informed consent formulier.....	80
Bijlage 2: Lijst met afkortingen.....	80

# **1. Introductie**

## **1.1 Aanleiding**

De aanleiding voor dit scriptieonderwerp en deze scriptie is meerledig. Allereerst raakten wij tijdens onze masteropleiding Medical Humanities, gevolgd aan de Universiteit Utrecht, beiden bekend met het begrip ‘medicalisering’. Dit concept bleek op een veel breder scala aan onderwerpen van toepassing te zijn dan eerder gedacht. Journalisten, sociologen en filosofen beweren zelfs dat het concept op het hele leven toepasbaar is.<sup>1</sup> Hiernaast deelden we beiden een interesse voor de geboortezorg en verloskunde. Naarmate we gesprekken begonnen te voeren met familie en vrienden, bleek dit onderwerp veel los te maken bij een brede groep mensen. Het steeds breder kunnen inzetten van medische interventies op het gebied van geboortezorg kent onmiskenbaar voor- en tegenstanders, die hun standpunt vaak lijken te verdedigen op basis van persoonlijke ervaringen. Het leek ons interessant deze ontwikkeling in de Nederlandse geboortezorg nader te onderzoeken, door een onderzoek uit te voeren waarbij we zowel de medische uitkomsten als de ervaringen van moeders beschrijven en deze bevindingen beiden meenemen in onze discussie.

## **1.2 Maatschappelijke probleemstelling**

Vorig jaar (2022) vond er op 23 mei een landelijk protest plaats van verloskundigen. ‘Maak van baren geen productiewerk,’ staat op één van de spandoeken. Verloskundigen uit heel het land kwamen op die dag samen om te protesteren tegen de plannen om de bekostiging van de geboortezorg te vernieuwen (Stevens, 2022) Dit was geen recente ontwikkeling: al sinds 2015 zijn er plannen voor de Nederlandse geboortezorg over mogelijke integrale bekostiging. In praktijk komt dit neer op een gezamenlijke financiering voor ziekenhuizen, kraamzorg en verloskundigen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2023). Deze actoren worden nu nog apart door zorgverzekeraars gefinancierd. Het beoogde resultaat van deze vorm van financiering is het verwezenlijken van een nauwere samenwerking tussen zorgaanbieders, wat op haar beurt zal moeten leiden tot betere uitkomsten in de geboortezorg. (Struijs et al., 2016). Een meerderheid van de Tweede Kamer bleek vóór deze vorm van financiering, ondanks de geuite zorgen van de beroepsgroep van de verloskundigen (Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, z.d.). De aanleiding hiervoor was

---

<sup>1</sup> Deze stelling zal worden toegelicht in paragraaf 3.1

het relatief hoge neonatale sterftcijfer<sup>2</sup> - 5,1 per 1000 geboorten - rondom geboortes in Nederland (ibidem.).

Op 31 mei 2022 is bekend geworden dat de integrale bekostiging, onder leiding van minister Ernst Kuipers, per 2023 door kan gaan. Hij heeft beloofd dat er vanaf dit jaar een zogenaamd tweesparenbeleid gevoerd zal worden, waarbij ook de reguliere bekostiging nog zal worden versterkt. Zowel de reguliere als de integrale bekostiging zal hiermee een plek krijgen in de geboortezorg (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2023). Er heerst echter angst onder de verloskundigen en andere mensen die deze zorg behoeven, dat dit besluit de ondergang zal betekenen voor de Nederlandse bevalcultuur.<sup>3</sup> Ze vrezen dat alle zorgverzekeraars uiteindelijk toch naar de integrale bekostiging van geboortezorg zullen bewegen, en dat de ziekenhuizen daarmee de leiding zullen krijgen binnen de verloskunde (Bos, 2018). Critici zijn bang voor toenemende medicalisering van de geboortezorg die hiermee gepaard zou kunnen gaan (ibidem.)

Binnen de gezondheidszorg balanceert men ten alle tijden tussen over- en onder-medicalisering. Wanneer er te weinig ingrijpen is vanuit de medische wereld kunnen professionals dingen over het hoofd zien en daarmee risico's in de hand werken, maar te veel ingrijpen kan eveneens leiden tot schade. Een soortgelijke afweging speelt binnen de geboortezorg. In tegenstelling tot veel andere landen, hebben mensen in Nederland de mogelijkheid om - zonder medische indicatie - thuis te bevallen. Nederland heeft het hoogste percentage thuisbevallingen van heel Europa (Galková et al., 2022). Hoewel dit aantal het afgelopen decennium flink is afgenomen, beviel in 2020 nog 26,9% in de eerste lijn, waarvan 14,6% volledig thuis (Perined, 2020). De eerste lijn<sup>4</sup> in de geboortezorg werkt samen met de gynaecologen, maar niet in opdracht van hen. De Nederlandse verloskundige heeft hierdoor een uitzonderlijke, autonome positie (Schuitemaker-Warnaar, 2016). Door de nieuwe vorm van financiering, dreigt de zelfstandige positie van de verloskundige te eindigen. In deze thesis wordt onderzocht of de huidige tendens naar medicalisering in de geboortezorg gewenst is, en

---

<sup>2</sup> Neonatale sterfte is de sterfte van pasgeborenen in de eerste 28 dagen na geboorte. Dit getal wordt vaak uitgedrukt in het aantal overledenen per 1000 geboren na een zwangerschapsduur van 24 weken of meer (*Neonatale sterfte*, z.d.). In 2021 is dit getal 5,1 gebleken - verwacht was dat dit getal lager zou zijn en er een sterkere daling zou hebben plaatsgevonden ten opzichte van de jaren ervoor (RIVM, 2020).

<sup>3</sup> Onder bevalcultuur wordt hierbij vooral de thuisbevalcultuur verstaan, die in Nederland vrij uniek is. In paragraaf 3.4 zal hier verder over worden gesproken.

<sup>4</sup> De eerste lijn omvat de zorg waar geen doorverwijzing van de huisarts voor nodig is. In de geboortezorg wordt de zorg hierbij verleend door eerstelijns verloskundigen of verloskundig-actieve huisartsen. De bevalling kan thuis plaatsvinden, in een geboortecentrum of poliklinisch in een ziekenhuis.

daarmee ook of de unieke positie die verloskundigen in Nederland vervullen er één is die het waard is om te behouden; hetgeen zij zelf zo voor pleiten.

### **1.3 Wetenschappelijke probleemstelling**

Er is al veel onderzoek gedaan naar verschillende aspecten van de geboortezorg in Nederland, waarbij verschillende onderzoeksthema's te identificeren zijn. Allereerst zijn er onderzoeken gedaan naar de veiligheid van de geboortezorg zoals deze in Nederland wordt uitgevoerd. Deze onderzoeken beschrijven de mogelijke complicaties die kunnen ontstaan bij een bevalling, de risico's die er zijn rondom bevallingen en de mogelijke interventies die gedaan kunnen worden om deze risico's te kunnen beperken (Verburg et. al., 2018; de Jonge et. al., 2009). Ook zijn er veel onderzoeken gedaan naar de effectiviteit van pijnbestrijding en andere specifieke medische interventies rondom en tijdens de bevalling (Van Der Beek et. al., 2013; Boersma et. al., 2017; Lanssens et. al., 2023; van der Ploeg et. al., 2020). Tot slot is zorgtevredenheid en ervaring van vrouwen een veel onderzocht onderwerp binnen de wetenschappelijke literatuur over de Nederlandse geboortezorg (Nieuwenhuijze et. al., 2013; Shareef et al., 2022; Vogels-Broeke et. al., 2023).

Naast onderzoek naar al deze facetten van de geboortezorg in Nederland, zijn er ook onderzoeken en essays bekend die zich richten op medicalisering van de geboortezorg als onderwerp. Er bestaan essays die de medicalisering van geboortezorg als fenomeen beschrijven en trachten te verklaren, en onderzoeken die zich specifiek richten op medicalisering van de geboortezorg in Nederland (Lumley, 1993; Johanson et. al., 2002; Green & Baston, 2007; De Vries & Buitendijk, 2012; Christiaens & van Teijlingen, 2009). Een comparatieve studie uitgevoerd door socioloog Wendy Christiaens (2013) beschrijft bijvoorbeeld de trends in medicalisering van geboortezorg in Nederland, in vergelijking met Vlaanderen. Dit doet Christiaens aan de hand van de toename aan medische interventies die in de geboortezorg toe worden gepast. Een dergelijk onderzoek naar trends van medicalisering aan de hand van het aantal medische interventies is ook al eens uitgevoerd over de periode 1993-2002 en beschreven in een onderzoek door Kwee et. al. (2006). Een andere comparatieve studie, tevens uitgevoerd door Christiaens echter ditmaal in samenwerking met Bracke (2009), focust zich op de plaats van bevallen en de tevredenheid onder vrouwen die zwanger waren of een bevalling achter de rug hadden. De kwantitatieve data van deze studie - verkregen door middel van surveys - werd verzameld en geanalyseerd.

Tevredenheid bij thuisbevallingen is ook al eens eerder onderzocht door Kerssens (1994) in een kwalitatief uitgevoerd onderzoek.

Hoewel er klaarblijkelijk al veel onderzoek is gedaan naar verschillende aspecten van dit onderwerp, zal deze studie een toevoeging zijn aan de huidige literatuur. Allereerst is medicalisering een doorlopend proces. Hierdoor is het van groot belang dat er regelmatig wordt stilgestaan bij de gevolgen van dit proces en de vraag of bepaalde ontwikkelingen moreel wenselijk zijn of niet. Daarnaast zijn veel van de genoemde onderzoeken puur kwantitatief of puur kwalitatief van aard. Een interdisciplinair onderzoek over de uitkomst van de medicalisering van de huidige geboortezorg, is nog niet uitgevoerd. We trachten door middel van dit onderzoek een omvattend geheel te schetsen van de geboortezorg in Nederland, waarbij medicalisering als uitgangspunt wordt genomen.

## **1.4 Vraagstelling**

In deze thesis zal worden toegewerkt naar een discussie waarin wordt bevraagd of de toenemende medicalisering in de Nederlandse geboortezorg wenselijk is. Dit zal gedaan worden aan de hand van de hoofdvraag: ‘Wat zijn de medische en psychosociale uitkomsten van medicalisering van geboortezorg, met het behoud van thuisbevalling als traditie?’

Deze hoofdvraag zal worden behandeld aan de hand van de volgende deelvragen:

1. Wat zijn de medische, kwantificeerbare uitkomsten van het proces van medicalisering van de geboortezorg in Nederland, en welke risico's brengt dit met zich mee?
2. Wat zijn de sociologische uitkomsten van het proces van medicalisering van de geboortezorg in Nederland?
3. Welke patronen zijn te herkennen in de bevalervaring van vrouwen, en op welke manier manifesteren deze patronen zich bij verschillende plaatsen van bevalling?

## **1.5 Doelstelling**

De doelstelling van deze scriptie is om de huidige geboortezorg in Nederland, en de beleving van ervaringsdeskundigen - mensen die bevallen zijn in de Nederlandse context - te analyseren. Op basis van literatuuronderzoek en semi-gestructureerde interviews hopen we tot een helder beeld te komen over de huidige gang van zaken in de geboortezorg. Hiernaast



hoopt deze analyse een bijdrage te leveren aan het kritisch denken over medicalisering van de geboortezorg, en hoopt bepaalde waarden te destilleren die van belang zijn bij de organisatie van deze vorm van zorg.

Allereerst zal er een interdisciplinaire verantwoording zijn waarin alle disciplines die zijn gebruikt voor deze scriptie worden toegelicht. Hierop volgt een theoretisch kader, waarin het begrip ‘medicalisering’ wordt uitgelegd binnen de stand van zaken in de Nederlandse geboortezorg. Ook is hier ruimte voor de historische context, om een beter begrip te kunnen vergaren over de huidige situatie. Vervolgens zal er ingegaan worden op de methodiek die voor deze scriptie is gebruikt. Hierna worden de bevindingen behandeld. Deze bestaat uit de kwantificeerbare uitkomsten van medicalisering, de sociologische uitkomsten, en de uitkomsten van het fenomenologisch onderzoek. Als laatste volgt de conclusie, welke resulteert in een discussie.

## **2. Interdisciplinaire verantwoording**

Om tot een volledig antwoord op onze onderzoeksvraag te komen, is het van belang dat er vanuit verschillende disciplines een visie wordt geboden op het vraagstuk. Het is een complex probleem, dat niet enkel op te lossen valt door vanuit de lens van één discipline te kijken. Er is daarom besloten om vier disciplinaire achtergronden te gebruiken bij het uitvoeren van ons onderzoek. Deze disciplines zijn: geschiedenis, geneeskunde, filosofie en antropologie. Het is van belang te stellen dat deze disciplines niet enkel naast elkaar bestaan in ons onderzoek, maar dat er integratie plaatsvindt tussen deze disciplines, om zo tot een uitgebreid en volledig antwoord op onze onderzoeksvraag te komen.

### **2.1 Definitie en relevantie van interdisciplinariteit**

Veel hedendaagse vraagstukken zijn complex en uitdagend - niet in de laatste plaats binnen de gezondheidszorg. Dit maakt dat analyses en oplossingen van dergelijke uitdagingen niet eendimensionaal zijn. Meerdere disciplines zijn nodig om tot een analyse of oplossing van een specifieke uitdaging te komen (Schmidt, 2008; Jacobs & Frickel, 2019). Interdisciplinair onderzoek kan nieuwe inzichten genereren die anders moeilijk bereikbaar zouden zijn. Tevens bevordert het de samenwerking tussen verschillende disciplines, waardoor wetenschappers in staat worden gesteld een probleem vanuit meerdere perspectieven te bekijken en zo oplossingen aan te dragen die effectiever en holistischer van aard zijn (ibidem.; Newell, 2013).

Interdisciplinariteit onderscheidt zich van multidisciplinariteit. Een review van Choi & Pak (2006) beschrijft dit verschil door een definitie van beide begrippen te geven. Multidisciplinariteit wordt hierin beschreven als een methode om samen te werken of onderzoek uit te voeren waarbij gebruik wordt gemaakt van verschillende disciplines, maar waarbij deze disciplines nog binnen hun eigen grenzen blijven. Interdisciplinariteit daarentegen, wordt beschreven als *'[a teamwork or research method that] analyses, synthesizes and harmonizes links between disciplines into a coordinated and coherent whole'* (CIHR, 2005). Interdisciplinair onderzoek houdt hiermee in dat de verschillende disciplines niet naast elkaar bestaan, maar dat ze met elkaar integreren en een geheel vormen.

De verschillende disciplines die in dit onderzoek worden gebruikt zijn geschiedenis, geneeskunde, filosofie en antropologie. Geschiedenis is allereerst van groot belang, gezien medicalisering een proces aanduidt. Het is van essentieel belang een historisch perspectief te bieden op de ontwikkeling van de geboortezorg zoals we deze nu kennen, opdat er een dieper inzicht ontstaat in de huidige gang van zaken. Geneeskunde, de leer van het menselijk lichaam en het bestrijden van ziektes, heeft een evidente rol in de geboortezorg en daarmee in dit onderzoek. Het biedt interventiemogelijkheden en draagt bij aan nieuwe inzichten en behandelmethoden. Het concept ‘medicalisering’ komt voort uit de disciplines filosofie en sociologie. Hiermee is de rol van deze disciplines evident en fundamenteel. Hiernaast speelt ethiek - tevens een concept in de filosofie - een grote rol bij het vormen van beleid rondom de geboortezorg. Vanuit de antropologie, een discipline afkomstig uit de sociale wetenschappen, worden sociale processen geanalyseerd en wordt culturele bepaaldheid aan het licht gebracht. Deze sociale context is essentieel bij het analyseren van medicalisering, aangezien dit een proces beschrijft wat sterk hierdoor beïnvloed wordt (van Hollem, 1994).

## **2.2 Theorie volgens Repko en Szostak**

Deze scriptie is geschreven aan de hand van de theorie van Repko en Szostak (2020), opdat de interdisciplinariteit gewaarborgd blijft. Allereerst is er, conform de theorie van Repko en Szostak, een blik geworpen op het onderwerp vanuit de verschillende disciplines aan de hand van het bestuderen van literatuur in bijbehorend vakgebied. Deze disciplinaire inzichten zijn gedeeld. Hierna is er een fundament - *common ground* - gevormd, waaruit het verdere onderzoek uitgevoerd kan worden. Er diende een gemeenschappelijke opvatting te komen van verschillende concepten in de onderzoeksvraag. Deze gemeenschappelijke basis in het interdisciplinair onderzoeksproces is de overgang geweest van een (multi)disciplinair- naar een interdisciplinair perspectief.

## **3. Theoretisch kader**

### **3.1 Medicalisering**

Medicalisering is - zoals beschreven in voorgaande paragraaf - een fenomeen waarbij natuurlijke processen als medisch probleem worden gedefinieerd (Conrad, 1992). Naast dat medicalisering afhankelijk is van biologische factoren, is deze ontwikkeling in hoge mate sociologisch en normatief van aard. Door medicalisering wordt een bepaalde norm bestendigd: bepaalde manifestaties worden als ‘ziekelijk’ bestempeld, waar medisch ingrijpen voor nodig is (Ballard & Elston, 2005). In zekere zin is de ontwikkeling op de visie jegens zwangerschap en geboorte, het schoolvoorbeeld van medicalisering: het zijn gezonde en fysiologische fenomenen, maar door een veranderde biomedische ideologie die zich door de geschiedenis heen meer is gaan focussen op veiligheid als belangrijkste norm, worden zwangerschap en geboorte gezien als risicovolle gebeurtenissen, met een potentieel voor pathologieën (Oakly & Houd, 1990).

Hoewel er in veel literatuur negatief wordt gesproken over dit proces, zijn er ook gewenste vormen van medicalisering aan te wijzen. Wanneer er negatief over medicalisering wordt gesproken, behelst dit veelal processen die als ‘overmedicalisering’ kunnen worden beschreven. Dit zijn alle vormen van ongewenste medicalisering. De grens tussen gewenste en ongewenste medicalisering is moeilijk te bepalen, maar is tegelijkertijd van groot belang (De Wit & Engelfriet, 2018; Van Dijk en Westert, 2018). In onderstaande subparagrafen zal achtereenvolgens worden ingegaan op de beginselen van het concept medicalisering, medicalisering als voorbeeld van groei van medische autoriteit in een patriarchale samenleving en, tot slot, medicalisering in de context van de geboortezorg.

#### **3.1.1 Medicalisering als vorm van sociale controle**

In de eerste helft van de twintigste eeuw vonden er veel sociologische processen plaats waarbij menselijke ervaringen vanuit medisch domein verklaard werden, en medische metaforen tegelijkertijd meer plaats begonnen te krijgen in de Westerse cultuur (Barker, 1998). Een vroeg geformuleerde definitie van medicalisering is die van professor sociologie Irving Kenneth Zola uit 1983, waarbij nadruk ligt op medische beheersing of superioriteit: ‘[Medicalisering is] een proces waarbij meer en meer van het dagelijks leven onder medische

dominantie, invloed en supervisie is gaan vallen.’ Medicalisering is in zijn definitie een doorgaand proces; een shift in onze moderne maatschappij richting een systeem van meer sociale controle. Dit wordt al eerder door hem beschreven, in een essay uit 1972 met de titel ‘Medicine as an institution of social control’, waarin hij betoogt dat het proces van medicalisering parallel loopt aan een groeiende behoefte aan sociale controle in de samenleving. Hij beschrijft hoe de geneeskunde zich heeft ontwikkeld tot een institutie die iemand beoordeelt op basis van gezondheid, waar dit in wezen een institutie zou moeten zijn die moreel neutraal blijft. De oorzaak van deze ontwikkeling is volgens hem geworteld in ons bureaucratische en technologische systeem - een systeem dat aan een proces onderhevig is waarbij we steeds vaker afhankelijk zijn van de mening en advies van een expert. Hij heeft hierbij hoogstwaarschijnlijk inspiratie opgedaan bij Parsons, die in 1951 al schrijft over de rolverdeling tussen de ‘zieke’ en de arts in *Illness and the role of the physician: A sociological perspective*. Hierna werden er langzaamaan meer essays gepubliceerd die de geneeskunde en haar morele standpunt in de samenleving begonnen te bevragen, hoewel vaak nog in de context van de psychiatrie (Szasz, 1971; Pitt, 1968; Freidson, 1970; Segall, 1976).

### **3.1.2 Medicalisering en de groei van medische autoriteit**

Uit de definitie van medicalisering zoals beschreven door Kenneth Zola in 1983 (zie hierboven), is de groei van medische autoriteit die inherent is aan het proces ‘medicalisering’ gauw voelbaar. Medicalisering duidt een proces aan waarbij er steeds meer waarde wordt gehecht aan het medische vak en waarbij de kennis die van dit vak uitgaat, steeds meer aanzien krijgt. Michel Foucault schrijft in zijn boek *The birth of biopolitics* over de groei aan medische autoriteit. Hij introduceert het begrip ‘*biomedical power*’. Deze vorm van macht wordt uitgeoefend door de schikking van mensen hun biologische leven, naar manieren die wenselijk zijn voor de heersende machtsorde. De medische wetenschap kan hierbij worden ingezet als machtsmiddel (Foucault, 2008). Deze macht wordt volgens hem niet uitgeoefend door individuele artsen, maar is geworteld in bredere systemen en praktijken - een uitspraak zoals deze ook al werd gedaan door Zola in 1972. Deze toename aan biomedische macht is volgens Foucault inherent aan het concept medicalisering. Het beschrijft de manier waarop medische normen en kennis de macht hebben verworven om te definiëren wat als pathologie wordt beschouwd, hoe deze ‘pathologieën’ behandeld dienen te worden en wie hier zeggenschap over heeft. Hij beschrijft hiermee hoe het proces van medicalisering gebed is in

een patriarchale samenleving. Deze link tussen een patriarchale samenleving en medicalisering is evident, maar tegelijkertijd complex.

Een patriarchale samenleving is gebaseerd op een hiërarchische verdeling van macht, waarbij mannen herhaaldelijk aan het langste eind trekken wat machtsverhoudingen betreft. Dit is ook zichtbaar in de medische professie, waarbij mannen door de geschiedenis heen stevast meer hoge functies hebben bekleed dan vrouwen (Huisman, 2019). Dit resulteert in een machtsonevenwicht waarbij medische professionals autoriteit hebben over de lichamen van - vrouwelijke - patiënten. Deze machtsdynamiek hangt sterk samen met medische controle die zorgprofessionals over patiënten hebben, zeker in het geval van geboortezorg. Deze controle kan zorgen voor een inbreuk op de autonomie en de zelfbeschikking van een - vrouwelijke - patiënt (Jardim et. al., 2018; Kurkura, 2018; Sadler et. al., 2016).

### **3.1.3 Medicalisering in de context van geboortezorg**

Medicalisering in de context van de geboortezorg wordt door Alyson Henley-Einon in het boek *The social context of birth* (2017) beschreven als ‘a process that has resulted in birth being regarded as a medical event rather than a social one.’ Ze beschrijft hierbij de ontwikkeling die op het gebied van geboortezorg heeft plaatsgevonden, waarbij het natuurlijke proces van geboorte is geëvolueerd tot een medische aangelegenheid.

Deze medicalisering op het gebied van geboortezorg - ook wel *birth medicalisation* genoemd in Engelstalige literatuur - is allereerst beschreven in sociaal onderzoek uit jaren ‘80, gericht op de technologische ontwikkelingen binnen het medische veld op het gebied van geboortezorg (Clesse et al., 2018). Deze technieken dienen de geboorte te vergemakkelijken en complicaties voor, tijdens of na de bevalling te verminderen.

Naast deze toename aan interventies, is medicalisering in de geboortezorg een proces dat zich niet enkel uit door de hoeveelheid interventies te belichten, maar is in haar geheel ook een sociaal-maatschappelijk proces waarbij medicalisering zorgt voor een veranderende kijk op geboorte en bevalling (Van Dijk & Westert, 2018). Waar deze fenomenen allereerst werden gezien als een natuurlijk geheel, wordt geboorte steeds meer gezien als een medische aangelegenheid<sup>5</sup> (Henley-Einon, 2017). Geboortezorg is in zekere zin een uiting van deze

---

<sup>5</sup> Hoe dit zich manifesteert, zal in paragraaf 3.3 nader worden toegelicht.

visie op geboorte en bevalling en illustreert deze zienswijze. De geneeskunde staat niet op zichzelf, maar interacteert met wensen vanuit de samenleving. Het gaat hierbij om een circulaire wisselwerking.

## **3.2 Huidig overzicht geboortezorg in Nederland**

### **3.2.1 Zorgstandaard Integrale Geboortezorg**

Geboortezorg in Nederland is momenteel op een unieke manier geregeld. De leidraad voor de huidige gang van zaken rondom geboortezorg staat uitgebreid beschreven in de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (ZIG), die op 30 juni 2016 is opgenomen in het register. ‘Integrale geboortezorg’ behelst het gehele traject van zorg vanaf de preconceptiefase tot en met de eerste zes weken na de geboorte, inclusief de samenwerking met en/of overdracht naar de kraamzorg, de jeugdgezondheidszorg (JGZ), huisarts en/of op indicatie de overdracht of verwijzing naar andere zorgverleners, zoals bijvoorbeeld de kinderarts. De standaard is opgezet naar aanleiding van een advies vanuit de stuurgroep ‘Zwangerschap en Geboorte’ van het College Perinatale Zorg (CPZ).<sup>6</sup> In dit rapport wordt het streven genoemd dat iedere vrouw de beste geboortezorg zou moeten ontvangen, waarbij de mogelijke complicaties tot een minimum beperkt moeten worden. Om dit doel te realiseren zou de zorg rondom de zwangere vrouw georganiseerd moeten worden. Gezamenlijke besluitvorming (beter bekend als ‘*shared decision making*’<sup>7</sup>) is hierin een belangrijk streven. Op basis van de nieuwe zorgstandaard kunnen verschillende stakeholders worden onderscheiden die elk hun unieke rol vervullen binnen de geboortezorg in Nederland. Het rapport beschrijft in hoofdlijnen de gewenste inhoud van de geboortezorg vanuit de vrouw en het ongeboren kind. Hierbij worden voor elke stap in het zwangerschaps- en geboorteproces de noodzakelijk geachte zorg en de rolverdeling hiervan beschreven.

---

<sup>6</sup> Het CPZ is een doelorganisatie, opgericht door Bo Geboortezorg, de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) en de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen (NVZ). De organisatie zet zich in voor integrale (geboorte)zorg en preventie rondom zwangerschap en geboorte door de kwaliteitsverbetering te bevorderen, te fungeren als doelorgaan en de ontwikkeling van richtlijnen en normen te faciliteren en is medio 2011 van start gegaan.

<sup>7</sup> *Shared decision making* is een begrip uit de medische wereld en beschrijft een samenwerkingsverband tussen patiënten en hun zorgverleners. Zowel de zorgverlener als de patiënt brengen hun waarden, kennis en voorkeuren in om tot een geïnformeerde beslissing te komen over de gezondheids- of behandelopties van de patiënt (Elwyn et al., 2012).

Er zijn wat belangrijke aanpassingen aan de geboortezorg gedaan, die de veiligheid van de zwangere vrouw en het ongeboren kind zullen moeten bevorderen. Deze aanpassingen dienen allemaal een zo integraal mogelijke vorm van geboortezorg te garanderen. Er zijn vier belangrijke veranderingen te identificeren ten opzichte van de geboortezorg zoals deze hiervoor was georganiseerd. Allereerst vindt er vanaf nu idealiter een gezamenlijk overleg plaats tussen verschillende zorgverleners, die allen betrokken zijn bij een samenwerkingsverband (Verloskundig Samenwerkingsverband). Verloskundigen, gynaecologen en kraamverzorgenden zijn bij dit verband betrokken. Deze rollen zullen hieronder nog nader worden toegelicht. Ook is er in de nieuw geformuleerde standaard één zorgplan. In dit plan staat de zorg beschreven, vanaf de zwangerschap tot en met de kraamtijd, toegespitst op een specifiek individu. Dit individuele zorgplan is het uitgangspunt van waaruit geboortezorg geleverd wordt. Ten derde beschrijft de nieuwe zorgstandaard dat er één dossier zal komen waar alle zorgverleners informatie bijhouden, mits hier toestemming voor wordt gegeven door de vrouw. Tot slot zal er één vast aanspreekpunt zijn. Wie dit wordt, zal tijdens het eerste gesprek met de verloskundige of gynaecoloog worden besproken.

### **3.2.2 Verloop zwangerschap en bevalling**

Tijdens de zwangerschap zullen er verschillende fases worden doorlopen, waarbij er verschillende rollen te vervullen zijn door verschillende zorgverleners. Hieronder zal dit proces met de bijbehorende rolverdeling kort worden weergegeven, waarbij de nadruk ligt op het proces rondom de bevalling.

Allereerst is een belangrijke rol weggelegd voor de eerstelijns verloskundige. Dit is iemand die zelf uitgekozen wordt door de vrouw en werkzaam kan zijn in een particuliere verloskundigenpraktijk of een geboortecentrum. Hier begint tevens het geboortezorgtraject. Als de vrouw eerder al onder behandeling was bij een gynaecoloog, vindt de aanmelding hier plaats, in plaats van bij een verloskundige. In overleg wordt vervolgens bepaald wie de coördinerend zorgverlener wordt. De verloskundige of gynaecoloog bespreekt het verloop van de zwangerschap. In de periode tussen 28 en 36 weken zwangerschap wordt het bevalplan opgesteld in overleg met de verloskundige of gynaecoloog. Dit wordt vastgelegd in het geboortezorgplan. Dit plan is opgesteld met toestemming en keuzevrijheid van de vrouw zelf (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2021).



De bevalling kan thuis, in een geboortecentrum of in het ziekenhuis plaatsvinden. Een bevalling in het ziekenhuis kan poliklinisch of klinisch plaatsvinden. Een thuisbevalling of een bevalling in een geboortecentrum vindt plaats onder begeleiding van een eerstelijns verloskundige. Bij een bevalling in het ziekenhuis wordt de bevalling begeleid door een tweedelijns verloskundige, een gynaecoloog of een andere arts (College Perinatale Zorg, 2017). De zorg van een thuisbevalling, een bevalling in een geboortecentrum en een poliklinische bevalling worden alle drie geschaard onder eerstelijnszorg. Een vrouw heeft hierbij zelf de keuze in welke omgeving ze graag zou willen bevallen. Een klinische bevalling, waarbij de bevalling wordt geleid door een tweedelijns verloskundige of een gynaecoloog, wordt geschaard onder tweedelijnszorg. Dit is medisch specialistische zorg en kan alleen plaatsvinden met een verwijzing. De keuze voor het maken van een dergelijke verwijzing voor een klinische bevalling wordt gemaakt aan de hand van het risico op complicaties, die tijdens de zwangerschap al zijn vastgesteld door verloskundige of gynaecoloog (ibidem).

### **3.3 Historische context**

Om te verklaren hoe we tot het huidige systeem rond geboortezorg zijn gekomen, is het van belang om de historische context te achterhalen. Deze geschiedenis is grofweg in te delen in drie afzonderlijke perioden, die elk medicalisering of demedicalisering als uitgangspunt kennen. Deze perioden zullen hieronder worden weergegeven.

#### **3.3.1 Geschiedenis van de geboortezorg vanaf de 18e eeuw: medicalisering**

De Nederlandse geboortezorg was lange tijd een puur empirisch werkveld. De verloskunde werd lange tijd gedomineerd door vrouwen. De vroedvrouw opereerde zelfstandig en riep de chirurgijn alleen in voor hulp bij het overlijden van moeder of kind. De geboortezorg is door de dominantie van vrouwen binnen dit veld lange tijd geen subject voor wetenschappelijk onderzoek geweest (van der Lee et al., 2013). In de achttiende eeuw veranderde dit: door technologische innovatie en toegenomen kennis over het menselijke lichaam transformeerde de medische wetenschap drastisch (ibidem.). Er ontstonden technische oplossingen voor obstetrische problematiek, zoals bijvoorbeeld de keizersnede (ibidem.). Twee typen verloskundige dokters ontstonden: de ‘doctor obstetricus’, expert in kennis over het vrouwelijk lichaam en de verloskunde, en de ‘vroedmeester’, die als

chirurgijn academisch geschoold was in de verloskunde (van der Lee & Scheele, 2016). In de negentiende eeuw werd verloskundigenzorg steeds specialistischer en groeide de behoefte aan meer grondig academisch onderzoek op dit gebied. In 1848 werd er voor het eerst een hoogleraar benoemd die zich puur op obstetrie en gynaecologie richtte (Lindeboom, 1972).

Een omslag in de Nederlandse geboortezorg was de doorvoering van de ‘Wet Uitoefening Geneeskunst’ van Thorbecke in 1865. Deze wetgeving bepaalde welke medische handelingen tot de reguliere geneeskunde werden gerekend (Huisman, 2018). Daarnaast maakte deze wet duidelijk wie wel en niet bevoegd was tot het uitoefenen van deze handelingen. Er werd een artsexamen geïntroduceerd en het onbekwaam verrichten van medische handelingen werd strafbaar (ibidem.). Er ontstond een duidelijke scheiding tussen academisch opgeleide obstetrische artsen en niet-academisch opgeleide verloskundigen. Laatstgenoemden kregen met invoering van deze wet autorisatie voor het verlenen van verloskundige raad en bijstand bij een natuurlijk verloop van de baring. Tegelijkertijd werd de dokter geautoriseerd voor alle medische handelingen, inclusief de verloskunde (Amelink-Verburg & Buitendijk, 2010). Hiermee kreeg het werkgebied van de verloskundigen een beschermde status, maar betekende dit tegelijkertijd een inperking voor de vroedvrouwen. De rol van de verloskundige is binnen de Nederlandse context belangrijk om in acht te nemen, omdat deze autonome positie er een lange tijd voor heeft gezorgd dat de meeste bevallingen buiten het ziekenhuis plaatsvonden. Terwijl in het einde van de negentiende eeuw de kraamklinieken razendsnel opkwamen in de rest van Europa, gebeurde dit in Nederland niet (Buitendijk, 2010). Ondanks dat zij na de invoering van de Wet Uitoefening Geneeskunde terrein verloren aan dokters, bleef hun positie sterk. Dit valt onder andere toe te kennen aan de goed georganiseerde vakbonden. Zo heeft de Bond van Vroedvrouwen zich in 1932 hard gemaakt voor het officiële recht voor verloskundigen om prenatale zorg te bieden en medicijnen toe te dienen waar nodig (ibidem.). Aanvankelijk mocht de prenatale zorg slechts vanaf dertig weken door de verloskundigen worden verleend, maar in 1951 werd dit recht uitgebreid naar zorg vanaf het begin van de zwangerschap (van der Lee & Scheele, 2016). Ook mochten verloskundigen vanaf nu perineumrupturen<sup>8</sup> hechten en episiotomieën<sup>9</sup> zetten (van der Lee & Scheele, 2016). Bovendien kregen verloskundigen in

---

<sup>8</sup> Een perineumruptuur is een scheur in het perineum - het vlies tussen de vulva en de anus - die spontaan ontstaat tijdens de bevalling. (Dijklander Ziekenhuis, 2022)

<sup>9</sup> Een episiotomie is een medische ingreep tijdens de geboorte waarbij het perineum wordt ingeknipt om zo het geboorteproces te vergemakkelijken. Dit wordt gedaan bij foetale nood, zoals grote kans op perineumruptuur of een stuitligging van de baby. (ibidem.)

die tijd de mogelijkheid om vrouwen met een beperkt risico poliklinisch in het ziekenhuis te behandelen (Buitendijk, 2010).

Uit het voorgaande blijkt dat het proces van medicalisering in de Nederlandse context vanaf de achttiende eeuw gestaag is toegenomen. De thuisbevalling bleef een lange tijd echter wel de norm, door de autonome positie van de Nederlandse verloskundige. Vooral in de tweede helft van de twintigste eeuw lijkt de medicalisering van de geboortezorg daadwerkelijk een vlucht te nemen. Dit komt door het feit dat er in deze periode veel technologische ontwikkelingen hebben plaatsgevonden op het gebied van geboortezorg in Nederland, die bepaalde medische interventies mogelijk maakten. (Ten Have & Essed, 1993). Andere medische interventies bestonden in zekere zin al langer, maar werden in deze eeuw verder ontwikkeld, zoals pijnstilling. De oudst bekende vorm van pijnstilling is opium, maar ook andere, niet-medicamenteuze methoden werden gebruikt om pijn te verlichten, zoals warme olijfolie, massages of andere, meer exotische middelen (Skowronski, 2015). Al deze methoden werden, ongeacht hun effectiviteit, aanvankelijk afgekeurd door medici. Naast enkele medische bezwaren, was deze visie op pijnstilling voornamelijk berust op religieuze gronden: pijnstilling zou de natuur schenden (ibidem.). Vroege feministen wilden deze visie op pijnstilling anders zien: zij wilden vrouwen controle geven over hun pijn, door ze toe te staan pijnstilling te gebruiken. De eerste golf feministen maakten zich hard voor het veranderen van deze moraal. Mede hierdoor nam in het begin van de 20e eeuw de zogenaamde *twilight sleep*<sup>10</sup> - bestaande uit een combinatie van morfine en scopolamine - in populariteit toe (ibidem.; Leavitt, 1980). In 1921 werd epidurale anesthesie (de ‘ruggenprik’) geïntroduceerd door Fidel Pagés (Skowronski, 2015; López Álvarez, 2022). Vroege feministen ondersteunden deze vormen van pijnstilling als een vorm van vrijheid: het gaf vrouwen de ruimte om zelf controle te hebben over hun pijn en daarmee hun bevalling (Skowronski, 2015). Paradoxaal genoeg zorgde deze strijd voor pijnstilling in zekere zin ook voor mindere autonomie van de bevallende vrouw, aangezien ze zichzelf hiermee volledig in handen legden van de medische autoriteit (ibidem.). Vanaf de jaren ‘60 en het opkomen van de tweede feministische golf begonnen vrouwen hun zorgen hierover uit te spreken.

---

<sup>10</sup> *Twilight sleep* dankt haar naam aan het feit dat vrouwen in een staat komen waarin ze niet bewusteloos zijn, maar wel verdoofd. Simpele instructies van de arts kunnen nog worden opgevolgd (Cosgrave, 1915).

### 3.3.2 De tweede feministische golf: oproep tot demedicalisering

De tweede feministische golf vond plaats in de jaren '70 en '80, en heeft de Nederlandse samenleving drastisch veranderd (van de Loo, 2005). Het verbeteren van de sociaaleconomische positie van de vrouw stond hierin centraal. Vóór de tweede feministische golf had maar 16% van de Nederlandse vrouwen een betaalde baan. Ook waren er amper voorzieningen om kinderen op te vangen. Daarnaast kregen de vrouwen met een betaalde baan aanzienlijk minder betaald dan hun mannelijke collega's (van der Maelen, 2022). Naast het verbeteren van de sociaaleconomische status van vrouwen, was de seksuele revolutie een belangrijk onderdeel van de tweede feministische golf. Er werd gestreden voor het recht op anticonceptie en abortus - wat indirect een effect heeft op carrièremogelijkheden van vrouwen (van de Loo, 2005). Wanneer vrouwen zelf zouden kunnen beslissen wanneer ze kinderen willen, zou er meer ruimte ontstaan om te bouwen aan een professionele carrière. De tweede feministische golf begon met de oprichting van de organisatie Man-Vrouw-Maatschappij door Joke Smit en Hedy d'Ancona in 1968 (van de Loo, 2005). Een jaar later werd Dolle Mina opgericht. Beide organisaties waren gericht op praktische aanpak van maatschappelijk ongenoegen wat seksdiscriminatie betreft (ibidem.). De tweede feministische golf is een internationaal fenomeen geweest: in meer landen in de *Global North*<sup>11</sup> vonden vergelijkbare sociologische processen plaats. Het boek *The Feminine Mystique*, dat in 1963 werd gepubliceerd door de Amerikaanse auteur Betty Friedan, wordt beschouwd als aanjager van deze internationale ontwikkelingen (ibidem.). In dit boek analyseert Friedan de maatschappelijke mechanismen die het Amerikaanse 'huisvrouwen bestaan' bestendigen. De uiteindelijke conclusie is dat vrouwen enkel geluk zouden kunnen vinden wanneer ze haar eigen identiteit vormt, in plaats van het halen van voldoening van prestaties van haar man en kinderen (ibidem.).

Tijdens de tweede feministische golf ontstonden er tevens kritische geluiden over de medicalisering van geboorte. Zo werd er gesteld dat de medicalisering van het obstetrische werkveld gedomineerd werd door een mannelijk-gecentreerd medische blik. De thuisgeboorte werd - zowel nationaal als internationaal gezien - breed gepromoot. Zo schrijven Bortwin et al. in 'A feminist perspective on the study of home birth' (1994) dat onderzoek in Amerika over de thuisbevalling versus de ziekenhuisbevalling enkel gaat over de uitkomsten wat

---

<sup>11</sup> Het concept van de *Global North* wordt gebruikt om een groep landen aan te duiden met vergelijkbare socio-economische en politieke karakteristieken. De *Global North* omvat Noord-Amerika, Europa, Oceanië en Japan (Arbab, 2019).

mortaliteit en morbiditeit<sup>12</sup> betreft. Er werd op grote schaal betoogd dat er meer kwalitatief onderzoek naar de ervaring van de vrouw in kwestie gedaan moet worden. De ervaring van de vrouw zou volgens Bortwin et al. een belangrijkere positie in moeten nemen. Tijdens de tweede feministische golf werd de zogenaamde ‘mannelijke’ en ‘technocratische’ manier van het aanschouwen van geboorte bekritiseerd (ibidem). Er was een groeiend bewustzijn over de mannelijke dominantie in het medische werkveld (Huisman, 2019). Zoals eerder benoemd, resulteert dit in een bepaalde machtsdynamiek waarbij mannelijke medische professionals door de geschiedenis heen het gezag hebben over vrouwelijke lichamen (ibidem.). Mede hierdoor werd er tijdens de tweede feministische golf gepleit voor de thuisbevalling. Bortwin et al. (1994) schrijven hierover: ‘Birth in the woman’s home occurs in a setting that is familiar to her, and in which she is comfortable and in charge.’ De autonomie van de vrouw wordt tijdens de thuisbevalling volgens feministen gewaarborgd. De medische dominantie van de geboortezorg werd sterk bekritiseerd. Pijn tijdens de geboorte werd door veel feministen als een natuurlijk gegeven gezien. Het zou een inherent onderdeel van de bevalling zijn (Lowe, 2002). De ‘natuurlijke’ bevalling - met weinig medisch ingrijpen - werd voor veel feministen in de jaren ‘60 en ‘70 het uitgangspunt.

Tijdens het groeiende bewustzijn over vrouwenrechten en autonomie, werd de controle over de geboorte-ervaring een belangrijker gegeven. Als reactie hierop ontstonden er nieuwe vormen van geboorte-instellingen, waar de vrouw meer autonomie en regie over haar lichaam zou hebben (Snowden et al., 2015). De kraamhotels en geboortecentra werden geïntroduceerd. Op deze plekken werd een huiselijke sfeer gecreëerd, en was de benadering van geboorte minder medisch-georiënteerd. Vrouwen kregen binnen deze alternatieve instellingen meer ruimte voor een persoonlijke en zelfgestuurde manier van bevallen (ibidem.).

### **3.3.3 Geboortezorg in Nederland vanaf 1990: medicalisering**

Ondanks dat er tijdens de tweede feministische golf een kritische noot richting medicalisering ontstond die heeft geleid tot een cultuurverandering in bevallingen in Nederland, kan gesteld worden dat er de afgelopen dertig jaar een tendens is geweest richting de medicalisering van geboorte. Volgens de WHO ontwikkelt zo’n 15% van de vrouwen

---

<sup>12</sup> Morbiditeit beschrijft het aantal ziekten of aandoeningen in een bepaalde populatie.

wereldwijd complicaties<sup>13</sup> tijdens de zwangerschap of bevalling die snelle, vakkundige medische interventies vereisen (Johanson et. al., 2002). Toch wordt deze grens bij veel landen in de *Global North* overschreden en neemt het uitvoeren van medische interventies in deze landen de afgelopen vijftig jaar steevast toe (Johanson et. al., 2002). Het doen van deze ingrepen hangt sterk samen met toegenomen medicalisering en hospitalisatie, omdat het doen van deze interventies vaak enkel binnen het ziekenhuis mogelijk is (ibidem.).

Ook in Nederland is de afgelopen dertig jaar een sterke toename geweest in het aantal medische interventies tijdens de geboorte (Buitendijk, 2010). Sinds 1950 is bovendien het aantal thuisbevallingen drastisch afgenomen. Waar in 1953 78% van de vrouwen thuis beviel, was dit in 1978 nog maar 36% (CBS, 2010). De afgelopen dertig jaar heeft deze ontwikkeling doorgezet: het percentage liep terug van 35% in 1990 tot 14,9% in 2020 (Staat van Volksgezondheid en Zorg, 2020; Perined, 2020). Deze afname kan deels verklaard worden door de opkomst van kraamhotels en bevallingscentra, maar is ook te wijten aan de groeiende behoefte aan controle en de daarmee samenhangende neiging tot het vermijden van risico's rondom zwangerschap en geboorte. Dit is in lijn met een breder gedragen gedachtegoed dat zich de afgelopen jaren heeft ontwikkeld dat beschrijft dat gezondheid maakbaar is - de neiging om zo veel mogelijk controle uit te oefenen op de eigen gezondheid door middel van het inperken van risico's, groeit hiermee (van de Wetering, 2018; Linders, 2022). Deze tendens is ook voelbaar in de geboortezorg in Nederland.

### **3.3.4 Medicalisering in cijfers tussen 2003 en 2020**

Het beschreven proces van medicalisering kan tot op zekere hoogte in cijfers gevat worden. Bij de geboortezorg gaat het hierbij om cijfers die de plaats van bevalling weergeven en het aantal medische interventies tonen. Het is hierbij interessant om cijfers uit het verleden te vergelijken met recente cijfers, om het proces van medicalisering te duiden. De betrouwbaarste bron van deze geboortecijfers is Perined: een organisatie die zich landelijk bezighoudt met de perinatale audit<sup>14</sup> - eerder bijgehouden door de organisatie Perinatale

---

<sup>13</sup> Veelvoorkomende complicaties zijn hevige bloedingen en infecties (WHO, 2018). Over specifieke complicaties in Nederland en bijbehorende risicofactoren zal nog verder worden gesproken in paragraaf 5.1.

<sup>14</sup> Een perinatale audit is een onderzoek naar de oorzaak van een doodgeboren baby, waarbij zorgverleners de geleverde zorg op een kritische en gestructureerde manier analyseren met als doel de kwaliteit van de geboortezorg te verbeteren. Dit gebeurt in een multidisciplinaire setting (e-Vision.nl, The Netherlands, z.d.-c).

Audit Nederland (PAN) - en de perinatale registratie<sup>15</sup> - eerder bijgehouden door de organisatie Perinatale Registratie Nederland (PRN). Verschillende beroepsorganisaties werken samen binnen PeriNed. De geregistreerde gegevens door al deze partijen worden door Perined verwerkt tot gebruiksklare data voor onderzoek en rapportages en ondersteunt hiermee kwaliteitsverbetering in de perinatale zorg (e-Vision.nl, The Netherlands, z.d.-a). De vroegst beschikbare jaarrapportage 'Perinatale zorg in Nederland' waar naast een weergave van geboortecijfers ook de organisatie van de geboortezorg cijfermatig is weergegeven, is de Perined-jaarrapportage uit 2003. De cijfers uit deze rapportage worden vergeleken met de cijfers uit de Perined-rapportage van 2020: het meest recentelijk geproduceerde uitgebreide jaarrapport waar niet alleen kerncijfers gedeeld worden, maar de cijfers ook van commentaar en nuance worden voorzien.

### *Zorgstromen*

Een eerste afspiegeling van medicalisering is het verschil in aantal bevallingen in eerste en tweede lijn en de verandering die op dit gebied heeft plaatsgevonden door de jaren heen. Het aantal vrouwen dat haar zwangerschap begon in de eerste lijn is tussen 2003 en 2020 gedaald van 83,1% naar 69%. Nog steeds begint het grootste aantal vrouwen haar zwangerschap in de eerste lijn. Een vrouw begint haar zwangerschap in de tweede lijn - en valt derhalve direct onder behandeling van een gynaecoloog - als er sprake is van bepaalde medische indicaties. Deze medische indicaties zijn vastgesteld in een richtlijn die stamt uit 2003 en is gebaseerd op internationale onderzoeken over de risico's van bepaalde medische aandoeningen voor de gezondheid van moeder en kind. Deze richtlijn heet de Verloskundige Indicatie Lijst (VIL) en is onderdeel van het Verloskundig Vademecum uit 2003. Tot op heden wordt deze indicatielijst als leidraad aangehouden. De indicaties waarbij een vrouw direct onder behandeling van een gynaecoloog valt, zijn als volgt: vroeggeboorte < 33 weken in de vorige zwangerschap; hypertensie met een diastolische bloeddruk van  $\geq 100$  mmHg of meer;<sup>16</sup> hyperthyreoïdie met medicatie of aanwezige TSI-antistoffen;<sup>17</sup> hypothyreoïdie met

---

<sup>15</sup> In de Registratie leggen verschillende betrokken zorgverleners binnen de geboortezorg hun gegevens over de geboortezorg vast. Het doel van deze registratie is inzicht krijgen in de kwaliteit van de geboortezorg, en mogelijkheden ontdekken om deze te verbeteren (e-Vision.nl, The Netherlands, z.d.-b).

<sup>16</sup> De diastolische bloeddruk, ook wel de onderdruk genoemd, is de bloeddruk die op het punt gemeten wordt als het hart zich ontspant (De Nederlandse Hartstichting, z.d.). Hoge bloeddruk tijdens de zwangerschap kan een risico zijn voor het kind en voor de moeder, voornamelijk door de kans op het ontwikkelen van pre-eclampsie (zwangerschapsvergiftiging): hierbij heeft de moeder een te hoge bloeddruk, wat kan leiden tot problemen als verminderde groei van de foetus of verminderde werking van lever of nieren van de moeder (Magee et. al., 2018; Reddy & Jim, 2019).

<sup>17</sup> Hyperthyreoïdie is een medische term voor een situatie waarin de schildklier te snel werkt. Er worden dan te veel hormonen aangemaakt, die bepaalde functies hebben zoals het (positief) beïnvloeden van de snelheid van je

TSH-antistoffen;<sup>18</sup> een sectio caesarea (een keizersnede) in de voorgeschiedenis; diabetes mellitus en een primo infect van herpes genitales.<sup>19</sup> Dit zijn situaties die in de indicatielijst onder categorie ‘C’ vallen: de categorie waarbij de vrouw zonder twijfel onder de behandeling van een gynaecoloog valt. Categorie ‘A’ houdt in dat de vrouw tijdens haar zwangerschap begeleid wordt in de eerste lijn. Ook bestaat er een categorie ‘B’, die inhoudt dat er in een dergelijke situatie overleg plaatsvindt tussen de eerstelijns verloskundige en een gynaecoloog. Dit is de meest interessante categorie bij het beoordelen van het proces van medicalisering, aangezien hier beweegruimte is om keuzes te maken op basis van eigen ervaring, overtuiging en risico-inschatting. De daling van 83,1% naar 69% kan zodoende verklaarbaar zijn door een veranderende algemene gezondheid, maar ook door een veranderde blik jegens situaties die onder categorie ‘B’ vallen. Onder categorie ‘B’ vallen veel situaties, waaronder het hebben van een longfunctiestoornis (COPD of astma), hepatitis C of een bekkenafwijking. De verloskundige beoordeelt in een dergelijke situatie samen met een gynaecoloog of behandelend arts de best passende medische begeleiding tijdens de zwangerschap (College voor zorgverzekeringen, 2003).

Naast de afname in vrouwen die vanaf het begin onder eerstelijnszorg vallen, is het totaal aantal vrouwen dat uiteindelijk is bevallen in de eerste lijn is ook gedaald: waar in 2003 nog 35,6% van de zwangerschappen eindigden in de eerste lijn, was dit in 2020 27%. Van deze 27% is in 2020 14,6% volledig thuis bevallen; 2,4% is in een geboortecentrum bevallen en 9,7% is poliklinisch bevallen. Deze cijfers zijn niet op deze manier gerapporteerd in 2003 door Perined, maar cijfers van het CBS wijzen erop dat in de periode 2001 t/m 2003 zo’n 31,9% van de bevallingen thuis plaatsvond (CBS, thuisbevalling). Deze sterke daling (16,9%) van thuisbevallingen is een duidelijke illustratie van het proces van medicalisering. Ook laten deze cijfers zien dat de zwangerschappen begeleid in de eerstelijnszorg in 2003 nog voornamelijk eindigden in een thuisbevalling, waar de zwangerschappen begeleid in de

---

ademhaling of je hartslag. Normaal gesproken fungeert TSH (schildklier stimulerend hormoon) als het hormoon dat de schildklier stimuleert om bepaalde hormonen aan te maken. TSI-antistoffen bootsen de werking van TSH na, waardoor bij een overmatige aanwezigheid van deze stoffen de schildklier te snel werkt (*Hyperthyreoïdie - UMC Utrecht, z.d.*; (Schildklier Organisatie Nederland, 2020). Hyperthyreoïdie hangt samen met maternale en neonatale complicaties (Vissenberg et al., 2012).

<sup>18</sup> Hypothyreoïdie is een medische term voor een situatie waarin de schildklier te langzaam werkt. Er worden dan te weinig hormonen aangemaakt die bepaalde functies hebben zoals het (positief) beïnvloeden van de snelheid van je ademhaling of je hartslag. Bij de aanwezigheid van TSH-antistoffen wordt de stof TSH tegengewerkt en zal daarmee ook de werking van de schildklier langzamer gaan (ibid.).

<sup>19</sup> Een primo infect houdt in dat de vrouw in kwestie voor het eerst besmet is geraakt met het virus herpes genitales. Bij een eerste infectie bestaat de kans dat de vrouw haar kind tijdens de baring besmet met het virus of dat het kind lokale infecties krijgt (*Herpes genitalis en zwangerschap, z.d.*; *Management of Genital Herpes and Pregnancy, 2020*).



eerstelijnszorg in 2020 relatief vaker eindigden in een geboortecentrum of in het ziekenhuis als poliklinische bevalling. Dit kan deels verklaard worden door de toename in geboortecentra in Nederland sinds die tijd, maar aan de toename in poliklinische bevallingen kan wederom een toenemende behoefte aan controle en risicovermijding ten grondslag liggen.

Naast het beoordelen van de veranderingen in aantallen van de begin- en eindpunten van zwangere vrouwen, kan er gekeken worden naar het aantal verwijzingen van de eerste naar de tweede lijn tijdens de zwangerschap en tijdens de baring. Bij de eerste situatie zijn dit gevallen waarbij de zorg tijdens de zwangerschap is overgeheveld naar de tweede lijn, maar de zwangerschap in de eerste lijn is begonnen. Dit is interessant, omdat dit een weergave is van de risico-inschatting die tijdens de zwangerschap gedaan wordt: hoe groter het percentage is van de vrouwen die is overgedragen naar de tweede lijn, hoe meer gevallen er tijdens het begeleidingsproces toch als zijnde een risicogeval geïdentificeerd zijn door de zorgverlener. In 2003 was dit percentage 40,8%, in 2020 lag dit percentage op 45,5%. Dit betekent dat vrouwen in relatief meer gevallen werden geïdentificeerd als risicogeval, waarbij mogelijk medisch ingrijpen noodzakelijk zou zijn. Om de veiligheid te waarborgen, werden zij overgeheveld naar de tweede lijn. Indicaties voor deze extra medische zorg tijdens de zwangerschap zijn onder andere: dysmaturiteit,<sup>20</sup> zwangerschapsdiabetes en tijdens de zwangerschap ontstane hypertensie. Deze toename van 4,7% zou een weergave kunnen zijn van een andere manier van risico-inschatting dan die in 2020 werd gehanteerd ten opzichte van 2003. Ook kan dit liggen aan een veranderende algemene gezondheid van de populatie.

Tot slot kan er tijdens de bevalling zelf nog besloten worden om toch medisch in te grijpen en over te gaan van eerstelijns- naar tweedelijnszorg. De niet-urgente oorzaken hiervoor zijn onder andere: de wens voor pijnbestrijding, meconiumhoudend vruchtwater,<sup>21</sup> niet-vorderende ontsluiting, niet-vorderende uitdrijving en gebroken vliezen zonder weeën.

---

<sup>20</sup> Dysmaturiteit is een term om abnormale groei aan te duiden bij een individu, vooral gebruikt in de prenatale periode. In de huidige literatuur wordt ook vaak de term 'Small for Gestational Age' (SGA) gebruikt, die rekening houdt met de zwangerschapsduur (Saenger et. al., 2007).

<sup>21</sup> Meconiumhoudend vruchtwater houdt in dat er ontlasting in het vruchtwater zit. De reden dat er in zo'n situatie wordt aangeraden om in het ziekenhuis te bevallen, is het feit dat er uit onderzoek is gebleken dat er een bepaalde risico's bestaan zoals zuurstoftekort of complicaties met ademhaling. Dit gebeurt omdat er stukjes van de ontlasting in de luchtwegen van pasgeborene kunnen komen (*Meconium, poep in het vruchtwater*, z.d.).

Meer urgente oorzaken kunnen zijn: overmatig bloedverlies, foetale nood,<sup>22</sup> vasa praevia<sup>23</sup> of abruptio placentae.<sup>24</sup> In 2003 werden in totaal 27,6% vrouwen tijdens de bevalling overgedragen; in 2020 lag het percentage hiervan substantieel hoger en was het 47,1%. Hierbij dient gezegd te worden dat dit percentage sterk verschilde tussen nulli- en multiparae,<sup>25</sup> waar in de rapportage van 2020 dan ook een onderscheid tussen gemaakt werd. 22,8% van de multiparae werd tijdens de bevalling overgedragen naar de tweede lijn; bij de nulliparae was dit 66,9%. Het is aannemelijk dat de toename aan overdrachten van de eerste naar de tweede lijn tijdens de bevalling zelf kan worden toegewezen aan de toenemende vraag naar pijnstilling, maar mogelijk ligt het ook aan een veranderende norm omtrent een juiste en veilige bevalling.

### *Wijze van bevallen en medische interventies*

Over de wijze van bevallen zijn tevens duidelijke cijfers gerapporteerd. Hieruit blijkt dat in 2003 14,7% van de bevallingen door middel van een keizersnede heeft plaatsgevonden, waarvan bijna de helft (6,7%) een geplande keizersnede, ook wel een primaire sectio caesarea, betrof. In 2020 lag dit percentage wat hoger en beviel 17% van de vrouwen door middel van een keizersnede. Deze stijging van 2,3% is een illustratie van de medicalisering van de geboortezorg. Het is aannemelijk dat deze stijging deels komt door de veranderende gezondheid van de barendende vrouw. Hiernaast lijken bepaalde ervaringen en de mate van angst voor een vaginale bevalling een grote rol te spelen bij de keuze tot een niet-medisch geïndiceerde keizersnede (Fuglenes et al., 2011).

Hiernaast kan er gekeken worden naar de hoeveelheid andere medische interventies er zijn uitgevoerd en hoe dit zich in de loop der jaren ontwikkeld heeft, te beginnen met epidurale analgesie.<sup>26</sup> In 2003 werd bij 5,4% van de bevallingen epidurale analgesie

---

<sup>22</sup> Foetale nood is de situatie rondom geboorte waarbij de foetus vlak voor of tijdens de geboorte te weinig zuurstof krijgt. Hierdoor dreigen overlijden of bepaalde handicaps.

<sup>23</sup> Een vasa praevia is een zwangerschapscomplicatie waarbij er één of meerdere onbeschermd bloedvaten voor de uitgang van de geboorte liggen. In deze situatie dreigt het gevaar dat er tijdens het breken van de vliezen of ontsluiting foetale bloeding ontstaat, of de bloedvaten afgekneld worden (*Wat is vasa previa? | Vasa Previa Foundation, 2022*).

<sup>24</sup> Een abruptio placentae is een zwangerschapscomplicatie waarbij loslating van de placenta plaatsvindt vóór de baring. Het kan zorgen voor bloedingen in de tweede helft van de zwangerschap en is één van de meest voorkomende oorzaken van maternale en neonatale morbiditeit (Tikkanen, 2011).

<sup>25</sup> Een barendende vrouw wordt een nulliparae genoemd als ze vóór haar huidige zwangerschap nog geen kind gebaard heeft. Als dit wel het geval is, wordt ze een multiparae genoemd.

<sup>26</sup> Epidurale analgesie, ook wel epidurale anesthesie, is pijnstilling die wordt toegediend door middel van een injectie in de ruggenwervel. Deze methode wordt door de locatie van toediening ook vaak 'ruggenprik' genoemd.

toegediend. Dit is exclusief alle keizersnedes, waarbij uiteraard ook pijnstilling toegediend is. In 2020 is bij 23% van de vrouwen epidurale analgesie toegediend. Deze viervoudige stijging is deels te wijten aan het feit dat er in 2020 meer vrouwen hun bevalling begonnen in het ziekenhuis, en pijnstilling zodoende sneller voorhanden was dan wanneer de bevalling thuis zou zijn begonnen. Dit werkt ook andersom: de mogelijkheid om pijnstilling toegediend te kunnen krijgen is voor 1 op de 6 vrouwen die het ziekenhuis als locatie kiest, de voornaamste reden.

Een laatste bekende medische interventie is inductie<sup>27</sup> van bevalling. Het PeriNed rapport uit 2003 beschrijft dat er in dat jaar 28,8% van de vrouwen ingeleid is bij baring. Echter vallen hier ook de vrouwen onder die tijdens de bevalling bijstimulatie hebben gekregen. Pas in 2008 wordt het percentage aangehouden van de vrouwen die tijdens de start van de baring stimulatie heeft gekregen. Het percentage vrouwen dat in 2008 is ingeleid, bedraagt zodoende 15,5%. Dit cijfer is de daaropvolgende jaren fors gestegen naar 26,5% in 2020.

---

<sup>27</sup> Inductie van bevalling houdt in dat de bevalling wordt ingeleid. Dit wordt gedaan door het aanbrengen van een infuus met een weeënstimulator. Dit is in de meeste gevallen oxytocine, maar soms worden ook andere stoffen gebruikt zoals prostaglandinen.

## **4. Methode**

Zoals in paragraaf 2.2 besproken is, is dit onderzoek interdisciplinair van aard. Dit betekent ook dat er verschillende methoden gehanteerd worden. In dit onderzoek zijn twee methoden gebruikt, te weten literatuuronderzoek en fenomenologisch onderzoek.

### **4.1 Literatuuronderzoek**

De eerste twee deelvragen zijn beantwoord door middel van literatuuronderzoek. Literatuuronderzoek is een studie van de bestaande literatuur over een bepaald onderwerp of onderzoeksvraag. Het doel van een dergelijke studie is om een uitgebreid overzicht te krijgen van alle bestaande informatie en bevindingen van het onderwerp. De relevante studies en boeken worden geselecteerd en de bruikbare informatie hieruit wordt helder genoteerd en samengevat. Deze informatie wordt hierna geanalyseerd, waarna een conclusie wordt geschreven op basis van de eerder beschreven literatuur.

De eerste twee deelvragen zullen worden beantwoord aan de hand van literatuuronderzoek. Er is voor deze methode gekozen omdat er al veel literatuur bekend is over deze onderwerpen, en literatuuronderzoek zodoende een completer beeld genereert. Hiernaast zou het onderzoeksvoorstel laten controleren door de Medisch-Ethische Toetsingscommissie (METC)<sup>28</sup> en het daarna verzamelen van eigen data, te veel tijd in beslag nemen. Literatuuronderzoek is derhalve de meest passende onderzoeksvorm voor deze twee deelvragen.

#### **4.1.1 Werkwijze**

Om de deelvraag ‘Wat zijn de medische, kwantificeerbare uitkomsten van het proces van medicalisering van de geboortezorg, en welke risico’s brengt dit met zich mee?’ en de deelvraag ‘Wat zijn de sociologische uitkomsten van het proces van medicalisering van de geboortezorg in Nederland?’ te beantwoorden, is er data verzameld uit verschillende databases waaronder Google Scholar, Pubmed, SAGE en JSTOR. Relevante literatuur was geselecteerd op basis van het vermogen om de twee deelvragen te beantwoorden.

---

<sup>28</sup> De Medisch-Ethische Toetsingscommissie NedMec, ook wel METC NedMec genoemd, is een commissie die zich buigt over de ethische toelaatbaarheid van onderzoeken binnen de geneeskunde en het bredere medische veld. Dit zijn onderzoeken die uitgevoerd worden onder patiënten van het UMC Utrecht, Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of het Prinses Máxima Centrum voor kinderoncologie (*Home - NedMec*, z.d.-b).

Bij de eerste deelvraag, ‘Wat zijn de medische, kwantificeerbare uitkomsten van het proces van medicalisering van de geboortezorg, en welke risico’s brengt dit met zich mee?’, lag de nadruk bij het zoeken van relevante literatuur op het begrip ‘risico’ en ‘medische interventies’. Het was van belang dat er alleen studies gebruikt zouden worden die deze uitkomsten in de Nederlandse context zouden beschrijven, dus enkel deze studies werden geselecteerd.

Bij de tweede deelvraag, 'Wat zijn de sociologische uitkomsten van het proces van medicalisering van de geboortezorg?' lag de focus bij het zoeken van relevante literatuur op de sociologische effecten van deze medicalisering. Zoektermen als ‘medicalisation of birth’ werden hierbij gebruikt.

## **4.2 Fenomenologisch onderzoek**

De interviews zijn uitgevoerd volgens een fenomenologische onderzoeksmethode. De fenomenologie is een benadering binnen de sociale wetenschappen die zich richt op het begrijpen en beschrijven van de belevingswereld van mensen. Het legt nadruk op de directe waarneming en de subjectieve beleving. Het streven hierbij is om ervaringen te begrijpen zoals ze zich voordoen (Berndtsson et al., 2007). De beroemde definitie van fenomenologie van de Duitse filosoof Martin Heidegger (1962) is de volgende: ‘Datgene wat zich laat zien van zichzelf te laten zien op de manier waarop het zich van zichzelf laat zien.’ In dit onderzoek zal voor het beantwoorden van de derde deelvraag de interpretatieve fenomenologische analyse - ook wel *Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA) genoemd - gebruikt worden als methode voor het fenomenologische onderzoek.

Voor de laatste onderzoeksvraag is gekozen voor deze onderzoeksmethode omdat het bij het beantwoorden van deze onderzoeksvraag gaat over de subjectieve ervaring en de belevingswereld van de respondenten. De fenomenologie is een methode die deze ervaring op een juiste manier weer kan geven en de mogelijkheid biedt om de complexiteit en diepte van de ervaringen te begrijpen en te waarderen. Het geeft zodoende de mogelijkheid patronen te herkennen, die vervolgens geïnterpreteerd kunnen worden en getoetst kunnen worden aan de hand van bestaande literatuur.

### **4.2.1 Interpretative phenomenological analysis (IPA)**

Interpretative phenomenological analysis - ook wel IPA genoemd - is ontwikkeld door de Britse psycholoog Jonathan Smith. Bij deze vorm van kwalitatief onderzoek wordt er niet gestreefd naar generalistische uitkomsten. Juist de individuele, unieke ervaring van participanten wordt als belangrijkste onderzoeksuitkomst beschouwd (Smith, 2017). De interpretatie van deze individuele ervaringen heeft als doel om een diepgaand begrip te bieden aan de betekenisgeving van respondenten. Met de nadruk op gedetailleerde inzichten in de subjectieve ervaring, onderscheidt IPA zichzelf van andere vormen van fenomenologisch onderzoek. Binnen IPA wordt erkend dat de onderzoeker zelf een belangrijke rol speelt bij het begrijpen en onderzoeken van de uitkomsten. Objectiviteit bestaat in die zin niet. Het proces van IPA bevat de volgende stappen: het transcriberen van de interviews, de individuele analyse waarbij de transcripten worden nagegaan om specifieke patronen en betekenissen te traceren, de thematische analyse, beschrijving en interpretaties van de transcripten, de contextuele analyse waar naar overkoepelende thema's worden gezocht, en uiteindelijk het schrijven en rapporteren (ibidem.). Kenmerkend in dit proces, is dat IPA gebruik maakt van een cyclische analyse aanpak. Na de eerste analyse van individuele transcripten om thema's te identificeren, worden deze vervolgens geïntegreerd in bredere thematische patronen (ibidem.).

### **4.2.2 Werkwijze**

Om de deelvraag 'Welke patronen zijn te herkennen in de bevalervaring van vrouwen, en op welke manier manifesteren deze patronen zich bij verschillende plaatsen van bevalling?' te beantwoorden, zijn er semi-gestructureerde interviews gevoerd met vrouwen die minder dan twaalf maanden geleden bevallen zijn in de Nederlandse context. We hebben specifiek voor een steekproef gekozen van vrouwen die relatief recent zijn bevallen, omdat zij naar alle waarschijnlijkheid beter in staat zouden zijn om hun geleefde ervaring te beschrijven, dan mensen die langer geleden zijn bevallen. Omdat er een speciale focus ligt op medicalisering van geboorte bij ziekenhuisbevallingen versus thuisbevallingen, hebben we geprobeerd om een evenredige verhouding van respondenten te werven. De werving en selectie van respondenten heeft voornamelijk op sociale media plaatsgevonden. Uiteindelijk zijn we op een verdeling gekomen van twee thuisbevallingen, twee poliklinische bevallingen, twee klinische bevallingen zonder medische indicatie tijdens de zwangerschap en twee

klinische bevallingen met medische indicatie tijdens de zwangerschap. Voorafgaand aan de interviews zijn er vragen opgesteld, maar deze zijn niet de leidraad van het gesprek geweest. De insteek was om de deelnemers vrijuit te laten spreken over hun ervaring, zonder al te veel voorbedachte vragen te stellen. In de interviews werden respondenten aangemoedigd om zo veel mogelijk details te delen, en context aan hun ervaring te geven.

Na het voeren van de interviews, zijn de opnames getranscribeerd en gecodeerd. Om een overkoepelend begrip te krijgen van de gegevens en om de basis voor interpretatie te leggen van onze analyse, hebben we de codes onderverdeeld in thema's. Deze thema's representeren bredere concepten en betekenissen aan de georganiseerde codes. De thema's waarin we de codes hebben ondergebracht, zijn de volgende: 'angst en bezorgdheid', 'beleving van controle en autonomie', 'medische interventies', 'betekenisvolle relaties en ondersteuning', 'bevalling als prestatie' en 'voorbereiding op de bevalling'. Na de codering en thematisering van de interviews, zijn we nagegaan wat de belangrijkste thema's, betekenissen en ervaringen zijn voor ons onderzoek.

## **5. Bevindingen**

De drie deelvragen zijn onderzocht door middel van de methoden die beschreven staan in hoofdstuk 4. In dit hoofdstuk zullen de bevindingen worden beschreven die uit het onderzoek naar voren komen. De drie deelvragen zijn opgesplitst in drie paragrafen. Deelvraag 1 wordt beantwoord in paragraaf 5.1, deelvraag 2 wordt behandeld in paragraaf 5.2 en deelvraag 3 wordt besproken in paragraaf 5.3.

### **5.1 Kwantificeerbare uitkomsten van de medicalisering van de geboortezorg**

Zoals al genoemd in de introductie, balanceert men ten alle tijden tussen over- en onder-medicalisering. Onder-medicalisering in de geboortezorg zou betekenen dat er onvoldoende medisch wordt ingegrepen bij vrouwen die bepaalde risico's met zich meedragen en dat er zodoende onnodig bepaalde schade wordt aangericht, die door medisch toedoen voorkomen had kunnen worden. Over-medicalisering houdt in dat er onnodig medische interventies worden toegepast die elk hun eigen bijwerken en/of risico's met zich mee kunnen dragen. Deze bijwerkingen en/of risico's kunnen aanwijsbare schade geven aan de patiënt, maar kunnen ook zorgen voor een inbreuk op de autonomie van de patiënt, hogere gezondheidskosten en overbelaste zorgsystemen (Kaczmarek, 2019; Ranjbar et. al., 2019).

Om een juist beeld te krijgen van de kwantificeerbare, medische uitkomsten van de medicalisering van de geboortezorg in Nederland, is het van belang de mogelijke onder- en over-medicalisering hiervan in kaart te brengen. Dit kan worden gedaan door de positieve en negatieve effecten van medicalisering tegen elkaar af te wegen. De positieve effecten van medicalisering geven blijk van de mogelijkheden die onbenut blijven wanneer er sprake is van onder-medicalisering, en de negatieve effecten die medicalisering kan hebben zijn een weergave van de risico's van over-medicalisering. Voor deze risicoanalyse wordt er allereerst nog kort ingegaan op de manier waarop risico als graadmeter gebruikt wordt voor het uitvoeren van (goede) geboortezorg, en op de verschillen tussen uitkomsten van de geboortezorg tussen 2003 en 2020 aan de hand van bekende cijfers van morbiditeit en mortaliteit van moeder en kind in deze jaren. Hoewel deze uitkomsten niet direct kunnen worden toegewezen aan de toenemende mate van medicalisering in de geboortezorg die in deze jaren heeft plaatsgevonden, geeft het wel blijk van een verandering in uitkomsten op dit gebied.



### **5.1.1 Risico als graadmeter**

In de geboortezorg - net als in de geboortezorg als geheel - wordt risico steeds meer als graadmeter gebruikt voor het wel of niet uitvoeren van bepaalde behandelingen of interventies. Hiervoor is het noodzakelijk dat deze risicoselectie op een juiste manier gebeurt. Volgens Goodarzi et. al. (2020) is er nog geen duidelijk concept voor deze risicoselectie in de context van de geboortezorg, terwijl dit een wezenlijke component is voor goede kwaliteit. In haar review worden drie dimensies van risicoselectie onderscheiden: risicoselectie als organisatorisch meetinstrument, risicoselectie als methode voor besluitvorming, en risicoselectie als een *tool* om veiligheid te waarborgen. Hieruit volgt dat risicoselectie de basis vormt voor regelgeving in de zorg en dat risico het centrale thema is van waaruit veel in de zorg geregeld wordt. Dit komt ook uit de drie overkoepelende thema's die zijn geïdentificeerd: regulatie van zorg, de aanbieder - de arts of zorgprofessional - van de zorg centraal en de angst voor ondergebruik van medische interventies of middelen. Deze thema's illustreren de waarde die er momenteel aan risico's wordt verbonden en hoe deze risico's in kaart worden gebracht. Naar aanleiding van deze vier thema's kunnen er vier blinde vlekken geïdentificeerd worden, te weten een rechtvaardige toegang tot zorg, vrouw-gecentreerde zorg, overgebruik van medische interventies of middelen en effectieve zorg.

Zoals in deze review beschreven wordt, worden er in de huidige geboortezorg veel protocollen en keuzes gemaakt op basis van risico-inschatting en risicomangement, een gegeven dat kan worden ondersteund aan de hand van andere onderzoeken en literatuur in dit werkveld (Toohill et al., 2006; Walsch et. al., 2004; Symon, 2006). Hieruit wordt duidelijk dat een goede risicoselectie van groot belang is, maar dit tegelijkertijd een complex begrip is. Contextuele factoren en zienswijze spelen een grote rol, en het is belangrijk hiervan bewust te zijn.

### **5.1.2 Sterfte en morbiditeit van moeder en kind**

In de context van de geboortezorg is er de afgelopen jaren een toename geweest aan medische interventies en het gebruik hiervan. Ook laten de cijfers een toename zien van het aantal ziekenhuisbevallingen en het aantal verwijzingen van de eerste- naar de tweedelijnszorg. In subparagraaf 3.2.4 is deze uiting van medicalisering weergegeven aan de hand van een vergelijking tussen cijfers uit het jaar 2003 en het jaar 2020. Om de uitkomst

van medicalisering te vatten, is het daarom eerst relevant om de morbiditeit van moeder en kind vast te leggen in cijfers tussen 2003 en 2020 en deze cijfers vervolgens te meten aan de medicalisering die in deze jaren heeft plaatsgevonden.

### *Perinatale sterfte en sterfte moeder*

De perinatale sterfte wordt meestal weergegeven door middel van het aantal sterfgevallen per 1.000 levend- of doodgeborenen. Meestal wordt in de definitie van perinatale sterfte de ondergrens van 22 weken zwangerschap aangehouden - aangaande de definitie van de WHO - maar in het jaarrapport van 2020 is deze verplaatst naar 24, omdat dit meer zegt over de kwaliteit van zorg. Dit komt mede doordat zwangerschapsafbrekingen nog niet kunnen worden gefilterd uit het register, waardoor de perinatale sterfte met een ondergrens van 22 weken een vertekend beeld zou geven. Hoewel de wetgeving in deze jaren niet is aangepast en abortus nog steeds legaal is tot 24 weken (Ministerie van Algemene Zaken, 2023), zou het kunnen zijn dat er in 2020 meer afbrekingen plaats hebben gevonden. Toch wordt ervoor gekozen om de vergelijking te doen op basis van een ondergrens van 24 weken.

In 2003 is de totale perinatale sterfte 0,90% of 9,0 per 1.000 levend- of doodgeborenen. Dit aantal is gedaald naar 5,1 per 1.000 levend- of doodgeborenen in 2020. Nederland had lange tijd een hoger percentage wat perinatale sterfte betrof dan andere Europese landen (Mohangoo et. al., 2018; Achterberg & Kramer, 2001). Van 2000 tot 2020 vond er echter een daling plaats. Voornamelijk tussen 2008 en 2015 was er sprake van een sterke inkrimping wat perinatale sterfte betreft (Broeders et al., 2019). Deze daling werd door Broeders et al. gewijd aan het feit dat er een aantal maatregelen zijn genomen in de geboortezorg die hebben geleid tot betere zorg. Voorbeelden hiervan zijn het invoeren van de twintig weken echo, en de versterkte samenwerking tussen partners in de zorg - zoals verloskundigen en gynaecologen. Ook lukte het steeds beter om bepaalde leefstijlverbeteringen aan de man te brengen: steeds meer ouders stopten bijvoorbeeld met roken tijdens de zwangerschap (Paauw, 2020). Echter kent deze daling een stagnatie sinds 2016 (Broersen, 2018). Een van de belangrijkste redenen voor deze stagnatie lijkt de stijging van het aantal vroeggeboortes met een zwangerschapsduur tussen de 24 en 32 weken. Een onderzoek van het RIVM (2020) heeft de stagnatie in de daling van de perinatale sterfte getracht te analyseren aan de hand van verschillende onderzoeken. Hieruit volgt dat de stagnatie gerelateerd is aan een toename van verschillende risicofactoren en risicogroepen

van perinatale sterfte, te weten obesitas in de vruchtbare leeftijd, een toename aan geboortes van vrouwen met een niet-westerse achtergrond waaronder vluchtelingen en statushouders en een lagere sociaaleconomische status (Stubert et. al., 2018; Yu et. al., 2013; Marchi et. al., 2015; Aune et. al., 2014; Cnattingius et. al., 2013; Ravelli et. al., 2020; Posthumus et. al., 2016; Verschuuren et. al., 2020, Bertens et. al., 2020; Vos et. al., 2015; Waelput et. al., 2017). Het verminderen van de perinatale sterfte - hetgeen het doel is van het Ministerie van Gezondheid - wordt hiermee een maatschappelijke uitdaging.

Een tweede indicator voor de kwaliteit van perinatale zorg is de maternale sterfte (Wildman & Bouvier-Colle, 2003). In 2003 waren er 18 maternale sterfgevallen bekend, wat neerkomt op 9,5 per 100.000 levend geboren kinderen. 11 hiervan waren directe sterfgevallen en waren zodoende een direct gevolg van een obstetrische complicatie, interventie of nalatigheid. 7 van de 18 sterfgevallen waren indirecte sterfgevallen, waarbij de vrouw al bekend was met de ziekte of aandoening waaraan ze is overleden, maar waarbij de zwangerschap deze ziekte heeft doen verergeren. De hoeveelheid sterfgevallen tijdens zwangerschap en geboorte onder vrouwen in 2020 is niet in het jaarrapport van PeriNed opgenomen. Wel is er een studie uitgevoerd door Kallianidis et. al. (2022) die de dalende trend in maternale sterfte beschrijft tussen 2006 en 2018. De gemiddelde maternale sterfte in deze jaren bleek 6.2 per 100.000 levendgeborenen en laat zodoende een daling zien ten opzichte van 2003.

#### *Morbiditeit moeder*

Een bevalling kan in ongunstige gevallen voor een vrouw meerdere negatieve complicaties tot gevolg hebben. De belangrijkste zijn: een fluxus postpartum, een uterusruptuur en een solutio (abruptio) placentae.<sup>29</sup> In 2003 volgde na 3,1% van de bevallingen een fluxus. Dit was in 2020 na 6% van de bevallingen, waarvan er bij 0,6% sprake is van een ernstige fluxus. De voornaamste oorzaak van een fluxus is het niet samentrekken van de uterus, vaak ten gevolge van een niet-uitdrijvende placenta (Zwart et. al., 2008). De meest voorkomende oorzaak van een fluxus postpartum is een uterusatonie, wat inhoudt dat de baarmoeder niet goed samentrekt en het bloed ongecontroleerd kan blijven

---

<sup>29</sup> Een solutio placentae is een term uit de verloskunde die de situatie beschrijft waarbij de placenta voortijdig losraakt. Dit kan leiden tot stollingstoornissen of andere perinatale morbiditeit en sterfte. Een solutio placentae is een acute situatie die snelle medische interventie behoeft. (Twaalfhoven et. al., 1991)

stromen. Andere oorzaken zijn vastgehouden placentaweefsel, het scheuren van de baarmoeder of baarmoederhals en stollingsstoornissen (Weeks, 2014).

Een weinig voorkomende doch ernstige complicatie tijdens de bevalling is de (totale) uterusruptuur. Dit kwam in 2003 voor bij 2% van alle bevallingen. Dit getal is stabiel gebleven en bleek in 2020 ook 2% (Perined, 2020). De meest voorkomende oorzaak hiervan is een keizersnede (Nahum & Pham, 2018).

Een solutio placentae is in 2003 geconstateerd bij 0,07% van de bevallingen. Het jaarrapport van 2020 over perinatale zorg beschrijft niet het aantal placentaloselingen, maar een studie van Immink et. al. (2020) beschrijft dat dit tussen 2006 en 2018 gemiddeld 0,2% betrof. Er zijn verschillende risicofactoren bekend die de kans op een dergelijke placentaloseling vergroten, zoals nierfalen of het al eerder hebben gebaard van een kind (ibidem.). Hiernaast spelen ook sociodemografische factoren een rol (Tikkanen, 2010).

### *Perinatale problematiek*

Er zijn in de geboortezorg een aantal problemen die kunnen optreden na de bevalling, waarbij het kind van de eerste naar de tweede lijn overgedragen dient te worden ter behandeling en controle. Dit heeft wederom alles te maken met kans op schade en de risico-inschatting hiervan. De huidige richtlijnen zijn gebaseerd op een onderzoek dat uitwijst dat er vier factoren zijn die het meest risicovol zijn voor de perinatale sterfte. Dit zijn prematuriteit (vroeggeboorte, een geboorte vóór 37 weken zwangerschap), dysmaturiteit of een te laag geboortegewicht (onder het tiende Hoftiezer gewichtpercentiel<sup>30</sup>), aangeboren afwijkingen en een 'slechte start' (een Apgar-score<sup>31</sup> lager dan 7). Als er sprake is van de eerste en/of de tweede factor wordt er gesproken van 'Big2'; als er sprake is van factor 1, 2, 3 en/of 4 wordt er gesproken van 'Big4'. Het totale percentage perinatale problematiek is tussen 2003 en 2020 gedaald van 20,1% naar 19,7%. Vooral het aantal prematuren en het aantal congenitale afwijkingen is gedaald. In 2003 werd 7,9% van alle levend- en doodgeborenen te vroeg geboren, waar dit in 2020 gedaald is naar 6,7%. Het aantal

---

<sup>30</sup> Op basis van registratie van pasgeborenen tussen 2000 en 2014 zijn er in een werkgroep onder leiding van Liset Hoftiezer in 2016 geboortegewichtscurven opgesteld die de normale groei van een pasgeborene weergeven. Wanneer een baby onder het tiende percentiel komt, wordt de groei als abnormaal beschouwd (Hoftiezer et al., 2019).

<sup>31</sup> De Apgar-score is een score die wordt toegekend aan een pasgeboren kind om de fysieke conditie weer te geven. De hoogte van de score wordt toegeschreven aan de hand van vijf criteria, te weten de hartslag, ademhaling, spiertonus, reflexirritabiliteit en kleur van de huid. De hoogst haalbare score is 10, maar van 7 tot 10 wordt als normaal bevonden (Roycki & Yitayew, 2022).

pasgeborenen met een te laag geboortegewicht is daarentegen gestegen van 7,2% naar 10%. Het aantal congenitale afwijkingen is met 2,4% gedaald (van 3,5% naar 1,0%) en het aantal pasgeborenen met een lage Apgar-score na 5 minuten is 0,5% gestegen (van 1,5% naar 2,0%).

Het risico op deze problemen is vaak meerledig en complex. Een recente studie van Papanostefanou et. al. (2020) bij vrouwen met eenling zwangerschappen wijst uit dat het risico op het krijgen van een dysmature baby hoger ligt bij vrouwen van Afro-Caribische, Zuid-Aziatische of gemixte origine. Hiernaast blijken roken tijdens de zwangerschap, chronische hypertensie en pulmonale embolie<sup>32</sup> in een vorige zwangerschap belangrijke risicofactoren. Een meerlingzwangerschap is ook een risicofactor op dysmaturiteit bij de baby (Blickstein, 2005). Hiernaast zijn er studies die uitwijzen dat lage socio-economische factoren een aanzienlijke bijdrage leveren (Kogan, 1995; Sharma et al., 2016). Een vroeggeboorte kan een geïnduceerde of een spontane baring betreffen. In het eerste geval zijn de meest voorkomende indicaties pre-eclampsie en intra-uteriene groeirestrictie (IUGR). Risicofactoren voor een spontane vroeggeboorte zijn een eerder voorgekomen vroeggeboorte, een laag BMI, en infecties en rookgedrag tijdens de zwangerschap. Daarnaast blijkt uit onderzoek dat zwarte mensen relatief een grotere kans hebben op een vroeggeboorte dan witte mensen (Goldenberg et al., 2008). Hiernaast stelt de WHO dat meerlingzwangerschappen en chronische condities zoals diabetes en hypertensie meewegen (World Health Organization: WHO, 2023). Eerdergenoemd onderzoek van het RIVM (2020) dat zich specifiek richt op de Nederlandse context beschrijft de bijdrage van een veranderende populatie en socio-economische factoren. Toch blijft de aanleiding vaak moeilijk aanwijsbaar en is in een groot deel van de gevallen de beslissende risicofactor niet evident (Vogel et. al., 2018). Congenitale (aangeboren) afwijkingen, de derde van de 'Big4', kennen veel overeenkomsten met vroeggeboorte wat betreft risicofactoren, beschrijven Swanson & Sinkin (2013) in een studie. Bij beiden spelen leefstijlfactoren een grote rol. Dit wordt onderschreven door een studie door Harris et. al. (2017). De lage Apgar-score, tenslotte, is voornamelijk een indicator voor de fysieke conditie van de pasgeborene en is hierbij voornamelijk een hulpmiddel voor het inschatten of er bepaalde medische hulp nodig is.

---

<sup>32</sup> Een pulmonale embolie, ook wel een longembolie genoemd, is de afsluiting van een longslagader en wordt veroorzaakt door een trombus (bloedstolsel). Het is een zeldzame, maar gevaarlijke complicatie tijdens zwangerschap en geboorte (Robert-Ebadi et al., 2022).

### 5.1.3 Risico-analyse medische interventies

Naast het beschrijven van algemene uitkomsten van moeder en kind, is het nuttig de voor- en nadelen van specifieke medische interventies in kaart te brengen, om de toename hiervan te kunnen beoordelen. In lijn met de beschreven toename aan interventies die eerder genoemd zijn in subparagraaf 3.3.4, zal hierbij gefocust worden op de keizersnede, epidurale pijnstilling en inductie van bevalling.

#### *Keizersnede*

De keizersnede, ooit geïntroduceerd als manier om het leven van het kind te redden na sterfte van de moeder tijdens de bevalling, heeft zich ontwikkeld tot een veel gebruikte wijze om te bevallen (Antoine & Young, 2020). De operatieve methode kende aanvankelijk veel risico's en een relatief hoog sterftecijfer, maar door innovatie is de veiligheid van de procedure door de jaren heen verbeterd (ibidem.). Het doel van de keizersnede is nog steeds om een zo veilig mogelijke bevalling te waarborgen voor moeder en kind. Er bestaan absolute en relatieve indicaties voor het uitvoeren van een keizersnede. Onder absolute indicaties vallen absolute disproportie, levensbedreigende situatie voor moeder en/of kind, een anatomische deformatie zoals eclampsie en het HELLP-syndroom<sup>33</sup>, een abnormale ligging van de placenta of een uterusruptuur. Hiernaast bestaan er relatieve indicaties, zoals een niet-vorderende baring of een eerder doorgemaakte keizersnede (Mylonas & Friese, 2015). Over de jaren heen blijkt een keizersnede steeds meer geaccepteerd te worden en sneller te worden gedaan. Een survey uitgevoerd in Nederland geeft blijk van dit gegeven en beschrijft dat er in Nederland altijd een optie is tot het vinden van een gynaecoloog die bereid is een keizersnede uit te voeren voor non-medische redenen (Kwee et al., 2004). Het brengt echter ook risico's met zich mee. Een keizersnede is een operatieve behandeling met de daarbij behorende risico's op complicaties. Een uitgebreide systematische review van Sandall et. al. (2018) beschrijft de korte- en langetermijneffecten van een keizersnede op de gezondheid van de vrouw en kinderen op basis van meerdere studies en reviews. Een geplande keizersnede is geassocieerd met een langer verblijf in het ziekenhuis, een hoger risico op een hysterectomie door overmatig bloedverlies, en een hoger risico op een

---

<sup>33</sup> Het HELLP-syndroom staat voor 'Hemolysis, Elevated Liver enzymes & Low Platelets'. Het kan ontstaan als gevolg van pre-eclampsie, maar kan ook uit zichzelf ontstaan. Er is bij dit ziektebeeld sprake van een verhoogde afbraak van bloedcellen en een verstoorde leverfunctie. Ook is er een tekort aan bloedplaatjes, wat de stolling vermoedelijk. Het heeft een erfelijke component, maar de oorzaak van het syndroom hangt tevens samen met het afweersysteem en de ontwikkeling en aanleg van de placenta in de baarmoeder (Adorno et. al., 2022).

hartstilstand dan een geplande vaginale bevalling. Ook wijst ander recent onderzoek uit dat er een hoger risico is op acute nierschade bij een bevalling via een keizersnede; dit risico neemt af met 65,8% wanneer er een vaginale bevalling plaatsvindt (Potnuru et. al., 2022). Daarentegen blijkt een keizersnede een verminderd risico te geven op urine-incontinentie en verzakking van het bekkenorgaan. Bij een volgende bevalling geeft het eerder doorgemaakt hebben van een keizersnede een verhoogd risico op een uterusruptuur, een abnormale invasieve placenta en een hevige bloeding postpartum. Er zijn studies die een verhoogde incidentie van preterme geboortes hebben aangetoond na het doorgemaakt hebben van een keizersnede in een eerdere bevalling (Di Renzo et. al., 2011; Levine et. al., 2015; Cook et. al., 2013). Een studie naar maternale sterfte gelinkt aan een operatieve keizersnede wijst uit dat het risico tot drie keer hoger is bij een keizersnede dan bij een vaginale bevalling (Kallianidis et al., 2018).

Naast de risico's die het ondergaan van een keizersnede voor de barendende vrouw heeft, bestaan er ook gevolgen voor het pasgeboren kind. Een review van Ramachandrapa & Jain (2008) beschrijft de impact van electieve keizersnede op de respiratoire conditie van het kind. Een electieve keizersnede geeft, zo wordt door de vele studies onderschreven, een hoger risico op ademhalingsproblemen van het kind. Dit risico is vanzelfsprekend hoger bij een keizersnede die uitgevoerd wordt in een eerder stadium van de zwangerschap. Bij een zwangerschapsduur van 39 weken bleek het risico 2,1 keer zo hoog bij een keizersnede dan bij een vaginale bevalling. Voor een zwangerschapsduur van 37 weken was het risico 4,1 keer zo hoog. Tot slot is de ontwikkeling van het immuunsysteem een belangrijke factor die moet worden meegewogen bij de keuze tot het wel of niet uitvoeren van een keizersnede, aangezien kinderen die worden geboren via een keizersnede een minder sterk afweersysteem hebben, zo blijkt uit verschillende studies (Cho & Norman, 2013). Dit kan zich manifesteren in een mindere reactie op ziekteverwekkers, maar ook bestaat er een grotere kans op het ontwikkelen van immuunziekten zoals astma, allergieën, diabetes type I en coeliakie (ibidem.).

### *Epidurale anesthesie*

Ondanks dat bevallen een natuurlijk proces is, brengt het soms ondraagbare pijn met zich mee. Epidurale anesthesie is de meest gebruikte vorm van pijnstilling die wordt toegediend bij bevallingen. Het doel van het toedienen van pijnstilling via de epidurale ruimte is om het bevalproces te vergemakkelijken voor de vrouw (Anim-Somuah, 2018; Poole,

2003). Toch is ook deze medische interventie niet zonder risico. De interventie zelf kan complicaties met zich meebrengen, zoals hypotensie, intravasale injectie, een incidentele intrathecale blokkade<sup>34</sup> of een inadequaat blok. Observationele studies wijzen uit dat vrouwen die epidurale pijnstilling toegediend krijgen, een grotere kans hebben uiteindelijk een keizersnede te ondergaan. Toch zijn er ook studies die het tegendeel aanduiden - waaronder een grootschalige studie uitgevoerd in Nederland (Wassen et. al., 2014) , waardoor er in haar geheel geen conclusie kan worden getrokken over dit verband (Lim et. al., 2018). In dezelfde review wordt beschreven hoe epidurale anesthesie over het algemeen zorgt voor een verlenging van het tweede deel van de bevalling. Dit kan op haar beurt weer risico's meebrengen wat betreft morbiditeit van de moeder, zoals chorioamnionitis<sup>35</sup>, atonie van de baarmoeder, bloeding of koorts. Een andere studie, uitgevoerd door Shishido et. al. (2021), bestudeerde de invloed van epidurale anesthesie op het angstgevoel van vrouwen en wees uit dat de epidurale anesthesie zorgt voor een aanzienlijke daling op dit gebied. Hoewel de epidurale anesthesie gepaard zou kunnen gaan met complicaties, blijkt uit studies dat de kans op ernstige complicaties zeer gering is.

Op de korte termijn lijkt er, volgens een review van Halliday et al. (2022), geen significante complicaties te ontstaan bij de foetus wanneer er gebruik is gemaakt van een ruggenprik. Er bestaat de mogelijkheid tot het ontwikkelen van neonatale depressie<sup>36</sup> bij de pasgeborene, wanneer de medicijnen de placenta zijn overgegaan en zich hebben opgestapeld. Dit lijkt echter niet te leiden tot een daling van de Apgar score. Wat betreft de invloed van epidurale anesthesie op de kwaliteit van borstvoeding zijn er voornamelijk observationele studies gedaan, maar de resultaten blijken geruststellend met een gering effect. Er zijn tenslotte onderzoeken uitgevoerd naar de invloed van epidurale anesthesie op lange-termijn effecten van het kind zoals een onderzoek van Qui et. al. (2020) die lijkt aan te wijzen dat er een link is tussen epidurale anesthesie en het ontwikkelen van autisme, maar dit onderzoek werd breed bekritiseerd door anesthesiologen. Twee andere, meer recente

---

<sup>34</sup> De intrathecale ruimte - ook wel de spinale ruimte genoemd - is de ruimte die achter de epidurale ruimte, en vóór het hersenvlies, gelegen is. Indien de prik te diep wordt gezet, bestaat het risico dat er in deze ruimte geprikt wordt en er hier een blokkade ontstaat. Dit zou inhouden dat er een blokkade van de spinale wegen is en een vrouw hierdoor volledig verdoofd zou zijn vanaf dit punt.

<sup>35</sup> Chorioamnionitis is een term die gebruikt wordt om een infectie aan te duiden van de vliezen rondom de baarmoeder (het chorion en het amnion).

<sup>36</sup> Neonatale depressie, ook wel neonatale respiratoire depressie of Respiratory Distress Syndrome (RDS), is een conditie waarbij een pasgeborene moeite heeft met ademen omdat er (nog) onvoldoende van de stof surfactant aanwezig is, hetgeen normaaliter zorgt voor het openen van de longblaasjes en daarmee een gemakkelijke ademhaling faciliteert (Bolt & Van Andel, 2004).



onderzoeken hebben deze link tussen epidurale anesthesie en hersenontwikkeling niet kunnen aantonen (Kearns et. al., 2021; Wall-Wieler et. al., 2021).

### *Inductie van bevalling*

Inductie van een bevalling is bedoeld om de bevalling op te wekken. Het doel hiervan is om onnodige risico's bij zowel moeder als kind te vermijden die zich kunnen manifesteren bij een zwangerschap boven de 39 weken, en om een mogelijke keizersnede te voorkomen (Cheng et. al., 2000; Garite et. al., 2000). De Nederlandse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) formuleerde dit in de richtlijn in 2006 als volgt: 'Inductie van de baring is geïndiceerd wanneer voortbestaan van de zwangerschap om foeto- en/of maternale redenen ongewenst is.' (NVOG, 2006). Dit impliceert dat inductie enkel in uiterste gevallen plaatsvindt, wanneer er geen andere uitweg mogelijk is. Toch blijkt in Nederland het aantal vrouwen waarbij inductie van de bevalling plaatsvindt, relatief hoog vergeleken met andere Europese hoge inkomenslanden (Seijmonsbergen-Schermer et. al., 2020).

Verschillende studies tonen aan dat inductie de kans op het krijgen van een keizersnede verhoogt bij vrouwen zonder medische indicatie voor inductie,<sup>37</sup> met name bij nulliparae (Dublin et. al., 2000; Seyn et. al., 1999). Echter, een studie van Caughey et. al. (2006) toont aan dat dit niet het geval lijkt te zijn voor een zwangerschapsduur vanaf 41 weken. In 2020 is er een uitgebreide studie gepubliceerd door onderzoekers Dahlen et. al., waarbij data is gebruikt uit Australië - een land dat routinematig inductie toedient - tussen 2001 en 2016. Vrouwen die inductie hadden gehad, bleken relatief vaker een keizersnede gehad te hebben (29,3% versus 13,8% bij nulliparae). Hiernaast was het percentage epidurale anesthesie (71,0% versus 41,3%), het percentage episiotomieën (50,3% versus 41,2%) en het percentage Haemorrhagia Postpartum<sup>38</sup> (2,4% versus 1,5%) hoger. Na de bevalling met inductie waren er vaker gevallen kenbaar van neonataal geboortetrauma, reanimatie- en ademhalingsstoornissen, evenals opnames in het ziekenhuis vanwege infecties tot de leeftijd van 16 jaar. Er was geen verschil in ziekenhuisopnames vanwege astma of eczeem, of wat betreft neonatale sterfgevallen. Deze resultaten liggen in lijn met een zeer recent onderzoek

---

<sup>37</sup> In eerste instantie lijkt dit paradoxaal. Echter, als de bevalling wordt ingeleid is er meer kans op weënzwakke en het niet op gang komen van de baring (Irani & Foster, 2015). Uiteindelijk kan er in een dergelijk geval worden overgegaan op het uitvoeren van een keizersnede.

<sup>38</sup> Een haemorrhagia postpartum - ook wel een HPP genoemd - is een medische complicatie waarbij er excessief bloedverlies na de geboorte plaatsvindt (1 liter of meer). Dit wordt ook wel een fluxus postpartum genoemd. Verschillende oorzaken kunnen hieraan ten grondslag liggen, zoals bijvoorbeeld het niet samentrekken van de uterus en kan verschillende complicaties als gevolg hebben zoals bloedarmoede en vermoeidheid. In ernstige gevallen kan het leiden tot orgaanfalen en levensbedreigende situaties (Zwart et. al., 2009).

naar de effecten van inductie in de Nederlandse context (Offerhaus et. al., 2023). Goodarzi et. al. (2022) pleit in een andere studie voor een betere risico-inschatting voor het wel of niet induceren bij vrouwen, om zo een gezondheidszorgstrategie in werking te zetten die op waarden is gebaseerd.

### *Plaats van bevalling*

Naast studies die zich richten op specifieke medische interventies en de risico's hiervan op mortaliteit en morbiditeit van moeder en kind, zijn er ook studies gedaan naar de algemene veiligheid van de plaats van geboorte. Vooral studies in de Nederlandse context zijn hier relevant, omdat het een algemene indicatie van veiligheid betreft en deze per land verschillend zijn. Daarnaast kunnen studies over een land met een vergelijkbare moderne gezondheidszorg vergeleken worden.

Een studie van van der Kooy et. al. (2011) onderzocht de perinatale uitkomst van vrouwen in Nederland (2000-2007) met een laag-risico bevalling - de vrouwen die zelf de keuze hadden om thuis of in het ziekenhuis te bevallen. Perinatale sterfte werd hierbij als uitkomstmaat gebruikt. Thuisbevallingen bleken op basis van dit onderzoek niet geassocieerd te zijn met een hogere perinatale sterfte. Een systematische review geschreven door Olsen & Clausen (2012) onderschreef dit gegeven, ook al werd hierbij slechts gebruikgemaakt van twee vrij kleine Randomised Controlled Trials (RCT's). Een meer uitgebreide review van Johnston Walker (2017) geeft echter hetzelfde resultaat. Een nationale cohortstudie door de Jonge et. al. uit 2013 - uitgevoerd in Nederland - liet geen verhoogde kans op ernstige morbiditeit zien in hun onderzoekspopulatie van vrouwen met een laag-risico bevalling. Hierbij werd de nuance aangebracht dat er, om een dergelijke uitkomst te verzekeren, goed getrainde verloskundigen en een juist doorverwijzingssysteem dienen te bestaan. Studies in andere landen onderschrijven dit: een studie uit Spanje, bijvoorbeeld, noemt het voorbeeld van Nederland maar beschrijft dat dit niet haalbaar is in de Spaanse context, waar geen garantie is voor professionele zorg bij een thuisbevalling (Dolores Sánchez-Redondo et. al., 2020). Een studie naar thuisbevallingen in Australië heeft een vergelijkbare conclusie (Rigg et. al., 2018).

Over het algemeen komt uit de studies naar voren dat een ziekenhuisbevalling op medisch gebied niet altijd veiliger is dan een thuisbevalling. Een belangrijke voorwaarde

hiervoor is dat er goed geschoolde zorgprofessionals aanwezig zijn bij de geplande thuisbevalling.

## **5.2 Sociologische uitkomsten medicalisering van de geboortezorg**

Geboorte is een belangrijke gebeurtenis in elke menselijke samenleving. Dit geldt niet enkel voor het biologische niveau, maar ook voor het culturele en sociale aspect van de samenleving (Prosen & Krajnc, 2013). De geboorte van een kind gaat immers niet enkel over individuele voortplanting, maar ook over de reproductie van de samenleving als geheel. Zoals Peter Conrad omschrijft is het proces van medicalisering van geboorte in de *Global North* ver gevorderd op constitutioneel, institutioneel en interactief niveau. Dit proces refereert aan sociologische waarden. Adele Clarke (1988) beschrijft in haar boek *Disciplining Reproduction* dat de toegenomen medicalisering van geboorte in de twintigste eeuw duidt op een proces dat zij *rationalizing reproduction* noemt. Dit is een proces dat gevormd is door de moderne idealen om bepaalde natuurlijke processen - die in principe niet te controleren zijn - in de hand te houden. Dit proces is volgens Clarke inherent aan het gegeven dat mensen in de *Global North* een toenemend verlangen hebben om controle te hebben over het leven. De wens voor controle is een drijfveer voor medische innovatie, en uiteindelijk ook voor medicalisering. Het vertoog van de rationalisering van reproductie zorgt ervoor dat het als wenselijk wordt gezien om geboorte te laten plaatsvinden in een medisch gecontroleerde setting (Clarke, 1988). Paradoxaal genoeg lijkt het verlangen naar controle en beheersing juist te eindigen in onzekerheid en onrust. Dit is wat Ivan Illich (1982) beschrijft als 'culturele iatrogenese'. Illich zegt het volgende over medicalisering: "Zoals motorisering het verkeer verbetert in de ogen van ingenieurs, verbetert medicalisering de 'gezondheid' zoals deze door het medische systeem wordt opgevat. Maar zoals motorisering onvermijdelijk de degradatie van de autonome mobiliteit meebrengt, leidt medicalisering onvermijdelijk tot de degradatie van levenskunst, de kunst van lijden en sterven, een kunst die duizenden niet-gemedicaliseerde culturen in staat gesteld heeft hun het hoofd te bieden." De uitkomst van meetbare vooruitgangen - in bijvoorbeeld sterftcijfers - valt niet te verhouden tot de culturele iatrogenese die Illich benoemt. Hij stelt dat overmedicalisering leidt tot het verval van het door cultuur gedragen vermogen om tegen de realiteit opgewassen te zijn - de realiteit van ziekte en sterfte. Op deze manier draagt overmedicalisering bij aan een bepaalde mate van schijncontrole (Illich, 1982). Hieruit voortkomend leidt medicalisering tot bepaalde

dominante opvattingen over hoe een bevalling eruit zou moeten zien. Dit kan zorgen voor angst, onzekerheid en machteloosheid. Ook zorgt medicalisering voor een verandering in sociale normen en verwachtingen. De medicalisering van geboorte kan invloed hebben op de normen met betrekking tot moederschap en de rol van de vrouw tijdens de bevalling. Socioloog Ann Oakley (1980) schrijft hierover: "It's the moment that a woman becomes a mother that a woman first confronts the reality of what it means to be a woman in our society." Hiermee bedoelt Oakley dat het vervullen van het moederschap een belangrijke *engendering* ervaring is wat identiteit, persoonlijke relaties en de verdeling van reproductieve arbeid<sup>39</sup> betreft. Veel vrouwen halen diepe betekenisgeving uit het moederschap. De bevalling is daarom een belangrijk overgangspunt in iemands leven. Het feit dat het moederschap - binnen de traditionele rolverdeling tussen de seksen - zo ongeveer het hoogste goed is binnen een vrouwelijk leven, maakt dat sociologische normen hierover veel druk kunnen leggen op het moederschap en de geboorte. Naast negatieve gevolgen van medicalisering, heeft dit proces ook positieve sociologische gevolgen. Sommige vrouwen die bevallen kunnen zich juist gesterkt voelen door medische ondersteuning.

Buiten de meer generieke uitkomsten van medicalisering op de samenleving, is er ook specifiek sociologisch onderzoek gedaan naar de Nederlandse context. In cross-culturele studies waar de geboortezorg in verschillende contexten wordt belicht, blijkt dat Nederland van oudsher een sterke 'natuurlijke' benadering van geboorte heeft. In de etnografie *Birth in Four Cultures* van de Amerikaanse antropologe Brigitte Jordan (1978) worden de culturele contexten van Zweden, Yucatan, de Verenigde Staten en Nederland onderzocht. Uit de vergelijking van deze verschillende samenlevingen blijkt dat geboorte vanuit biologisch perspectief weliswaar gelijk is, maar dat de manier waarop hiermee wordt omgegaan sterk bepaald wordt door de samenleving. De drie componenten die Jordan beschrijft als essentieel voor de verandering op de perceptie van geboorte zijn: lokale geschiedenis, sociale structuur en technologische innovatie (Jordan, 1978). Geloof en vertrouwen in techniek als culturele kernwaarden lijken een bepalende leidraad geweest in de medicalisering van de Amerikaanse geboortezorg (Davis-Floyd, 2003). De patriarchale samenleving ligt volgens Davis-Floyd ten grondslag aan de dominantie van het technocratische model van bevallingen. Met technologische innovatie zijn er mogelijkheden om natuurlijke processen te domineren (ibidem.). De Nederlandse geboortezorg is hier in de *Global North* het meeste van

---

<sup>39</sup> Onbetaald werk dat binnen de domestieke sferen plaatsvindt om het gezinsleven draaiende te houden.

weggebleven. Jordan benoemt dat dit komt door de basisgedachte dat het lichaam een normale bevalling aankan, en dat deze benadering al decennialang de Nederlandse geboortezorg domineert. De werkwijze van verloskundigen is hierop aangepast (ibidem.). De pijn die bij een bevalling komt kijken, wordt gezien als een functionele reactie (de Vries, 2005). Dit heeft de medicalisering van pijn een lange tijd tegengehouden.

Naast dat de nadruk op de ‘natuurlijke’ visie op de bevalling een lange tijd de Nederlandse geboortezorg domineerde, is de unieke positie van Nederland - zoals al eerder benoemd - grotendeels te danken aan de positie die verloskundigen in het stelsel hebben. De mate van onafhankelijkheid is kenmerkend voor de Nederlandse verloskundige. In de meeste landen in de *Global North* hebben enkel artsen het recht om verloskundige zorg uit te oefenen (Mintz & Price, 1993). In comparatieve studies tussen België en Nederland - twee landen met een relatief vergelijkbare culturele context - blijkt deze bijzondere positie van de Nederlandse verloskundige cruciaal te zijn voor het afremmen van het proces van medicalisering bij geboorte. Uit een studie van de Vlaamse sociologe Wendy Christiaens blijkt dat de Nederlandse verloskundige haar autonome positie heeft bestendigd door een gunstig professionaliseringsklimaat. Waar in Vlaanderen geen autonome verloskundige meer bestaat, hebben verloskundigen in Nederland nog steeds het oppergezag over de begeleiding van niet-complexe bevallingen. Dit komt met name door de steun van de staat, en de aanwezigheid van een beroepsorganisatie (Christiaens, 2007). Christiaens benoemt dat de Nederlandse staat - in tegenstelling tot de Belgische regering - de normaliteit van geboorte heeft bevorderd door wetgeving, en door het creëren van een opleiding voor verloskundigen. Dit komt onder andere voort uit het motief dat thuisbevallingen goedkoper is dan bevallen in het ziekenhuis (ibidem.). Ook beargumenteert Christiaens dat het Nederlandse zorgsysteem de positie van verloskundigen bestendigt: doordat zij zich begeven in de eerste lijn, zijn zij als het ware poortwachters. De medisch specialisten in de tweede lijn kunnen alleen benaderd worden door middel van een doorverwijzing (Christiaens, 2007).

Buiten alle sociologische gevolgen die medicalisering op de bevalling heeft, kan boven alles gesteld worden dat de medicalisering van geboorte vergaande gevolgen heeft voor de ervaring die ouders hebben tijdens de bevalling. Om een beeld te vergaren over deze ervaring, zal er in de volgende deelvraag ingegaan worden op dit fenomenologische aspect van medicalisering.

### 5.3 Ervaring van vrouwen

Om de deelvraag ‘Welke patronen zijn te herkennen in de bevalervaring van vrouwen, en op welke manier manifesteren deze patronen zich bij verschillende plaatsen van bevalling?’ te beantwoorden, zijn er acht semi-gestructureerde interviews gevoerd met ervaringsdeskundigen. De analyse van de verzamelde gegevens resulteerde in vijf overkoepelende thema’s. De eerste is ‘angst en bezorgdheid’. Dit thema gaat over gevoelens van spanning die speelde over de bevalling en betreft zowel de voorbereidende fase als angsten tijdens de bevalling. Het volgende thema is ‘betekenisvolle relaties en ondersteuning’, en gaat over de rol die hulpverleners en naasten speelden tijdens de bevalling van de respondenten. Deze persoonlijke bijdrage kan zowel op een positieve als negatieve manier beleefd zijn. Het thema ‘beleving van controle en autonomie’ gaat over de mate waarin respondenten het gevoel hadden dat ze keuzevrijheid, autonomie en controle hebben gehad tijdens het proces van bevallen. Onder het thema ‘beleving van de medische wereld’ vallen de percepties en gevoelens die samen gingen met medisch ingrijpen dat heeft plaatsgevonden. Het laatste thema is ‘de bevalling als prestatie,’ en gaat over de mate waarin de bevalling werd gezien als zijnde een prestatie-object. In onderstaande tabel zijn de relevante demografische gegevens van de respondenten weergegeven.

<b>Gefingeerde naam</b>	<b>Leeftijd</b>	<b>Nulli- / multipara</b>	<b>Wanneer bevallen</b>	<b>Thuis / poliklinisch / klinisch MI / klinisch</b>
<b>Maud</b>	35	Multipara	April 2023	Thuis
<b>Sam</b>	32	Nullipara	November 2022	Thuis
<b>Anouk</b>	33	Multipara	September 2022	Poliklinisch
<b>Puck</b>	29	Multipara	Augustus 2022	Poliklinisch
<b>Nadia</b>	33	Nullipara	Oktober 2022	Klinisch MI
<b>Daan</b>	31	Multipara	Januari 2023	Klinisch MI
<b>Suus</b>	34	Multipara	Augustus 2022	Klinisch
<b>Eva</b>	27	Nullipara	Januari 2023	Klinisch

*Tabel 1: demografische gegevens van de respondenten.*

### 5.3.1 Angst en bezorgdheid

Het voelen van angst en spanning omtrent de geboorte van een kind is een welbekend, veelvoorkomend fenomeen. Angst kan ontstaan door conditionering, waarbij een aangeleerde associatie ontstaat waarbij een situatie wordt gekoppeld aan een aversieve ervaring, door een plaatsvervangende blootstelling, en door indirecte overdracht van informatie (Rachman, 1977). In de Verenigde Staten spreekt zo'n 80% van de zwangere vrouwen zorgen en angsten uit met betrekking tot hun zwangerschap of bevalling (Melender, 2002). Voor veel van deze vrouwen zijn deze angsten zelfs sterk genoeg om klinisch relevant te zijn, omdat de spanning leidt tot een verminderde mentale gezondheid (ibidem.). Angst voor bevallingen komt voornamelijk voort uit conditionering en door indirecte overdracht van informatie (ibidem.). Dit kunnen onjuiste, of gechargeerde inlichtingen bevatten waardoor er een negatief narratief ontstaat rond bevallingen. Zo blijkt dat vrouwen met een hoge prenatale bevallingsangst een verhoogd risico hebben op het ervaren van angst tijdens de bevalling, wat negatieve effecten kan hebben op het proces (ibidem.). Zo kiezen vrouwen die significante angst hebben voor de bevalling, vier tot vijf keer vaker voor een keizersnede zonder medische noodzaak dan vrouwen zonder deze significante angst (Larsson et al., 2015).

Binnen de populatie respondenten gaven voornamelijk de vrouwen van wie deze ervaring hun eerste bevalling betrof aan dat zij angst en spanning voelden voor de geboorte. Zo ook Sam\*: "Bevallen leek me echt verschrikkelijk. Ik heb ongeveer tien jaar geleden de bevalling meegemaakt van mijn eigen zus, en dat was een hel-bevalling. Dat heeft bijna 24 uur geduurd. Ik werk ook in een team met alleen maar vrouwen. Als je zwanger bent, gaat iedereen ineens hun eigen horror-ervaring vertellen. Ja, als je alleen maar die kant hoort... Dat vond ik wel eng". Sam\* haar verwachting was gebaseerd op de bovengenoemde plaatsvervangende blootstelling en informatieoverdracht van collega's en familieleden.

Eva\* beviel in januari van haar eerste kind, maar had in tegenstelling tot de andere respondenten geen angst. "Daar ben ik denk ik heel uniek in: ik keek heel erg uit naar de bevalling. Mensen vroegen altijd of ik er niet tegenop zag. Ik ging er vol vertrouwen in. Ik was heel benieuwd hoe ik er mentaal en fysiek op zou reageren. Ik had er zin in en wilde het op me laten afkomen". Wanneer Eva\* gevraagd wordt hoe het komt dat ze, ondanks de veelal negatieve narratieven die er heersen, zo naar de bevalling uitkeek, antwoordt ze het volgende: "Ja, heel veel mensen zeggen dat ergere pijn niet bestaat. Toch keek ik er niet zo naar. Ik

dacht vooral: ‘het is waarschijnlijk het mooiste wat je ooit meemaakt’. Ik kon er alleen maar zin in hebben”. De voornaamst genoemde redenen voor angst en bezorgdheid bestonden uit pijn tijdens de bevalling, het verliezen van controle, en het optreden van complicaties die zouden zorgen voor een verminderde gezondheid van het kind en de respondent zelf. Over het algemeen ervoeren vrouwen die van hun tweede of derde kind bevielen minder spanning, zoals bijvoorbeeld Puck\*: “Ik had natuurlijk al een kindje dus ik wist het al een beetje. Je weet natuurlijk nooit hoe het gaat, maar je hebt in ieder geval een idee. Bij de eerste vond ik het spannender dan bij de tweede.” De manieren waarop er met angst en bezorgdheid rond de bevalling om wordt gegaan, lagen ver uiteen. Waar de een zich graag zo goed mogelijk laat informeren door middel van cursussen, webinars en literatuur, wilde de ander zo min mogelijk informatie om de bevalling niet te overdenken. Daan: “Onze doula heeft ons voorbereid door scenario’s door te spreken. Ook hebben we een cursus *hypnobirthing* gedaan. Ik wist van tevoren überhaupt niet echt hoe een baarmoeder eruitzag en wat het vrouwelijk lichaam allemaal doet tijdens een bevalling. Die cursus heeft veel inzicht gegeven en dat gaf ons veel vertrouwen.”

Wat opviel tijdens het analyseren van de interviews, is dat de angst en zorgen rondom de bevalling vaak worden weerlegd door het argument dat vrouwen gemaakt zijn om te baren. Er lijkt wanneer er gesproken wordt over de geboorte een sterke associatie te zijn met genderidentiteit van vrouwen. Sam\*: “Nu met de ervaring heb ik zoiets van: ‘ja, ik kan dit gewoon, mijn lijf kan dit gewoon’. En ja, we zijn er natuurlijk voor gemaakt als vrouwzijnde.” Dit narratief hielp Maud\* om de keuze te maken om thuis te bevallen: “Dus ik wilde graag, nou ja, we wilden graag een tweede kindje, en toen dacht ik van: het is allemaal leuk en aardig, maar dan moet ik ook nog een keer bevallen. Dus daar wilde ik me graag goed op voorbereiden. Toen heb ik dat boek gelezen en dat heeft me heel erg geholpen om me te beseffen dat ... ja, dat je als vrouw eigenlijk gemaakt bent om te bevallen.”

### **5.3.2 Betekenisvolle relaties en ondersteuning**

Voor het gevoel van veiligheid tijdens een bevalling, is de juiste ondersteuning door hulpverleners en naasten cruciaal (Bruggemann et al., 2007; Hodnett, 2002). Wat passende ondersteuning is, is sterk afhankelijk van het individu (ibidem). Suus\*: “De vaste verloskundige die ik kende, had wat meer levenservaring, die was wat meer gidsend in plaats van heel erg alles bij mij te laten. Ik had wel iemand nodig die wat meer sturing kon geven.”



Anouk\* zei daarentegen: “De verloskundigen waren hartstikke relaxed. Het enige wat ze hebben gedaan is dus een paar keer getoucheerd en een paar keer met een apparaatje naar cortonen geluisterd.” Ondanks dat de vorm van ondersteuning door hulpverleners sterk afhankelijk was van de persoon, zijn er bepaalde waarden die breder gedragen werden wat de relatie tot de hulpverlener betreft. Wat unaniem naar voren kwam, is dat het belangrijk is om een vertrouwensband met de verloskundige op te bouwen. Nadia\*: “Zij kende me heel goed en zij was wel gewoon heel, ja, echt een steun. Ze wist me goede adviezen te geven. Bijvoorbeeld dat ze zag dat *hypnobirthing* echt iets voor mij zou zijn wat zou kunnen werken.” Het gebrek aan vertrouwen in de hulpverlener kan een ervaring van een bevalling sterk kleuren, blijkt ook uit het verhaal van Maud\*. Bij haar nam dit een negatieve vorm aan: “Als ik bijvoorbeeld een van de dames had getroffen die ik al veel beter kende, was het denk ik... dat was fijner geweest. Niet dat er nu iets verkeerd is gegaan, hè, maar... ja. Ik denk dat dat wel een grote rol speelt.” Uit het interview met Eva\* blijkt dat het gevoel van veiligheid wat wordt uitgedragen door de mensen om je heen vergaande gevolgen kan hebben. Zij beschrijft hoe een bepaald gevoel, fysieke uitwerkingen kan hebben: “Toen ik nog thuis was had ik dat als de verloskundige de kamer in kwam, dat mijn weeën een soort van weg gingen. Er was in ieder geval een afname. Dat is gewoon mijn gevoeligheid voor vreemde mensen blijkbaar. Mijn veilige, eigen omgeving, daar reageerde ik sterk op.”

### **5.3.3 Beleving van controle en autonomie**

In februari 2021 verscheen er een onderzoek van het Amsterdam UMC waaruit bleek dat vrouwen zich niet altijd voldoende betrokken voelen bij beslissingen die worden gemaakt tijdens hun bevalling (van der Pijl et al., 2021). Ondanks dat uit het onderzoek bleek dat de cliënten zich respectvol behandeld voelden door hulpverleners, voelde een aanzienlijk deel van hen zich ongehoord (ibidem.). Ook blijkt uit het onderzoek dat vrouwen die thuis bevallen met een verloskundige, zich vaker gerespecteerd voelen in hun autonomie dan vrouwen die in het ziekenhuis bevallen met een gynaecoloog of een klinisch verloskundige. Van der Pijl et al. constateren dat vrouwen thuis vaker het gevoel hebben dat ze controle hebben over hun bevalling. De onderzoekers stellen daarnaast dat vrouwen meer respect en privacy ervaren dan vrouwen die in het ziekenhuis bevallen (ibidem). Uit de semi-gestructureerde interviews spreken de respondenten die thuis zijn bevallen vaker in termen van positieve autonomie en controle, dan de vrouwen die in de context van het ziekenhuis zijn bevallen. Maud\* beviel het afgelopen jaar thuis van haar derde kind: “Je huis

is jouw bubbel. In die bubbel zit je, en dat is zeg maar jouw plekje. Dus dan ben je eigenlijk... dan sta je, ja, in je kracht... Je hebt zelf de controle over de bubbel. En dat is dus de grap, bij mijn eerstgeborene in het ziekenhuis had ik dat niet. Er kwamen toen continu mensen vertellen hoe het ging. Daardoor vertrouw je niet op je eigen lijf, of lukt dat niet, en zit je dus continu in je ratio en daar moet je helemaal niet zijn. Je moet naar een plek waar jij de baas bent.” Eva\* haar bevalling begon thuis en eindigde klinisch omdat ze pijnstilling nodig had. Zij heeft zich ook duidelijk uitgesproken over een verschil in ervaren autonomie die ze thuis had in vergelijking tot het ziekenhuis: “Ik moet zeggen dat ik het ziekenhuis heel anders vond dan thuis. Ehm, ja, die autonomie over je eigen bevalling. Je hebt in het ziekenhuis toch veel meer het gevoel dat je een kamer bezet houdt. Het is druk, dus ze hebben je uiteindelijk het liefste zo snel mogelijk weer weg. Als ik erop terugkijk dan merk ik wel dat ze alles probeerden te doen om het te laten vlotten qua ingrepen en dingen.” Bij het uitvragen van autonomie en controle tijdens de interviews, bleek dit bij de respondenten voornamelijk te zitten in *informed consent*.<sup>40</sup> Ook wanneer bevallingen niet leken te gaan zoals initieel het idee was - bijvoorbeeld als er een verplaatsing moest plaatsvinden naar het ziekenhuis - bleken respondenten van autonomie en controle te spreken wanneer zij goed geïnformeerd werden. Zo ook bij Sam\*: “Ik had in mijn bevalplan staan dat ik niet mijn vliezen wilde laten breken, tenzij het echt noodzakelijk was. Nou ja, echt medisch noodzakelijk was het niet. Het was alleen dat ik al zes uur een weeënstorm had. De verloskundige vertelde me dat mijn weeën niet erger gingen worden dan dat ze op dat moment gebeurde. Toen heb ik ze toestemming gegeven om mijn vliezen te breken.” Nadia\* beviel zeven weken te vroeg van haar zoontje. Ze heeft af moeten zien van haar ideeën over hoe ze wilde bevallen. Doordat haar verloskundigen haar betrokken in keuzes, spreekt zij alsnog over voldoende zelfbeschikking tijdens haar bevalling: "Uiteindelijk ben ik niet zo bevallen als ik wilde, maar wel zoals ik op dat moment dacht van: ‘Het moet er gewoon uit en dit is de manier waarop ik weeën kan ontvangen.’ Ze stelden ook voor om de baarkruk te pakken, maar dat hoefde uiteindelijk niet van mij. Ik denk wel echt dat ze in het ziekenhuis bezig waren, dat het heel anders was geworden voor mij, en dat ze het me daarom echt zo comfortabel mogelijk wilden laten maken. Dat ik in ieder geval het idee had dat ik de controle over de bevalling had.” Ook uit haar verhaal blijkt *informed consent* een belangrijke rol te spelen in de keuzes die - aldien wel of niet binnen haar controle - gemaakt worden. Zo ook wanneer

---

<sup>40</sup> ‘Informed consent’ kan letterlijk vertaald worden al ‘geïnformeerde toestemming’ en is een begrip en ethisch concept dat in de geneeskunde veel wordt gebruikt om een juiste manier van besluitvorming aan te duiden en in de praktijk te waarborgen. De patiënt dient hierbij competent te zijn, adequaat ingelicht te zijn, en de patiënt dient de keuze ongedwongen te kunnen maken (Cocanour, 2017).

haar zoon vrijwel gelijk na de geboorte wordt weggehaald voor medische controles: “Er waren elementen in de bevalling die natuurlijk, ja, jammer waren. Ook met dat hij zo vroeg werd weggehaald. Dat is jammer, maar, ook wel, ja, waar ze gewoon hele goeie uitleg over hebben gegeven waarom ze dat gedaan hebben, dat je het ook gewoon begrijpt. Dat ze het in het belang van hem deden, omdat hij onderzocht moest worden.”

Een opvallende uitkomst wanneer het gevoel van autonomie en controle uitgevraagd werd, is dat dit sterk heeft bijgedragen aan de keuze om een thuisbevalling te doen voor de respondenten die dit wilden. Respondenten die de voorkeur gaven aan een thuisbevalling, deden dit voornamelijk om hun eigen controle en autonomie te waarborgen. Uit het onderzoek van Holten et al. (2018) blijkt dat dit in Nederland vaker voorkomt. Zij deden in hun onderzoek een *cross-case* analyse van Nederlandse vrouwen met een medisch risicovolle zwangerschap, die er alsnog voor kozen om thuis te bevallen. De uitkomsten van het onderzoek wezen aan dat vrouwen vaak bang waren voor paternalisme in het ziekenhuis, waardoor ze weinig eigen keuzeruimte hadden. Suus\*: “Ik was bang dat ik de controle zou verliezen als ik naar het ziekenhuis zou gaan. Tijdens je bevalling ben je niet altijd toerekeningsvatbaar. Dat associeer ik met minder regie hebben. Daar was ik echt heel bang voor.” Sam\* wijst ook op dit eventuele gebrek aan controle: “Voor mijn eigen gemoedstoestand wilde ik thuis bevallen. Voor mij was het belangrijkste dat ik me veilig voelde op de plek waar het zou gebeuren, dat ik me goed kon ontspannen en me nergens druk over hoefde te maken. Ik wilde niet te veel mensen aan mijn lijf. Er is al genoeg gaande. Ik wil niet vijftig verschillende mensen die in en uit lopen. Daarom besloot ik om gewoon thuis in mijn eigen omgeving te bevallen.”

### **5.3.4 Beleving van de medische wereld**

Een uitkomst uit de interviews, is dat er bij de keuze over thuis of in het ziekenhuis bevallen vaak een bepaalde soort ‘veiligheid’ wordt afgewogen. In het ziekenhuis is dit medische veiligheid, en thuis is dit geborgen veiligheid. Zoals Coxon et al. (2013) aantonen in hun artikel *To what extent are women free to choose where to give birth? How discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions*, blijkt dat de planning van de geboorteplaats in hoge mate wordt beïnvloed door culturele en historische associaties tussen geboorte en veiligheid, en prominente narratieven van verantwoordelijkheid, risico en schuld. Het onderzoek van Coxon et al. is gebaseerd op de Engelse context, waar een bevalling

buiten het ziekenhuis buiten de culturele norm valt. Dit heeft alles te maken met de onzekerheid van de bevalling en het mijden van risico. Omdat de keuze voor een bevalling buiten het ziekenhuis niet binnen de geaccepteerde norm valt, betogen Coxon et al. dat de vrije keuze om te bepalen waar je bevalt beperkt is. Binnen de Nederlandse context is dit anders, omdat het historische perspectief sterk verschilt van de Engelse kaders. Eva\*: “Ondanks dat ik graag thuis wilde bevallen, had mijn man een sterke voorkeur voor het ziekenhuis. Hij was bang dat we er thuis alleen voor zouden komen te staan.” Sam\* heeft een soortgelijke ervaring: “Mijn vriend was er heel erg op tegen dat ik thuis zou bevallen. Hij dacht: ‘als er iets wat misgaat, zijn ze er meteen bij.’ Toen heb ik tegen hem gezegd: ‘Dat is ook niet zo. Je bent dan wel in een ziekenhuis, maar het personeel moet maar net tijd voor je hebben.’” Daan\* had een medische indicatie omdat haar eerste kind ter wereld was gebracht door een spoedkeizersnede: “Ik ben medisch dus je moet in het ziekenhuis bevallen. Maar wat voor mij ook hielp is dat is dat ik wel voelde dat ik me het veiligste gevoel gaf: mocht er iets gebeuren, ja, dan kan er gewoon heel snel gehandeld worden.”

Vier van de zes respondenten die in het ziekenhuis zijn bevallen, hebben uitgesproken dat ze de zorg in het ziekenhuis te rechtlijnig en protocollair vinden, en dat er daardoor weinig ruimte is voor eigen inbreng. Maud\*: “Als je het allemaal heel basaal bekijkt, is er ooit een of andere kerel geweest die een kraamkliniek had en die zag: nou, ieder uur vordert de ontsluiting ongeveer een centimeter. Ja, weet je. Dat dat daadwerkelijk zo is, dat weet helemaal niemand. Maar daar zijn wel heel veel richtlijnen op gebaseerd. Ook heel veel van die protocollen zijn gebaseerd op aannames, of *expert-judgement*, zoals ze dat zo mooi noemen, en dat hoeft dus niet zo te zijn. Dat vind ik wel ingewikkeld, omdat de gevolgen van die protocollen soms best wel groot kunnen zijn. Niemand wil daarin een risico nemen, en dat is logisch hè, want het gaat over kleine baby'tjes, maar tegelijkertijd: iets meer vertrouwen in het menselijk lijf en dat het goed komt, mag ook wel.” Hier voegde ze aan toe: “En dat is dus die ellende van de geboortezorg: dat het allemaal risicomijdend is. Terwijl: als je zwanger bent, en als je een kindje krijgt, dan heb je een risico. De risico's *zijn* er. Het maakt niet uit hoe veel onderzoek je doet.”

### **5.3.5 De bevalling als prestatie**

Een onvoorzien, opvallend patroon dat terugkwam tijdens de interviews, is het thema ‘bevalling als prestatie’. Uit de interviews bleek dat de respondenten geïnternaliseerde

waarden hebben over hoe een ‘goede’ bevalling eruit ziet. De bevalling kan op deze manier dienen als prestatie-object. Hoewel geen van de respondenten expliciet heeft gezegd dat er een hiërarchie zit in manieren van bevallen, waren er bepaalde terugkerende uitspraken die toch op dit thema wezen. Een voorbeeld hiervan is hoe er naar bepaalde medische interventies gekeken wordt. Eva\*: “Ik denk toch dat een keizersnede in mijn hoofd zou voelen als falen. Ik denk dat het heel stom klinkt hoor. Bij anderen zou ik het niet hebben, maar voor mezelf wil ik het graag ‘normaal’ kunnen. Ook met zo min mogelijk pijnbestrijding en poespas. En als allerlaatste optie een keizersnede. Het zou gewoon voelen als falen, dat je lichaam dat niet kan ofzo.” Dit idee over medisch ingrijpen werd vaak - impliciet en expliciet - genoemd onder de populatie. Anouk: “Ik had zo veel pijn, ondanks dat morfine pompje, zo het gevoel dat je totaal de regie kwijt was; dat je gewoon helemaal overgeleverd was, alleen maar daar kon gillen. Ik heb het niet gezegd van ‘doe maar een keizersnede’, maar het zal vast door mijn hoofd zijn geschoten, van: dit gaat hem echt niet worden.” Maud\* geeft een duidelijk voorbeeld van hoe dit discours over bevallen en moederschap wordt uitgedragen: “Als je op een verjaardag bent, gaat iedereen het over zijn verschrikkelijke bevalling hebben, en dan ben je ‘stoer’ als je het zonder pijnstilling hebt gedaan, ofzo. Of dat moeders tegen hun dochters zeggen van: ‘Toen ik van jou moest bevallen, was dat er allemaal niet’. Dat zijn dingen die allemaal een beetje bijdragen.”

Een ‘goede’ bevalling lijkt gelijk te staan aan een ‘natuurlijke’ bevalling. Suus\*: “Ik ben voorstander van zo natuurlijk mogelijk. Ik heb mezelf heel erg voorbereid door het werken met de adem. En ook gewoon de tijd nemen. Het kindje komt als het moet komen. Niet pushen als het niet nodig is. Daar was ik heel sterk in. Ik kon dat niet rijmen met het ziekenhuis.” Maud\*: “Ik wilde een natuurlijke bevalling. Maar ja, als je naar het ziekenhuis gaat is je bevalling natuurlijk niet meer natuurlijk.” Het idee van de ‘natuurlijke’ bevalling lijkt idealiter een bevalling thuis te zijn, zonder pijnstilling en met zo min mogelijke interventies. Van de acht respondenten die zijn geïnterviewd, gaven vijf respondenten aan dat zij in hun bevalplan hadden staan dat ze geen pijnstilling wilden. Bij Suus\* veranderde dit plan tijdens haar bevalling, en besloot ze naar het ziekenhuis te gaan voor pijnstilling. Het kostte haar moeite om haar ideeën bij te stellen, maar uiteindelijk is ze door haar ervaring anders gaan staan tegenover pijnbestrijding: “Stel je krijgt een medische indicatie, dan is het wel anders. Dan is de keuze al voor je gemaakt. Ik dacht dat ik het zelf aan zou moeten kunnen, want het is een natuurlijk proces. Uiteindelijk ben ik minder negatief tegenover pijnstilling gaan staan. Die magie van thuis bevallen heb ik wel losgelaten.” Het gevoel van

falen wanneer een ‘natuurlijke’ bevalling niet lukt, lijkt prominent. Dit idee wordt in de interviews vaak verbonden met het dominante narratief dat de vrouw ‘gemaakt’ is om te baren. Wanneer dit natuurlijke proces niet lukt, lijkt dit verbonden te zijn aan het falen in deze genderidentiteit. Dit kan samenkomen met een gevoel van schaamte, falen, en een groot verantwoordelijkheidsgevoel over de situatie. Zo zegt Maud\*: “Ik vond het best stom dat ik pijnstilling had gehad, maar dat is eigenlijk heel raar. Want hij is er, het is goed gegaan, dus ja... het is een beetje de vraag wat je zelf nog had kunnen doen, om het beter te laten gaan.” Eva\*: “Ik zou bij een keizersnede het gevoel hebben dat ik er niet alles aan heb gedaan. Ik weet niet wat ik nog meer had kunnen doen, maar toch. Op het moment dat er geen levensgevaar zou zijn, maar dat die keuze toch gemaakt wordt, dan zou ik denken: ‘Wat heb ik fout gedaan?’”

## 6. Conclusie

Het antwoord op de hoofdvraag: ‘Wat zijn de medische en psychosociale uitkomsten van medicalisering van geboortezorg, met het behoud van thuisbevalling als traditie?’, is meerledig. De verschillende disciplines werpen een andere blik op dit thema en geven als zodanig verschillende delen van het antwoord op deze hoofdvraag.

Over het algemeen is er zichtbaar - ondanks de tegenwerkingen - dat het proces van medicalisering in de geboortezorg de afgelopen vijftig jaar is gegroeid. Het aantal medische interventies is flink toegenomen, evenals het aantal bevallingen die plaatsvinden in de tweede lijn. Parallel aan de cijfers die aanduiden dat medicalisering is toegenomen, kan gesteld worden dat de cijfers rondom sterfte en morbiditeit aanzienlijk zijn gedaald. Medische interventies hebben geleid tot een daling van het perinatale sterftecijfer en hebben vanuit medisch opzicht geleid tot een verbetering van de kwaliteit van zorg. De belangrijkste uitkomst, de perinatale sterfte, is gedaald naar 5,1 per 1.000 levend- of doodgeborenen, waar dit in 2003 nog 9,0 betrof. Deze daling is deels toe te wijzen aan een toenemende mate van medicalisering in de afgelopen jaren. Wel kent deze daling een stagnatie sinds 2016, die deels te wijten is aan maatschappelijke factoren. Bij de positieve effecten van medicalisering moet de kanttekening geplaatst worden dat overmedicalisering op de loer ligt en bepaalde medische interventies - in het bijzonder de keizersnede en de inleiding van bevalling - niet zonder risico's kunnen bestaan. Een juiste mate van risico-inschatting wordt hierdoor als essentieel bevonden in de geneeskunde.

Wat de psychosociale uitkomsten betreft, kan op basis van de interviews gesteld worden dat respondenten die thuis zijn bevallen vaker in positieve termen van controle en autonomie spraken, dan de deelnemers die een ziekenhuisbevalling hebben gehad. De meeste geïnterviewden gaven aan dat zij graag thuis wilden bevallen, op een zo natuurlijk mogelijke manier. Respondenten gaven aan dat ze het ziekenhuis associeerden met een gebrek aan autonomie en controle. Het belang van een ‘natuurlijke’ bevalling was voor veel respondenten aanzienlijk. Dit was zelfs zo sterk, dat wanneer er ongeplande medische interventies plaatsvonden, er bij respondenten een gevoel van falen kon ontstaan.

## 7. Discussie

In deze scriptie zijn de uitkomsten van medicalisering in de geboortezorg onder de loep genomen. Dit is gedaan door middel van een interdisciplinair opgezet onderzoek, dat ruimte geeft aan de verschillende aspecten van de geboortezorg. Aan de hand van de verkregen uitkomsten kan de wenselijkheid van de medicalisering van de geboortezorg worden bevraagd. Er zijn een aantal relevante discussiepunten te noemen, die te maken hebben met de wenselijkheid van de medicalisering van de geboortezorg in Nederland, met het oog op de thuisbevalling als traditie.

### *Medicalisering in de geboortezorg: zitten we aan de bovengrens?*

Medicalisering heeft bewezen effectief te zijn op het gebied van geboortezorg in Nederland. Dit is het meest duidelijk zichtbaar aan de dalende trend van het perinatale sterftcijfer in de afgelopen dertig jaar (Perined, 2003; Perined, 2020; RIVM, 2020). De aanvankelijk sterke daling op dit gebied kan deels worden toegewezen aan het proces van medicalisering, waarbij vooral wordt gewezen op het invoeren van de 20-weeken echo en verbetering van medische interventies (Broeders et. al., 2019).

Toch kan er ook een kanttekening worden geplaatst bij de positieve effecten van medicalisering. Dit heeft allereerst te maken met de risico's die aan bepaalde onnodig uitgevoerde medische interventies vastzitten (Sandall et. al., 2018; Di Renzo et. al., 2011; Levine et. al., 2015; Cook et. al., 2013; Cho & Norman, 2013). Daarnaast blijkt uit deze thesis dat een onnodig gemedicaliseerde bevalling de ervaring van vrouwen nadelig beïnvloedt. Er heerst volgens de respondenten een gevoel van onrust in het ziekenhuis; een gevoel dat alles zo snel mogelijk dient te gebeuren. Dit onderschrijft de hypothese dat er grenzen zitten aan de medicalisering van de geboortezorg in Nederland.

Tot slot is gebleken dat de stagnatie van het perinatale sterftcijfer deels te verklaren lijkt door een veranderende populatie in Nederland, waar maatschappelijke factoren een steeds grotere rol lijken te spelen (RIVM, 2020). Dit impliceert dat een verdere toename aan medicalisering niet direct zal leiden tot een verdere daling in de perinatale sterfte, maar dat er grotere, systemische verbeteringen moeten plaatsvinden die de leefomstandigheden van vrouwen ten goede zullen komen. Het feit dat bepaalde gemarginaliseerde groepen een hoger perinatale sterfte kennen, kan echter ook te maken hebben met een mogelijk slechtere



toegang van deze groepen tot (gemedicaliseerde) geboortezorg. Mocht dit het geval zijn, zal medicalisering bij deze groepen de uitkomsten van moeder en kind juist ten goede komen. Het nader onderzoeken van deze relatie is essentieel.

### *Hoe wenselijk is het centraal zetten van risico's?*

In het huidige systeem worden vrijwel alle protocollen binnen de geneeskunde geschreven op basis van risico-inschatting en kansberekening (Verburg et. al., 2018; de Jonge et. al., 2009; Goodarzi et. al., 2020; Toohill et al., 2006; Walsch et. al., 2004; Symon, 2006). Dit is een duidelijke, kwantificeerbare manier om duiding te geven aan effectiviteit van bepaalde behandelingen en vormt de basis van veel richtlijnen in de geneeskunde. Dit oogt in eerste instantie logisch en noodzakelijk.

Toch zijn ook hier vraagtekens bij te zetten. Allereerst zijn deze getallen vaak heel binair en kunnen ze zodoende een versimpeld beeld verstrekken van de werkelijkheid. Het is daarbij heel lastig om oorzaak-gevolg relaties aan te wijzen, zeker omdat niet altijd alle mogelijke oorzaken worden meegewogen in onderzoeken. Een mogelijk gevolg is overmedicalisering van de geboortezorg. Dit kan gebeuren wanneer zorgprofessionals zich te veel richten op het identificeren en behandelen van potentiële risico's, zelfs als deze risico's niet significant zijn of de mogelijke voordelen van behandeling twijfelachtig zijn.

Uit de interviews in deze scriptie blijkt dat bepaalde waarden als essentieel worden bevonden binnen de geboortezorg. Deze waarden zijn autonomie, controle en keuzevrijheid. Wanneer de focus te veel ligt op de inschatting van kwantificeerbare risico's, bestaat het risico dat we deze belangrijke waarden, gegeven vanuit de visie van de vrouwen zelf, uit het oog verliezen.

### *De thuisbevalling als prestatie-object*

Naar aanleiding van het fenomenologische onderzoek blijkt dat de thuisbevalling tot een prestatie-object gemaakt is. De natuurlijke bevalling wordt nagestreefd, en de gemedicaliseerde bevalling - met de keizersnede als uiterste - is over het algemeen minder wenselijk. Dit heeft als gevolg dat vrouwen een verhoogde druk ervaren om alles eraan te doen om zo natuurlijk mogelijk te bevallen. Wat opvalt aan data omtrent thuisbevallingen, is dat van de nulliparae die thuis wilden bevallen in 2021, 63% overgedragen moest worden naar het ziekenhuis (Perined., 2021). Een aanzienlijk deel van de vrouwen begint dus thuis,

en eindigt uiteindelijk in de tweede lijn. Ook bij drie van de acht respondenten was dit het geval. Zij gaven alledrie de voorkeur aan een ‘natuurlijke’ thuisbevalling, maar moesten toch onverhoopt naar het ziekenhuis.

Het hiërarchiseren van processen zoals bevallingen is een schadelijke tendens, omdat dit soort natuurlijk fenomenen niet te controleren zijn. Het ideaal van de thuisbevalling is in vele gevallen niet haalbaar. De gevolgen die het kan hebben wanneer dit ideaal niet beoogd kan worden, kunnen vergaand zijn. Een sterk gevoel van falen, schuldgevoel, of zelfs het ontstaan van depressieve gevoelens kunnen volgen op Mede hierom - en omdat er in bepaalde gevallen te laat medische hulp gegeven kan worden aan vrouwen die dit wel nodig hebben - is het ideaalbeeld van de ‘natuurlijke’ thuisbevalling niet te handhaven.

#### *Tekortkomingen en relevantie van dit onderzoek*

Er zijn een aantal tekortkomingen aan dit onderzoek die van belang zijn om te belichten. Allereerst is de respondentengroep die is geïnterviewd niet representatief voor de Nederlandse populatie: er mist een bepaalde vertegenwoordiging wat culturele achtergrond, seksualiteit en geloof betreft. Daarnaast is de werving van de respondenten gedaan via sociale media. We zijn ons ervan bewust dat dit een specifieke doelgroep aanspreekt. Door het werven via *social media* zijn er voornamelijk vrouwen geïnterviewd die welbespraakt waren over het thema van medicalisering in de geboortezorg. Een andere vorm van werving had wellicht geleid tot een meer diverse respondentengroep. Daarnaast is er voor fenomenologisch onderzoek gekozen om bepaalde sociale normen te achterhalen, en een beter begrip te krijgen van de ervaring van vrouwen die in de Nederlandse context bevallen. Binnen fenomenologisch onderzoek is het gebruikelijk om een laag respondentenaantal te gebruiken. Het vereist nog breder onderzoek om bepaalde patronen te kunnen onderstrepen. Voorbeelden hiervan zouden focusgroepen zijn, of het uitvoeren van meer kwantitatief onderzoek. Tenslotte is er een beperking op het gebied van ruimte voor nuance wat betreft kwantitatieve data. De belangrijkste cijfers zijn toegelicht, maar er is niet genoeg ruimte geweest om nog dieper in te gaan op alle medische rapporten.

Dit onderzoek is een relevante toevoeging aan de huidige literatuur op het gebied van geboortezorg in Nederland. Allereerst geeft het een omvattend, interdisciplinair geheel weer van de uitkomsten van de medicalisering van de geboortezorg in Nederland. Het laat zien dat de uitkomsten van de geboortezorg niet alleen in cijfers zijn te vatten, maar dat ook de

psychosociale uitkomst een belangrijke component is in het geheel. Daarbij geeft het een opstap tot vervolgonderzoek naar de kwaliteit van de geboortezorg in Nederland. Bepaalde elementen uit dit onderzoek kunnen in vervolgonderzoek nader worden onderzocht.

Tenslotte is deze thesis een oproep tot de invulling van een vorm van geboortezorg, waarin holisme centraal staat. Deze thesis kan als basis worden gebruikt voor onderzoek naar het realiseren van een dergelijke vorm van geboortezorg. Zwangeren in Nederland bevinden zich momenteel in een schrijnende situatie waarin ze dienen te kiezen tussen twee uitersten: of een thuisbevalling in een gevoelsmatig veilige, geborgen omgeving, of in het ziekenhuis in een overdreven klinische, steriele setting. Er lijkt weinig ruimte te zijn voor een middenweg. Het is wenselijk om de mogelijkheden van een alternatieve benadering te onderzoeken en verder uit te werken; dit belang wordt onderschreven door zowel de medische als de psychosociale uitkomsten.

## Literatuurlijst

Achterberg, P. W. (2005). Met de besten vergelijkbaar? Internationale verschillen in sterfte rond de geboorte. *RIVM rapport 270032001*.

Achterberg, P. W., & Waelput, A. J. M. (2008). Recente perinatale sterftetrends in Nederland: 2000-2005. Zicht op verbetering?. *RIVM rapport 270032002*.

Achterberg, P. W., & Kramers, P. G. N. (2001). *Een gezonde start?: Achterberg, P. W., Kramers, P. G. N., Een gezonde start? Sterfte rond de geboorte in Nederland: trends en oorzaken vanuit internationaal perspectief, Bilthoven (2001) (Nr. 271558–003)*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Adorno, M., Maher-Griffiths, C., & Grush Abadie, H. R. (2022). HELLP Syndrome. *Critical care nursing clinics of North America*, 34(3), 277–288.

<https://doi.org/10.1016/j.cnc.2022.04.009>

Anim-Somuah, M., Smyth, R. M., Cyna, A. M., & Cuthbert, A. (2018). Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD000331. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000331.pub4>

Antoine, C., & Young, B. K. (2020). Cesarean section one hundred years 1920–2020: the Good, the Bad and the Ugly. *Journal of Perinatal Medicine*, 49(1), 5–16.

<https://doi.org/10.1515/jpm-2020-0305>

Arbab, P. (2019). Global and Globalizing Cities from the Global South: Multiple Realities and Pathways to Form a New Order. *Perspectives on Global Development and Technology*. <https://doi.org/10.1163/15691497-12341518>

Aune, D., Saugstad, O. D., Henriksen, T., & Tonstad, S. (2014). Maternal Body Mass Index and the Risk of Fetal Death, Stillbirth, and Infant Death. *JAMA*, 311(15), 1536.

<https://doi.org/10.1001/jama.2014.2269>

Barker, K. K. (1998). A ship upon a stormy sea: The medicalization of pregnancy. *Social Science & Medicine*, 47(8), 1067–1076. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00155-5](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00155-5)

van de Beek, R., Sporken, J., van Heijst, A. *et al.* Epidurale anesthesie en maternale koorts durante partu. *TIJDSCHR. KINDERGENEESKUNDE* 81, 82–88 (2013).  
<https://doi.org/10.1007/s12456-013-0163-2>

Berndtsson, I. C., Claesson, S., Friberg, F., & Öhlén, J. (2007). Issues about Thinking Phenomenologically while Doing Phenomenology. *Journal of Phenomenological Psychology*, 38(2), 256–277. <https://doi.org/10.1163/156916207x234293>

Bertens, L. C., Ochoa, L. B., Van Ourti, T., Steegers, E. A., & Been, J. V. (2020). Persisting inequalities in birth outcomes related to neighbourhood deprivation. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 74(3), 232–239. <https://doi.org/10.1136/jech-2019-213162>

Bolt, R., & Van Andel, R. (2004). Niet-respiratoire cyanose bij de pasgeborene. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*.  
<https://www.ntvg.nl/artikelen/niet-respiratoire-cyanose-bij-de-pasgeborene>

Blickstein, I. (2005). Growth Aberration in Multiple Pregnancy. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 32(1), 39–54. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2004.10.006>

Bortin, S., Alzugaray, M., Dowd, J., & Kalman, J. (1969). A feminist perspective on the study of home birth \*1Application of a midwifery care framework. *Bulletin of the American College of Nurse-Midwifery*, 39(3), 142–149. [https://doi.org/10.1016/0091-2182\(94\)90096-5](https://doi.org/10.1016/0091-2182(94)90096-5)

Bonsel, G.J, Birnie, E, Denктаş, S, Steegers, E.A.P, & Poeran, V.J.J. (2010). *Lijnen in de Perinatale Sterfte*. Erasmus MC: University Medical Center Rotterdam. Retrieved from <http://hdl.handle.net/1765/23454>

Broeders, L., Achterberg, P., Waelput, A. J. M., Ravelli, A. C., Kwee, A., Groenendaal, F., Offerhaus, P., Van Der Velden, K., Rosman, A. N., & Nijhuis, J. G. (2019). Afname van foetale en neonatale sterfte in Nederland : Vergelijking met andere Euro-Peristat-landen in

2004, 2010 en 2015. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 163(32).

<https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/390794>

Brüggemann, O. M., Parpinelli, M. A., Osis, M. J. D., Cecatti, J. G., & Neto, A. H. C. (2007). Support to woman by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial. *Reproductive Health*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/1742-4755-4-5>

Broersen, S. (2018, 5 december). *Afname perinatale sterfte in Nederland stagneert*.

medischcontact. Geraadpleegd op 18 juni 2023, van

<https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/afname-perinatale-sterfte-in-nederland-stagneert>.

Canadian Institutes of Health Research (CIHR) (2005, 19 Mei). *Training Program Grant Guide: Strategic Training Initiative in Health Research*. CIHR.

<http://www.cihirsc.gc.ca/e/17948.html>. .

Caughey, A. B., Nicholson, J., Cheng, Y. W., Lyell, D. J., & Washington, A. E. (2006).

Induction of labor and cesarean delivery by gestational age. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 195(3), 700–705. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2006.07.003>

CBS 2010: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid/welzijn/publicaties/artikelen/archief/2009/2009-2696-wm.htm>

Cheng, Y. W., Nicholson, J. M., Nakagawa, S., Bruckner, T. A., Washington, A. E., & Caughey, A. B. (2008). Perinatal outcomes in low-risk term pregnancies: do they differ by week of gestation?. *American journal of obstetrics and gynecology*, 199(4), 370-e1.

Cho, C. E., & Norman, M. (2013). Cesarean section and development of the immune system in the offspring. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 208(4), 249–254.

<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.08.009>

Choi, B., & Pak, A. W. P. (2006). Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *PubMed*, 29(6), 351–364.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17330451>

Christiaens, W., Van De Velde, S., & Bracke, P. (2011). Pregnant Women's Fear of Childbirth in Midwife- and Obstetrician-Led Care in Belgium and the Netherlands: Test of the Medicalization Hypothesis. *Women & Health, 51*(3), 220–239.

<https://doi.org/10.1080/03630242.2011.560999>

Christiaens, W. (2007). Het “bevalt” anders in Vlaanderen en Nederland: een sociologische studie van maternaal welbevinden in twee gezondheidszorgsystemen. In *Gent*.

Christiaens, W., & Bracke, P. (2009). Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. *Midwifery, 25*(2), e11–e19.

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.02.001>

Christiaens, W., Nieuwenhuijze, M., & De Vries, R. (2013). Trends in the medicalisation of childbirth in Flanders and the Netherlands. *Midwifery, 29*(1), e1–e8.

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.08.010>

Clarke, A. E. (1998). Disciplining Reproduction. In *University of California Press eBooks*.

<https://doi.org/10.1525/9780520310278>

Clesse, C., Lighezzolo-Alnot, J., De Lavergne, S., Hamlin, S., & Scheffler, M. (2018). The evolution of birth medicalisation: A systematic review. *Midwifery, 66*, 161–167.

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.003>

Cnattingius, S., Villamor, E., Johansson, S., Bonamy, A. E., Persson, M., Wikström, A., & Granath, F. (2013). Maternal Obesity and Risk of Preterm Delivery. *JAMA, 309*(22), 2362.

<https://doi.org/10.1001/jama.2013.6295>

Cocanour C. S. (2017). Informed consent-It's more than a signature on a piece of paper.

*American journal of surgery, 214*(6), 993–997. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2017.09.015>

College voor zorgverzekeringen. (2002). *Verloskundig vademecum 2003*. Koninklijke Nederlandse Organisatie Verloskundigen (KNOV).

Conrad, P., 1992. Medicalization and social-control. *Annual Review of Sociology* 18, 209–232.

Cosgrave M. (1915). TWILIGHT SLEEP. *California state journal of medicine*, 13(12), 482–485.

Cook, J. R., Jarvis, S., Knight, M., & Dhanjal, M. K. (2013). Multiple repeat caesarean section in the UK: incidence and consequences to mother and child. A national, prospective, cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(1), 85-91.

Coxon, K., Sandall, J., & Fulop, N. (2014). To what extent are women free to choose where to give birth? How discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions. *Health Risk & Society*, 16(1), 51–67.

<https://doi.org/10.1080/13698575.2013.859231>

CPZ. (2023, January 31). *Home* | CPZ. <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/>

Dahlen, H. G., Thornton, C., Downe, S., De Jonge, A., Seijmonsbergen-Schermer, A. E., Tracy, S., Tracy, M., Bisits, A., & Peters, L. L. (2021). Intrapartum interventions and outcomes for women and children following induction of labour at term in uncomplicated pregnancies: a 16-year population-based linked data study. *BMJ Open*, 11(6), e047040. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047040>

DBNL. (n.d.). *Medicalisering en huisarts Ivan Illich, Streven. Vlaamse editie. Jaargang 50 - DBNL*. [https://www.dbnl.org/tekst/\\_str008198201\\_01/\\_str008198201\\_01\\_0043.php](https://www.dbnl.org/tekst/_str008198201_01/_str008198201_01_0043.php)

Di Renzo, G. C., Giardina, I., Rosati, A., Clerici, G., Torricelli, M., Petraglia, F., & Italian Preterm Network Study Group. (2011). Maternal risk factors for preterm birth: a country-based population analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 159(2), 342-346.

Van Dijk, W., & Westert, G. P. (2018). Medicalisering. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. <https://www.ntvg.nl/artikelen/medicalisering>



Dijklander Ziekenhuis. (2022). *De bekkenbodem na een ruptuur of episiotomie*. Geraadpleegd op 3 mei 2023, van <https://www.dijklander.nl/zorg/patientenvoorlichting/de-bekkenbodem-na-ruptuur-of-episiotomie#:~:text=Tijdens%20de%20bevalling%20moet%20de,spreken%20we%20van%20een%20ruptuur.>

DSW Zorgverzekeraar. (2022). *Bevalling in een ziekenhuis of instelling voor geboortezorg zonder medische indicatie - Consumenten*. <https://www.dsw.nl/consumenten/vergoedingen/bevalling-zonder-medische-indicatie#:~:text=Het%20landelijke%20maximumtarief%20voor%20een,betaalt%20voor%20de%20bevalling%20zelf.>

Dublin, S., Lydon-Rochelle, M. T., Kaplan, R. C., Watts, D. P., & Critchlow, C. W. (2000). Maternal and neonatal outcomes after induction of labor without an identified indication. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 183(4), 986–994. <https://doi.org/10.1067/mob.2000.106748>

Elwyn, G., Frosch, D. L., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P. R., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C. M., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. J. (2012). Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361–1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>

e-Vision.nl, The Netherlands. (z.d.-a). *Perined | Organisatie*. <https://www.perined.nl/over-perined/organisatie> (geraadpleegd op 7 juni 2023).

e-Vision.nl, The Netherlands. (z.d.-a). *Perined | Wat is de registratie?* <https://www.perined.nl/onderwerpen/registratie/registratie1> (geraadpleegd op 6 juni 2023).

e-Vision.nl, The Netherlands. (z.d.-b). *Perined | Wat is perinatale audit?* <https://www.perined.nl/onderwerpen/audit/watisaudit> (geraadpleegd op 6 juni 2023).

Flenady, V., Koopmans, L., Middleton, P., Frøen, J. F., Smith, G. C. S., Gibbons, K., Coory,

M., Gordon, A., Ellwood, D., McIntyre, H. D., Fretts, R. C., & Ezzati, M. (2011). Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 377(9774), 1331–1340. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(10\)62233-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(10)62233-7)

Foucault, M. 2008. *The birth of biopolitics*. New York: Palgrave Macmillan.

Fuglenes, D., Aas, E., Botten, G., Øian, P., & Kristiansen, I. S. (2011). Why do some pregnant women prefer cesarean? The influence of parity, delivery experiences, and fear. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 205(1), 45.e1-45.e9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.03.043>

Galková, G., Böhm, P., Hon, Z., Heřman, T., Doubrava, R., & Navrátil, L. (2022). Comparison of Frequency of Home Births in the Member States of the EU Between 2015 and 2019. *Global Pediatric Health*, 9, 1–8. <https://doi.org/10.1177/2333794x211070916>

Garite, T. J., Dildy, G. A., McNamara, H., Nageotte, M. P., Boehm, F. H., Dellinger, E. H., ... & Swedlow, D. B. (2000). A multicenter controlled trial of fetal pulse oximetry in the intrapartum management of nonreassuring fetal heart rate patterns. *American journal of obstetrics and gynecology*, 183(5), 1049-1058.

Goodarzi, B., Seijmonsbergen-Schermer, A. E., Van Rijn, M., Shah, N., Franx, A., & De Jonge, A. (2022). Maternal characteristics as indications for routine induction of labor: A nationwide retrospective cohort study. *Birth-issues in Perinatal Care*, 49(3), 569–581. <https://doi.org/10.1111/birt.12628>

Goodarzi, B., Walker, A. L., Holten, L., Schoonmade, L. J., Teunissen, P. W., Schellevis, F. G., & De Jonge, A. (2020). Towards a better understanding of risk selection in maternal and newborn care: A systematic scoping review. *PLOS ONE*, 15(6), e0234252. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234252>

Green, J. M., & Baston, H. (2007). Have Women Become More Willing to Accept Obstetric Interventions and Does This Relate to Mode of Birth? Data from a Prospective Study. *Birth-issues in Perinatal Care*, 34(1), 6–13. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536x.2006.00140.x>

Halliday, L., Nelson, S. M., & Kearns, R. J. (2022). Epidural analgesia in labor: A narrative review. *International journal of gynaecology and obstetrics*, 159(2), 356–364.

<https://doi.org/10.1002/ijgo.14175>

Harris, B., Bishop, K. C., Kemeny, H., Walker, J. D., Rhee, E., & Kuller, J. A. (2017). Risk Factors for Birth Defects. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 72(2), 123–135.

<https://doi.org/10.1097/ogx.0000000000000405>

Henley-Einion, A. (2017). The medicalisation of childbirth. In C. Squire (Red.), *The social context of birth* (3de editie, pp. 180–190). <https://doi.org/10.1201/9781315384016-11>

*Herpes genitalis en zwangerschap*. (z.d.). RIVM.

<https://www.rivm.nl/herpes-genitalis/herpes-genitalis-en-zwangerschap>

Hodnett, E. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5), S160–S172.

[https://doi.org/10.1016/s0002-9378\(02\)70189-0](https://doi.org/10.1016/s0002-9378(02)70189-0)

Hoftiezer, L., Hof, M. H., Dijs-Elsinga, J., Hogeveen, M., Hukkelhoven, C. W. P. M., & Van Lingen, R. A. (2019). From population reference to national standard: new and improved birthweight charts. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 220(4), 383.e1–383.e17.

<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.12.023>

van Hollen, C. (1994). Perspectives on the anthropology of birth. *Culture, Medicine and Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/bf01565852>

Holten, L., Hollander, M., & De Miranda, E. (2018). When the Hospital Is No Longer an Option: A Multiple Case Study of Defining Moments for Women Choosing Home Birth in High-Risk Pregnancies in The Netherlands. *Qualitative Health Research*, 28(12), 1883–1896.

<https://doi.org/10.1177/1049732318791535>

*Home - NedMec*. (z.d.-b). <https://www.metcutrecht.nl/>

Huisman, F. (2018). Staatsvorming en eenheid van stand (19e eeuw). In *De medische professie*. [https://doi.org/10.1007/978-90-368-2169-8\\_14](https://doi.org/10.1007/978-90-368-2169-8_14)

Illich, I. (1975). The medicalization of life. *Journal of medical ethics*, 1(2), 73-77.

Immaterieel Erfgoed Nederland. (2021). *De Nederlandse Thuisbevalcultuur*. <https://www.immaterieelerfgoed.nl/nl/page/3821/de-nederlandse-thuisbevalcultuur>

Immink, M. M., Koole, S., Bekker, M. N., Groenendaal, F., Kemmeren, J. M., De Melker, H. E., & Van Der Maas, N. A. (2021). Background incidence rates of adverse pregnancy outcomes in the Netherlands: Data of 2006–2018. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 256, 274–280. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.11.064>

Irani, R. A., & Foster, S. (2015, October). Overview of the mechanisms of induction of labor. In *Seminars in perinatology* (Vol. 39, No. 6, pp. 426-429). WB Saunders.

Jacobs, J. A., & Frickel, S. (2009). Interdisciplinarity: A Critical Assessment. *Annual Review of Sociology*, 35(1), 43–65. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-070308-115954>

Jardim, D. M. B., & Modena, C. M. (2018). Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Revista Latino-americana De Enfermagem*, 26(0). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>

Johanson, R., Newburn, M., & Macfarlane, A. (2002). Has the medicalisation of childbirth gone too far? *BMJ*, 324(7342), 892–895. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7342.892>

De Jonge, J., Mesman, J., Manniën, J., Zwart, J., Van Dillen, J., & Van Roosmalen, J. (2013). Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study. *BMJ*, 346(jun13 2), f3263. <https://doi.org/10.1136/bmj.f3263>

Jordan, B. (1978). *Birth in four cultures*.

Kaczmarek, E. (2019). How to distinguish medicalization from over-medicalization?

*Medicine Health Care and Philosophy*, 22(1), 119–128.

<https://doi.org/10.1007/s11019-018-9850-1>

Kallianidis, A. F., Schutte, J. M., Schuringa, L., Beenackers, I. C. M., Bloemenkamp, K. W., Braams–Lisman, B. A. M., Cornette, J., Kuppens, S., Rietveld, A. L., Schaap, T., Stekelenburg, J., Zwart, J. J., & Van Den Akker, T. (2022). Confidential enquiry into maternal deaths in the Netherlands, 2006–2018. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 101(4), 441–449. <https://doi.org/10.1111/aogs.14312>

Kallianidis, A. F., Schutte, J. M., Van Roosmalen, J., Van Den Akker, T., & Mortality, M. (2018). Maternal mortality after cesarean section in the Netherlands. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 229, 148–152.

<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.08.586>

Kearns, R. J., Shaw, M., Gromski, P. S., Iliodromiti, S., Lawlor, D. A., & Nelson, S. M. (2021). Association of Epidural Analgesia in Women in Labor With Neonatal and Childhood Outcomes in a Population Cohort. *JAMA network open*, 4(10), e2131683.

<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.31683>

Kerssens, J. J. (1994). Patient satisfaction with home-birth care in The Netherlands. *Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 344–350. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1994.20020344.x>

Kogan, M. D. (1995). Social Causes of Low Birth Weight. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 88(11), 611–615. <https://doi.org/10.1177/014107689508801103>

van der Kooy, J., Poeran, J., de Graaf, J. P., Birnie, E., Denктаş, S., Steegers, E. A. P., & Bonsel, G. J. (2011). Planned home compared with planned hospital births in the Netherlands: intrapartum and early neonatal death in low-risk pregnancies. *Obstetrics and gynecology*, 118(5), 1037–1046. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182319737>

Kroes-Suverein, S. (1998). De vroedvrouw... toen en nu: Bevoegd en bekwaam (The midwife then and now; authorized and qualified). *Bilthoven: Catharina Schrader Stichting*.

Kukura, E. (2018). Obstetric violence. *Georgetown Law Journal*, 106(3), 721-802.

Kwee, A., Cohlen, B. J., Kanhai, H. H., Bruinse, H. W., & Visser, G. H. A. (2004). Caesarean section on request: a survey in The Netherlands. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 113(2), 186–190.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2003.09.017>

Kwee, A., Elferink-Stinkens, P. M., Reuwer, P. J., & Bruinse, H. W. (2007). Trends in obstetric interventions in the Dutch obstetrical care system in the period 1993-2002. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 132(1), 70–75.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2006.06.018>

Lanssens, D., Tency, I., Vandeputte, L., Palfijn, J., & Vroedvrouwen, O. H.  
Wetenschappelijke evidentie van de effecten van inductie van de baring op maternale en neonatale uitkomsten en bevallingservaring.

Leavitt, J.W. (1980). Birthing and Anesthesia: The Debate over Twilight Sleep. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 6, 147 - 164.

van der Lee, N., Driessen, E. W., Houwaart, E., Caccia, N., & Scheele, F. (2014). An examination of the historical context of interprofessional collaboration in Dutch obstetrical care. *Journal of Interprofessional Care*, 28(2), 123–127.  
<https://doi.org/10.3109/13561820.2013.869196>

van der Lee, N., & Scheele, F. (2016). Integrale verloskunde gehinderd door het verleden? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 160.  
<https://www.ntvg.nl/artikelen/integrale-verloskunde-gehinderd-door-het-verleden>

Levine, L. D., Sammel, M. D., Hirshberg, A., Elovitz, M. A., & Srinivas, S. K. (2015). Does stage of labor at time of cesarean delivery affect risk of subsequent preterm birth?. *American journal of obstetrics and gynecology*, 212(3), 360-e1.

Lindeboom, G. A. (1981). Geschiedenis van de medische wetenschap in Nederland. In *Fibula-Van Dishoeck eBooks*. Fibula-Van Dishoeck

López Álvarez, S., Casas Reza, P., & Del Río Fernández, S. (2022). Centenary of epidural anaesthesia. *Revista española de anestesiología y reanimación*, *69*(1), 4–11.  
<https://doi.org/10.1016/j.redare.2021.03.007>

Lumey, L. H. (1993). Illness versus natural process: competing paradigms in Great Britain and the Netherlands. *Successful Home Birth and Midwifery: The Dutch Model*. Westport, Connecticut: Bergin & Garvey.

van de Loo, V. (2005). De vrouw beslist : de tweede feministische golf in Nederland. In *Published in 2005 in Wormer by Inmerc*.

Lowe, N. K. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *186*(5), S16–S24. [https://doi.org/10.1016/s0002-9378\(02\)70179-8](https://doi.org/10.1016/s0002-9378(02)70179-8)

Van der Maelen, L. (2022). Lesje geschiedenis: de tweede feministische golf. *Feminer*.  
<https://feminer.nl/magazine/de-diepte-in/tweede-feministische-golf/>

Mintz, S. W., & Price, R. W. (1993). The Birth of African-American Culture: An Anthropological Perspective. *The American Historical Review*, *98*(3), 953.  
<https://doi.org/10.2307/2167714>

Magee, L. A., & von Dadelszen, P. (2018). State-of-the-Art Diagnosis and Treatment of Hypertension in Pregnancy. *Mayo Clinic proceedings*, *93*(11), 1664–1677.  
<https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.04.033>

Management of Genital Herpes in Pregnancy: ACOG Practice Bulletinacog Practice Bulletin, Number 220. (2020). *Obstetrics and gynecology*, *135*(5), e193–e202.  
<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003840>

Marchi, J., Berg, M., Olander, E. K., Olander, E. K., & Begley, C. (2015). Risks associated with obesity in pregnancy, for the mother and baby: a systematic review of reviews. *Obesity Reviews*, *16*(8), 621–638. <https://doi.org/10.1111/obr.12288>

*Meconium, poep in het vruchtwater.* (z.d.).

<https://www.amc.nl/web/specialismen/verloskunde/zwanger-en-bevallen-van-a-tot-z/meconium-poep-in-het-vruchtwater.html>

Melender, R. H. (2002). Experiences of Fears Associated with Pregnancy and Childbirth: A Study of 329 Pregnant Women. *Birth-issues in Perinatal Care*, 29(2), 101–111.

<https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2002.00170.x>

Ministerie van Algemene Zaken. (2023, 30 januari). *Tot hoeveel weken kan ik een abortus laten uitvoeren?* Rijksoverheid.nl.

<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/abortus/vraag-en-antwoord/abortus-hoeveel-weeken> ( geraadpleegd op 18 juni 2023).

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2021, June 1). *Invoering Zorgstandaard Integrale Geboortezorg*. Werkagenda | Zorginstituut Nederland.

<https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/zwangerschap-geboorte-en-gynaecologische-aandoeningen/invoering-zorgstandaard-integrale-geboortezorg>

Mohangoo AD, Buitendijk SE, Hukkelhoven CW, Ravelli AC, Rijninks-van Driel GC, Tamminga P, Nijhuis JG. Hoge perinatale sterfte in Nederland vergeleken met andere Europese landen: de Peristat-II-studie [Higher perinatal mortality in The Netherlands than in other European countries: the Peristat-II study]. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2008 Dec 13;152(50):2718-27. Dutch. PMID: 19192585.

Mylonas, I., & Friese, K. (2015). Indications for and Risks of Elective Cesarean Section.

*Deutsches Arzteblatt International*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0489>

Nahum, G. G. N., & Pham, K. Q. (2018, 5 juli). *Uterine Rupture in Pregnancy*. MedScape.

Geraadpleegd op 18 juni 2023, van <https://reference.medscape.com/article/275854-overview>

Newell, W. H., & Gagnon, P. (2013). The state of the field: Interdisciplinary theory. *Issues In interdisciplinary studies*, 31(4), 22-43.



Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie. (2006). *INDUCTIE VAN DE BARING*.

<https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2017/12/Inductie-van-de-baring-1.0-20-09-2006.pdf>

Oakley, A., Houd, S., 1990. *Helpers in Childbirth: Midwifery Today*. Hemisphere Publishing Corporation, London.

Offerhaus, P., Van Haaren-Ten Haken, T. M., Keulen, J. K. J., De Jong, J. D., Brabers, A. E. M., Verhoeven, C. J., Scheepers, H. C. J., & Nieuwenhuijze, M. (2023). Regional practice variation in induction of labor in the Netherlands: Does it matter? A multilevel analysis of the association between induction rates and perinatal and maternal outcomes. *PLOS ONE*, *18*(6), e0286863. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0286863>

Olsen, O., & Clausen, J. A. (2012). Planned hospital birth versus planned home birth. *The Cochrane database of systematic reviews*, *9*(9), CD000352.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000352.pub2>

Paauw, S. (2020). *Babysterfte in Nederland afgelopen twintig jaar gedaald*. Medischcontact. <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/nieuwsartikel/babysterfte-in-nederland-afgelopen-twintig-jaar-gedaald>

Parens, E. (2013). ON GOOD AND BAD FORMS OF MEDICALIZATION. *Bioethics*, *27*(1), 28–35. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2011.01885.x>

Parsons, T. (1951). Illness and the role of the physician: A sociological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, *21*(3), 452–460.

<https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1951.tb00003.x>

*Perinatale sterfte*. (z.d.). De Staat van Volksgezondheid en Zorg.

<https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/perinatale-sterfte>

Perined. (2021). *Kerncijfers Nederlandse Geboortezorg 2021*. [deverloskundige.nl](http://deverloskundige.nl).

Van Der Pijl, M. S., Kasperink, M., Hollander, M., Verhoeven, C. J., Kingma, E., & De

Jonge, A. (2021). Client-care provider interaction during labour and birth as experienced by women: Respect, communication, confidentiality and autonomy. *PLOS ONE*, *16*(2), e0246697. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246697>

Poole, J. H. (2003). Analgesia and Anesthesia During Labor and Birth: Implications for Mother and Fetus. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *32*(6), 780–793. <https://doi.org/10.1177/0884217503258498>

Posthumus, A. G., Borsboom, G. J. J. M., Poeran, J., Steegers, E. A., & Bonsel, G. J. (2016). Geographical, Ethnic and Socio-Economic Differences in Utilization of Obstetric Care in the Netherlands. *PLOS ONE*, *11*(6), e0156621. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156621>

Potnuru, P., Ganduglia, C., Schaefer, C., Suresh, M., Eltzschig, H. K., & Jiang, Y. (2022). Impact of cesarean versus vaginal delivery on the risk of postpartum acute kidney injury: A retrospective database controlled study in 116,876 parturients. *Journal of Clinical Anesthesia*, *82*, 110915. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2022.110915>

Prosen, M., & Krajnc, M. T. (2013). Sociological Conceptualization of the Medicalization of Pregnancy and Childbirth: The Implications in Slovenia. *Revija Za Sociologiju*, *43*(3), 251–272. <https://doi.org/10.5613/rzs.43.3.3>

Qiu, C., Lin, J. C., Shi, J., Chow, T., Desai, V. H., Nguyen, V., Riewerts, R. J., Feldman, R. K., Segal, S., & Xiang, A. H. (2020). Association Between Epidural Analgesia During Labor and Risk of Autism Spectrum Disorders in Offspring. *JAMA Pediatrics*, *174*(12), 1168. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.3231>

Rachman, S. (1977). The conditioning theory of fear-acquisition: A critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, *15*(5), 375–387.

Ramachandrappa, A., & Jain, L. (2008). Elective cesarean section: its impact on neonatal respiratory outcome. *Clinics in perinatology*, *35*(2), 373-393.

Ranjbar, F., Gharacheh, M., & Vedadhir, A. (2019). Overmedicalization of pregnancy and childbirth. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, *7*, 419-20.

Ravelli, A., Eskes, M., Tromp, M., Van Huis, A. M., Steegers, E., Tamminga, P., & Bonsel, G. J. (2008). [Perinatal mortality in The Netherlands 2000-2006; risk factors and risk selection]. *PubMed*, 152(50), 2728–2733. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19192586>

Reddy, S., & Jim, B. (2019). Hypertension and Pregnancy: Management and Future Risks. *Advances in chronic kidney disease*, 26(2), 137–145.  
<https://doi.org/10.1053/j.ackd.2019.03.017>

Repko, A. (2011). *Interdisciplinary Research: Process and Theory*.  
<https://ci.nii.ac.jp/ncid/BB2163835X>

Rigg, E., Schmied, V., Peters, K., & Dahlen, H. G. (2020). A survey of women in Australia who choose the care of unregulated birthworkers for a birth at home. *Women and Birth*, 33(1), 86–96. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.11.007>

Robert-Ebadi, H., Moumneh, T., Gal, G. L., & Righini, M. P. (2022). Diagnosis of Pulmonary Embolism during Pregnancy. *Diagnostics*, 12(8), 1875.  
<https://doi.org/10.3390/diagnostics12081875>

Rozycki, H. J., & Yitayew, M. (2022). The Apgar score in clinical research: for what, how and by whom it is used. *Journal of perinatal medicine*, 51(4), 580–585.  
<https://doi.org/10.1515/jpm-2022-0340>

Sadler, M., Santos, M., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. M., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47–55.  
<https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>

Saenger, P., Czernichow, P., Hughes, I., & Reiter, E. O. (2007). Small for gestational age: short stature and beyond. *Endocrine reviews*, 28(2), 219-251.

Sandall, J., Tribe, R. M., Avery, L., Mola, G., Visser, G. H., Homer, C. S., Gibbons, D., Kelly, N. M., Kennedy, H. P., Kidanto, H., Taylor, P., & Temmerman, M. (2018). Short-term and

long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet (London, England)*, 392(10155), 1349–1357. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31930-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31930-5)

Seijmonsbergen-Schermer, A. E., Van Den Akker, T., Rydahl, E., Beeckman, K., Bogaerts, A., Binfa, L., Frith, L., Gross, M. M., Misselwitz, B., Halfdansdottir, B., Daly, D., Corcoran, P., Calleja-Agius, J., Calleja, N., Gatt, M., Nilsen, A. B. V., Declercq, E., Gissler, M., Heino, A., . . . De Jonge, A. (2020). Variations in use of childbirth interventions in 13 high-income countries: A multinational cross-sectional study. *PLOS Medicine*, 17(5), e1003103. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003103>

Seyb, S. T., Berka, R. J., Socol, M. L., & Dooley, S. L. (1999). Risk of Cesarean Delivery With Elective Induction of Labor at Term in Nulliparous Women. *Obstetrics & Gynecology*, 94(4), 600–607. <https://doi.org/10.1097/00006250-199910000-00022>

Shareef, N., Scholten, N., Nieuwenhuijze, M., Stramrood, C. A. I., De Vries, M., & Van Dillen, J. (2022). The role of birth plans for shared decision-making around birth choices of pregnant women in maternity care: A scoping review. *Women and Birth*. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.11.008>

Sharma, D., Shastri, S., Farahbakhsh, N., & Sharma, P. (2016). Intrauterine growth restriction – part 1. *Journal of Maternal-fetal & Neonatal Medicine*, 29(24), 3977–3987. <https://doi.org/10.3109/14767058.2016.1152249>

Schmidt, J. (2008). Towards a philosophy of interdisciplinarity. *Poiesis & Praxis*, 5(1), 53–69. <https://doi.org/10.1007/s10202-007-0037-8>

Segall, A. (1976). The Sick Role Concept: Understanding Illness Behavior. *Journal of Health and Social Behavior*, 17(2), 162–169. <https://doi.org/10.2307/2136342>

Stubert, J., Reister, F., Hartmann, S., & Janni, W. (2018). The Risks Associated With Obesity in Pregnancy. *Deutsches Arzteblatt International*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0276>  
de Staat van Volksgezondheid en Zorg. (2010.) *Bevallingen*. <https://www.staatvvenz.nl/kerncijfers/bevallingen>

Smith, J. D. (2017). Interpretative phenomenological analysis: Getting at lived experience. *The Journal of Positive Psychology, 12*(3), 303–304.  
<https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262622>

Snowden, J. M., Tilden, E. L., Snyder, J. J., Quigley, B. M., Caughey, A. B., & Cheng, Y. W. (2015). Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes. *The New England Journal of Medicine, 373*(27), 2642–2653. <https://doi.org/10.1056/nejmsa150173>

Sullivan, P. M. (2011). Qualitative data analysis: Using a dialogical approach. *QMIP Bulletin, 1*(15), 49–52. <https://doi.org/10.53841/bpsqmip.2013.1.15.49>

Swanson, J. R., & Sinkin, R. A. (2013). Early Births and Congenital Birth Defects. *Clinics in Perinatology, 40*(4), 629–644. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2013.07.009>

Szasz T. S. (1971). The sane slave. An historical note on the use of medical diagnosis as justificatory rhetoric. *American journal of psychotherapy, 25*(2), 228–239.  
<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1971.25.2.228>

Tikkanen M. (2011). Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica, 90*(2), 140–149.  
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2010.01030.x>

Todres, L. (2007). *Embodied Enquiry: Phenomenological Touchstones for Research, Psychotherapy and Spirituality*.  
<https://www.amazon.com/Embodied-Enquiry-Phenomenological-Psychotherapy-Spirituality/dp/0230302300>

Toohill, J., Soong, B., & Meldrum, M. L. (2006). Risk management considerations and the pregnancy handheld record. *Women and Birth*. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2006.07.003>

Twaalfhoven, F., Van Roosmalen, J., Briët, E., & Gravenhorst, J. B. (1991). Solutio placentae en stollingsstoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*.  
<https://www.ntvg.nl/artikelen/solutio-placentae-en-stollingsstoornissen>

*Vaginale kunstverlossing*. (2022, 1 november).

<https://www.olvg.nl/medische-informatie/vaginale-kunstverlossing/> (Geraapleegd op 13 Juni, 2023).

Verschuuren, A. E. H., Postma, I. R., Riksen, Z. M., Nott, R. L., Jong, E. F., & Stekelenburg, J. (2020). Pregnancy outcomes in asylum seekers in the North of the Netherlands: a retrospective documentary analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1).

<https://doi.org/10.1186/s12884-020-02985-x>

Vissenberg, R., Goddijn, M., Mol, B. W., Van Der Post, J. A. M., Fliers, E., & Bisschop, P. H. (2012). Schildklierdisfunctie bij zwangeren: klinische dilemma's. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 156(49). <https://www.ntvg.nl/artikelen/schildklierdisfunctie-bij-zwangeren>

Vogel, J. P., Chawanpaiboon, S., Moller, A. B., Watananirun, K., Bonet, M., & Lumbiganon, P. (2018). The global epidemiology of preterm birth. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 52, 3–12. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.04.003>

de Vries, R. (2005). A Pleasing Birth: Midwives and Maternity Care in the Netherlands -. *Sociology of Health and Illness*. [https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2006.00503\\_6.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2006.00503_6.x)

de Vries, R. & Buitendijk. (2012). Science, safety and the place of birth: Lessons from the Netherlands. *European Obstetrics & Gynaecology*, 13(7).

Vogels-Broeke, M., Daemers, D., Budé, L., De Vries, R., & Nieuwenhuijze, M. (2023). Women's Birth Beliefs During Pregnancy and Postpartum in the Netherlands: A Quantitative Cross-Sectional Study. *Journal of Midwifery & Women's Health*. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13473>

Vos, A. A., Denктаş, S., Borsboom, G. J. J. M., Bonsel, G. J., & Steegers, E. A. (2015). Differences in perinatal morbidity and mortality on the neighbourhood level in Dutch municipalities: a population based cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0628-7>

Waelput, A. J. M., Sijpkens, M. K., Lagendijk, J., Van Minde, M. R. C., Raat, H., Ernst-Smelt, H. E., De Kroon, M. L. A., Rosman, A. N., Been, J. V., Bertens, L. C., & Steegers, E. A. (2017). Geographical differences in perinatal health and child welfare in the Netherlands: rationale for the healthy pregnancy 4 all-2 program. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *17*(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1425-2>

Walker, J. J. (2017). Planned home birth. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, *43*, 76–86. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2017.06.001>

Wall-Wieler, E., Bateman, B. T., Hanlon-Dearman, A., Roos, L. L., & Butwick, A. J. (2021). Association of Epidural Labor Analgesia With Offspring Risk of Autism Spectrum Disorders. *JAMA pediatrics*, *175*(7), 698–705. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.0376>

Walsh, D., El-Nemer, A., & Downe, S. (2004). Risk, safety and the study of physiological birth. *Normal childbirth: Evidence and debate*, 103-119.

Wassen, M. M. L., Hukkelhoven, C. W. P., Scheepers, H. C., Smits, L. J., Nijhuis, J. G., & Roumen, F. J. (2014). Epidural analgesia and operative delivery: a ten-year population-based cohort study in The Netherlands. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, *183*, 125-131.

*Wat is immaterieel erfgoed?* (z.d.). Immaterieel Erfgoed.  
<https://www.immaterieelerfgoed.nl/nl/watisimmaterieelerfgoed>

*Wat is vasa previa?* | *Vasa Previa Foundation*. (2022, 27 januari). Vasa Previa Foundation.  
<https://www.vasaprevia.nl/vasa-previa/wat-is-vasa-previa/>

Weeks, A. (2014). The prevention and treatment of postpartum haemorrhage: what do we know, and where do we go to next? *Bjog: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, *122*(2), 202–210. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13098>

van de Wetering, H. (2018). ‘De maakbaarheid van het leven is een mythe’. *Medisch contact*.  
<https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/de-maakbaarheid-van-het-leven-is-een-mythe>

De Wit, N. J., & Engelfriet, P. M. (2018). Ongewenste medicalisering : Over de aard en achtergronden van te veel geneeskunde. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 162. <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/377173>

Yu, Z., Han, S., Zhu, J., Sun, X., Ji, C., & Guo, X. (2013). Pre-Pregnancy Body Mass Index in Relation to Infant Birth Weight and Offspring Overweight/Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 8(4), e61627. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0061627>

Zola, I. K. (1972). Medicine as an Institution of Social Control. *The Sociological Review*, 20(4), 487–504. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x>



# **Bijlagen**

## **Bijlage 1: Informed consent formulier**

### **Informed consent formulier**

#### *Wie zijn wij?*

Wij zijn studenten Medical Humanities van de Universiteit Utrecht. Voor onze opleiding doen wij op dit moment een interdisciplinair onderzoek naar de medicalisering van de geboortezorg. Het onderdeel waar u bij betrokken bent, gaat over de ervaring van vrouwen rondom het proces van hun bevalling.

#### *Doel van dit onderzoek*

Het doel van het onderzoek is om een analyse te maken van de huidige geboortezorg, met medicalisering als uitgangspunt. We hopen aan te zetten tot kritisch nadenken over het huidige beleid dat gevoerd wordt rondom geboortezorg.

De resultaten van deze masterscriptie worden verwerkt in een verslag voor onze docenten en medestudenten. Ook wordt het eindproduct gearchiveerd in het archief van de Universiteit Utrecht, waar de scriptie 10 jaar bewaard zal blijven en toegankelijk zal zijn voor andere studenten aan de Universiteit Utrecht. De resultaten worden daarnaast mondeling gepresenteerd aan de docenten, familie en vrienden van medestudenten en medestudenten zelf.

#### *Wat vraag ik van u?*

U neemt deel aan dit onderzoek door een aantal vragen te beantwoorden gedurende een interview. Wij verzamelen de gegevens via een opname van het gesprek. Deze opname wordt vervolgens uitgewerkt in een transcript. In het verslag zullen wij de resultaten verwerken. Wij benoemen graag uw leeftijd, het hoeveelste kind dit voor u is geweest en de maand waarin u bevallen bent.

#### *Meedoen is geheel vrijwillig*

Als u besluit mee te doen vragen we om een handtekening te zetten waarmee u aangeeft dat u toestemming geeft voor het gebruik van uw gegevens voor dit onderzoek.

Wat doen we met uw gegevens?

- Uw contactgegevens gebruiken we alleen om contact met u op te nemen voor het interview. Zodra we deze contactgegevens niet meer nodig hebben zullen wij ze direct vernietigen.
- De gegevens die we verzamelen om het project te kunnen uitvoeren noemen we de onderzoeksgegevens. We verzamelen de onderzoeksgegevens via een opname van een interview.
- Uw contactgegevens worden altijd gescheiden van uw onderzoeksgegevens. Om uw privacy te beschermen geven wij de onderzoeksgegevens een code. Als wij de onderzoeksgegevens verder verwerken gebeurt dat dus zonder uw contactgegevens. Nadat wij uw contactgegevens hebben vernietigd is ook de code niet meer direct tot u terug te herleiden.
- Alle gegevens, namelijk de audio-opname en het interviewverslag, bewaren wij in de beveiligde omgeving van de Universiteit Utrecht. Alleen de studenten die dit project uitvoeren, onze begeleiders en de data beheerders van de Universiteit Utrecht hebben toegang tot deze gegevens.

Hoe lang bewaren wij de gegevens?

De gegevens van dit onderzoek worden zes maanden bewaard. Hierna wordt alles vernietigd. Alleen het verslag over het project blijft bewaard. In dit verslag zijn geen gegevens opgenomen die tot u te herleiden zijn.

*Kunt u uw toestemming voor het gebruik van uw gegevens weer intrekken?*

U kunt uw toestemming voor het gebruik van uw gegevens intrekken via de contactpersoon die hieronder vermeld staat. Zodra de onderzoeksgegevens niet meer aan u te koppelen zijn doordat we uw contactgegevens hebben vernietigd, kunnen we deze gegevens niet meer verwijderen en zullen we deze blijven gebruiken voor dit project.

*Heeft u nog vragen?*

Als u nog vragen heeft kunt u contact opnemen met: [m.h.deleeuw2@students.uu.nl](mailto:m.h.deleeuw2@students.uu.nl) of [j.m.leferink2@students.uu.nl](mailto:j.m.leferink2@students.uu.nl)

*Wilt u meer weten over uw privacy?*

Wilt u meer weten over uw rechten bij de verwerking van persoonsgegevens? Kijk dan op <https://www.autoriteitpersoonsgegevens.nl/nl/over-privacy/persoonsgegevens>.

Als u vragen of klachten heeft over uw privacy, raden we u aan om deze eerst te bespreken met het studententeam of de coördinatoren van het onderwijs. U kunt ook naar de Functionaris Gegevensbescherming gaan, of u dient een klacht in bij de Autoriteit Persoonsgegevens.

Gaat u akkoord met de bovenstaande voorwaarden?

Naam:

Datum:

Handtekening

## **Bijlage 2: vragenlijst semi-gestructureerde interviews**

### **Demografische gegevens**

- Hoe oud bent u?
- Hoe zou u uw eigen culturele achtergrond beschrijven?
- Waar woont u?
- Wat voor werk doet u?

### **Voorafgaand aan bevalling**

- Wat heeft uw keuze beïnvloed om thuis of in het ziekenhuis te willen bevallen?
- Hoe voelde u zich over uw bevalling voorafgaand aan het proces?
- Hoe zag uw geboorteplan eruit?
  - Waarom heeft u gekozen voor deze elementen in uw geboorteplan?
  - Hoe heeft u dit geboorteplan samengesteld?
- Hoe zag de weg naar het ziekenhuis eruit?

### **Bevalling zelf**

- Zou u kunnen vertellen hoe uw bevalling is gelopen?
- Hoe zou u de omgeving waarin u beviel omschrijven?
  - In hoeverre voelde u zich veilig in de omgeving waar u in beviel?
  - Welke elementen hebben bijgedragen aan dit gevoel?
- In welke positie heeft u willen bevallen?
  - Wat was de reden voor deze overtuiging?
  - In welke positie bent u uiteindelijk bevallen?
- Voelde u zich gesteund in deze beslissing?
- Hoe was het voor u om uiteindelijk in het ziekenhuis te bevallen, terwijl dit in eerste instantie niet uw intentie was?
- Hoe belangrijk is autonomie en controle geweest voor u tijdens de bevalling, en hoe heeft u deze waarden ervaren?

- Heeft, naar uw idee, de plaats van bevalling invloed gehad op deze ervaring?
- In hoeverre heeft u het idee gehad vrij te zijn in **beslissingen** omtrent de bevalling?
- Heeft u het gevoel dat uw keuzes **gerespecteerd** waren? Waarom wel/niet?
- Is dit gevoel van autonomie en controle veranderd naarmate de bevalling vorderde?
  - Hoe was dat voor u?

### **Nazorg**

- Hoe vond u de nazorg die werd geleverd door hulpverleners?
- Is er iets wat u heeft gemist van hulpverleners?

### **Terugblik**

- Mocht u nog een keer willen bevallen, hoe zou voor u de bevalling idealiter plaatsvinden?
  - In hoeverre heeft deze ervaring invloed gehad op deze visie?