



UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM



Simone Buitendijk

De stem van vroede vrouwen

*Pleidooi voor een vrouwvriendelijke
zwangerschaps- en bevallingscultuur*

Faculteit der Geneeskunde

De stem van vroede vrouwen
*Pleidooi voor een vrouwvriendelijke zwangerschaps- en
bevallingscultuur*

Rede

uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van
hoogleraar Eerstelijns Verloskunde en Keten zorg
aan de Universiteit van Amsterdam
op vrijdag 12 maart 2010

door

Simone Buitendijk

 VOSSIUSPERS UVA

Vossiuspers UvA is een imprint van Amsterdam University Press.
Deze uitgave is totstandgekomen onder auspiciën van de Universiteit van Amsterdam.

Dit is oratie 360, verschenen in de oratiereeks van de Universiteit van Amsterdam.

Omslag: Crasborn BNO, Valkenburg a/d Geul
Opmaak: JAPES, Amsterdam
Foto omslag: Carmen Freudenthal, Amsterdam

ISBN 978 90 5629 634 6
e-ISBN 978 90 4851 311 6

© Vossiuspers UvA, Amsterdam, 2010

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 882, 1180 AW Amstelveen). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

De stem van vroede vrouwen

Pleidooi voor een vrouwvriendelijke zwangerschaps- en bevallingscultuur

Mevrouw de Rector Magnificus, (mevrouw de Decaan,)

Leden van de Raad van Bestuur van het AMC,

Leden van het Bestuur van de KNOV,

Leden van het Curatorium van deze leerstoel,

Hoogleraren van de Universiteit van Amsterdam en van zusterfaculiteiten,

Verloskundigen, zelfstandig en klinisch-werkend,

Geachte aanwezigen,

Inleiding

De mening van vrouwen wordt onvoldoende gehoord in de discussie over zwangerschaps- en geboortezorg in Nederland. Vanmiddag wil ik een pleidooi houden voor het luisteren naar hun stem en voor het teruggeven aan vrouwen van de verantwoordelijkheid en de zeggenschap over hun bevalling.

Hoe willen wij zwangerschap en geboorte zien? Als technische processen? Waarbij zwangerschap de groei van een kind in een vrouw is, en geboorte een mechanisch gebeuren waarbij dat kind gezond ter wereld moet komen? Of willen we zwangerschap en geboorte zien als iets groters, iets fundamenteels? Als levensgebeurtenissen die een vrouw sterker kunnen maken en haar optimaal kunnen voorbereiden op stevig en liefdevol ouderschap? Wanneer we besluiten dat zwangerschap en geboorte méér zijn dan mechanische processen, dan wordt de discussie over het optimale verloop van de bevalling een heel andere dan degene die momenteel in Nederland wordt gevoerd.

Historie

In de geschiedenis van de geboortezorg vallen twee ontwikkelingen op die belangrijk zijn om het heden te kunnen duiden. De eerste was het verschuiven van de hulp van vroedvrouwen naar mannelijke artsen. De tweede, die deels daarmee gepaard ging, was de introductie van technologie. Eeuwenlang was hulp bij de bevalling een zaak alleen voor vrouwen. Ik kan het niet wetenschappelijk bewijzen, maar het is aannemelijk dat vroedvrouw het oudste beroep ter wereld is. Immers, al vanaf het begin der tijden hebben vrouwen kinderen gebaard. We weten uit heel oude geschreven historie dat ze daarin werden bijgestaan door andere vrouwen die dit zelf al hadden meegemaakt, die er hun beroep van maakten en daar ook status aan ontleenden. Vroede vrouw, vroedvrouw, betekent niet voor niets: wijze vrouw.

Pas in de zestiende eeuw kwamen er in de Westerse wereld ook af en toe mannen aan te pas. Dat waren vooral chirurgijns; vroedmeesters wier hulp werd ingeroepen bij stagnerende baringen. Meestal was de baby dan al overleden, en werd het kind - vaak in stukken - met haken en priemen er uit gehaald. De mogelijkheden van vroedmeesters werden sterk uitgebreid aan het eind van de zeventiende eeuw door de uitvinding van een ingenieus instrument: de verlostang. Die kon worden gebruikt bij moeilijke bevallingen, waardoor de baby soms toch levend ter wereld kwam. De komst van de verlostang betekende dat de macht en het werkterrein van vroedmeesters en artsen werden uitgebreid. In Nederland kwam de tang beschikbaar in het midden van de achttiende eeuw. Niet toevallig gingen in die tijd ook universitair opgeleide artsen, die zich tot dan toe alleen met de theoretische wetenschap hadden bezig gehouden, vaker praktische verloskunde doen. Daarnaast stegen Nederlandse vroedmeesters op de sociale ladder doordat ze meer mogelijkheden kregen om zich te bemoeien met stagnerende bevallingen. Normale bevallingen en kunstverlossingen werden gaandeweg van elkaar gescheiden. De eerste groep hoorde bij de vroedvrouwen, de tweede bij de vroedmeesters en dokters. Dus ook twee eeuwen geleden al waren de *toys for the boys*. In 1818 werd in Nederland in de Geneeskundige Staatsregeling voor het eerst wettelijk vastgelegd dat vroedvrouwen zich moesten beperken tot en ik citeer 'het doen van zoodanige verlossingen als door de natuur bewerkt of door de hand ten uitvoer gebracht kunnen

worden'. In 1865 werd bij wet geregeld dat er nog maar twee specialismen waren die zich bezighielden met verloskunde: speciaal daartoe opgeleide artsen en vroedvrouwen. Opnieuw werd vastgesteld dat vroedvrouwen zich alleen met de normale bevalling zouden bezighouden

Wat de positie van Nederlandse vroedvrouwen in de negentiende eeuw sterk maakte, ondanks het terreinverlies aan artsen, was het feit dat geboorten niet of nauwelijks in het ziekenhuis plaatsvonden. Dat paste niet in onze volksaard. In de rest van Europa ontstonden op grote schaal kraamklinieken, waar artsen de scepter zwaaiden. Deze waren vooral bedoeld voor arme vrouwen wier thuisomstandigheden slecht waren. De verloskundige uitkomsten van deze kraamklinieken waren door de gebrekkige hygiëne overigens zo beroerd, dat vrouwen van de betere standen er absoluut niet naartoe wilden. Zij bevielen thuis, ook wanneer een kunstverlossing plaatsvond.

Door de toenemende hygiëne werden ziekenhuizen in de twintigste eeuw minder gevaarlijke plaatsen om te bevallen. Ze boden bovendien steeds meer mogelijkheden voor instrumenteel, chirurgisch en medicamenteus ingrijpen zoals de tangverlossing, de keizersnee, de inleiding van de bevalling, en pijnstilling met lachgas en chloroform. In de loop van de twintigste eeuw zien we bijna overal in de Westerse wereld dat bevallingen naar het ziekenhuis worden verplaatst, eerst bij de hoger opgeleiden en later bij iedereen. We zien de zelfstandige vroedvrouw verdwijnen en vervangen worden door een vroedvrouw of verpleegkundige die werkt onder leiding van de gynaecoloog.

In Nederland blijft de thuisbevalling echter bestaan, en blijft de vroedvrouw een zelfstandige professional met eigen verantwoordelijkheden. Dat gaat overigens niet zonder slag of stoot. Pas na vastberaden onderhandelingen door de voorzitter van de Bond van Vroedvrouwen krijgen vroedvrouwen in 1932 officieel het recht om prenatale zorg te geven en beperkt medicamenten toe te dienen. Eind jaren zestig kan nog maar op het nippertje worden verhinderd dat wettelijk alleen verpleegkundigen de vroedvrouwenopleiding mogen volgen. En eind jaren tachtig werd na veel conflicten vastgelegd dat vroedvrouwen en niet gynaecologen de beslissingsbevoegdheid hebben wat betreft

risicoselectie en doorverwijzing. Dit was een belangrijke bevestiging van de zelfstandigheid en de status van vroedvrouwen. In 1980 krijgen vroedvrouwen de mogelijkheid om ook vrouwen met een normale bevalling poliklinisch in het ziekenhuis te begeleiden.

Maar eigenlijk is er al lange tijd weinig veranderd aan de fundamenteën van het Nederlandse verloskundesysteem: zwangeren met een laag risico krijgen prenatale zorg van en bevallen bij de vroedvrouw, die relatief weinig mogelijkheden tot diagnostiek en interventie heeft. Vrouwen die tijdens zwangerschap of bevalling een risico ontwikkelen of medicamenteuze pijnstilling wensen, worden door de gynaecoloog begeleid, die veel meer mogelijkheden tot diagnostiek en interventie heeft. Eén ding is wel veranderd: sinds de opkomst van de vroedman heet de vroedvrouw verloskundige.

Wereldwijd bijna alle bevallingen in het ziekenhuis

Op dit moment vindt in de meeste Westerse landen hoogstens een paar procent van de bevallingen thuis plaats, vergeleken met ongeveer 30% in Nederland. In bijna alle Westerse landen werd de ziekenhuisbevalling gestimuleerd door artsen, vaak met het argument dat de aanwezige techniek de situatie veiliger en prettiger zou maken. Hier ging geen goed onderzoek aan vooraf dat aantoonde dat de sterfte lager was in het ziekenhuis en dat vrouwen het bevallen daar inderdaad prettiger vonden. In een periode dat de babysterfte hoog was, werd vaak simpelweg aangenomen dat dit zou kunnen worden verholpen door alle vrouwen in een ziekenhuis te laten bevallen. Dat gebeurde bijvoorbeeld in Amerika al rond 1900 en in Engeland rond 1970.

Rond 1960 kwam de thuisbevalling ook in Nederland onder vuur te liggen, omdat onze perinatale sterfte niet meer tot de laagste in de wereld bleek te behoren. Er werd een overheidscommissie ingesteld die concludeerde dat toch ongeveer 60% van de bevallingen veilig thuis kon plaatsvinden. In 1986 laaide de discussie over de locatie van de bevalling opnieuw op, om dezelfde reden. Dit leidde tot een rapport aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid getiteld: “Verloskundige organisatie in Nederland: uniek, bewonderd en verguisd”, een titel die vandaag de dag nog zeer actueel zou zijn.

Daarin werden de fundamenten van ons systeem weer bevestigd. Desondanks bleef het percentage thuisbevallingen dalen: van 70% in 1960, tot 35% in 2000 en 29% nu. Een belangrijke factor in deze daling was - en is - dat steeds meer vrouwen worden doorverwezen naar de gynaecoloog tijdens hun zwangerschap of bevalling. 70% van de Nederlandse zwangeren zou thuis willen bevallen, maar minder dan de helft van hen heeft die mogelijkheid. En nu onze perinatale sterfte zelfs tot de hoogste van Europa behoort, neemt de roep om verplaatsing naar het ziekenhuis en de inzet van technologie weer toe.

Is het een probleem als zwangerschap en geboorte worden gehospitaliseerd? Ja, dat is een probleem, omdat daarmee ook medicalisering de bevalling binnensluipt en vervolgens toeneemt. Zo blijft in alle ontwikkelde landen het percentage interventies bij de bevalling jaarlijks stijgen. In Amerika is het percentage keizersnedes nu ongeveer 32%, vergeleken met 15% in 1996. In Europa ligt het tussen 14% en 38%, met een gemiddelde van 26%. In sommige privéklinieken in Brazilië is het percentage keizersnedes zelfs 90%. In Nederland is dit 15%, relatief laag dus. Maar ook bij ons blijft het stijgen, net als de frequentie van andere medische interventies. Bij eenderde van de Nederlandse vrouwen wordt de bevalling nu ingeleid, 10% krijgt een ruggenprik en 10% heeft een vacuüm- of een tangverlossing. En met de toenemende medicalisering verandert het proces van de bevalling én de beleving daarvan, ingrijpend.

Dames en heren, in bijna alle onderzoeken naar uitkomsten van medische zorg kijken we tegenwoordig niet meer alleen naar sterfte en ziekte, maar ook naar patiëntervaringen en naar 'kwaliteit van leven'. Ik wil ervoor pleiten dat we in Nederland in de discussie over de beste geboortezorg ook gaan kijken naar ervaringen van vrouwen en naar 'kwaliteit van zwangerschap en bevalling'. Want die kunnen beter, daar ben ik van overtuigd.

De veiligheid van de (thuis)bevalling

Maar voordat we vrouwen zover krijgen dat zij een betere kwaliteit van bevalling gaan eisen, moeten we hen ervan overtuigen dat bevallen bij de gynaecoloog in het ziekenhuis

niét altijd veiliger is. Dat zwangerschap géén ziekte is, en een geboorte géén enorm riskante onderneming. Dit is niet gemakkelijk door het geloof dat wij allemaal hebben in medische interventies. We weten niet eens meer welk deel van de vrouwen veilig zou kunnen bevallen zónder medische hulp, omdat we ook in Nederland al zo gewend zijn die hulp in te zetten. Zo bevalt op dit moment bijvoorbeeld nog maar iets meer dan een derde van alle vrouwen bij de verloskundige. Of dat percentage niet net zo veilig omhoog kan, zal moeilijk zijn te onderzoeken zijn. In de discussie over veiligheid, in Nederland en wereldwijd, wordt er namelijk voortdurend van uitgegaan dat de bewijslast ligt bij verloskundigen en veel minder bij gynaecologen. De im- en expliciete aanname is steeds dat de zorg van de gynaecoloog alleen maar voordelen en geen nadelen kan hebben, en dat het eigenlijk niet mogelijk is om te veel vrouwen door te verwijzen

Wat zijn nu de wetenschappelijke feiten over ons systeem met de zelfstandige eerste lijn en de mogelijkheid tot thuisbevallen, in relatie tot de veiligheid en die veel bediscussieerde babysterfte? Allereerst moeten we ons realiseren dat maar 3,5% van alle doorverwijzingen naar de gynaecoloog tijdens de bevalling, spoedverwijzingen zijn. Bij de rest is de reden bijvoorbeeld het niet vorderen van de ontsluiting, of de wens tot pijnstilling. Daarbij is er tijd genoeg en zijn gezondheid van moeder of baby niet in het geding.

Daarnaast moeten we beseffen dat het allergrootste deel van de perinatale sterfte niet optreedt bij gezonde pasgeborenen. 85% van alle babysterfte in Nederland betreft baby's met een vroeggeboorte, groeivertraging of aangeboren afwijkingen. Jaarlijks sterven er zo'n 1700 baby's in Nederland rond de geboorte. Bij slechts ongeveer 50 van deze overleden baby's begon de bevalling bij de verloskundige in de eerste lijn. Er zit dus potentieel heel weinig winst in het verplaatsen van alle bevallingen naar de gynaecoloog. Winst kunnen we vooral behalen door vroeg in de zwangerschap, en liefst al daarvoor, de omstandigheden voor de baby in de baarmoeder te verbeteren. Daarvoor moeten onder andere sociale achterstanden worden verkleind en ongezonde leefgewoonten van vrouwen verbeterd. Dat is een lastige taak, maar een die van oudsher beter past bij de verloskundige dan bij de gynaecoloog.

En hoe zit het nu met de veiligheid van de **thuisbevalling**? Wat we weten uit recent Nederlands onderzoek is dit: voor vrouwen die niet tijdens hun zwangerschap door de verloskundige naar de gynaecoloog worden verwezen, is de thuisbevalling veilig. Thuis beginnen of in het ziekenhuis geeft exact dezelfde kans voor de baby op sterfte of opname op de intensive care. Ons systeem van risicoselectie door de verloskundige, van zorg en van eventueel transport tijdens een bevalling die thuis begint maar in het ziekenhuis eindigt, is dus veilig en verantwoord

Nadelen van ziekenhuisbevalling voor laagrisico vrouwen

Maar waarom zouden we niet toch het zekere voor het onzekere nemen, horen wij vaak als tegenwerping? Omdat dat zogenaamde 'zekere' helemaal niet zo zeker is, en bovendien ongewenste neveneffecten kan hebben. Uit recent Nederlands onderzoek blijkt dat hoe dichter een laagrisico-bevalling plaatsvindt in de buurt van de gynaecoloog, hoe groter de kans wordt op doorverwijzen en op ingrepen, ook als de uitkomst daar niet beter van wordt. Laagrisico vrouwen die zelf kiezen voor een poliklinische bevalling met de verloskundige, blijken anderhalf keer zo veel kans te hebben op een keizersnede als vrouwen met hetzelfde lage risico die voor een thuisbevalling kozen. Ook hebben zij dertig procent meer kans op een kunstverlossing. Als steeds meer laagrisico zwangeren in het ziekenhuis bevallen of doorverwezen worden naar de gynaecoloog, zullen steeds meer vrouwen onnodige medische ingrepen ondergaan.

Elke medische ingreep, of we het nu hebben over een keizersnede, inleiding van de bevalling, kunstverlossing of ruggenprik, kan bijwerkingen hebben, voor de moeder en voor de baby. Er is helaas steeds meer buitenlands onderzoek mogelijk naar laagrisico zwangeren die een keizersnee ondergaan. Daaruit blijkt steeds duidelijker dat dit schadelijk is, niet alleen voor de moeder, maar ook voor haar kind. Voor een gezonde baby kan een keizersnee nadelig zijn, onder meer omdat de tocht door het geboortekanaal belangrijk is om het vocht uit de longen te persen en de longrijping te bevorderen. Uit recent Amerikaans onderzoek blijkt dat baby's die worden geboren na een niet-noodzakelijke keizersnede, een bijna drie keer zo grote kans hebben op overlijden dan baby's die vaginaal worden geboren. Ook blijkt dat hoe makkelijker keizersnedes worden gepland, hoe groter het ongeduld bij artsen wordt, en hoe vaker een kind te vroeg, zelfs

vóór 37 of 38 weken, wordt gehaald. Ook voor de vrouw heeft een keizersnee risico's, het is tenslotte een buikoperatie. Jaarlijks sterft er in Nederland een aantal vrouwen aan de gevolgen van deze ingreep.

Wanneer zwangerschap en bevalling normaal verlopen, heeft het geen zin de natuur 'een handje te helpen'. Integendeel, dat introduceert alleen maar risico's, lichamelijke en psychische.

Hoe ervaren vrouwen hun bevalling?

Dames en heren, zoals ik had gezegd wil ik graag met u spreken over 'kwaliteit van bevalling'. Over hoe vrouwen hun bevalling ervaren en waarom het zo belangrijk is dat we ons daarin verdiepen. We praten in Nederland heel veel over de thuisbevalling, maar de vraag "Wat is de essentie ervan en waarom moeten we haar behouden?", wordt bijna nooit gesteld. Laat ik u vast verklappen dat de essentie van de thuisbevalling niet zachte muziek is, en evenmin de vertrouwde schemerlamp in de hoek van de eigen kamer.

Een bevalling is een ingrijpende ervaring die sterke en langdurige gevoelens oproept. Een bevalling is een majeur 'life event'. Ik weet zeker dat alle vrouwen in deze zaal die zelf ooit zijn bevallen, hoe lang geleden ook, dat zullen bevestigen. Een bevalling is geen technisch proces, het is het begin van nieuw leven, en van nieuw moederschap. We weten uit onderzoek hoe belangrijk het is dat een vrouw een goede bevallingservaring heeft. Dat geeft een betere affectieve relatie met de baby, een positieve beleving van moederschap en gevoelens van zelfvertrouwen en trots, die lang aanhouden. Een negatieve ervaring leidt tot een grotere kans op angst en op gevoelens van falen, en meer kans op een postnatale depressie en zelfs een posttraumatisch stress syndroom. Andere mogelijke gevolgen zijn een minder goede hechting aan de baby of afstel van een volgende zwangerschap. Uit buitenlands onderzoek blijkt dat twee tot zes procent van de vrouwen een posttraumatische stress-stoornis ontwikkelt na de bevalling. Als we dit allemaal weten, is het dan eigenlijk niet merkwaardig dat we in het Nederlandse debat over geboortezorg uitsluitend praten over veiligheid en interventies? Dat we niet veel meer

aandacht besteden aan de ervaringen van vrouwen en gezamenlijk ons best doen om die zo goed mogelijk te maken?

Om te weten wát we kunnen verbeteren, moeten we weten welke elementen belangrijk zijn voor een goede bevallingservaring. Een gevoel van controle bij de vrouw blijkt uit onderzoek de belangrijkste factor. Een groter gevoel van controle, dat best kan blijven bestaan wanneer de regie op een bepaald moment aan de zorgverlener wordt overgedragen, is sterk gerelateerd aan hogere tevredenheid over de bevalling en aan gevoelens van vervulling en emotioneel welbevinden. Gebrek aan controle over de bevalling vergroot aanzienlijk de kans op angst en paniek en daarmee op een negatieve ervaring.

Een tweede belangrijk element is de ervaren steun van de zorgverlener. Die wordt door vrouwen zelf vaak omschreven als 'behandeld worden als een individu', 'in je waarde worden gelaten' en 'respect ervaren voor je privacy'. Als de zorgverlener door vrouwen wordt ervaren als kundig, intuïtief, empathisch en flexibel, is de ervaring met de bevalling beter. Gevoel van controle en ervaren steun van de zorgverlener liggen dicht aan tegen wat in het Engels 'sense of coherence' wordt genoemd. Dat is net iets anders dan het gevoel van controle, het betreft namelijk meer het vertrouwen dat de vrouw heeft. Vertrouwen in haar eigen mogelijkheden om stressvolle omstandigheden het hoofd te bieden, en vertrouwen dat ze daarbij wordt gesteund door haar omgeving. Sense of coherence is een belangrijke voorspeller voor een positieve bevallingservaring. Pijn, tenslotte, is een derde belangrijke factor, maar een complexe. Waarom moeten moderne vrouwen nog in smart hun kinderen baren, wordt vaak wat verontwaardigd uitgeroepen? Inderdaad kan veel pijn de ervaring van de bevalling negatief beïnvloeden. Maar totale afwezigheid van pijn, bijvoorbeeld door een ruggenprik, vermindert het gevoel van eigen controle, waarmee de kans op een negatieve ervaring toeneemt. Het blijkt vooral de keuzevrijheid en de manier waarop de vrouw met pijn ómgaat die haar tevredenheid over de baring beïnvloeden. Een pijnloze bevalling is dus niet synoniem met een betere bevalling voor de vrouw, net zo min als een pijnlijke bevalling altijd tot een slechte ervaring leidt.

Wanneer we deze elementen, dus eigen controle, ervaren steun, relatie met de zorgverlener, en controle over de pijn op een rijtje zetten, is het logisch dat vrouwen die thuis bevallen veel tevredener zijn met hun bevallingservaring.

Ook bij een poliklinische bevalling is het moeilijker voor de eerstelijns zorgverlener om echt empathisch te zijn en de wensen van de vrouw centraal te stellen omdat in de ziekenhuisomgeving altijd rekening moet worden gehouden met derden. En als er overdracht plaatsvindt van de verloskundige naar de gynaecoloog, is de kans nog groter dat de vrouw niet veel meer heeft in te brengen en dat haar ervaring verslechtert. Meestal gaat de eigen verloskundige weg en komen er andere, onbekende zorgverleners. Wanneer een inleiding, kunstverlossing of keizersnee plaatsvindt, wordt het steeds minder vanzelfsprekend dat de vrouw zelf controle houdt, keuzes heeft en zich als een individu gehoord en behandeld voelt. Eigenlijk komt het er op neer dat hoe meer een vrouw in staat is de geboorte echt zelf te doen, en op haar manier en onder haar controle te volbrengen, hoe beter haar ervaring is. En als we daar even bij stil staan is dat ook eigenlijk zo logisch. Of zoals door Engelstalige verloskundigen wel wordt verzucht:

Whose birth is it anyway?

Uit TNO-onderzoek blijkt dat 5% van de vrouwen die thuis bevielen, drie jaar later ontevreden of heel ontevreden zijn over hun ervaring. Bij vrouwen die in het ziekenhuis zijn begonnen aan de bevalling is dit 13%, bij vrouwen die tijdens de bevalling zijn overgedragen 38% en bij vrouwen die een kunstverlossing of keizersnede hebben ondergaan is maar liefst 48% ontevreden of heel ontevreden.

Wat betreft pijnbestrijding zijn er thuis helaas weinig mogelijkheden. Dat is een nadeel, juist omdat eigen zeggenschap over pijnbestrijding bijdraagt aan het welbevinden van vrouwen. Het is belangrijk dat als de vrouw het wil, begeleiding van een baring met pijnstilling onderdeel uitmaakt van het arsenaal van de verloskundige.

Dit alles betekent niet dat een ziekenhuisbevalling geen positieve ervaring kan zijn. Maar de zorgverleners daar zullen er veel meer hun best voor moeten doen en zich moeten realiseren dat de omstandigheden een stuk minder gunstig zijn dan bij een thuisbevalling.

Een zorgelijke samenloop van omstandigheden

Ik vind de situatie in Nederland op dit moment zorgelijk. De kans op een bevalling met zo min mogelijk interventies waarbij de vrouw centraal staat en voor haar gevoel echt zelf de geboorte kan voltooien, lijkt steeds kleiner te worden. Een aantal medische en meer maatschappelijke ontwikkelingen komen op dit moment bij elkaar en versterken deze trend.

De eerste: feminisme is uit de mode. Vrouwen komen niet meer zo makkelijk massaal in opstand tegen schending van hun rechten en beknutting van hun keuzevrijheid. Ik mag graag fantaseren over de terugkeer van de tijd van 'baas in eigen buik', en zie dan zwangere vrouwen achter spandoeken lopen met daarop de leuze 'Baas over eigen BEVALLING'. Is het niet hoog tijd dat het maandblad 'Opzij' zich sterk maakt voor empowerment van zwangeren en voor behoud van de thuisbevalling? Is het niet hoog tijd dat vrouwen zich realiseren dat ze zich te vaak laten transformeren tot weerloze wezens zodra de eerste wee zich aandient?

Ten tweede: we accepteren als maatschappij geen enkel risico op onbekende, onverwachte en bedreigende gebeurtenissen meer. Het overlijden van een baby is zoiets afschuwelijks en onacceptabels, dat we tegen beter weten in graag willen geloven dat er methoden zijn om het risico daarop tot nul te reduceren.

Een derde ontwikkeling is dat we blind vertrouwen op techniek en interventies. God en de natuur hebben ons regelmatig in de steek gelaten, maar de techniek zal ons redden van alle bedreigingen, ook die rondom de zwangerschap en geboorte. Dat techniek feilbaar kan zijn of bijwerkingen kan hebben, is een weinig populair gegeven.

Een vierde trend is dat we ingewikkelde levenskwesaties graag vlot en zakelijk willen oplossen. We introduceren nieuwe methoden om onze geboortezorg te organiseren, zoals meer monitoring, meer inleiden van bevallingen en grotere geboortecentra. Maar we nemen niet de tijd om eerst te onderzoeken of de uitkomsten daar echt beter van worden.

Ten slotte lijkt journalistiek nauwelijks nog een intellectuele bezigheid te zijn.

Controverses en incidenten daarentegen zijn populair bij de pers. Een kwestie is zwart-wit, nuances zijn niet nodig en slechts één partij heeft gelijk. Denkwerk en dieper graven

kosten te veel tijd of moeite. Dat medische interventies babysterfte zouden kunnen voorkomen is makkelijker aannemelijk te maken en spannender en sneller uit te beelden dan de voordelen van preconceptiezorg en van de thuisbevalling. Het resultaat is dat de thuisbevalling en verloskundigen worden afgeschilderd als achterlijk en gevaarlijk, en dat wetenschappelijke gegevens die het tegendeel laten zien door veel journalisten worden genegeerd. Recente krantenkoppen als 'Zwangerschap is een ziekte', 'Geboorte is riskante gebeurtenis' en 'Nederlands systeem van bevallen is niet veilig' vatten helaas de inhoud van de bijbehorende artikelen maar al te goed samen. Herman Koch, deze week in zijn column in het vrouwenblad *ESTA*, verwoordt de sentimenten nog eens door te poneren dat een zwangere in Nederland het gevaar loopt in handen te vallen van een criminele organisatie, een monsterverbond van artsen en verloskundigen die beweren dat een thuisbevalling volkomen veilig is, terwijl in de ons omringende landen bevallingen in het ziekenhuis plaatsvinden, zoals het hoort. Hij refereert naar eigen zeggen aan krantenartikelen waarin en ik citeer : 'medici vraagtekens plaatsen bij de wenselijkheid om twee mensenlevens tegelijk in de waagschaal te laten stellen door een vroedvrouw.' Einde citaat.

Hoe dan wel: het juiste model

We hebben in Nederland in potentie een geweldig systeem van geboortezorg. We geloven in het algemeen in preventie, in een sterke eerste lijn en in het voorkómen van onnodig medicaliseren. We zijn het enige land ter wereld waar vrouwen veilig thuis kunnen bevallen, wat recht doet aan hun kracht. Het doet ook recht aan de aard van de bevalling: geen medische ingreep, maar een natuurlijk proces. Maar ons systeem van geboortezorg dreigt ten onder te gaan. Is het te laat? Ik hoop het niet.

Wat moeten we doen? We moeten terug naar het model dat we ooit hebben ontwikkeld, dat we nooit formeel hebben afgeschaft, maar dat we nu wel laten versloffen. Het is een eenvoudig model met heldere uitgangspunten: vrouwen met een normaal verlopende zwangerschap en bevalling krijgen zorg door de verloskundige. Zij kunnen kiezen voor thuisbevallen. De gynaecoloog komt alleen in beeld als daarmee de kans op problemen

voor moeder of baby kleiner wordt. Om dat model te redden en toekomstbestendig te maken moeten er mijns inziens twee dingen gebeuren.

Ten eerste, dames en heren, moeten de professionals hun strijd staken en samen ons systeem omarmen, onderhouden en verdedigen. Dat betekent dat gynaecologen de zorg door verloskundigen voor vrouwen met een ongecompliceerde zwangerschap en bevalling, moeten verkiezen boven hun eigen zorg. Die heeft voor laagrisico vrouwen immers louter nadelen. Alleen als dat gebeurt kunnen vrouwen met een normale zwangerschap zonder twijfel of schuldgevoel bij de verloskundige bevallen - en ook thuis, als zij dat willen. En alleen als dat gebeurt kunnen verloskundigen de druk weerstaan om steeds meer vrouwen door te sturen, om maar niet beschuldigd te worden van laksheid en weerzin tegen moderne monitoring en technische interventies.

Als dat gezamenlijke optrekken érgens kan, dan is het wel in Nederland. In de hele geschiedenis van de Nederlandse verloskunde valt op dat er relatief weinig polarisatie is tussen de beroepsgroepen. Ook het respect van gynaecologen voor verloskundigen is opvallend. Een van zeventiende-eeuwse grondleggers van de wetenschappelijke verloskunde wereldwijd, Hendrik van Deventer, was getrouwd met een vroedvrouw. Hij richtte zich in zijn invloedrijke boeken ook expliciet tot vroedvrouwen. De Amsterdamse hoogleraar en gynaecoloog Kloosterman was in de tweede helft van de twintigste eeuw bekend in de hele wereld door zijn voortdurende en openlijke steun aan verloskundigen en aan het Nederlandse model. Dat bracht hem alleen wel regelmatig in conflict met zijn buitenlandse vakgenoten.

In het algemeen is de openlijke aversie van gynaecologen tegen de thuisbevalling en tegen een zelfstandige eerste lijn, in andere landen veel groter dan in Nederland. Samen optrekken kán hier dus, maar we moeten er wel weer hard aan gaan werken.

Ik wil u hierbij het volgende ter overweging geven, en ik citeer: “Bepalen onderling wantrouwen en hebzucht de grenzen, dan zal ongetwijfeld de vroedvrouw de strijd moeten opgeven en dan is de toekomst aan de specialist-obstetricus die in de kliniek aan de lopende band de normale verloskunde ziet passeren met het gevaar dat hij, overstelpt door de grote hoeveelheid fysiologie, meer en meer afstompt voor het grootse gebeuren

waarvan hij getuige mag zijn en er dan meer en meer toe overgaat het laatste deel van de baring kunstmatig af te breken, waardoor hij tenslotte kan denken, net als de haan die meende dat door zijn kraaien de zon opging, de bewerker van de gunstige afloop geweest te zijn"

Deze woorden werden al ruim vijftig jaar geleden uitgesproken. Door een gynaecoloog. Te weten door professor doctor Gerrit Kloosterman in zijn inaugurele rede aan de Universiteit van Amsterdam op 16 december 1957.

Gynaecologen en verloskundigen moeten dus gezamenlijk ons systeem verdedigen en omarmen. Het tweede dat moet gebeuren om ons unieke model van geboortezorg te behouden is dat zorgverleners, ook weer gezamenlijk, hun best gaan doen om de ervaring van zwangerschap en bevalling te optimaliseren voor vrouwen en hun partners - thuis en in het ziekenhuis én bij overdracht. Wat vrouwen verwachten en vinden van hun zorg moet een *hot item* worden. Nu valt mij op dat bij dit onderwerp zorgverleners en beleidsmakers vaak behoorlijk glazig beginnen te kijken. We moeten goed gaan luisteren naar de stem van vrouwen en ze niet behandelen als onnozele wezens die het niet uitmaakt hoe of waar hun kind wordt geboren, als het maar gezond is. Als we zwangere vrouwen gaan behandelen als mondige medebeslissers, als wijze vrouwen, dan is veiligheid vanzelfsprekend een integraal onderdeel van de agenda.

Dit zal heel wat vergen van ons systeem en van de zorgverleners, want we zijn dit niet echt gewend. We hebben in Nederland, anders dan in bijvoorbeeld Engeland, ook geen invloedrijke, goed-geïnformeerde patiëntenorganisaties voor geboortezorg die hameren op wat vrouwen en hun partners belangrijk vinden. Desondanks hoop ik dat eerstelijns en tweedelijns verloskundigen en gynaecologen samen hun best gaan doen om de keten vrouwvriendelijker in te richten en samen hun best gaan doen om van elke bevalling een geweldige ervaring te maken.

De verloskundige moet sociaal worden

Dames en heren, het waarschijnlijk oudste beroep ter wereld moet, naar mijn mening, een socialer vak worden. In het Engels heet een verloskundige midwife: 'met de vrouw'. Een prachtige naam. Nederlandse verloskundigen moeten meer 'met de vrouwen' zijn.

Rond 1900 werd prenatale zorg in Nederland geïntroduceerd door public health artsen.

Zij merkten dat de baby- en zuigelingensterfte hoog was in gebieden met veel armoede.

De slechte sociale omstandigheden en het gebrek aan hygiëne en gezond voedsel moesten, zo vonden deze 'hygiënist', al tijdens de zwangerschap aangepakt worden.

Vijftig jaar lang was er daarna strijd tussen de vroedvrouwen en de

consultatiebureauartsen en -verpleegkundigen over wie het best deze prenatale zorg kon

leveren. We weten wie gewonnen heeft. Verloskundigen moeten die positie juist nu

gebruiken, om in samenwerking met de kraamzorg en de Jeugdgezondheidszorg de

medische, psychische en sociale omstandigheden zo te maken dat vrouwen en hun

partners optimaal zijn voorbereid op een goede geboorte en goed ouderschap. Ze moeten

daarbij extra aandacht hebben voor achterstandsgroepen die minder makkelijk worden

gehoord en daardoor niet de juiste zorg krijgen. Verloskundigen moeten de

vertrouwenspositie die ze hebben beter benutten, vanaf het prille begin, liefst al voor de

conceptie, tot een tijd na de geboorte. Op deze wijze kunnen verloskundigen de

babysterfte helpen verlagen en de zwangerschaps- en bevallingservaringen van vrouwen verbeteren.

Toekomstig onderzoek

Hoe moeten we nu verder en wat kan ik bijdragen vanuit onderzoek? We zijn in

Nederland collectief bang geworden voor de bevalling. Zorgverleners zijn daarmee

begonnen, maar ze hebben die angst overgedragen aan aanstaande ouders. Daardoor lijkt

de geboorte niet langer het adembenemende begin van nieuw leven, maar vooral een

levensgevaarlijk proces dat alleen met medische interventies tot een goed einde kan

worden gebracht. Bijna een kwart van de Nederlandse vrouwen die bij de verloskundige

aan de bevalling begint, vreest op enig moment tijdens de bevalling dat haar eigen leven

of dat van haar baby in gevaar is. Dat is een overschatting van de daadwerkelijke risico's

met een factor vierhonderd. Ik hoop dat ik mijn nieuwe positie kan benutten om met behulp van wetenschappelijke gegevens die trend te keren.

Ik wil graag een bijdrage leveren aan het onderzoeken en veranderen van de risicoperceptie, bij zorgverleners en bij aanstaande ouders, in de hoop dat daarmee de medicalisering van zwangerschap en bevalling wordt gestopt of teruggedraaid. Verder wil ik graag meedenken over nieuwe vormen van samenwerking en van organisatie van zorg. Zorgvormen die er toe leiden dat er meer persoonlijke aandacht is voor de vrouw en haar partner, thuis en in het ziekenhuis, dat objectieve informatie beter wordt overgedragen en dat vrouwen volwaardige medebeslissers zijn. Zorgvormen die er toe leiden dat ook bij overdracht uitstekend wordt samengewerkt tussen alle zorgverleners in de keten. Die ertoe leiden dat gynaecologen meer belangstelling hebben voor het verloop van de normale baring en voor de thuisbevalling, en dat verloskundigen meer gaan begrijpen van de dilemma's van de gynaecoloog.

Ik wil ook bijdragen aan het ontwikkelen van nauwkeurigere methoden om te onderzoeken wat zwangere vrouwen verwachten en hoe ze de zorg ervaren. Ik wil daarbij extra aandacht geven aan allochtone vrouwen in Nederland. Zij dreigen een verwaarloosde groep te worden en hun recht op goede en empathische zorg wordt onvoldoende gehonoreerd.

Maar bovenal wil ik de thuisbevalling onderzoeken in al haar facetten, om te behouden wat er goed aan is en te verbeteren wat beter kan. Voor vrouwen in Nederland, maar ook wereldwijd. Dit soort onderzoek kán hier nog!

Verloskundigen in Nederland hebben lang een achterstand gehad in het onderbouwen en verbeteren van hun handelen op basis van wetenschappelijke gegevens. De eerste Nederlandse vroedvrouw die publiceerde was Catherina Schrader rond 1700, toen ze haar prachtige 'Memoryboek van de Vrouwen' schreef. Toen was verloskunde nog geen wetenschap, maar een ambacht. Dat begint nu heel snel te veranderen. Verloskundigen spelen een actieve rol in het ontwikkelen en uitvoeren van de onderzoeksagenda. Ik hoop dat ik ook daaraan een impuls kan geven. Zwangerschap en geboortezorg staan enorm in de belangstelling, en in het recente rapport van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte

worden veel innovaties voorgesteld. Ik wil ervoor pleiten dat we alle voorstellen, hoe aantrekkelijk ook, onderzoeken op effect, vóórdát we ze landelijk implementeren. We moeten eerst weten of de innovaties de veiligheid inderdaad vergroten en hoe ze de beleving van zwangerschap en bevalling voor de vrouw veranderen.

De wens van Kloosterman het einde van zijn oratie was dat hij er aan zou bijdragen, ik citeer “dat de geboorte van de mens van een simpel natuurproces meer en meer zal worden tot een psychosomatisch gebeuren bij uitstek, namelijk de materialisering van de liefde”, einde citaat. Anno 2010 lijkt het ideaal van Kloosterman verder weg dan in 1957. Ik wil er op deze plaats voor pleiten dat we zijn empathie voor zwangere vrouwen en zijn passie voor de geboorte als bron van inspiratie gebruiken. En dat we vrouwen zelf een belangrijke stem geven. Vrouwen zijn daar wijs, én mans, genoeg voor.

Dankwoord

Mevrouw de Rector Magnificus, zeer gewaardeerde toehoorders,
aan het eind van mijn rede gekomen stel ik er prijs op nog enige persoonlijke woorden te spreken.

Leden van de Raad van Bestuur van de Universiteit van Amsterdam,
Ik dank u voor mijn benoeming.

Dames en heren bestuursleden van de KNOV,
Met het instellen van deze leerstoel benadrukt de KNOV het belang dat zij hecht aan het wetenschappelijk opleiden van verloskundigen en aan het creëren van mogelijkheden om wetenschappelijk gefundeerd, het goede van het Nederlandse systeem te behouden en te verbeteren wat moet worden verbeterd. Ik voel me vereerd dat u mij het vertrouwen geeft als niet-verloskundige de eerste leerstoel ‘Eerstelijns verloskunde’ te bezetten en ik hoop de weg te kunnen bereiden voor vele verloskundigen.

Leden van het Curatorium van deze leerstoel en van de Raad van Bestuur van het AMC,

Het AMC is al vele jaren het universitaire bolwerk van waaruit het Nederlandse systeem van verloskunde wordt onderbouwd en waar mogelijk verdedigd. Met het omarmen van de eerstelijns verloskunde als wetenschappelijk vakgebied, gaat de afdeling Verloskunde en Gynaecologie voort in de traditie van een aantal grote leermeesters zoals Kloosterman, Treffers, van Alten en Bleker. Ik ben er trots op dat ik mag proberen daar een bijdrage aan te leveren. Als de uitdrukking ‘staan op de schouders van reuzen’ ergens van toepassing is, is dat wel hier.

Hooggeleerde Gunning, beste Louise, ik ben je dankbaar voor je public health denken, voor je visie op de verloskunde in Nederland en voor het warme welkom dat je me hebt gegeven. Hooggeleerde Heineman, beste Maas Jan, ik ben blij dat wij elkaar tijdens mijn co-schappen al hebben leren kennen en dat je me weer een kans wil geven om af en toe lastig te zijn. Hooggeleerde van der Post en Mol, beste Joris en Ben Willem, ik hoop nog heel veel te kunnen profiteren van jullie indrukwekkende wetenschappelijke kennis en kunde. Ik voel me vereerd met jullie samen te mogen werken. Verloskundigen van het AMC, ik kan me geen betere collega's wensen in de strijd voor meer wetenschap in de verloskunde. De Master's opleiding en de groep klinisch werkende verloskundigen zijn een bron van inspiratie, enthousiasme en promovendi. Ik verheug me op de onderzoeken die we ongetwijfeld samen gaan uitvoeren.

Hooggeleerde van Hall, beste Eylard, jaren geleden hebben wij elkaar leren kennen toen we ons allebei druk maakten over het lot van DES-dochters. Later hebben we ons gezamenlijk druk gemaakt over het lot van IVF-kinderen. Dat ik nu hier sta en me druk maak over het lot van zwangere vrouwen is mede te danken aan jouw uitstekende advies om te kiezen voor de eerstelijns verloskunde als terrein van onderzoek.

Verloskundigen waar ik onderzoek mee doe of heb gedaan: Marlies, Ank, Dineke, Marianne, Pien, Birgit, Esteriek, Yvon, Kathy, Mariet, Mieke, Greta, Doug en Inger. Jullie drive om zwangerschap en bevallen betere ervaringen te maken voor vrouwen en hun partners en baby's is een geweldige inspiratie. Ik heb ontzettend veel van jullie

geleerd en ga nog veel meer van jullie leren. Marlies en Ank, jullie zijn mijn wetenschappelijk-morele kompas.

Ook TNO collega's, in het bijzonder die van het team Verloskunde en Kraamzorg en mijn bazen, Symone, Michael en Diederik wil ik graag bedanken voor hun niet aflatende steun voor al mijn plannen. Zelfs een tweede leerstoel was jullie niet te dol.

Hooggeleerde Gravenhorst, beste Jack, ik vind het geweldig dat je ook als emeritus nog steeds bevlogen bent voor de eerstelijns verloskunde. Jolanda en Adri, jullie zijn al jaren mijn steun en toeverlaat, zowel technisch als sociaal. Dank voor alle goede zorgen.

Mijn moeder wil ik bedanken voor het feit dat zij zich de inspanning van mijn geboorte heeft getroost al die jaren geleden, en dat ze het zich nog kan herinneren als de dag van gisteren. Mijn vader die de bevalling bijwoonde, was van schrik vervuld toen het eerste stukje van mij dat hij aanschouwde paars/blauw was en raar van vorm. Een onverwachte stuitligging kan dat effect blijkbaar hebben. Als hij hier vandaag bij kon zijn zou ik hem bedanken voor het feit dat hij mij zo liefdevol heeft opgevoed samen met mijn moeder.

David, for you I threw one of my prime principles over board, namely that I would never marry a gynaecologist. I am grateful I did, since you generously and caringly provide me with so much: love, affection, endless support, but most importantly, invaluable insight into the fascinating brain of an academically trained obstetrician.

Caroline en Daniel, dank zij jullie kan ik ervaren hoe fantastisch moederschap is. Jullie geboorten waren heel verschillend en allebei heel bijzonder. Een keizersnee in Amerika en een Nederlandse ziekenhuisbevalling bijna-zo-goed-als-een-thuisbevalling dank zij de zeer empathische zorg van Gunilla Kleiverda. Ik zie jullie opgroeien tot fantastische jonge mensen en ben er nog elke dag trots op dat ik jullie op de wereld heb mogen zetten.

Ik dank u voor uw aandacht.

Ik heb gezegd.

Referenties

1. CBS Webmagazine / Statline. 16 februari 2010
2. *Verloskundige organisatie in Nederland: uniek, bewonderd en verguisd*. Eindrapport Adviescommissie Verloskunde. Ministerie van WVC, september 1987
3. Van der Hulst LAM, Van Teijlingen ER, Bonsel GJ, Eskes M, Bleker OP. Does a Pregnant Woman's Intended Place of Birth Influence Her Attitudes Toward and Occurrence of Obstetric Interventions? *Birth* 2004, 31 (1): 28-33
4. Anthony S, Amelink-Verburg MP, Jacobusse GW, Van der Pal-de Bruin KM. *De Thuisbevalling in Nederland 1995-2002*. Rapportage over de jaren 2001-2002. TNO Rapport KvL/JPB 2005.083
5. Declerq E, Menacker F, MacDorman M. Maternal risk profiles and primary cesarean rates in the United States 1991-2002. *Am J Pub Health* 2006; 96: 867-872
6. *European Perinatal Health Report. Better Statistics for better Health for pregnant Women and their Babies*. 2008, www.europeristat.com
7. Stichting Perinatale Registratie Nederland. Perinatale Zorg in Nederland 2007. Utrecht: Stichting Perinatale Registratie Nederland, 2009
8. Amelink-Verburg MP, Rijnders MEB, Buitendijk SE. Trends in risk selection and referrals during pregnancy and labour 1988 – 2004: an analysis of 2 million cases. *BJOG* 2009; 116 (7): 923-932
9. De Jonge A, Goes BY, Ravelli A, Amelink-Verburg MP, Mol BW, Nijhuis JG, Bennebroek Gravenhorst J, Buitendijk SE. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG* 2009; 116 (9): 1177-1184
10. Van der Goes BY, Ravelli ACJ, De Jonge A, Wiegers TA, Buitendijk SE, Nijhuis JG, Mol BW. *Home birth in low-risk women reduces the number of cesarean sections without affecting perinatal outcome*. Abstract, Society for Maternal-Fetal Medicine 30th Annual Meeting, Chicago 1-6 February 2010
11. MacDorman M, Declerq E, Menacker F, Malloy MH. Infant and neonatal mortality for primary caesarean and vaginal births in women with 'no indicated risk', United States 1998-2001 birth cohorts. *Birth* 2006 (33); 3: 175-182
12. MacDorman M, Declerq E, Menacker F, Malloy MH. Neonatal mortality for primary caesarean and vaginal births to low-risk women: application of an "intention-to-treat" model. *Birth* 2008 (35); 3: 3-813.
13. Beech BL, Phipps B. Normal birth: women's stories. In: Downe, S. (red.), *Normal Childbirth Evidence and Debate*. Churchill Livingstone, London, 59-83
14. Green JM, Coupland VA, Kitzinger JV. Expectations experiences, and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women. *Birth* 1990; 17: 15-24
15. Allen S. A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth. *J Reproductive and infant Psychology* 1998; 16: 107-131
16. Olde E, Van der Hart O, Kieber R, Van Son M. Post Traumatic Stress Following Childbirth: a Review. *Clinical Psych Rev* 2006; 26: 1-6
17. Larkin P, Begley CM, Devane D. Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery* 2009; 25: e49-e59

18. MacKinnon K, McIntyre M, Quance M. The meaning of the nurse's presence during childbirth. *Journal of Obstetric Gynecological and Neonatal Nursing* 2003; 34: 28-36
19. Kemp J, Sandall J. Normal birth, magical birth: the role of the 36-week birth talk in caseload midwifery practice. *Midwifery* 2010; 26: 211-221
20. Oz Y, Sarid O, Peleg R, Sheiner E. Sense of coherence predicts uncomplicated delivery: a prospective observational study. *Midwifery* 2009; 30: 29-33
21. Rijnders M, Baston H, Schonbeck Y, Van der Pal-de Bruin KM, Prins M, Green J, Buitendijk SE. Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience, in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth* 2008; 35 (2): 107-16
22. Koch H. Thuisbevalling (1). *ESTA* 2010; 6: 77
23. Kloosterman GJ. *Het universele karakter der Verloskunde*. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van Hoogleraar aan de Universiteit van Amsterdam, 16 december 1957

In bijna de hele Westerse wereld is de bevalling een medisch/technisch proces geworden. Het vindt plaats in het ziekenhuis, bij de gynaecoloog, en de enige belangrijke uitkomst is eigenlijk de gezondheid van de baby. Nederland is daarop een eenzame uitzondering met onze thuisbevalling en zelfstandig werkende verloskundigen. Nog wel. De druk om ook hier zwangerschap en bevalling te medicaliseren, neemt toe.

In de discussie over de beste zwangerschaps- en geboortezorg wordt de stem van de zwangere te weinig gehoord. Vrouwen moeten de verantwoordelijkheid en zeggenschap over de bevalling terugkrijgen. Alleen als we ons gaan verdiepen in wat voor vrouwen belangrijk is, zullen we in staat zijn onze geboortezorg op een menselijke, niet-gemedicaliseerde en veilige manier te organiseren. Wanneer domeinstrijd tussen zorgverleners en uitsluitend de cijfers van babysterfte het beleid gaan bepalen, wordt bevallen een mechanisch proces. Dat heeft negatieve gevolgen voor zwangere vrouwen, hun partners en hun baby's.

Simone Buitendijk studeerde geneeskunde aan de Universiteit Utrecht en behaalde daar in 1985 haar artsexamen. Aan Yale University, Verenigde Staten, behaalde ze in 1988 haar Master of Public Health. In 2000 promoveerde ze aan de Universiteit Leiden op het onderwerp 'TVF Pregnancies: Outcome and Follow-up'.

Zij is hoofd van het onderzoeksprogramma Jeugd van TNO in Leiden. Sinds juli 2008 is zij bijzonder hoogleraar Integrale preventieve gezondheidszorg voor kinderen bij het Leids Universitair Medisch Centrum. Daarnaast is zij vanaf juni 2009 bijzonder hoogleraar Eerstelijns verloskunde en ketenzorg aan de Universiteit van Amsterdam.

De stem van
vroede vrouwen



9 78905 6 2963 46

Oratiereeks 360