

Thuis bevallen in Vlaanderen: een kwestie van reflexiviteit

Christien Gilleir

“Ik heb bewust gekozen voor thuisbevallingen, en gelukkig kon dit medisch gezien ook. Maar (...) het [is] hier niet altijd vanzelfsprekend (...) een vrije keuze te maken wat betreft bevallen. Uiteindelijk word je als vrouw in België toch in een ‘richting’ geduwd. Zelf heb ik het geluk met een grote dosis zelfvertrouwen op deze mooie aardbol rond te lopen en kan ik bewust tegen de stroom ingaan indien nodig (...).”
(Respondente n° 453)

1. Inleiding

In de loop van de recente geschiedenis hebben er zich in Vlaanderen op het vlak van bevallingspraktijken fundamentele veranderingen voorgedaan. In het begin van de twintigste eeuw bevielen de meeste moeders vanzelfsprekend thuis onder de begeleiding van een vroedvrouw. Gaandeweg verschoof de geboorte echter van thuis naar het moeder- of ziekenhuis, en werd de baring meer en meer geleid door gespecialiseerd medisch personeel. De gewoonte om te gaan bevallen in een gemedicaliseerde omgeving komt in een stroomversnelling na de Tweede Wereldoorlog (Corps 2002, 118). Tegenwoordig is de ziekenhuisbevalling op haar beurt een vanzelfsprekendheid geworden. Ze heeft de status van algemeen geldende norm verworven (Kleiverda e.a. 1990, 2; Davis-Floyd 1994 geciteerd in Wiegers e.a. 1998, 1510).

Maar het hedendaagse Vlaanderen telt ook vrouwen (en mannen) die rond hun zwangerschap en bevalling gedragingen stellen waarmee ze ingaan tegen de gangbare praktijken. De manieren waarop en de mate waarin variëren. Ze treden bijvoorbeeld in debat met hun gynaecoloog over het routinematige karakter van sommige medische interventies of laten hun zwangerschap en bevalling bewust begeleiden door een gewone huisarts. In een stijgend aantal gevallen kiezen ze voor een thuisbevalling (zie verder). Een thuisbevalling is een bevalling die zich gepland voltrekt in de woning van de barendende vrouw onder begeleiding van een erkende zelfstandige vroedkundige en/of een huisarts (eigen definitie, geldig voor Vlaanderen). Dit soort bevallingen wordt toege-

staan aan vrouwen met een zogeheten ‘laag risico zwangerschap’. De risicobeoordeling gebeurt aan de hand van de “Verloskundige Indicatielijst”.¹ Onderzoek heeft aangetoond dat onder die voorwaarden een thuisbevalling even ‘veilig’ is als een ziekenhuisbevalling. Meer zelfs, ze zou op vlak van preventie ook voordelen bieden, onder meer omwille van een verlaagde kans op iatrogenese² en een verhoogde kans op borstvoeding (zie bv. Cunningham 1993, 475; Olsen 1998, 18; Wiegers & Berghs 1994).

Tabel 1. Evolutie bevallingen naar plaats van bevalling, Vlaanderen.

	Bevallingen			
	Thuisbevallingen	Kraamklinieken	Totaal	% Thuis
1993	586	65.535	66.121	0,89%
1994	598	62.516	63.114	0,95%
1995	628	62.043	62.671	1,00%
1996	554	62.026	62.580	0,89%
1997	545	62.177	62.722	0,87%
1998	587	60.630	61.217	0,96%
1999	612	59.824	60.436	1,01%
2000	628	60.524	61.152	1,03%
2001	678	59.272	59.950	1,13%
2002	680	58.405	59.085	1,15%
2003	704	58.791	59.495	1,18%
2004	743	61.279	62.022	1,20%

Bron: Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie + eigen bewerking.

Het relatieve aantal thuisbevallingen in Vlaanderen groeit: van 0,89% in 1993 naar 1,01% in 2000 en 1,20% in 2004 (tabel 1).³ Toch blijven ze er, net zoals in de rest van de moderne samenlevingen – Nederland uitgezonderd⁴ – erg ongewoon en behoren ze er duidelijk niet tot de geïnstitutionaliseerde sociale praktijken. Net zoals in de overige westerse landen zijn zwangerschap en bevalling in Vlaanderen immers gemedicaliseerde processen en genieten de bevallingen in een ziekenhuis of in een kraamkliniek de status van norm. Vlaamse vrouwen die een thuisbevalling wensen, stellen dus bewust of onbewust deze norm in vraag. Het onderzoek dat aan de basis ligt van dit artikel is opgezet met de bedoeling bij te dragen tot het sociologisch begrijpen en verklaren van dit fenomeen. Dit gebeurt door inzicht te brengen in wie de Vlaamse vrouwen zijn die rond hun bevalling non-conform gedrag produceren en door na te gaan in welke zin ze verschillen van andere zwangere Vlaamse vrouwen. Er

wordt toegespitst op thuisbevallingen omdat deze conceptueel kunnen worden opgevat als de ultieme in vraagstelling van de norm (Cunningham 1993, 475; Wiegers e.a. 1998, 1510; Abel & Kearns 1991, 827, 828). Een thuisbevalling vindt immers plaats buiten de muren van een medische instelling en wordt in hoofdzaak begeleid door paramedisch personeel.

De redenen waarmee vrouwen hun keuze voor een thuisbevalling motiveren blijken zeer divers en talrijk. Vrouwen kiezen bijvoorbeeld voor een thuisbevalling omdat ze wensen te beschikken over meer autonomie en controle, over meer intimiteit en gezelligheid, omdat ze een natuurlijke bevalling willen zonder medische ingrepen of uit schrik voor iatrogenese. Deze waarom-vraag vormt samen met de vraag naar de specifieke beleving van een thuisbevalling reeds het voorwerp van talrijk ander onderzoek ter zake (zie bv. Klee 1986; Abel & Kearns 1991; Cunningham 1993; O'Connor 2000; Viisainen 2001; De Reu 2000). Deze studie gaat op zoek naar gemeenschappelijke kenmerken van vrouwen die bepaalde redenen, ongeacht dewelke precies, belangrijk genoeg vinden om ze te vertalen naar hun bevallingspraktijken, ook al houdt dat in dat ze daarmee ingaan tegen de heersende norm en hun zwangerschap mogelijk een conflictueuze periode wordt waarin ze geconfronteerd worden met vooroordelen en veroordelingen uit hun omgeving (zie bv. O'Connor 2000, 551).

In een theoretisch luik wordt het uitgangspunt van non-conformisme gesitueerd in de context van het (de)medicaliseringsproces van zwangerschap en bevalling en in de theorie over reflexieve modernisering en individualisering van de hedendaagse socioloog Ulrich Beck (1992). Deze theorie biedt mogelijkheden om de brede maatschappelijke transformaties die de westerse maatschappijen tegenwoordig doormaken te duiden, met inbegrip van de veranderende relatie tussen de moderne geneeskunde en de lekenpopulatie. Onze belangrijkste hypothese luidt dat vrouwen die thuis bevallen, behoren tot het prototype van het laat-moderne reflexieve en geïndividualiseerde individu. Het onderzoek, dat aansluit bij de ruimere vraag naar de aard van de relatie tussen individu en gemeenschap in laat-moderne tijden, wordt opgevat als een illustratie van Becks theorie, meer bepaald wat betreft de gevolgen van maatschappelijke veranderingsprocessen op individueel vlak.⁵

In een empirisch luik wordt daarom onderzocht in welke mate Vlaamse vrouwen die thuis bevallen, gemiddeld genomen en meer dan andere vrouwen met jonge kinderen, participeren in het zogeheten individualiseringsproces. Meer specifiek wordt de vraag gesteld of ze reflexiever omgaan met de maatschappelijke realiteit. Onder reflexiviteit verstaan we een bewust en frequent invraagstellen en een loskomen van de door sociale controle-instituties voorgegeven zingevings- en handelingspatronen (vgl. Waege 1994, 328). Reflexiviteit creëert mee de mogelijkheden voorwaarden om in te gaan tegen de autoriteit

van geïnstitutionaliseerde systemen. Het houdt dus non-conform denken en doen in.

Het toetsen van de onderzoeksvraag gebeurt aan de hand van de systematische vergelijking van twee groepen vrouwen: enerzijds een representatieve steekproef van de populatie vrouwen die recent thuis zijn bevallen ($n = 292$) en anderzijds een representatieve steekproef van de populatie vrouwen die in dezelfde periode in het ziekenhuis zijn bevallen ($n = 400$). Met behulp van een post-enquête wordt ten eerste de reflexiviteit van hun cultuur⁶ bevraagd. Dit gebeurt aan de hand van het 'spiegel-concept' conformisme. Ten tweede worden ook de gebruikelijke sociaal-economische en demografische attributen van de respondentes in kaart gebracht. Het betreft leeftijd, opleiding, inkomen, beroepssituatie en gezinsvorm. Ten derde worden de kenmerken van een aantal perinatale gedragingen geregistreerd. Verwacht wordt dat de eventueel geregistreerde verschillen op deze variabelen de handelingscomponent van het concept reflexiviteit verder kunnen illustreren. Met dit onderzoeksopzet worden tevens een aantal bevindingen uit andere in hoofdzaak buitenlandse en kwalitatieve studies aan de hand van kwantitatieve data getoetst. In zijn geheel zorgt deze aanpak voor een primeur wat betreft onderzoek naar thuisbevallingen in Vlaanderen.

2. Theoretisch kader

2.1 De thuisbevalling als reactie op medicalisering

Het formuleren van een antwoord op de onderzoeksvraag vangt aan met de vaststelling dat zwangerschap en bevalling in moderne samenlevingen gemedicaliseerd zijn (Klinkert 1982). Medicalisering verwijst naar het proces waarbij steeds meer verschijnselen van het menselijk bestaan onder de oordeelsbevoegdheid van leden van de medische professie worden gebracht (Williams & Calnan 1996, 1609; Fahrenhort & Klinkert 1978, 415). Medicalisering refereert ook aan het feit dat de biomedische kijk het in de westerse maatschappij geschopt heeft tot dominant cultureel model inzake gezondheid (Davis-Floyd 1992 en Lupton 1995, beide geciteerd in Viisainen 2001, 1109). Sinds de jaren zestig geldt dit model ook op gebied van zwangerschap en geboorte als dé autoriteit. Het legt de nadruk op preventie en opsporing van eventuele pathologische ontwikkelingen tijdens de zwangerschap en de bevalling. Het maakt daarbij gebruik van een ruime waaier aan technologische apparatuur en medische interventies (Viisainen 2001, 1109). Dit vertaalt zich o.a. in de veralgemeende praktijk van ziekenhuisbevallingen, een actief beleid voor barende vrouwen met ingrepen zoals het vroegtijdig opwekken van de weeën (O'Con-

nor 2000, 550) en een stijgend aantal keizersneden (Lenaers 1994, 26; Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie s.d.).

O'Connor (2000, 550-551) stelt dat de thuisbevalling een reactie is op deze medicalisering. De thuis bevallen vrouwen die zij ondervroeg waren ervan overtuigd dat de manier waarop in het ziekenhuis met bevallingen omgesprongen wordt, potentieel gevaarlijk is. Bijna drie kwart van de geïnterviewde vrouwen was eerder al eens bevallen in het ziekenhuis en voor twee van de drie was dit een negatieve ervaring geweest. Deze vrouwen beoordeelden de verloskundige zorg in het ziekenhuis als sterk gemedicaliseerd, onpersoonlijk en beheersend. O'Connor concludeert dat de thuisbevalling een verwerping is van de gemedicaliseerde verloskundige. Abel & Kearn (1991, 832) stellen dat een thuisbevalling in die zin kan worden opgevat als een politieke daad. Ook Martin (in Viisainen 2001, 1110) aanziet thuisbevallingen als de ultieme verwerping van het gemedicaliseerde biomedische model. Uit Martins onderzoek blijkt dat vrouwen die thuis willen bevallen aanhangers zijn van de alternatieve visie op geboorte. Deze natuurlijke holistische ideologie vertrekt vanuit de subjectieve noden van de bevallende vrouw, in plaats van medisch-objectief verifieerbare informatie als richtlijn voor actie te hanteren.

Viisainen (2001, 1109, 1115, 1118 en 1120) volgt grotendeels dezelfde redenering en concludeert dat thuis bevallende ouders allicht gekarakteriseerd kunnen worden als laat-moderne reflexieve individuen die hegemonische vormen van gezaghebbende kennis uitdagen. Volgens Viisainen produceert elke samenleving haar eigen consensuele visie op geboorte. In de westerse wereld is deze visie gebaseerd op biomedische kennis. Thuisbevallende ouders transformeren dit vooropgestelde model en laten zich inspireren door het concurrerende model, het natuurlijke holistische. Ze genereren persoonlijke alternatieve manieren van bevallen die hun individuele prioriteiten en hun vertrouwen in eigen kennis weerspiegelen. Al doende onttrekken ze het geboorteprocess van hun kind aan de gebiedende controle van de samenleving in het algemeen en aan de automatismen die gepaard gaan met het biomedisch denken in het bijzonder. Ze maken dus keuzes waarmee ze ingaan tegen de autoriteit van het systeem. Daarom noemt Viisainen ze 'laat-moderne reflexieve individuen'. Hieronder zal blijken wat deze omschrijving precies inhoudt.

2.2 Reflexieve modernisering, individualisering en demedicalisering

Met de omschrijving 'laat-moderne reflexieve individuen' verwijst Viisainen (2001, 1120) naar de reflexieve moderniseringstheorie van Ulrich Beck (1992). Beck maakt een diagnose van de fundamentele en globale sociale veranderingen die de westerse maatschappijen momenteel doormaken. Hij beschrijft hoe de fase van de eenvoudige moderniteit kenmerkend is voor de industriële maatschappij. Typisch voor deze maatschappijstructuur is de opdeling in soci-

ale klassen, de duidelijke beroepsstructuren, het kerngezin en de daaraan verbonden seksegebonden rollen, het onderscheid tussen primaire, secundaire en tertiaire sector en het geloof in wetenschap en techniek. Tegenwoordig staat deze moderniteit in wisselwerking met wat Beck de reflexieve moderniteit noemt. De industriële maatschappij is zichzelf tegelijkertijd aan het ondergraven én aan het overstijgen via de ontwikkelingen die ze zelf in het leven heeft geroepen. Vooruitgang kan nu omslaan in zelftransformatie. Dit tweede moderniseringsproces doorbreekt zodoende de institutionele vormgeving die de industriële maatschappij gaf aan de principes van de eerste moderniteit. Er ontstaat een maatschappij met nieuwe kansen en nieuwe gevaren, de risico-maatschappij. Beck wijst in dat verband op de productie van een nieuw soort risico dat inherent verbonden is met de verdergaande modernisering. Hij denkt daarbij in eerste instantie aan grootschalige globale risico's zoals nucleaire rampen, maar in het kader van wat ons in deze paper bezighoudt kan het voorbeeld gegeven worden van de moderne verloskunde: de geavanceerde verlostechnieken bieden nieuwe kansen om tijdens problematische bevallingen levens te redden én vormen tegelijkertijd, wanneer ze routinematig worden aangewend, een potentieel gevaar voor de gezondheid van moeder en kind.

Op individueel vlak trekt Beck (1992) de aandacht op de wijzigingen die optreden in de sociale cultuur en in de sociale relaties. In verband met dit laatste spreekt hij van individualisering. Met individualisering wordt verwezen naar het proces van loskomen van individuen uit de lokale, traditionele verbanden die het gedrag stuurden: uit de klasse, de stand, de religie, de plaatselijke gemeenschap waartoe men behoorde. Het proces wordt daarom ook het proces van detraditionalisering genoemd. In de eenvoudige moderniteit bestond met betrekking tot de verschillende maatschappelijke domeinen een compromis. Dat compromis schreef voor hoe de dingen hoorden te gebeuren en werd als vanzelfsprekend ervaren. Gaandeweg zorgen de krachten uit deze eenvoudige moderniteit ervoor dat de sociale praktijken en de erop gebaseerde instituties worden doorbroken. Daardoor schieten de oude oplossingen tekort en gaan individuen op zoek naar nieuwe oplossingen die ze zelf 'bricoleren'. Individualisering betekent dan de vervanging van de voorgeschreven wijze van leven in de industriële maatschappij door een wijze van leven waarbij de individuen hun biografie zelf (moeten) samenstellen (Beck 1992, 103-126; Beck & Beck-Gernsheim 1995, 11-44; Lammertyn e.a. 2001, 1-4).

Williams & Calnan (1996) stellen dat het proces van individualisering in wisselwerking staat met de groei van sociale reflexiviteit. Deze reflexiviteit is een chronische eigenschap geworden van de laat-moderne tijden. Dit houdt in dat er een oneindige cyclus van invraagstellingen en her-beoordelingen plaatsvindt in het licht van nieuwe informatie en kennis. Dit proces overspant alle aspecten van het sociale leven met inbegrip van de moderne geneeskunde en het lichaam. Er ontstaat daardoor een kritische relatie tussen de moderne geneeskunde en de lekenpopulatie (lay populace). De lekenpopulatie laat zich

niet langer inpakken door de medische ideologie. Er ontstaan tegenreacties en lekendeskundigheid (lay re-skilling). Leken maken zich technische expertise eigen en benadrukken de onnatuurlijke aspecten van de moderne medische technologie. Deze ontwikkelingen hebben belangrijke implicaties op het gebied van de geloofwaardigheid en de legitimiteit van de moderne geneeskunde.

De context van (sociale) handelingen wordt aldus gekenmerkt door pluralisme en door de diversificatie van autoriteiten en expertises. Individuen zijn niet langer passieve consumenten die automatisch de medische ideologie onderschrijven. Het zijn kritische reflexieve agenten geworden, die een actieve houding aannemen ten overstaan van de moderne medische ontwikkelingen. Ze zijn op hun hoede voor de nieuwe risico's die verbonden zijn aan het medicaliseringsproces en bouwen aan een nieuw soort gelijkwaardige arts-patiënt relatie (Williams & Calnan 1996; Tuckett e.a. geciteerd in Schepers & Nievaard 1999, 99). Als gevolg daarvan tekenen zich, parallel aan de voortschrijdende medicalisering, de contouren af van het tegengestelde proces, met name demedicalisering. Mensen streven ernaar om minder aspecten van het dagelijkse leven in de medische sfeer onder te brengen (Lenaers 1994, 12). Op het vlak van reproductie en moederschap worden thuisbevallers aanzien als voortrekkers van dit demedicaliseringsproces. Het is in die zin dat de uitspraak van Viisainen (2001, 1120) over thuisbevallende ouders als zijnde reflexieve individuen, mag begrepen worden.

3. Hypotheses

3.1 Een kwestie van cultuur

Moderniseringssociologen zoals Beck stellen dus dat er zich in het zog van bredere maatschappelijke transformaties ook een transformatie van het alledaagse leven voordoet (Hustinx 2003, 104-106). Er zou daarom kunnen gesteld worden dat de progressieve erosie van de voorgeschreven levenswijzen ook een impact heeft op de manier waarop vrouwen willen bevallen. Het stijgend verzet tegen de bestaande bevallingstraditie – hier geïndiceerd aan de hand van de groei van het aandeel thuisbevallingen (zie tabel 1) – kan dan worden opgevat als een aanwijzing van het feit dat de samenleving individualiseert. Eén en ander leidt tot de formulering van volgende hypothese. Er leven in Vlaanderen vrouwen die reflexiever zijn dan gemiddeld. Het zijn vrouwen die het individualiserings- en detraditionaliseringsproces reeds verder geïntegreerd hebben dan andere vrouwen en een reflexieve cultuur ontwikkeld hebben. Ze hechten doorgaans minder belang aan tradities en gewoontes, en laten hun opvattingen en overtuigingen minder dan gebruikelijk afhangen van de waar-

den en normen die de maatschappij voorschrijft. Deze vrouwen denken minder normconform. Wanneer ze zwanger worden maakt deze non-conformistische cultuur hen sterk bewust van hun specifieke behoeften met betrekking tot hun bevalling en stimuleert hen tot het in vraag stellen van het maatschappelijk voorgeschreven bevallingsmodel. Bij een aantal van deze vrouwen mondt dit uit in een alternatieve bevallingswens, bijvoorbeeld in een thuisbevallingswens. De verwachting is daarom dat er verhoudingsgewijs meer vrouwen met een non-conformistische cultuur zullen worden aangetroffen onder vrouwen die thuis bevallen dan onder vrouwen die in een ziekenhuis bevallen. Of anders gezegd dat de cultuur van vrouwen die thuis bevallen doorgaans reflexiever is dan die van vrouwen die in een ziekenhuis bevallen.

3.2 Een kwestie van structuur

Tot zover de vraag naar het verband tussen een bepaald soort sociaal handelen en de cultuur van de actoren die deze handelingen stellen. Opvattingen en overtuigingen ontstaan echter niet in het luchtledige. Individualisering bijvoorbeeld is een sociaal-culturele verandering die plaatsgrijpt in wisselwerking met de individuele noodzaak om met nieuwe en zeer diverse sociaal-structurele gegevens om te gaan (vgl. Waage 1997, 68). Daarom worden de structurele kenmerken leeftijd, opleiding, inkomen, beroepssituatie en gezinsvorm aan het conceptueel model toegevoegd. Een overzicht van de bevindingen uit eerdere studies geeft de richting aan van de resultaten die in het kader van dit onderzoek mogen worden verwacht.

In Nederland zijn vrouwen die voor het eerst gaan bevallen en die een thuisbevalling wensen, doorgaans ouder dan gelijkaardige vrouwen die in het ziekenhuis willen bevallen. Ze hebben ook vaker een hogere opleiding genoten en zijn vaker voltijds buitenshuis actief (Kleiverda e.a. 1990, 6). Onderzoeken uit Canada en Zweden (Soderstrom e.a. 1990; Walderstrom & Nilsson 1993; en Abernathy & Lentjes 1989, allen geciteerd in Wiegers e.a. 1998, 1506) tonen aan dat de kans om ouder, getrouwd, en hoog opgeleid te zijn groter is bij vrouwen met een alternatieve bevallingswens. In Australië zijn vrouwen die thuis bevallen gemiddeld twee jaar ouder dan vrouwen die in het ziekenhuis bevallen. Ook daar zijn ze vaker hoger opgeleid, maar zijn ze minder vaak getrouwd met de partner met wie ze samenleven. Ze zijn oververtegenwoordigd in zowel de laagste als de hoogste inkomensklassen (Cunningham 1993, 475-478). In Nieuw-Zeeland hebben vrouwen die thuis bevallen meestal een vaste relatie en behoren ze tot de middenklasse. In Ierland is de typische moeder die kiest voor een thuisbevalling in de dertig, hoog opgeleid en niet buitenshuis professioneel actief. Onder de thuisbevallende vrouwen die wel professioneel actief zijn, werkt 20% in de gezondheidszorg (O'Connor 2000, 551 & 553). In Finland zijn de meeste vrouwen die thuis bevallen getrouwd of samenwonend

en heeft de helft een hogere sociaal-economische status dan gemiddeld (Viisainen 2001, 1112).

3.3 Een kwestie van gedrag

Met het uitgangspunt van deze studie werd een uitspraak gedaan over het bevallingsgedrag (oftewel een deel van het natale gedrag) van vrouwen. Een thuisbevalling werd – voor Vlaamse vrouwen – gekwalificeerd als non-conform gedrag. Hieronder wordt verder toegespitst op het perinatale gedrag van vrouwen. De verwachting is dat hiermee de reflexiviteit van vrouwen die thuis bevallen verder kan worden geïllustreerd omdat bij hen mogelijk ook op dit vlak atypische gedragingen kunnen worden geobserveerd. Naast de culturele en structurele variabelen worden daarom ook een aantal perinatale gedragsvariabelen opgenomen in het onderzoeksmodel. Het betreft de voorbereiding op de bevalling, de aard van de (para)medische begeleiding en van de sociale omkadering tijdens de bevalling, en de borstvoeding. Uit de literatuur blijkt met betrekking tot deze variabelen onder meer het volgende.

De overgrote meerderheid van de vrouwen in Vlaanderen bevalt onder de leiding van een gynaecoloog. Thuisbevallingen worden daarentegen in hoofdzaak begeleid door zelfstandige vroedvrouwen (De Bakermat 2002, 38). De mogelijkheid voor deze andere begeleiding wordt als een belangrijk voordeel van de thuisbevalling ervaren. De vroedvrouw lijkt vaker een niet interventio-nistische en actie bevorderende houding aan te nemen en zowel technische begeleiding als emotionele ondersteuning te bieden (De Reu 2000). Volgens de voorstanders biedt een thuisbevalling ook voordelen op het vlak van sociale omkadering. Daar waar een ziekenhuisbevalling doorgaans enkel de aanwezigheid van de partner toelaat, biedt een thuisbevalling de mogelijkheid om zelf te bepalen wiens aanwezigheid gewenst is en kunnen ook andere intimi zoals de moeder van de barendende vrouw, de zus, een goede vriendin en/of oudere kinderen actief betrokken worden bij het geboorteprocess. Deze vaststellingen sluiten aan bij onze eerdere theoretische overwegingen rond de uitbouw van een nieuwe soort reflexieve arts-patiënt relatie (cf. § 2.2) die de vorm aanneemt van een ‘meeting between experts’ (Schepers & Nievaard 1999, 99). Binnen dit soort relatie verloopt de uitwisseling van informatie vlotter en wordt aan de niet strikt medische en aan de subjectieve noden van patiënten, zowel door arts als door patiënt, steeds meer belang gehecht.

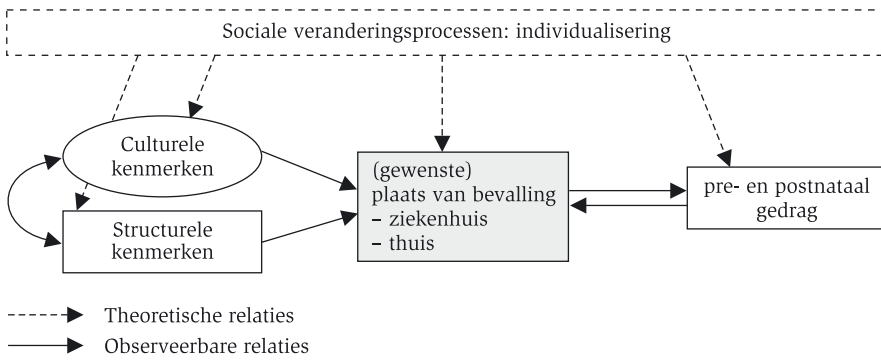
Met betrekking tot de voorbereiding van de bevalling stellen Wiegers e.a. (1998, 1506) vast dat vrouwen die thuis bevallen vaker prenatale instructieles- sen hebben gevolgd dan andere vrouwen. Ze zouden beter geïnformeerd de geboorte tegemoet willen zien. Uitgaand van hun reflexieve in-vraag-stellende cultuur wekt dit geen verbazing en zou hiervoor dus bevestiging moeten kunnen gevonden worden. Voor het formuleren van een hypothese rond borstvoe-

dingsgewoontes ten slotte wordt inspiratie gezocht bij de theorie van Raphaël Leff (geciteerd in De Reu 2000, 45). Leff onderscheidt met betrekking tot de onbewuste psychologische processen die de houding ten aanzien van zwangerschap en bevalling beïnvloeden twee ideaaltypes. 'Facilitators' zijn vrouwen die zich aan hun zwangerschap overgeven en die vooral vertrouwen op hun eigen lichaam. Na de geboorte passen ze zich zoveel mogelijk aan de baby aan en geven ze borstvoeding op vraag. 'Regulators' zijn vrouwen die zich zoveel mogelijk afschermen van hun zwangerschap. Ze willen sterk begeleid worden, kiezen voor flesvoeding en houden zich aan een strikt voedings-schema. In het licht van de uiteenzettingen over het alternatieve gezondheidsmodel en de zogeheten natuurlijke geboorte (cf. § 2.1) lijkt het aannemelijk dat vrouwen die thuis bevallen eerder kenmerken van het faciliterende type vertonen. Verwacht wordt dat ze daarom vaker en langer borstvoeding geven dan andere vrouwen en dat hiermee andermaal hun non-conformisme in de verf kan worden gezet. Het is in deze context immers belangrijk te onthouden dat (lang) borstvoeding geven (zes maanden en meer) evenmin als thuis bevallen de norm uitmaakt in Vlaanderen. 60% van de pas geboren baby's krijgt er weliswaar borstvoeding maar dit percentage daalt tot 39% op de leeftijd van drie maanden en tot 16% op de leeftijd van zes maanden. Op één jaar krijgt nog 4% van alle kinderen in Vlaanderen borstvoeding (SEIN 2002, 382-388). De mogelijkheid om te kiezen tussen borstvoeding of flessenvoeding wordt nochtans slechts in uitzonderlijke gevallen beperkt door gezondheidsproblemen van moeder of kind (Kind & Gezin 2003c, 46). De voorkeur voor een bepaalde vorm en duur van zuigelingenvoeding lijkt dus net zoals de keuze voor een thuisbevalling voornamelijk cultuurgebonden.

4. Operationalisering

4.1 Conceptueel model

De keuze voor de plaats van bevalling wordt in principe beïnvloed door variabelen die zich op meerdere empirische observatieniveaus bevinden. Op meso-niveau en macro-niveau gaat het om organisatie- en beleidsaspecten met betrekking tot het aanbod van de zorg. In het bijzonder spelen ongetwijfeld de houding van de medische professie en de beschikbaarheid van informatie en kennis over de mogelijkheden om thuis te bevallen een rol, net zoals de geografische verspreiding van zelfstandige verloskundigen en kraamhulpinfrastructuur, de bepalingen in verband met de toegankelijkheid van eerste- en tweedelijns hulp en de terugbetalingsregelingen voor thuisbevallingen in het kader van de sociale zekerheid. Een vergelijkende studie tussen regio's, bijvoorbeeld tussen Nederland en Vlaanderen, zou het opnemen van deze contextvariabelen noodzakelijk maken. Voorliggend onderzoeksmodel beschouwt



Figuur 1. Conceptueel model op het individuele observatieniveau.

enkel variabelen die toewijsbaar zijn aan het micro-niveau, in het bijzonder de kenmerken van vrouwen die voor de keuze van een bevallingsplaats staan.⁷ Het onderzoek hanteert het conceptueel model zoals weergegeven in figuur 1.

4.2 Indicatoren

De operationaliseringsaanpak van Hustinx (2003, 140) staat model voor de indicering van het culturele aspect van reflexiviteit. Hustinx spreekt in verband met de culturele component van haar conceptueel model van 'people's level of reflexive awareness' en 'the degree of individual reflexivity'. Zij vindt o.a. bij Beck en meer bepaald in de 'disenchantment'-dimensie van het individualiseringsproces de theoretische grond hiervoor. Die dimensie geeft aan hoe in de hoofden van de mensen het niveau van onbewuste gemeenschappelijke gewoontes afbrokkelt ten voordele van een verhoogde staat van reflexiviteit. De schaal voor communitarisme zoals die door Hans Waage (1997) werd ontwikkeld wordt aangewend om empirisch te observeren in welke mate iemands opvattingen, waardenpatronen en oordelen (nog) beïnvloed zijn door collectieve denkpatronen. De schaal verwijst dus naar het omgekeerde van een reflexief bewustzijn, namelijk naar het excessief benadrukken van een gemeenschappelijk gedeelde en overgeleverde moraal, naar sociale controle op basis van dit normatieve kader en naar goed fatsoen en overlegweigerung vanuit een traditioneel-normatieve ingesteldheid (Waage 1997, 130, 234). De schaal bestaat uit veertien evaluatieve items met een hoge interne consistentie (Cronbach's Alpha 0,91). Omdat de schaal een positieve verwijzing is naar traditionele gebruiken en omgangsvormen, wordt verwacht dat vrouwen die thuis willen bevallen gemiddeld significant lager zullen scoren op deze schaal dan vrouwen die in het ziekenhuis willen bevallen.

Voor de operationalisering van de socio-economische en demografische variabelen en de gedragsvariabelen worden klassieke en voor de hand liggende indicatoren aangewend.

4.3 Selectie onderzoekseenheden

De onderzoekspopulatie wordt gevormd door vrouwen in Vlaanderen die recent bevallen zijn. Het databestand Ikaros van Kind & Gezin⁸ doet dienst als steekproefkader. Ikaros registreert in opdracht van de Vlaamse Overheid de gegevens van alle pasgeborenen met moeders woonachtig in het Vlaams Gewest. Voor de behoeften van het onderzoek wordt het kader verder beperkt tot levende kinderen⁹ met een autochtone moeder¹⁰ geboren uit een éénling-zwangerschap¹¹ tussen juni 2003 en mei 2004.¹²

Het onderzoek krijgt een quasi-experimenteel design (vgl. Billiet 1996, 135): vrouwen uit een 'experimentele groep' (thuis bevallen vrouwen) worden vergeleken met vrouwen uit een 'controlegroep' (in het ziekenhuis bevallen vrouwen). De geringe vertegenwoordiging van thuis bevallen vrouwen in de populatie (rond de 1%) wordt opgelost door het trekken van een disproportionele steekproef¹³ (vgl. Billiet 1996, 130). In Ikaros staan voor de periode die vooropgesteld wordt 292 thuis bevallen vrouwen geregistreerd. Ze worden allemaal geselecteerd. Uit de groep niet thuis bevallen vrouwen wordt door Kind & Gezin een toevalselectie gemaakt van 400 eenheden met behulp van de statistische software SPSS.

4.4 Dataverzameling en dataverwerking

De dataverzameling gebeurt aan de hand van een post-enquête met gestandaardiseerde vragenlijst. Het opstellen van de vragenlijst en het uitwerken van een verzendingsplan gebeuren conform de 'Total Design Method' (Dillman 1978) met de bedoeling de respons op kwantitatief (nonrespons) en op kwalitatief vlak (item nonrespons) te optimaliseren. Tijdens het ontwerpen en samenstellen van de zending gaat bijzondere aandacht naar het design van de vragenlijst (vragen groeperen per thema, duidelijke antwoordinstructies geven, mogelijkheid voorzien voor het geven van commentaar, etc.). Voorts wordt de vragenlijst bewust overzichtelijk en relatief kort gehouden, wordt het terugsturen ervan gratis gemaakt aan de hand van een 'port-betaald-door-geadresseerde'-retourenveloppe, wordt ze voorzien van een persoonlijke begeleidende brief en maakt de hoofding duidelijk dat ze uitgaat van bekende instanties die morele achtung genieten (K.U.Leuven en Kind & Gezin). Ten slotte wordt het geheel op voorhand uitgebreid getest en worden binnen de zes weken die volgen op het verzenden van de vragenlijst twee herinneringen verstuurd (vgl. Billiet 1996, 228; Dillman 1978, 12-18, 27, 119-159, 161). De data-input ge-

beurt door één onderzoekster. Twee voorzorgsmaatregelen maximaliseren de betrouwbaarheid van haar handelingen. Op de vragenlijst werd naast elke aan te kruisen antwoordmogelijkheid ook een cijfer gedrukt dat fungeert als precodering en de invoer gebeurt in een speciaal daartoe ontworpen Excel-document dat geprogrammeerd is om onzinnige antwoorden te weigeren en doorverwijzingen automatisch te verwerken.

4.5 Respons en representativiteit

Dit nauwgezet toepassen van de TDM zorgt zoals verwacht voor een hoge respons (tabel 2). Het hogere responspercentage van de sub-steekproef thuisbevallingen in vergelijking met de sub-steekproef ziekenhuisbevallingen kan waarschijnlijk verklaard worden vanuit de relatief hogere opleiding van vrouwen die thuis bevallen (cf. infra). De totale respons bedraagt 74%. Dit percentage komt precies overeen met de gemiddelde repons die Dillman (1978, 21, 28) belooft en ligt een stuk hoger dan de gemiddelde respons van 66% die in Vlaanderen naar aanleiding van het toepassen van deze methode doorgaans bekomen wordt (Vandekerckhove & Verhoeven geciteerd in Billiet 1996, 229). De item nonrespons (totaal aantal mogelijke antwoorden in verhouding tot het totaal aantal geldige antwoorden) bedraagt 0,44% en blijft ruim onder de voorspellingen van 3 à 4% van Dillman (1978, 21, 28).

Het gebrek aan populatiegegevens belet een formele typering van de non-respons thuisbevallingen. Maar gelet op het hoge responspercentage dat hier werd verkregen en gelet op het feit dat alle beschikbare eenheden uit het overeenstemmende sub-steekproefkader werden aangeschreven, lijkt het aannemelijk te stellen dat de representativiteit van de gerealiseerde steekproef thuisbevallingen aanvaardbaar is – de vermoedelijke ondervertegenwoordiging van vrouwen uit de lage opleidingsklassen die eigen is aan het gebruik van een post-enquête niet te na gesproken. Ook de gerealiseerde steekproef van de ziekenhuisbevallingen is representatief vermits de percentages geboortes naar geslacht, geboortes naar provincie en de gemiddelde leeftijd van de moeder bij bevalling vergelijkbaar zijn met de overeenstemmende populatiepercentages (tabel 3).

5. Resultaten

5.1 Een non-conformistische cultuur

Met betrekking tot het gemeten kenmerk van de cultuur van de respondentes kunnen volgende observaties en gevolgtrekkingen worden gedaan (tabel 4).

Tabel 2. Overzicht van de verzendinggegevens, vragenlijsten, responspercentages en gerealiseerde steekproef.

	Verstuurd	Retours	Fout adres	Respons	Gerealiseerde steekproef ¹⁴
Steekproef thuisbevallingen	292	241	4	84 %	214
Steekproef ziekenhuisbevallingen	400	263	7	67 %	241
Totaal	692	504	11	74 %	455

Tabel 3. Cijfers ter staving van de representativiteit van de sub-steekproef ziekenhuisbevallingen.

	Geboortes naar geslacht (%)		Geboortes per provincie (%)					Gemiddelde leeftijd bij bevalling (in jaren)	
	meisje	jongen	Ant.	Vl.-Br.	W-Vl.	O-Vl.	Lim.	van een eerste kind	van een volgend kind
Populatie (*) (Vlaanderen 2003)	48,70	51,30	29	17	17	23	13	27,7	30,8
Gerealiseerde steekproef ziekenhuisbevallingen	46,09	53,52	33	16	16	21	14	29,1	31,3

(*) **Bron:** NIS – Bevolkingsstatistiek & Studiecentrum Perinatale Epidemiologie geciteerd in Kind & Gezin, 2003a, 9, 20.

Tabel 4. Gemiddelde score op conformisme naar plaats van bevalling bij Vlaamse vrouwen die bevallen zijn tussen midden 2003 en midden 2004 (N = 214 + 241).

	Scorebereik schaal	Thuis	Ziekenhuis	Sign.
Conformisme	1 tot 7	2,8	4,0	p < .0001

Met een lage gemiddelde score op de schaal voor conformisme positioneren vrouwen die thuis bevallen zich aan de progressieve zijde van deze schaal. De rest van de Vlaamse vrouwen met jonge kinderen situeert zich gemiddeld gesproken precies in het midden. Het verschil tussen de groepen is significant. Deze vaststellingen gaan in de richting van een eerste bevestiging van de hypothese van dit onderzoek. Vlaamse vrouwen die thuis bevallen, lijken minder normconform dan Vlaamse vrouwen die in het ziekenhuis bevallen. Ze lijken minder rekening te houden met traditionele gebruiken en omgangsvormen, met heersende waarden en normen en/of lijken die alvast vaker in vraag te willen stellen. Ze verkeren met andere woorden in een verhoogde staat van reflexiviteit. Dit zou mee kunnen verklaren waarom ze de keuze kunnen maken voor een thuisbevalling, ook al gaan ze daarmee in tegen de norm die in Vlaanderen geldt op vlak van bevallingen.

5.2 Een atypisch socio-economisch profiel

Over de geobserveerde invloed van de sociaal structurele variabelen op de plaats van bevalling kan als volgt gerapporteerd worden (tabel 5).

De gemiddelde leeftijd waarop Vlaamse vrouwen bevallen van een eerste of van een volgend kind ligt rond de 30 jaar. Vrouwen die thuis bevallen, verschillen daarin niet van andere vrouwen. Ze zijn verhoudingsgewijs wel vaker houder van een diploma van een hogeschool of van een universiteit en hebben minder vaak het secundair of lager onderwijs als hoogste opleidingsniveau. Toch ligt hun gemiddeld netto maandelijks beschikbare gezinsinkomen lager dan dat van andere Vlaamse vrouwen die pas bevallen zijn. Ze waren voor hun bevalling ook significant minder vaak beroepsactief. Wanneer ze wel een beroep uitoefenden was dat vaker in de zogeheten non-profit sector. Vlaamse vrouwen die thuis bevallen, wonen vaker ongehuwd samen en maken vaker deel uit van een éénuoudergezin dan andere pas bevallen vrouwen maar het verschil is statistisch gezien niet noemenswaardig. Ze leven verhoudingsgewijs wel vaker in een gezin met drie of meer kinderen, ongeveer even vaak in een gezin met twee kinderen, en minder vaak in een gezin met één kind.

Klassiek worden er bij sociologisch onderzoek op westerse subjecten positieve verbanden geobserveerd tussen de variabelen opleiding, participatie op de arbeidsmarkt en inkomen. Ook binnen de aangewende dataset blijkt dat (1) een hoge opleiding in verband staat met een verhoogde kans op arbeidsmarktparticipatie, (2) de beroepsparticipatie een determinant is van het inkomen en dat (3) een hogere opleiding daarom gepaard gaat met een gemiddeld of hoger inkomen. De eerder gedane vaststellingen dat de arbeidsparticipatie en het gemiddeld inkomen van vrouwen die thuis bevallen lager liggen dan die van vrouwen die in het ziekenhuis bevallen, zijn in die zin opvallend. Ze staan in contrast met de observatie dat Vlaamse vrouwen die thuis bevallen zich ver-

Tabel 5. Verband sociodemografische en -economische variabelen en plaats van bevalling bij Vlaamse vrouwen die bevallen zijn tussen midden 2003 en midden 2004, in % tenzij anders vermeld (N = 214 + 241).

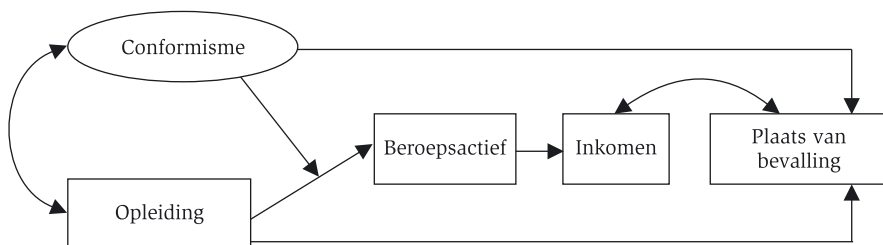
	Thuis	Ziekenhuis	Sign.
Gemiddelde leeftijd (in jaren)	28,35	28,29	p = 0.3270
bij bevalling van een eerste kind	31,77	31,22	p = 0.2280
bij bevalling van een volgend kind	30,80	30,13	p = 0.0757
Opleiding	5,14	9,21	p < .0001
laag (max. lager secundair)	14,95	33,47	
midden (hoger secundair)	37,85	29,71	
hoog (hoger onderwijs korte type)	42,06	27,62	
hoogst (hoger onderwijs lange type)			
Netto gezinsinkomen	31,72	16,02	p = 0.0004
laag (minder dan 2000 euro/maand)	56,10	72,29	
midden (tussen 2000 en de 3500 euro)	12,20	11,69	
hoog (meer dan 3500 euro)			
Beroepssituatie	24,41	5,39	p < .0001
vervangingsinkomen of huisvrouw	75,59	94,61	
beroepsactief (voltijds of deeltijds)			
Sector tewerkstelling	61,21	41,78	p < .0001
medisch/sociaal/cultureel	15,15	36,89	
handel/diensten	12,12	5,78	
overheid	11,52	15,56	
primaire/secundaire			
Gezinsvorm	59,72	69,33	p = 0.0942
gehuwd	35,55	27,73	
samenwonend	4,74	2,94	
éénoudergezin			
Kinderen	27,10	47,06	p < .0001
één	39,25	39,50	
twee	22,43	11,34	
drie	11,21	2,10	
vier of meer			

houdingsgewijs vaker in de hoge en hoogste opleidingsklassen bevinden. Op zoek naar een verklaring voor deze schijnbare paradox worden de verbanden getest tussen de betrokken structurele variabelen en de culturele variabele conformisme (tabel 6). Uit deze analyses blijkt dat er bij de ondervraagde respondentes een verband bestaat tussen conformisme en opleidingsniveau in die zin dat vrouwen uit de hogere opleidingsklassen significant minder trouw zijn aan normen dan vrouwen uit de andere opleidingsklassen. Ook blijken de respondentes die niet beroepsactief zijn gemiddeld gesproken significant minder normconform ingesteld te zijn dan de respondentes die wel beroepsactief zijn.

Tabel 6. Verband sociodemografische variabelen en conformisme, bij Vlaamse vrouwen die bevallen zijn tussen midden 2003 en midden 2004 (N = 214 thuisbevallingen + 241 ziekenhuisbevallingen).

		Gemiddelde score conformisme + paarsgewijs vergelijk schaalbereik tussen 1 en 7	Sign
Opleidingsniveau	laag	4,00	p < .0001
	midden	4,07	
	hoog	3,46	
	hoogst	2,81	
Beroepssituatie	actief	3,50	p = 0.0062
	niet actief	3,03	

Deze observaties en de gevolgtrekkingen die erop gebaseerd zijn, lijken dus onverwachts te leiden naar een tweede bevestiging van het non-conformistisch uitgangspunt van deze studie en van de daaraan gekoppelde belangrijkste hypothese dat vrouwen die thuis bevallen reflexiever zijn dan andere vrouwen. Immers, het geobserveerde atypische verband tussen opleiding en inkomen bij vrouwen die thuis bevallen kan verklaard worden door de beroepssituatie die fungeert als interveniërende variabele. Maar op haar beurt wordt deze variabe-



Figuur 2. Schematisch overzicht van de geobserveerde relaties tussen de culturele variabele, de structurele variabelen en de plaats van bevalling.

le bepaald door een interactie-effect van de culturele variabele en de opleiding op de arbeidsmarktparticipatie, in die zin dat de invloed van opleiding op de beroepssituatie verschillend is voor de waarden op de schaal voor conformisme (zie ook figuur 2). Vrouwen met een hoog conformisme zullen sneller hun hoge opleiding vertalen naar een betaalde baan buitenshuis dan vrouwen met een laag conformisme. Dit mechanisme zorgt ervoor dat vrouwen die thuis bevallen in weerwil van die hogere opleiding verhoudingsgewijs toch vaker behoren tot de lagere inkomensklassen. In een maatschappij waar het tweeverdienschap breed ingang heeft gevonden en waarin sterk de nadruk wordt gelegd op het verwerven van materieel succes bevestigen thuisbevallers door vaker niet professioneel actief te zijn ondanks een hoger opleidingsniveau, dus opnieuw dat ze normen in vraag stellen. Figuur 2 visualiseert de tot dusver geobserveerde relaties.

5.3 Perinataal gedrag dat afwijkt van het gangbare

Ter afronding van de rapportering zijn de resultaten van de analyses op de perinatale gedragsvariabelen vermeldenswaardig. Zij tonen aan dat vrouwen die thuis bevallen zich ook op het vlak van voorbereiding op de bevalling, (para)medische begeleiding en sociale omkadering tijdens de bevalling en op het vlak van zuigelingenvoeding van het gangbare onderscheiden.

5.3.1 *Paramedische begeleiding en sociale omkadering*

De data bevestigen dat thuisbevallingen synoniem staan voor een begeleiding door paramedici – namelijk één (of meerdere) persoonlijke zelfstandige vroedvrouw(en) – die al dan niet in teamverband met een huisarts optreden (tabel 7). Tijdens ziekenhuisbevallingen ligt de verantwoordelijkheid voor de medische begeleiding daarentegen bijna altijd bij een gespecialiseerde arts. Voorts blijkt dat tegenwoordig bijna elke Vlaamse vrouw bevalt in aanwezigheid van haar partner, ongeacht de plaats waar ze bevalt (zelfde tabel). Wel zijn bij een thuisbevalling naast die partner vaker andere vertrouwelingen aanwezig zoals verwanten, intieme vrienden en/of oudere kinderen (zelfde tabel).

Deze bevindingen liggen in de lijn van de verwachtingen. Men kiest ook voor een thuisbevalling omwille van de specifieke medische begeleiding die bij dit soort bevallingen hoort en die de garantie op persoonlijke aandacht en steun op maat biedt, en omwille van de mogelijkheid om meer mensen uit de directe omgeving van de barendende vrouw nauw bij de feitelijke gebeurtenis te kunnen betrekken. Deze observaties illustreren dat vrouwen die thuis bevallen meer dan vrouwen die in het ziekenhuis bevallen kritisch reflexief staan ten overstaan van de standaard aangeboden perinatale begeleidings- en omkaderingsgewoontes.

5.3.2 Voorbereiding

Een test van het verband tussen voorbereiding en plaats van bevalling onder controle van de rangorde van de bevalling toont aan dat vrouwen die thuis bevallen op het vlak van voorbereiding minder onderscheid maken tussen de aanstaande geboorte van een eerste en een volgend kind, en zich daarom vaker voorbereiden op hun bevalling dan vrouwen die in het ziekenhuis bevallen (tabel 8).

Deze voorbereiding is bij vrouwen die thuis bevallen even gevarieerd als bij vrouwen die in het ziekenhuis bevallen (gemiddeld 4,60 verschillende soorten voorbereiding gebruikt versus 4,84; $p = 0.7714$) maar de frequentie waarmee bepaalde soorten voorbereiding worden aangewend is significant verschillend (tabel 9). Zo maakt bij zwangere vrouwen die thuis gaan bevallen, een gesprek met (een) paramedische begeleider(s) vaker deel uit van de voorbereiding dan bij andere zwangere vrouwen. Vrouwen die thuis bevallen, lijken ook meer te communiceren over de nakende bevalling met mensen uit hun directe sociale omgeving zoals andere moeders, familieleden en/of goede vrienden. Vrouwen die thuis bevallen, gebruiken ten slotte voor hun fysieke voorbereiding verhoudingsgewijs minder de 'klassieke' voorbereidingsvormen (prenatale kinesitherapie en sport) en meer de 'alternatieve' voorbereidingsvormen (zwangerschapsyoga, haptonomie en meditatie/ontspanning) dan vrouwen die in het ziekenhuis bevallen. De empirische bevinding dat gesprekken met de begeleiders van thuisbevallingen (in casu zelfstandige vroedvrouwen en/of huisartsen) vaker voorbereidingsinformatie bevatten dan gesprekken met de standaard begeleiders van ziekenhuisbevallingen verleent andermaal steun aan de stelling dat vrouwen met een thuisbevallingsplan in een ander soort arts-patiënt relatie staan dan andere zwangere vrouwen, namelijk in een relatie die de vorm aanneemt van een 'meeting between experts'. Ook het feit dat ze in intensere communicatie staan met hun directe omgeving en dat ze voor hun fysieke voorbereiding vaker het normale pad verlaten, illustreert hun reflexiviteit.

5.3.3 Borstvoeding

Volgens de verzamelde data geeft de quasi totaliteit (98,6%) van de Vlaamse vrouwen die thuis bevallen borstvoeding aan hun pasgeborene. Een hoog percentage (68,2%) houdt dit vol tot meer dan zes maanden na de geboorte (figuur 3). In significant contrast daarmee staat het aandeel borstvoedende moeders binnen de groep vrouwen die in het ziekenhuis bevalt. Dat bedraagt bij de start 72,2% maar daalt snel naar 35,2% na meer dan drie maanden en naar 14,1% na meer dan zes maanden.

De hypothese dat de voorkeur voor borstvoeding cultuurgebonden is wordt bevestigd door een analyse van het verband tussen de culturele variabele uit het

Tabel 7. Verband plaats van bevalling en andere kenmerken van bevalling bij Vlaamse vrouwen die bevallen zijn tussen midden 2003 en midden 2004, in % (N = 214 + 241).

	Thuis	Ziekenhuis	Sign.
(Para)medische begeleiding	vroedvrouw en/of huisarts	13,28	p < .0001
	gynaecoloog	86,72	
Sociale omkadering	partner niet aanwezig	2,10	p = 0.4299
	partner aanwezig	97,91	
	enkel partner aanwezig	93,56	
	partner & derden aanwezig	6,44	

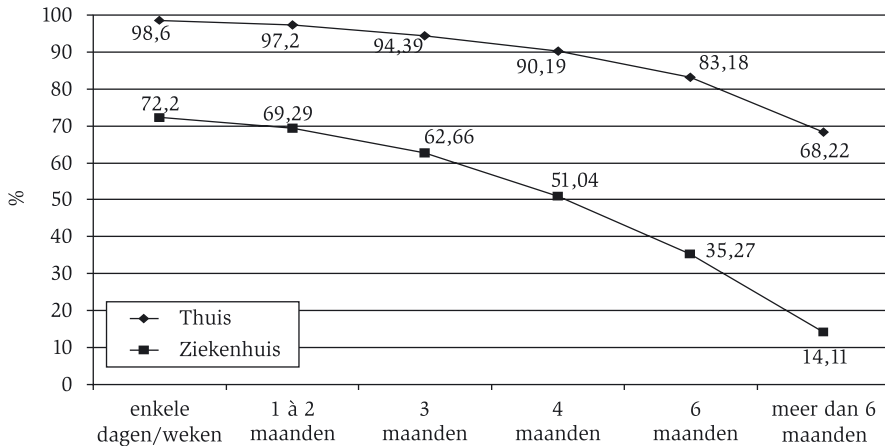
Tabel 8. Verband plaats van bevalling en mate van voorbereiding onder controle van de rangorde van de bevalling (primipara of multipara¹⁵), bij Vlaamse vrouwen die bevallen zijn tussen midden 2003 en midden 2004 (in %).

	Multipara		Primipara	
	Voorbereiding op minstens één manier	niet	Voorbereiding op minstens één manier	niet
Thuis (N = 241)	88,31	11,69	p = 0.0252	96,67
Ziekenhuis (N = 241)	78,40	21,60	p = 0.0252	93,91
				p = 0.4337
				p = 0.4337

Tabel 9. Verband soort voorbereiding en plaats van bevalling bij Vlaamse vrouwen die bevallen zijn tussen midden 2003 en midden 2004, in % (N = 214 + 241).

	Thuis	Ziekenhuis	Sign.
Praten met (para)medici	93	81	p = 0.0004
Praten met omgeving (lotgenotes en/of naasten)	81	72	p = 0.0427
	37	50	p = 0.0092
Fysieke voorbereiding			
	36	4	p < .0001

onderzoeksmoedel en borstvoedingsgewoontes enerzijds, en tussen opleiding en borstvoeding anderzijds (tabel 10). Gemiddeld genomen zijn het de respondentes die het minst norm-conform en het hoogst opgeleid zijn die het vaakst en het langst borstvoeding geven. De keuze voor borstvoeding wordt dus net zoals de keuze voor een alternatieve plaats van bevalling positief beïnvloed



Figuur 3. Aandeel borstvoedende moeders tot meer dan 6 maanden na de bevalling, naar plaats van bevalling, voor Vlaamse vrouwen die bevallen zijn tussen midden 2003 en midden 2004 (N = 214 + 241).

door een non-conformistische ingesteldheid en door een hoog opleidingsniveau. Een geplande thuisbevalling in Vlaanderen leidt daarom bijna automatisch tot een borstvoedingsperiode die in westerse maatschappijen aanzien wordt als ongewoon (soms zelfs ongehoord) lang.

6. Besluit en discussie

Deze studie benaderde de bevalling als een sociaal feit en startte met de vaststelling dat thuis bevallen in Vlaanderen heden ten dage gedefinieerd mag worden als non-conform sociaal gedrag. Zwangerschap en bevalling zijn in onze samenleving immers gemedicaliseerde processen. Meer dan 99% van de bevallingen voltrekt zich in een ziekenhuisomgeving, meestal onder de begeleiding van een gespecialiseerde arts en binnen het bereik van geavanceerde medische interventietechnieken. Vrouwen die in soortgelijke maatschappelijke context kiezen voor een thuisbevalling stellen deze gang van zaken in vraag.

Tabel 10. Verband duur borstvoeding en conformisme, en duur borstvoeding en opleiding, bij Vlaamse vrouwen die bevallen zijn tussen midden 2003 en midden 2004 (N = 214 thuisbevallingen + 241 ziekenhuisbevallingen).

	Geen/kort (enkele dagen/weken)	Midden (1 à 3 maanden)	Lang (4 maanden en meer)	Sign.
Gemiddelde score conformisme (schaalbereik tussen 1 en 7) + paarsgewijs vergelijk (significant op 0.01)	4,13	3,65	3,08	p < .0001
Opleiding	16,19 40,95 21,90 20,95	3,16 35,79 30,53 30,53	5,65 14,84 39,58 39,93	p < .0001
laag				
midden				
hoog				
hoogst				

Er werd gezocht naar een verklaring van dit fenomeen zowel in de theorie (demedicaliseringstheorie en Ulrich Becks reflexieve moderniseringstheorie) als in de empirie (kwantitatieve data verzameld aan de hand van een post-enquête met gestandaardiseerde vragenlijst bij 692 recent bevallen Vlaamse vrouwen). Er werd bevestiging gevonden voor de hypothese dat vrouwen die thuis bevallen behoren tot het prototype van het laat-moderne reflexieve individu dat hegemone vormen van gezaghebbende kennis uitdaagt.

Ten eerste blijkt op het vlak van cultuur dat Vlaamse vrouwen die thuis bevallen, significant minder normconform zijn dan Vlaamse vrouwen die in het ziekenhuis bevallen. Op vlak van sociale structuur werden ten tweede eveneens onconventionele verbanden geobserveerd. Vlaamse vrouwen die thuis bevallen, zijn in weerwil van hun relatief hogere opleiding minder vaak buitenshuis beroepsactief dan andere moeders van jonge kinderen en behoren daarom verhoudingsgewijs ook vaker tot de lagere inkomensklassen. Aan de oorsprong van deze ongewone causale keten ligt hun reflexieve houding die hen ertoe lijkt aan te zetten de norm van het tweeverdienschap en van materieel succes te relativiseren. Ten derde werd vastgesteld dat vrouwen die thuis bevallen zich ook op het vlak van perinatale gedragingen onderscheiden van het gangbare. Ze bereiden zich vaker voor op hun bevalling dan vrouwen die in het ziekenhuis bevallen, en ook vaker op nieuwe, alternatieve manieren. Ze laten zich tijdens de bevalling door meer intimi omringen en vaker begeleiden door (para)medici met wie ze in een gelijkwaardige en coöperatieve relatie staan. Ten slotte geven ze in veel grotere getale borstvoeding en houden dit, althans in de ogen van westerlingen, buitengewoon lang vol (zes maanden en meer).

In de loop van deze studie werd dus bevestiging verkregen van de belangrijkste theoretische verwachting. In een maatschappelijke context zoals die van Vlaanderen, waar thuisbevallingen synoniem staan voor tegen de stroom ingaan, lijkt deze bevallingsvorm weggelegd voor reflexieve vrouwen. Deze vrouwen stellen normvoorschriften in vraag en laten zich bij het vormgeven van hun sociale praktijken bij voorkeur inspireren door persoonlijke waarden en normen. Ze denken en handelen met andere woorden op een uitgesproken geïndividualiseerde manier. Eén en ander vertaalt zich in een atypisch socio-economisch profiel en verklaart mee waarom ze de keuze kunnen maken voor non-conforme bevallingspraktijken en karakteristieke perinatale gedragingen.

Deze bevinding stimuleert ons tot een reflectie over de rol van het sociaal beleid in voorliggende materie. Het is algemeen bekend dat in België de kosten voor een bevalling door de sociale zekerheid gedragen worden. Minder bekend is dat deze kosten bij een thuisbevalling merkkelijk lager liggen dan bij een ziekenhuisbevalling. Volgens het Onafhankelijke Ziekenfonds (Profiel 2000) loopt de ziekenhuisfactuur voor een bevalling plus kraamperiode gemakkelijk op tot 5000 euro, terugbetaling van het ziekenfonds en een eventuele privéverzekering inbegrepen. Een thuisbevalling kost 620 euro. Voorts heeft wetenschappe-

lijk onderzoek aangetoond dat een thuisbevalling voor een vrouw met een normaal zwangerschapsverloop even veilig is als ziekenhuisbevalling en dat ze voordelen biedt op vlak van preventie (zie ook inleiding). In Nederland worden thuisbevallingen daarom actief gepromoot door politieke- en sociale beleidsmakers. Ongeveer 30% van de bevallingen vindt er thuis plaats (zie ook eindnoot 4). Een institutionaliseringsbeleid rond thuisbevallingen naar Nederlands model zou Vlaanderen dus niet enkel financiële voordelen opleveren maar ook voordelen op vlak van preventieve gezondheidszorg.

Uit bevindingen die gemaakt kunnen worden op basis van bijkomend verzamelde data blijkt bovendien dat aan dergelijk institutionaliseringsbeleid ook welzijnsvoordelen zouden verbonden zijn. De extra data laten ten eerste zien dat vrouwen die thuis bevallen doorgaans meer tevreden zijn over het hele bevallingsgebeuren dan vrouwen die in het ziekenhuis bevallen (gemiddelde tevredenheidsscore van 9,6/10 in vergelijking met 8,5/10; $p < .0001$). Ten tweede blijkt uit de extra data dat een groot aantal zwangere Vlaamse vrouwen zich aangesproken voelt door een thuisbevalling. Onder de vrouwen die in een ziekenhuis bevallen, overweegt immers 30% op een bepaald moment, voor of tijdens de zwangerschap, een thuisbevalling. Slechts 6% ziet zich genoodzaakt van haar plan af te zien omwille van medische contra-indicaties zoals beschreven in de Verloskundige Indicatielijst (NVOG 2003). De overige 24% verkiest uiteindelijk een ziekenhuisbevalling op basis van diverse persoonlijke redenen die alle terug te voeren zijn tot de ervaring van een gebrek aan steun en aanvaarding door de omgeving en/of te wijten zijn aan gebrekkige of onvoldedige informatie.

De discrepantie tussen het aantal overwogen of gewenste thuisbevallingen en het aantal gerealiseerde thuisbevallingen is opvallend en lijkt er opnieuw empirisch op te wijzen dat daadwerkelijk thuis bevallen in Vlaanderen slechts weggelegd is voor vrouwen die erin slagen een bepaalde sociale weerstand te overwinnen. Een echte vrije keuze van Vlaamse vrouwen met betrekking tot hun persoonlijke ideale bevallingsplaats wordt op die manier ingeperkt. Een institutionaliseringsbeleid dat de sociale weerstand rond thuisbevallingen zou doen afnemen zou thuisbevallingen binnen het bereik kunnen brengen van alle zwangere Vlaamse vrouwen, niet enkel van de meest reflexieve onder hen.

NOTEN

1. De Verloskundige Indicatielijst schrijft aan vroedkundigen voor wat ze wel en niet kunnen doen, zowel prenataal als durante partu. Is er sprake van een belaste anamnese of is er een vermoeden van complicaties tijdens de zwangerschap en/of de baring, dan wordt de vrouw doorverwezen naar een gynaecoloog, met een ziekenhuisbevalling als logisch gevolg (NVOG 2003).

2. Ziekte en leed door de arts (iatros) veroorzaakt (Illich geciteerd in Schepers & Nievaard 1999, 124).
3. Naar schatting 6% van deze geregistreerde thuisbevallingen beantwoorden niet aan onze definitie van een thuisbevalling omdat ze onverwachts thuis plaatsvonden als gevolg van een te snel vorderende arbeid (bron: eigen data).
4. Wanneer we de huidige wereld beschouwen, bekleedt Nederland op vlak van bevallingen een uitzonderingspositie. Thuisbevallingen worden er door politieke en sociale beleidsmakers actief gepromoot (zie bv. Regeringsstandpunt Adviescommissie Kloosterman 1989) en ongeveer 30% van de bevallingen voltrekt er zich thuis (Centraal Bureau voor de Statistiek 2006).
5. Onder de veronderstelling dat onze hypothese bevestigd wordt en gelet op het stijgend relatieve aantal thuisbevallingen zou men kunnen gewag maken van een aanzet tot een (partiële) bevestiging van Becks theorie. Hier ligt echter niet het zwaartepunt van dit onderzoek. De verzamelde cross-sectionele data (zie verder) kunnen niet volstaan voor de toetsing van een sociaal veranderingsproces.
6. Cultuur in de zin van het geheel aan waarden, normen, opvattingen, attitudes en overtuigingen van een individu.
7. De ongetwijfeld belangrijke rol van de eventuele partner en andere significante derden in de keuze van de bevallingsplaats blijft daardoor voorlopig buiten beschouwing. We zijn ons bewust van de beperking die we hiermee aan het onderzoek opleggen. Het is immers waarschijnlijk dat de naaste omgeving van de vrouw vaak mee de keuze van de plaats van bevalling bepaalt. Hoewel de beperking wordt doorgevoerd om pragmatische redenen (budget- en tijdsbeperkingen) kan ze, in het kader van ons theoretisch uitgangspunt tot op zekere hoogte worden verantwoord. Het feit dat we de rol van significante derden achterwege laten betekent niet automatisch dat we de keuze voor de plaats van bevalling als een individuele keuze benaderen. We veronderstellen wel dat de keuze voor een thuisbevalling gemaakt wordt door een individu met bepaalde kenmerken en dat deze kenmerken haar waarschijnlijk ook in staat stellen haar naasten in de richting van haar preferenties te beïnvloeden. We beschouwen voorliggend conceptueel model als een eerste aanzet.
8. Kind en Gezin is een openbare instelling van de Vlaamse Gemeenschap. Het fungeert als steunpunt voor objectieve en neutrale informatie over alles wat met jonge kinderen te maken heeft en voor dienstverlening aan jonge kinderen en hun omgeving (Kind & Gezin 2003a).
9. Om humanitaire redenen worden enkel kinderen weerhouden die op 19/07/04 (de dag van de steekproeftrekking) nog in leven zijn.
10. Conform de definitie van autochtone vrouwen die o.m. door Kind & Gezin gehanteerd wordt (gesprek met Bea Buysse – wetenschappelijk adviseur Kind & Gezin, 13/07/04) wordt onder autochtone vrouwen verstaan: Belgische vrouwen die de Belgische nationaliteit hadden bij geboorte. Niet-Belgische vrouwen of vrouwen met een buitenlandse nationaliteit bij geboorte worden uitgesloten omdat de allochtone populatie in Vlaanderen erg heterogeen is en daarom minder geschikt om bestudeerd te worden aan de hand van de gestandaardiseerde aanpak die dit vergelijkend onderzoek vereist en omdat grote verschillen in respons worden verwacht tussen autochtone en allochtone vrouwen. Eén en ander zou waarschijnlijk leiden tot een vertekende samenstelling van de gerealiseerde steekproef.
11. Omdat het bestand gemaakt is op naam van de kinderen, is de beperking tot kinderen geboren uit een eenling-zwangerschap noodzakelijk om te vermijden dat vrouwen die bevallen zijn van een twee- of meerling meerdere keren zouden kunnen worden geselecteerd.
12. De observatieperiode wordt beperkt tot één jaar omdat het een tijdseenheid is waarmee vaak gewerkt wordt in sociaal onderzoek en in rapporteringen rond gezondheidszorg en welzijn (zie bv. Kind en Gezin 2003b) en omdat eventuele ongekende seizoensgebonden invloeden op deze manier worden geïntegreerd.

13. In principe brengt dit met zich mee dat geldige veralgemenende uitspraken slechts mogelijk zijn na toevoeging van populatie-weegcoëfficiënten tijdens de analyse. Omdat de thuisbevallingen echter nooit meer dan 1% van de populatie uitmaken, kan in het kader van dit onderzoek ook veralgemeend worden op basis van de steekproef van de ziekenhuisbevallingen.
14. Na verwijdering van observaties die niet aan de operationaliseringsvoorwaarden voldoen met name 12 respondentes met buitenlandse nationaliteit en/of een buitenlandse nationaliteit bij geboorte, 5 bevallingen in een geboortehuis, 1 bevalling in een auto, 14 vrouwen die in het ziekenhuis wilden bevallen maar onverwachts thuis zijn bevallen en 14 vrouwen die thuis wilden bevallen maar voor wie op medische gronden een thuisbevalling onverantwoord werd geacht, 1 niet ingevulde vragenlijst en 2 respondentes met een item non-respons op de vraag naar de plaats van bevalling.
15. Primipara = vrouwen die voor het eerst gaan bevallen; multipara = vrouwen die in het verleden reeds minstens één keer bevallen zijn.

BIBLIOGRAFIE

- Abel, S. & R.A. Kearns (1991), Birth places: a geographical perspective on planned home birth in New Zealand, *Social Science & Medicine*, 33 (7), 825-834.
- Beck, U. (1992), *Risk Society. Towards a new modernity*. London: Sage.
- Beck, U. & E. Beck-Gernsheim (1995), *The Normal Chaos of Love*. Cambridge: Polity Press.
- Billiet, J. (1996), *Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek: ontwerp en data-verzameling*. Leuven: Acco.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2006), *CBS Statline*. Voorburg/Heerlen: CBS [12.09.2006, <http://statline.cbs.nl/StatWeb>].
- Corps, V. (2002), *Met één voet in het graf... Bevallingspraktijken in Vlaanderen (1918-1960)* [Licentiaatsthesis]. Leuven: K.U.Leuven, Faculteit Letteren, Departement Geschiedenis.
- Cunningham, J.D. (1993), Experiences of Australian mothers who gave birth either at home, at a birth center, or in hospital labour wards, *Social Science & Medicine*, 36 (4), 475-483.
- De Bakermat (2002), *Jaarverslag 2002*. Leuven: De Bakermat, Centrum voor kraamzorg, vzw.
- De Reu, K. (2000), *Thuis bevalt het ook best! Een literatuurstudie met een verkennend belevingsonderzoek* [Licentiaatsthesis]. Leuven: K.U.Leuven, Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen.
- Dillman, D.A. (1978), *Mail and Telephone Surveys. The Total Design Method*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Fahrenhort, M. & J.J. Klinkert (1978), Medicalisering, naar een omschrijving, *Huisarts en Wetenschap*, 21, 412-416.
- Hustinx, L. (2003), *Reflexive modernity and styles of volunteering. The case of the Flemish Red Cross Volunteers* [Doctoraatsthesis]. Leuven: K.U.Leuven, Departement Sociologie.
- Kind & Gezin (2003a), *Het kind in Vlaanderen*. Brussel: Kind & Gezin.
- Kind & Gezin (2003b), *Jaarverslag 2003*. Brussel: Kind & Gezin.
- Kind & Gezin (2003c), *Borstvoeding. De ideale start..* Brussel: Kind & Gezin.
- Klee, L. (1986), Home away from home: the alternative birth center, *Social Science & Medicine*, 23 (1), 9-16.

- Kleiverda, G., A.M. Steen, I. Andersen, P.E. Treffers & W. Everaerd (1990), Place of delivery in The Netherlands: maternal motives and background variables related to preferences for home of hospital confinement, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and reproductive Biology*, 36 (1/2), 1-9.
- Klinkert, J.J. (1982), Medicalisering van zwangerschap en bevalling, *Metamedica*, 61 (2), 44-53.
- Lammertyn, F., A. Declercq & L. Hustinx (2001), *Naar een andere moderniteit? Een sociologische kijk op maatschappij in verandering* [Onderzoeksverslag]. Leuven: K.U.Leuven, Departement Sociologie, Afdeling Sociologie van Sociaal Beleid.
- Lenaers, A.M. (1994), *Demedicalisering van zwangerschap en bevalling: een onderzoek naar autonome kraamcentra in Vlaanderen* [Licentiaatsthesis]. Leuven: K.U.Leuven, Departement Sociologie.
- NVOG (2003), *Verloskundige Indicatielijst*, Utrecht: Nederlands Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie [13/09/2006, <http://www.nvog.nl/pub/dynamic/informatie.asp?id=48097>].
- O'Connor, M. (2000), Thuis bevallen in Ierland, persoonlijke keuze of politieke stroming? *Tijdschrift voor verloskundigen*, 25 (9), 550-556.
- Olsen, O. (1998), De veiligheid van de thuisbevalling, *Tijdschrift voor verloskundigen*, 23 (1), 12-19.
- Profiel (2000), Interview met Leen Massy, *Magazine van de onafhankelijke Ziekenfondsen*, 56 (3-4), s.p.
- Schepers, R.M.J. & A.C. Nievaard (1999), *Grondbeginselen der sociologie. Inleiding in de medische sociologie. Ziekte en Zorg*. Houten: Stenfert Kroese - Educatieve Partners Nederland BV.
- SEIN (2002), *Onderzoek naar de voedingssituatie van jonge kinderen*. Brussel: Kind & Gezin [24.08.2005, http://www.kindengezin.be/Images/Document_tcm149-12808.pdf].
- Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE), *Rapport perinatale activiteiten in Vlaanderen*. Jaargangen 1992 t.e.m. 2004. Brussel: SPE.
- Viisainen, K. (2001), Negotiating control and meaning: home birth as a self-constructed choice in Finland, *Social Science & Medicine*, 52 (7), 1109-1121.
- Waeye, H. (1994), Individualisering, sociale integratie en solidariteit: enkele thesen empirisch getoet, *Tijdschrift voor Sociologie*, 15 (3-4), 327-356.
- Waeye, H. (1997), *Vertogen over de relatie tussen individu en gemeenschap. Ontwikkeling en validering van schalen voor de meting van sociale (des)integratie in het kader van survey-onderzoek*. Leuven/Amersfoort: Acco.
- Wiegiers, T. & G. Berghe (1994), *Bevallen...: thuis of poliklinisch? Eindverslag van het onderzoek 'Bevallen onder leiding van een verloskundige, thuis of poliklinisch'*. Utrecht: NIVEL.
- Wiegiers, T., J. van der Zee, J.J. Kerssens & M. Keirse (1998), Home birth or short-stay hospital birth in a low risk population in The Netherlands, *Social Science & Medicine*, 46 (11), 1505-1511.
- Williams, S.J. & M. Calnan (1996), The Limits of Medicalization? Modern medicine and the lay populace in 'late' modernity, *Social Science & Medicine*, 42 (12), 1609-1620.