

# De rol van welvaartsstaten en professies in de Vlaams-Nederlandse verschillen in de organisatie van de zorg voor moeder en kind

Wendy Christiaens

## 1. Inleiding

De benadering van het begin van het leven weerspiegelt de centrale waarden en normen van een samenleving (Oakley 1983; Gélis 1988). Nederland is internationaal gekend voor het hoge percentage thuisbevallingen en het lage aantal medische interventies (Wiegers, van der Zee, & Keirse 1998; DeVries 2001). De normaliteit van geboorte wordt er gekoesterd en beschermd. In Vlaanderen daarentegen komen thuisbevallingen zelden voor en wordt de verloskundige zorg gedomineerd door een biomedisch discours. Geboorte wordt er beschouwd als een onvoorspelbare en risicovolle levensgebeurtenis (Christiaens & Bracke 2007). Deze verschillen inzake verloskundige praktijk zijn markant gezien de gelijkenissen tussen deze aan elkaar grenzende landen. Ondanks een gemeenschappelijke taal, eenzelfde politiek systeem en een gedeelde geschiedenis (Kossmann 2001) heeft een kind in Nederland een veel grotere kans om thuis en zonder medisch ingrijpen geboren te worden dan in Vlaanderen. Deze ongelijke kansen worden gecreëerd door verloskundige zorgsystemen die fundamenteel van elkaar verschillen. Het Nederlandse beantwoordt meer aan het ideaaltype van het sociale model<sup>1</sup> dat gepaard gaat met een vrouwgeoriënteerde ideologie, terwijl het Vlaamse meer gekenmerkt wordt door een medische model met biomedische ideologie (van Teijlingen 2005).

Het doel van deze bijdrage is inzicht te verwerven in de oorsprong van deze crossnationale verschillen in de organisatie van formele en informele zorg voor moeder en kind. Enerzijds zal beroep worden gedaan op de professionaliseringsliteratuur om de rol van de Vlaamse vroedvrouwen en Nederlandse verloskundigen te beschrijven. Anderzijds zal worden verwezen naar de welvaartsstaatliteratuur om de verschillen in gezinsbeleid te duiden.

Overall ter wereld verwijzen vroedvrouwen naar Nederland om aan te tonen dat thuis bevallen geen archaische idee is, maar verzoenbaar met de maatschappelijke context van westerse geïndustrialiseerde landen (Lips, Wildschut,

& Calvert 2001; Smeenk & ten Have 2003; van Teijlingen 2003). Talrijke publicaties (van Teijlingen 1994; Wiegers e.a. 1998; DeVries 2001; DeVries e.a. 2001; Benoit e.a. 2005) doen pogingen om het unieke Nederlandse verloskundige systeem te verklaren. Zowel culturele als structurele factoren worden genoemd in de analyse. Culturele verklaringen doen beroep op weinig grijpbare ideeën, waarden en normen om de organisatie van perinatale zorg te verklaren, terwijl structurele verklaringen gebruik maken van organisationele kenmerken. Voorbeelden van culturele factoren zijn het zuinigheidsideaal (DeVries 2004; Benoit e.a. 2005), de centraliteit van het gezin (van Teijlingen 2003; Benoit e.a. 2005) en de tolerantie ten aanzien van pijn (van Teijlingen 2003). Gezien de objectiviteit van structuren, zijn ze gemakkelijker hanteerbaar in het zoeken naar verklaringen voor de divergentie tussen het zorgsysteem in Nederland en Vlaanderen. Van Teijlingen (1994) bijvoorbeeld noemt staatsinterventie, wetgeving en de opleiding en positie van vroedvrouwen. DeVries (2004) verklaart de unieke Nederlandse situatie aan de hand van het gezondheidszorgsysteem, professionele relaties, opleiding, wetgeving en het politieke systeem. Hij identificeert vier pijlers die de essentie uitmaken van het Nederlandse verloskundige model: de beschermde positie van de vroedvrouw, de verloskundige indicatielijst (VIL) als screeningssysteem, de goedgeorganiseerde kraamzorg en een socio-culturele omgeving die zwangerschap en geboorte beschouwt als een normaal fysiologisch proces. Auteurs zoals van Teijlingen (van Teijlingen & McCaffery 1987; van Teijlingen 1994) en DeVries (2004) gaven reeds de aanzet tot het gebruiken van sociologische begrippenkaders zoals welvaartsstaten en professies om de variatie in verloskundige zorgsystemen te begrijpen. Wrede e.a. (2001) en Benoit e.a. (2005) expliciteren deze macrosociologische denkkaders voor het eerst samen in een crossnationale vergelijking van Finland, Nederland, het Verenigd Koninkrijk en Canada. Verder bouwend op deze auteurs benaderen we de divergentie tussen het Belgische en Nederlandse zorgsysteem als de uitkomst van de verschillende keuzes van welvaartsstaten. Processen, geïnitieerd door welvaartsstaten, zoals (de)familialisering en (de)medicalisering van zorg en professionalisering van verloskundigen/vroedvrouwen, sturen de formele en informele zorgtrajecten. We argumenteren dat in Vlaanderen vooral defamilialisme en medicalisering, de zorg voor moeder en kind beheersen, terwijl zich in Nederland familialisme en demedicalisering van zorg duidelijker manifesteren. Medicalisering impliceert institutionalisering van geboorte en een ondergeschikte rol voor vroedvrouwen, terwijl demedicalisering de zorg naar de eerstelijns kanaliseert, wat mogelijk wordt gemaakt door de professionalisering van verloskundigen. Familialisme verwijst naar het gezin als primaire zorgverstrekker, terwijl defamilialisme eerder het uitbesteden, en dus formaliseren van zorgtaken benadrukt.

Vooraleer deze processen (professionalisering en familialisering) en hun betekenis voor verloskundige zorgsystemen toe te lichten, schetsen we eerst de divergerende verloskundige zorgtrajecten in Vlaanderen en Nederland.

## 2. Verloskundige zorgtrajecten in Vlaanderen en Nederland

Vanzelfsprekende verwachtingen van koppels omtrent de geboorte van hun kind kunnen niet begrepen worden buiten de culturele, historische en institutionele context waarin ze ingebed zijn (Powell & DiMaggio 1991). In Nederland is de culturele dominantie van het medische model minder uitgesproken en bestaat er een alternatieve institutie die het ter wereld brengen van kinderen organiseert, namelijk thuis bevallen. De situatie “bevallen” krijgt daardoor geen eenduidig medische betekenis, waardoor de vanzelfsprekendheid en ermee gepaard gaande routine wordt doorbroken of anders ingevuld. De medische betekenis maakt deel uit van de dominante biomedische ideologie die door van Teijlingen (2005) gecontrasteerd wordt met een vrouwgeoriënteerde ideologie. Deze ideologieën vertalen zich in een obstetrische versus verloskundige praktijk. De eerste situeert zich binnen de dagelijkse realiteit van het ziekenhuis, terwijl de tweede kenmerkend is voor het werk van zelfstandige vroedvrouwen/verloskundigen (van Teijlingen 2005).

In Nederland beschouwt de *mainstream* verloskunde zwangerschap en bevalling als normale fysiologische gebeurtenissen, ondanks het feit dat ook de medische definitie van geboorte vertegenwoordigd is. DeVries (2004) spreekt van twee obstetrische wetenschappen in Nederland: één voor en één tegen thuis bevallen. In Vlaanderen is dergelijke ambiguïteit afwezig, aangezien iedereen, behalve de kleine groep zelfstandige vroedvrouwen, het eens is dat risico's niet vooraf uitgesloten kunnen worden en geboorte enkel achteraf als normaal kan beoordeeld worden. De meeste vrouwen beschouwen thuis bevallen niet als een beschikbaar en veilig alternatief.

### 2.1 Nederland

In Nederland is de gezondheidszorg formeel hiërarchisch georganiseerd of geëchelonned. Dit betekent dat Nederlandse patiënten een verwijzing nodig hebben van een eerstelijns zorgverlener – huisarts of verloskundige – om toegang te krijgen tot de tweedelijns. Bijgevolg begint 80 procent van de Nederlandse vrouwen met prenatale zorg bij een verloskundige en 6,5 procent bij een huisarts. Slechts 14,3 procent doet reeds van bij het begin beroep op een gynaecoloog, maar 45,1 procent wordt tijdens de zwangerschap of tijdens de baring doorverwezen naar de tweedelijns (Wiegers & Janssen 2006). Er wordt doorverwezen indien er zich tijdens de zwangerschap problemen voordoen, of er aanwijzingen zijn dat de bevalling enig risico inhoudt. Na doorverwijzing gebeurt een bevalling op medische indicatie in het ziekenhuis. Wanneer daarentegen de zwangerschap probleemloos verloopt, zal voor een thuisbevalling of een (poliklinische) ziekenhuisbevalling onder begeleiding van een eerstelijns zorgverlener, d.i. een verloskundige of huisarts, geopteerd worden. Dus,

het Nederlandse verloskundige zorgtraject kent een hiërarchisch verloop en kan omschreven worden als het poortwachter (*gatekeeper*) model. De hiërarchie impliceert dat sommige zorgtrajecten worden terugbetaald en andere niet. Een ziekenhuisbevalling wordt enkel terugbetaald wanneer er een medische indicatie voor is. Met andere woorden, vrouwen met een gezonde zwangerschap waarbij een normale bevalling wordt verwacht, kunnen enkel ambulante bevallen, tenzij ze zelf de kosten willen en kunnen dragen. Zelfs poliklinisch bevallen, wat ook onder de eerste lijn wordt begrepen, kost in dat geval ongeveer 250 euro voor het gebruik van de verloskamer (DeVries 2004).

## 2.2 Vlaanderen

In Vlaanderen hebben vrouwen geen doorverwijzing nodig om toegang te krijgen (*open access* model) tot de gespecialiseerde zorg van een gynaecoloog. Er wordt wel gesproken van de eerste- en tweedelij, maar dit vertaalt zich niet in een hiërarchisch zorgtraject. Bijgevolg heeft 98 procent van de Belgische zwangere vrouwen minstens één raadpleging bij een gynaecoloog, 76 procent bij een huisarts en slechts 16 procent bij een vroedvrouw (De Gauquier, Remacle, & Lucet 2006). Van een verschuiving van tweede naar eerste lijn is dus nog geen sprake. De ziekenhuisbevalling is nog steeds de norm. Net zoals in de overige westerse landen is in Vlaanderen het ziekenhuis de vanzelfsprekende plaats om een kind ter wereld te brengen (Gilleir 2007). De horizontale organisatie van zorg wordt geformaliseerd door het terugbetalingbeleid. In Vlaanderen wordt de verloskundige zorg altijd (gedeeltelijk) terugbetaald, ongeacht de zorgverstrekker of de plaats van bevallen. Dit heeft er mede toe geleid dat Belgische vrouwen gemakkelijk de weg vinden naar de gynaecoloog en het ziekenhuis, daar waar dit in Nederland werd tegen gehouden door een verplichte aanmelding in de eerstelij. Vlaanderen telt ongeveer 63 zelfstandige vroedvrouwen die thuisbevallingen doen, verdeeld over 37 praktijken of geboortehuizen.<sup>2</sup> Samen met de huisartsen stonden zij in 2004 in voor de 1,2 procent (Gilleir 2007) thuisbevallingen in Vlaanderen. Er zijn echter nog maar weinig huisartsen die thuisbevallingen doen. Het Intermutualistisch Agentschap rapporteert in 2006 dat het aantal bevallingen door vroedvrouwen (thuis en in daghospitallisatie) blijft stijgen (van 0,42 procent in 2000 tot 0,59 procent in 2004) en dat dit voornamelijk ten nadele is van de bevallingen door huisartsen (van 1,76 procent in 2000 tot 0,85 procent in 2004) (Bronkaers e.a. 2006).

De verloskundige zorg wordt in beide landen anders georganiseerd, met verschillende uitkomsten tot gevolg. De Nederlandse verloskundige praktijk en ideologie, gedragen door een hiërarchisch georganiseerde gezondheidszorg, resulteert in een hoog percentage thuisbevallingen en een relatief laag percentage medische interventies, in vergelijking met andere geïndustrialiseerde landen (Keressens 1994; Wiegers e.a. 1998; DeVries 2001), zoals België. De aan- of af-

wezigheid van een poortwachtersysteem heeft verregaande gevolgen voor de rol van de verschillende zorgverleners en bijgevolg ook hun onderlinge relaties. Nederlandse arts-specialisten en verloskundigen hebben elkaar nodig: verloskundigen doen beroep op het ziekenhuis en de medische expertise om problemen op te vangen en arts-specialisten op de eerstelijns hulpverleners om normale bevallingen te doen en zo de werklast te verlagen. In Vlaanderen is er een grotere asymmetrie, want zelfstandige vroedvrouwen hebben wel de tweedelijns nodig voor onvoorziene problemen, maar de arts-specialisten functioneren ook zonder zelfstandige vroedvrouwen. Er zijn genoeg – d.i. ruim twee maal zoveel dan in Nederland (Christiaens 2008) – artsen om alle normale bevallingen te doen. Het Belgische zorgsysteem met horizontale structuur leidt tot een asymmetrische relatie tussen arts-specialisten en zelfstandige vroedvrouwen, terwijl de hiërarchische Nederlandse structuur leidt tot interdependentie en een duidelijkere taakverdeling.

In wat volgt worden de verschillen in organisatie van zorg voor moeder en kind in Vlaanderen en Nederland enerzijds verklaard vanuit de professionaliseringstrajecten van de Vlaamse vroedvrouwen en Nederlandse verloskundigen en anderzijds vanuit het Vlaamse en Nederlandse gezinsbeleid dat zorg kanaliseert naar, of weg van, gezinnen.

### **3. Inter-professionele relaties en de professionalisering van vroedvrouwen/verloskundigen**

Het quasi-monopolie van het medische model in Vlaanderen heeft veel te maken met de inter-professionele relaties tussen de medische professie en de vroedvrouwen/verloskundigen enerzijds en de verschillende rol die de overheid heeft gespeeld bij het definiëren van die relaties. Professionalisme is een systeem van waarden en handelingen, gebaseerd op een lange opleiding, professionele autonomie, en verbonden met een geprivilegieerde positie in de samenleving (Freidson 1970). De activiteiten van professionelen worden gesteund, gelegitimeerd en beschermd door de staat (Schepers 1985; McKinlay & Marceau 2002). Enkel via de staat kan een beroepsgroep de statuspositie en autonomie verwerven die eigen is aan een professie. De Nederlandse overheid heeft de professionalisering van zowel geneeskundigen als verloskundigen ondersteund, terwijl in Vlaanderen de professionalisering van de geneeskunde werd gesteund, zonder een werkdomein af te bakenen voor de vroedvrouwen als beroepsgroep. Vroedvrouwen hebben zich niet geprofileerd als een (semi-) professie zoals in Nederland. De positie van de vroedvrouwen/verloskundigen en de autonomie en de status van de medische professie schetsen de achtergrond waartegen huidige inter-professionele relaties moeten worden begrepen.

Anno 2007 bestaat de zelfstandige vroedvrouw in Vlaanderen quasi niet meer, terwijl ze in Nederland nog steeds een sterke positie heeft. De Nederlandse verloskundigen hebben zich, in tegenstelling tot de Belgische vroedvrouwen, ontwikkeld tot (meer dan) een semi-professie (van Teijlingen & van der Hulst 1995). Bij een semi-professie zijn één of meer kenmerken die aan een professie worden toegeschreven, afwezig (Toren 1969, geciteerd in van Teijlingen 1994). Zo zijn vroedvrouwen niet academisch geschoold en mogen ze geen onafhankelijk klinisch oordeel vellen. Een semi-professie is minder machtig en geniet van minder autonomie dan een professie (van Teijlingen 1994). Naast deze taxonomische benadering is de neo-Weberiaanse en Marxistische machtsbenadering van professionalisering relevant. Immers, ze benadrukt de interrelaties van een beroepsgroep met hun cliënten, de staat en competerende beroepsgroepen. Bijgevolg kunnen enkel vergelijkende uitspraken gedaan worden, zoals vroedvrouwen/verloskundigen zijn minder machtig dan gynaecologen, maar machtiger dan kraamverzorgenden. Dit maakt (semi-)professie tot een relatief begrip, met macht als onderliggend scharnierpunt. Bovendien worden de rol van de staat en de medische professie expliciet gemaakt (van Teijlingen & van der Hulst 1995).

De positie van de Belgische vroedvrouw was tot de jaren '50 vergelijkbaar met de huidige positie van de Nederlandse verloskundige. Dat wil zeggen, ze was zelfstandig praktiserend, deed bevallingen aan huis, maar kon evengoed zelfstandig werken in een ziekenhuis (Gooris & Hingstman 1985). Om de huidige toestand en dus de verschillen tussen de positie van de Vlaamse vroedvrouw en Nederlandse verloskundige te begrijpen, is inzicht nodig in zowel de Vlaamse als de Nederlandse kant van het verhaal. Met andere woorden, waaraan heeft de Nederlandse verloskundige haar sterke positie te danken en hoe komt het dat de Vlaamse vroedvrouw die is verloren.

De Vlaamse vroedvrouw is haar zelfstandigheid verloren door (1) de invoering van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering in 1944, (2) een opleiding die meer georiënteerd werd op klinisch werk, (3) het bevriezen van haar bevoegdheden, en (4) de beperkte macht van de beroepsorganisatie. De ziekteverzekering heeft de ziekenhuisbevallingen gestimuleerd door ze betaalbaar te maken. De opleiding tot vroedvrouw werd als specialisatie ondergebracht bij de opleiding voor verpleegkundigen, waardoor ze een paramedisch karakter kreeg. De bevoegdheden werden in Vlaanderen niet uitgebreid, maar beperkt tot wat voorzien werd in het Koninklijk Besluit nr. 78 van 10 november 1967, dat de uitoefening van de geneeskunst reglementeert (Gooris e.a. 1985).

De Nederlandse verloskundige daarentegen heeft haar stevige positie grotendeels te danken aan een gunstig professionaliseringsklimaat dat gekenmerkt werd door (1) de steun van de staat, (2) de aanwezigheid van een eigen beroepsorganisatie en (3) de steun van enkele prominente artsen. De Nederlandse staat heeft de normaliteit van geboorte gepromoot door middel van wetgeving,

het uitbouwen van een degelijke opleiding voor verloskundigen (Benoit e.a. 2005) en het gradueel uitbreiden van hun bevoegdheden (Gooris e.a. 1985). Bovendien heeft ook de hiërarchische organisatie van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem hiertoe bijgedragen. Verloskundigen als eerstelijns zorgverleners fungeren als poortwachters, wat een machtige positie is ten opzichte van de specialisten in de tweede lijn. Daarnaast hebben enkele artsen in cruciale posities gepleit voor het in stand houden van de mogelijkheid om thuis te bevallen. De beroepsorganisatie, tenslotte, voorzag de verloskundigen van een stevige *claimsmaking* positie. Tabel 1 geeft een overzicht van de kenmerken van artsen en verloskundigen/vroedvrouwen als beroepsgroepen in Vlaanderen en Nederland.

**Tabel 1.** Professionalisering van artsen en verloskundigen/vroedvrouwen in Vlaanderen en Nederland.

	Vlaanderen		Nederland	
	Verloskundige/vroedvrouw	Arts-specialist Huisarts	Verloskundige/vroedvrouw	Arts-specialist Huisarts
Steun van de staat	-	+	+	+
Eigen opleiding	+ <sup>1</sup>	+	+	+
Opleiding van vier jaar of meer	± <sup>2</sup>	+	+	+
Zelfstandige praktijk/vrij beroep	- <sup>3</sup>	+	+	+
Autonome klinisch oordelende bevoegdheid	-	+	-	+
Leiding over verwante beroepen	-	+	+	+
Eigen beroepsorganisatie	-	+	+	+

1 Sinds 1994.

2 In Vlaanderen 3 jaar, in Wallonië 4.

3 Uitgezonderd een kleine groep zelfstandige vroedvrouwen.

In wat volgt, wordt de rol van de staat, van de beroepsorganisatie en van de artsen besproken in de evoluties die aanleiding hebben gegeven tot verschillende beroepsposities voor de Vlaamse en Nederlandse vroedvrouw/verloskundige.

### 3.1 De rol van de staat

In Nederland gaat de wetgeving die het takenpakket en de bevoegdheden van de verloskundige omschrijft, samen met de vroege inrichting van een opleiding voor verloskundigen, terug tot in de negentiende eeuw (Vanlieburg &

Marland 1989). België<sup>3</sup> – dat toen deel uit maakte van de Nederlanden – stond onder hetzelfde bewind en kende dezelfde ontwikkelingen (Marland 1995). Het is pas vanaf 1830, na de onafhankelijkheid van België, dat de ontwikkelingen in beide landen zijn beginnen divergeren.

### 3.1.1 *Wetgeving en de ziekteverzekering*

Vóór de Belgische onafhankelijkheid werd reeds de basis gelegd voor het huidige Nederlandse gezondheidszorgsysteem in de Gezondheidswet (1818). Vroedkunde werd toen gedefinieerd als een medisch beroep en kreeg een welomschreven werkdomein (Benoit e.a. 2005). De invoering van de verplichte nationale ziekte- en invaliditeitsverzekering (1944) maakte de echelonnering formeel en was een cruciaal moment voor de positie van de Nederlandse verloskundige. Zij kreeg de voorkeur als eerstelijns zorgverstrekker (Benoit e.a. 2005). De verloskundigen kregen de steun van de ziekenfondsen die hen met de primaatregel het monopolie gaven over normale bevallingen. De echelonnering is één van de belangrijkste mechanismen die de positie van de Nederlandse verloskundige beschermt.<sup>4</sup> Door de afwezigheid ervan in België heeft de medische professie vrij spel gekregen. Bovendien werden vanaf 1945 alle ziekenhuisbevallingen terugbetaald door de ziekteverzekering. Vanaf dan kenden de ziekenhuisbevallingen in België een hoge vlucht, daar waar ze in Nederland werden afgeremd door een ziekteverzekeringstelsel dat enkel ziekenhuisbevallingen op medische indicatie terugbetaalt.

### 3.1.2 *De opleiding*

Sinds 1994 worden in Nederland verloskundigen opgeleid in een vierjaren programma (Wiegers e.a. 2006). Het aantal studenten dat in Nederland elk jaar aan de opleiding kan beginnen, wordt beperkt zodat men iedere student verloskunde een job kan garanderen. In 1994 werd de capaciteit uitgebreid van 90 naar 120 plaatsen, in 2000 van 120 naar 160 en in 2002 naar 220 (Wiegers e.a. 2006). In Nederland wordt men opgeleid tot een zelfstandige die kan werken binnen een eigen verloskundige praktijk. Men wordt er gesocialiseerd binnen de opvatting dat arbeid en bevalling normale fysiologische processen zijn en dat thuis een veilige plaats is om een kind te krijgen (Benoit e.a. 2005). In Vlaanderen duurt de opleiding tot vroedvrouw slechts drie jaar. Door het feit dat onderwijs in België een bevoegdheid is van de gemeenschappen, is de duur van de opleiding verschillend in Vlaanderen en Wallonië, waar het een vierjarenprogramma is. In België worden vroedvrouwen opgeleid met het oog op tewerkstelling in een ziekenhuisomgeving onder toezicht van een arts (Gooris e.a. 1985; Bronkaers e.a. 2006). Vlaamse studenten kunnen ook nog steeds eerst verpleegkunde studeren en daarna vroedkunde. Men kan dus kiezen tussen een directe en indirecte weg. In Nederland ziet men een voorafgaande opleiding verpleegkunde eerder als een nadeel, omdat het de onafhankelijkheid



van de toekomstige verloskundige bemoeilijkt. Bovendien zijn de beroepen inhoudelijk elkaars tegengestelde: daar waar verpleegkundigen zich toelagen op zorg voor zieken, gekwetsten en stervenden, zorgen verloskundigen voor normale, gezonde vrouwen en hun kind (Abraham-van der Mark 1993 in Van Teijlingen 2003).

### 3.1.3 *De bevoegheden*

Zowel in Nederland als in België werd in 2005 het beroepsprofiel van respectievelijk de verloskundige en de vroedvrouw goedgekeurd. In Nederland gaf de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) de opdracht om een nieuw beroepsprofiel te ontwikkelen voor de verloskundige in de eerstelijns met een aparte beschrijving voor de verloskundige in de klinische setting. In België werd het initiatief genomen door de Federale Raad voor Vroedvrouwen. Het profiel van de Belgische vroedvrouw is sterk op de klinische context gericht, maar dit komt deels doordat vroedvrouwen in de eerste lijn, evenals vroedvrouwen in de ziekenhuiscontext zich in België achter hetzelfde profiel moeten kunnen scharen. Bovendien werkt de overgrote meerderheid van alle Belgische vroedvrouwen in dienstverband in een ziekenhuis (Bronkaers e.a. 2006). De bevoegdheid van vroedvrouwen om autonoom normale bevallingen te begeleiden, zoals bepaald in de wet van 1818, werd bevestigd in de wet van 1885, na de onafhankelijkheid (Marland 1995). In de vroege 20ste eeuw deed zich in Nederland een debat voor over de competenties van de verloskundigen. Daarbij kregen ze onder meer de steun van artsen die aan het hoofd stonden van vroedvrouwenscholen. Immers een uitbreiding van de bevoegdheden, impliceerde dat de opleiding moest worden verlengd, wat in hun voordeel was (Marland 1995). De Belgische vroedvrouw beschikt ook nog steeds over autonomie, maar slechts weinigen maken er gebruik van. Uitzonderlijk weinig vroedvrouwen werken in België op zelfstandige basis (Gooris e.a. 1985).

Het Nederlandse (Liefhebber, van Dam, & Waelput 2005) en het Belgische beroepsprofiel (Federale raad voor de vroedvrouwen 2005) beklemtonen de verantwoordelijkheid(szin) van de vroedvrouw. Zij heeft een rol te vervullen doorheen de hele reproductieve cyclus, dat wil zeggen tijdens de zwangerschap, arbeid, bevalling en postpartum. Ze moet zich ontfermen over zowel moeder als kind. Verder hebben beide definities het over volgende taken: preventief maatregelen nemen, complicaties detecteren, medische zorg verlenen, assistentie verlenen en noodmaatregelen treffen. In het Belgische citaat zijn de noodmaatregelen expliciet beperkt tot de momenten waarop de arts afwezig is. Verder worden ook educatie en informatieverstrekking genoemd, niet enkel voor vrouwen, maar voor de hele gemeenschap. Tenslotte worden de settings genoemd waarin een vroedvrouw actief kan zijn. Daarbij volgt het Nederlandse citaat de omgekeerde volgorde van het Belgische, met thuis als eerste en het

ziekenhuis als laatst genoemde. In de Nederlandse versie wordt de bevordering van normale geboorten expliciet genoemd, daar waar dit in de Belgische versie opvallend afwezig is.

### 3.2 De rol van een eigen beroepsorganisatie

Beroepsorganisaties hebben een belangrijke functie als *claimsmakers*. Door zich te organiseren kan een groep autonomie verwerven in plaats van gecontroleerd te worden door anderen (Freidson 1994). Nederlandse vroedvrouwen hebben reeds sinds 1898 een eigen beroepsorganisatie. Daardoor konden ze via vertegenwoordiging in tal van commissies, in dialoog gaan met andere beroepsgroepen. Ze kregen inspraak op overheidsniveau (Gooris e.a. 1985) en werden door andere beroepsgroepen au sérieux genomen (Marland 1995). In België heeft het tot 1994 geduurd eer er sprake was van een eigen beroepsvereniging voor Vlaamse vroedvrouwen. Voordien waren de vroedvrouwen versnipperd in verschillende beroepsverenigingen voor verpleegkundigen. Daardoor misten ze slagkracht en inspraak in de verschillende beleidsorganen (Gooris e.a. 1985). Ze hadden niet de macht om invloed uit te oefenen op het beleid met betrekking tot de opleiding, de positie in de arbeidsverdeling, het inkomen en prestige, de werkomstandigheden en de relaties met andere beroepen en met het publiek. Vandaag zorgt de VLOV (Vlaamse Organisatie van Vroedvrouwen) voor vertegenwoordiging in verschillende nationale en internationale beleidsorganen.

### 3.3 De rol van artsen en ziekenhuizen

In Nederland waren bekende artsen, zoals Kloosterman, pleitbezorgers van de thuisbevalling, waardoor zij op cruciale momenten de positie van verloskundigen mee hebben ondersteund (Gooris e.a. 1985, van Teijlingen & van der Hulst 1995). Reeds in de 19de eeuw konden de Nederlandse verloskundigen rekenen op steun uit de medische professie, met bijvoorbeeld M. Niemeyer (1861-1934) een huisarts en medisch journalist, en G.C. Nijhoff (1857-1932), professor in obstetrie en gynaecologie, stichter van de Nederlandse vereniging voor gynaecologen. Beide verleenden steun aan negentiende-eeuwse verloskundige organisaties en tijdschriften. Samen richtten ze het *Maandblad voor Praktische Verloskunde* op, en later het *Tijdschrift voor Praktische Verloskunde* (Vanlieburg & Marland 1989). Verloskundigen vormden geen concurrentie voor specialisten, omdat deze laatsten slechts weinig algemeen verloskundig werk deden (Marland 1995).

Tot WOII waren er weinig institutionele voorzieningen in Nederland, waardoor de meeste vrouwen, rijk of arm, thuis bevielen. Het gebrek aan ziekenhuizen zorgde er bovendien voor dat studenten geneeskunde die zich wilden speciali-

seren in gynaecologie weinig trainingsmogelijkheden hadden en dat gynaecologen te weinig “data” hadden om onderzoek te doen (Vanlieburg e.a. 1989). Ziekenhuizen hadden bovendien een slechte naam gekregen sinds het schandaal van 1860-1870. Er had zich toen een enorme stijging van de maternale mortaliteit voorgedaan in de Amsterdamse materniteit doordat een arts naliet antiseptische technieken toe te passen (Marland 1995).

Samengevat, in Vlaanderen en Nederland, heeft de staat – o.a. door het organiseren van opleiding en het definiëren van bevoegdheden – een rol gespeeld in de historische ontwikkeling van de relaties tussen vroedvrouwen en de medische professie in beide landen. De Nederlandse verloskundigen kunnen minstens worden beschouwd als een semi-professie (van Teijlingen & van der hulst 1995). Ze beschikken over een eigen vier jaar durende opleiding, oefenen hun beroep uit binnen een eigen zelfstandige praktijk en hebben leiding over kraamverzorgenden. De Vlaamse vroedvrouwen daarentegen hebben nog maar sinds 1994 een eigen zelfstandige drie jaar durende opleiding onafhankelijk van de opleiding verpleegkunde, zijn over het algemeen ondergeschikt aan arts-specialisten binnen een ziekenhuiscontext en hebben geen controle over aanverwante beroepsgroepen.

Naast de organisatie van de formele zorgverlening, manifesteren zich ook verschillen tussen Vlaanderen en Nederland met betrekking tot de informele zorg voor moeder en kind. De informele zorg wordt in wat volgt benaderd vanuit de crossnationale vergelijking van welvaartsstaten, met aandacht voor het spanningsveld tussen werk en zorg en de implicaties ervan, gedifferentieerd voor mannen en vrouwen.

#### **4. Welvaartsstaten, familialisering en medicalisering**

##### **4.1 Deconcommodificatie en familialisering in conservatieve welvaartsstaten**

Welvaartsstaten sturen het handelen van individuen door het creëren van instituties die de doelstellingen en de middelen om ze te bereiken, bepalen. De organisatie van Nederlandse ziekenhuizen is net als in Vlaanderen afgestemd op de biomedische ideologie, met dezelfde legitimiteit, stabiliteit en middelen. Vlaanderen en Nederland hebben dus het medische model gemeenschappelijk, maar verschillen in de legitimiteit van het sociale model, dat in Nederland wel en in Vlaanderen niet is geïnstitutionaliseerd. De institutionalisering van het medische en/of sociale model is het gevolg van keuzes gemaakt door de Belgische en Nederlandse welvaartsstaten.

Welvaartsstaten decommodificeren arbeid, wat wil zeggen dat individuen een sociaal aanvaardbare levensstandaard kunnen volhouden zonder participatie op de arbeidsmarkt door middel van een collectieve herverdeling van financiële middelen (Esping-Andersen 1990a). Decommodificatie van arbeid is geen zaak van alles of niets, maar bestaat in gradaties. Esping-Andersen onderscheidt drie types welvaartsstaten die van elkaar verschillen in de mate van onafhankelijkheid van de arbeidsmarkt die men wil toestaan (Esping-Andersen 1990a). De Scandinavische landen, of de sociaaldemocratische welvaartsstaten passen het universaliteitsprincipe toe en breiden de voordelen uit naar de middenklasse. Gezinnen worden preventief ondersteund. In liberale welvaartsstaten, zoals het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten worden de financiële tegemoetkomingen daarentegen tot de laagste inkomensgroepen beperkt. Het decommodificatie-effect is minimaal (Esping-Andersen 1990b). Nederland en België worden allebei ondergebracht in de conservatieve cluster van continentale Europese landen. Zij vormen de middenmoot op het decommodificatie continuüm (Esping-Andersen 1990a). Traditionele familiewaarden worden er hoog in het vaandel gedragen. Het subsidiariteitsprincipe moet ervoor zorgen dat de staat enkel tussen komt als het gezin faalt als welvaartverstrekker (Esping-Andersen 1990b). Belgische en Nederlandse onderzoekers classificeren hun eigen land onder de christendemocratische cluster (Vankersbergen & Becker 1988; Cantillon 1999; Bussemaker & van Kersbergen 1999) omwille van de sterke gezinsdimensie in sociaal beleid (Kremer 2007). Bussemaker en van Kersbergen (1999) spreken van sociaal kapitalisme, eerder dan corporatisme of conservatisme, als middenweg tussen sociale democratie en liberaal kapitalisme. In dit passief welvaartsstaat-regime wordt staatsinterventie geschuwd, hoewel de werking van de markt wordt gemodereerd door cash transfers om gezinnen te ondersteunen. Impliciet wordt een familialiserende welvaartsstaat verondersteld door een sterk ontwikkelde sociale zekerheid en een zwakke sociale dienstverlening (Esping-Andersen 1996). Vrouwen kregen daardoor lange tijd weinig impulsen tot arbeidsparticipatie, tenzij deeltijds (Bussemaker & van Kersbergen 1999). Ondanks de hervormingen en demografische evoluties van de jaren negentig en het begin van de eenentwintigste eeuw, waarvan de toegenomen arbeidsdeelname van vrouwen één van de meest opvallende is (van Kersbergen 2000), blijken de welvaartsstaten heel wat weerstand te bieden tegen verandering (van Kersbergen 1999).

De Belgische en de Nederlandse welvaartsstaten kunnen onderling worden gedifferentieerd door gebruik te maken van gezinsmodellen, zoals beschreven door Lewis (1992) en Phau-Effinger (2005). Lewis (1992) en Esping-Andersen (1999) karakteriseren Nederland als een voorbeeld van het *male breadwinner model*, terwijl België omschreven wordt als een *modified male breadwinner model*. Ondertussen is Nederland verder geëvolueerd naar een *male breadwinner/female part-time carer model*. Er is zelfs sprake van een *dual breadwinner/dual carer model* (Kremer 2007).

Welvaartsstaten verschillen van elkaar met betrekking tot welke spelers het leeuwendeel van zorg op zich nemen: de overheid, de markt of de gezinnen. Gezinnen worden vaak over het hoofd gezien als verschaffers van welvaart (Orloff 1993). Om hieraan tegemoet te komen nam Esping-Andersen (1999) het begrip defamilialisering op in zijn analytisch raamwerk. Het begrip defamilialisering, parallel aan het begrip decommodificatie, verwijst naar de onafhankelijkheid van individuen ten aanzien van het gezin. Met andere woorden, defamilialisering maximaliseert de zeggenschap van individuen over economische middelen, onafhankelijk van familiale relaties. Het impliceert geen anti-gezin-attitude. In tegendeel, het gaat over de mate waarin de zorgtaken van gezinnen worden ondersteund door middel van ofwel welvaarts- ofwel marktvoorzieningen (Esping-Andersen 1999). In familialiserende systemen dragen huishoudens de (meeste) verantwoordelijkheid voor het welzijn van hun leden, terwijl een defamilialiserend regime de huishoudens ontlast en dus het individu minder afhankelijk is van het gezin (Esping-Andersen 1999). Gezien vrouwen meer zorgtaken op zich nemen dan mannen (Bracke, Christiaens, & Wauterickx 2008), is het niet verrassend dat de gevolgen van deze regimes verschillen voor mannen en vrouwen. Als welvaartsstaten diensten ter beschikking stellen om de zorglast van gezinnen te verminderen, verhogen ze de toegang van vrouwen tot de arbeidsmarkt en zal de gelijkheid tussen de geslachten toenemen. Familialiserende maatregelen, daarentegen, zoals deeltijds werken of ouderschapsverlof, resulteren in een dalende arbeidsparticipatie van vrouwen en versterken indirect de traditionele rollenpatronen (Leitner 2005). Maatregelen zoals moederschapsverlof en verminderde werkuren moeten werk en gezin makkelijker combineerbaar maken, maar beperken tegelijkertijd de beroepsmobiliteit van vrouwen doordat vrouwen daardoor minder gemakkelijk aangeworven worden voor posities met status, macht en autoriteit. Vrouwen hebben sociale rechten die mannen ofwel niet hebben, ofwel niet gebruiken, waardoor vrouwen uitgesloten worden voor hogere functies (Hansen 1997).

Leitner (2003) argumenteert dat de conservatieve welvaartsstaten geen homogene groep zijn met betrekking tot de mate waarin zorgtaken uitbesteed worden. Hoewel familialisme een dimensie is die welvaartsstaat regimes overstijgt, vertonen de vier ideaal types die Leitner (2005) beschrijft, nl. 1) expliciet familialisme, 2) impliciet familialisme, 3) optioneel familialisme en 4) defamilialisme, toch affiniteiten met de clusters van welvaartsstaten. Expliciet familialisme versterkt de zorgfunctie van het gezin zonder alternatieven te voorzien. Door gezinnen te vergoeden voor zorgtaken en weinig formeel georganiseerde kinderopvang te voorzien, wordt kinderopvang expliciet naar de gezinnen gekanaliseerd. Dit is bijvoorbeeld het geval in Oostenrijk, Duitsland en Nederland, landen waar traditionele familiewaarden hoog in het vaandel worden gedragen en die worden getypeerd als conservatieve welvaartstaten. Bij impliciet familialisme wordt de zorgfunctie van het gezin niet versterkt, maar worden ook

geen alternatieven aangeboden, waardoor de zorg impliciet toch bij de gezinnen terecht komt (bijv. Griekenland, Spanje en Portugal). Optioneel familialisme, versterkt de zorgfunctie van het gezin, en biedt tegelijk uitbestedingsmogelijkheden aan, wat sterk doet denken aan de sociaal-democratische cluster. Leitner (2003) noemt België, Denemarken, Frankrijk en Zweden als voorbeelden. Met andere woorden, gezinnen krijgen het recht, maar niet de plicht om zorgtaken op te nemen. Defamilialisme tenslotte ontlast het gezin als zorgverstrekker door diensten te voorzien die zorgtaken overnemen, wat een eerder liberale strategie lijkt te zijn. Defamilialiserende welvaartsstaten, zoals Ierland en Verenigd Koninkrijk, voeren een uitbestedingspolitiek door te investeren in formele kinderopvang.

#### 4.2 (De)familialisering en (de)medicalisering in Vlaanderen en Nederland

Hoewel België en Nederland beide doorgaan als conservatieve welvaartsstaten (Hellems & Schepers 1992), stellen we vast dat ze verschillende posities innemen op het familialiseringscontinuüm: zorgtaken worden in België veelal uitbesteed (optioneel familialisme), terwijl ze in Nederland in sterkere mate door het gezin worden vervuld (expliciet familialisme). Gekoppeld aan medicalisering van geboorte, betekent dit in Vlaanderen quasi volledige institutionalisering, terwijl in Nederland geijverd wordt voor ambulante bevallingen.

In tabel 2 werden verschillende indicatoren van familialisering opgenomen voor Nederland en België. Familialiserende structuren, dit zijn maatregelen die ervoor zorgen dat gezinnen gemakkelijker zorgtaken kunnen vervullen, hebben voornamelijk betrekking op flexibilisering van tewerkstelling en verlofregelingen. Voorzieningen die zorgtaken overnemen van het gezin, zoals ziekenhuizen en kinderopvangfaciliteiten, situeren zich aan het andere uiteinde van het familialiseringscontinuüm en hebben een defamilialiserend effect. Het begrip familialisering is gedefinieerd vanuit de veronderstelling dat vrouwen de zorg op zich nemen. Wanneer Esping-Andersen (1999) aangeeft dat in familialiserende systemen, de zorg wordt gedragen door gezinnen, betekent dit in feite door vrouwen. Tabel 2 toont aan dat familialisering gender-specifieke gevolgen heeft. Familialiserende structuren voor mannen, zoals vaderschapsverlof, verlagen de zorglast voor vrouwen en hebben dus een onrechtstreeks defamilialiserend effect voor vrouwen. Echter het omgekeerde geldt niet: defamilialisering voor vrouwen, heeft niet noodzakelijk een familialiserend effect voor mannen, gezien er nog een derde optie is, namelijk het uitbesteden van zorgtaken.

**Tabel 2.** Indicatoren van familialisering in Nederland en België.

	Nederland		België	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
<i>Tewerkstelling</i>				
% van de bevolking dat niet tewerkgesteld is (2005) <sup>a</sup>	22,6	35,2	32,3	45,9
Vrouwelijk aandeel (%) van de niet-actieve bevolking <sup>b</sup>	/	56,0	/	57,0
% van de actieve bevolking dat deeltijds tewerkgesteld is (2004) <sup>b</sup>	15,0	60,0	6,0	34,0
Vrouwelijk aandeel (%) van de deeltijds werkenden <sup>b</sup>	/	76,0	/	81,0
<i>Verlofregelingen</i>				
Duur moederschaps-/vaderschapsverlof	2 dagen	16 weken <sup>c</sup>	10 dagen <sup>d</sup>	15 weken <sup>d</sup>
% van het loon uitgekeerd tijdens moederschaps-/vaderschapsverlof	100	100 <sup>f</sup>	100 <sup>d,e</sup> 82,0 <sup>d,e</sup>	82,0 <sup>d,f</sup> 75,0 <sup>d,f</sup>
Ouderschapsverlof	max. 3 mdn. half-tijds <sup>g</sup>	max. 3 mdn. half-tijds <sup>g</sup>	max. 3 mdn. vol-tijds <sup>i</sup>	max. 3 mdn. vol-tijds <sup>i</sup>
Vergoeding uitgekeerd tijdens ouderschapsverlof	0 <sup>h</sup>	0 <sup>h</sup>	536,4/mnd. <sup>i</sup>	536,4/mnd. <sup>i</sup>
% dat gebruik maakt van ouderschapsverlof	35 <sup>o</sup>	65 <sup>o</sup>	21 <sup>n</sup>	79 <sup>n</sup>
Borstvoedingspauze	/	1/4 van de werktijd, 9 mnd.	/	max. 60 min./dag, 7 mnd. <sup>j</sup>
<i>Ziekenhuiszorg</i>				
% thuisbevallingen (2005)	30,0		1,2	
Gemiddelde duur ziekenhuisverblijf na bevalling	/	3,0 dagen <sup>k</sup>	/	5,5 dagen <sup>m</sup>
<i>Kinderopvang</i>				
Vanaf welke leeftijd naar kleuterschool	4 <sup>c</sup>		2,5 <sup>c</sup>	
% dat geen gebruik maakt van kinderopvang voor kinderen van 0 tot 3 jaar (%)	77,5 <sup>c</sup>		62,0 <sup>b,c</sup>	
% niet-werkende vrouwen met kinderen onder de 3 jaar	/	34,6 <sup>c</sup>	/	28,0 <sup>b,c</sup>

a Bron: OECD Statistical profile of Belgium/the Netherlands 2006 <http://stats.oecd.org/wbos/viewhtml.aspx?queryname=309&querytype=view&lang=en> en <http://stats.oecd.org/wbos/viewhtml.aspx?queryname=325&querytype=view&lang=en>.

- b Bron: United Nations statistics division <http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/indwm/statistics.htm#Work>.
- c Bron: OECD publicatie (2006) Starting strong II: early childhood education and care.
- d Bron: [http://www.kindengezin.be/KG/Ouders/Geboorte/Verloven\\_en\\_premies](http://www.kindengezin.be/KG/Ouders/Geboorte/Verloven_en_premies).
- e Loon wordt volledig door betaald gedurende de eerste 3 dagen, maar wordt gereduceerd tot 82% gedurende de laatste 7 dagen.
- f De eerste 30 dagen wordt 82% van het loon uitbetaald, nadien 75%.
- g 13 x de wekelijkse arbeidsduur, op te nemen gedurende 6 maanden voor ten hoogste de helft van de arbeidsduur per week. Voor 38 urenweek: 13 weken voor max. 19 uur per week. Op te nemen gedurende de eerste 8 levensjaren van het kind.
- h Geen salaris voor de uren verlof, maar CAO afhankelijk.
- i Voor werknemers die voltijds thuis blijven. Werknemers die deeltijds thuis blijven, krijgen een deel van dit bedrag.
- j Vanaf 4 werkuren/dag, recht op een pauze van een half uur, vanaf 7,3 werkuren/dag, recht op 2 pauzes van een half uur, of één van een uur.
- k In 2005, Bron: Prismant, Landelijke LMR-informatie [http://cognosserver.prismant.nl/cognos7/cgi-bin/ppdscgi.cgi?DC=Q&E=/Prisma-Landelijke-LMR/Landelijke + LMR-informatie + - + Specialismen](http://cognosserver.prismant.nl/cognos7/cgi-bin/ppdscgi.cgi?DC=Q&E=/Prisma-Landelijke-LMR/Landelijke+LMR-informatie+-+Specialismen).
- l Enkel voor Vlaanderen.
- m Bron: Bronkaers, J.; De Belie, M.; Corveleyn, T.; De Paepe, R. (2006) *Nomenclatuur Vroedvrouwen: beschrijvende studie uitgaven 2000-2004, Intermutualistisch Agentschap*.
- n Bron: APS (2005), Aantal gerechtigden op loopbaanonderbreking in kader van 'speciale stelsels', naar geslacht (Vlaams Gewest, 2004, Bron: RVA); Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Afdeling Planning en Statistiek. Te vinden op: [http://aps.vlaanderen.be/statistiek/cijfers/stat\\_cijfers\\_arbeidsmarkt.htm](http://aps.vlaanderen.be/statistiek/cijfers/stat_cijfers_arbeidsmarkt.htm)].
- o Bron: CBS (2005), Aantal werknemers die ouderschapsverlof hebben opgenomen (CBS, 2005). Te vinden op: <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/4E772D46-2EE3-470B-89D2-A3C8D2E93378/0/2006ouderschapsverlof2005.xls>.

#### 4.2.1 Flexibilisering van tewerkstelling

Arbeidsmarktparticipatie en kinderopvang kunnen niet los gezien worden van mekaar. In zowel België als Nederland houdt de aanwezigheid van (jonge) kinderen een reductie in van de kans dat een vrouw uit werken gaat (Henkens, Siegers, & Van Den Bosch 1993). In 2005 was 46 procent van de Belgische vrouwen niet tewerkgesteld versus 35 procent van de Nederlandse (tabel 2). Dus meer Nederlandse vrouwen werken buitenshuis, maar tegelijkertijd is ook een groter aandeel deeltijds tewerkgesteld (60 procent versus 34 procent). In Europese context, bekleedt Nederland niet alleen een bijzondere positie met betrekking tot het percentage thuisbevallingen, maar ook wat betreft het aantal deeltijds werkende vrouwen, vooral met jonge kinderen. Verschillende internationale studies (Plantenga 1996; Hakim 1999) hebben hier op gewezen. Verklaringen die worden geopperd, zijn een gebrek aan kinderopvang (Plantenga, Schippers, & Siegers 1999) en culturele factoren zoals de zorgcultuur van Nederlandse moeders (Den Dulk, van Doorne-Huisjes, & Peper 2003; van Wel & Knijn 2006). Deeltijds werken is een manier om werk en gezin gemakkelijker te combineren. De populariteit van deeltijds werken in Nederland wijst derhalve in de richting van familialisering. Ook bij Nederlandse mannen is de populariteit van deeltijds werken groter dan bij Belgische, namelijk 15 versus 6 procent. Dit zou kunnen wijzen op een grotere onrechtstreekse defa-



milialisering voor vrouwen in Nederland, maar dit is niet het geval, want de mannen werken deeltijds op een ander moment in hun leven, dan de vrouwen (Delsen 1998). Met andere woorden, mannen gaan over het algemeen deeltijds werken om andere redenen dan kinderopvang.

#### 4.2.2 *Verlofregelingen*

Er zijn zowel in België als in Nederland verschillende verlofregelingen voorhanden om werk en gezin in balans te brengen. Deze voorzieningen kanaliseren de zorgtaken naar de gezinnen, door hen tijdelijk vrij te stellen van buitenshuis werk. We beperken de vergelijking tussen België en Nederland tot moederschaps-, vaderschaps-, ouderschapsverlof en borstvoedingspauzes. Moederschapsverlof (d.i. zwangerschaps- plus bevallingsverlof) duurt in Nederland één week langer dan in België. Nederlandse moeders krijgen hun volledige loon verder uitbetaald, terwijl Belgische moeders gedurende de eerste dagen van hun moederschapsverlof 82 procent van hun loon behouden en nadien terugvallen op 75 procent (OECD 2006; Save the children 2007). Vaderschapsverlof daarentegen duurt tien dagen in België (Leitner 2005) – waarvan de eerste drie dagen volledig doorbetaald worden – en slechts twee (volledig betaalde) dagen in Nederland. Vaderschapsverlof heeft in tegenstelling tot deeltijds werken, wel een potentieel onrechtstreeks defamilialiserend effect voor vrouwen. Hetzelfde geldt voor ouderschapsverlof. Echter, dit defamilialiserend potentieel is afhankelijk van hoeveel mannen daadwerkelijk gebruik maken van deze verlofregeling. Onder Nederlandse mannen wordt er vaker ouderschapsverlof opgenomen dan onder Vlaamse, namelijk respectievelijk 35 versus 21 procent van de ouders die ouderschapsverlof nemen. Ouderschapsverlof duurt voor voltijds werkende ouders per kind maximaal drie maanden deeltijds in Nederland en drie maanden voltijds in België. In Nederland ontvangt men geen loon, terwijl men in België 536 euro uitbetaald krijgt per maand voltijds verlof (tabel 2). Werkonderbreking voor borstvoeding familialiseert, want het introduceert zorg op het werk, conform het sociale model. Het moedigt vrouwen aan om zorg en werk te combineren, in plaats van bij het hervatten van het werk te stoppen met borstvoeding, de zorgtaken uit te besteden en dus te defamilialiseren. Borstvoedingspauzes zijn in beide landen voorzien, maar in Nederland hebben vrouwen recht op meer werkonderbreking gedurende een langere periode in vergelijking met België.

In deze vergelijking valt op dat het ouderschapsverlof beter geregeld is in België: het duurt langer en er is een vergoeding voorzien. De andere verlofregelingen zijn vergelijkbaar, alleen het vaderschapsverlof is acht dagen langer in België. Hieruit kunnen we besluiten dat wat verlofregelingen betreft, België een sterk familialiserend beleid voert en dat het defamilialiserende potentieel van ouderschapsverlof voor mannen tot nu toe minder aangesproken werd dan in Nederland, waar meer mannen (relatief aan vrouwen) van deze regeling gebruik maken.

#### 4.2.3 *Ziekenhuiszorg*

Hoe korter het postpartum verblijf in het ziekenhuis, hoe meer de zorg naar het gezin gekanaliseerd wordt, en dus familialisering in de hand gewerkt wordt. In Nederland bevalt de meerderheid van de vrouwen thuis of wordt na een kort verblijf van minder dan 24 uren ontslagen uit het ziekenhuis. In 2002 gebeurde 11,2 procent van de bevallingen zonder medische indicatie, poliklinisch, begeleid door de eigen verloskundige of huisarts, in het ziekenhuis. Deze vrouwen gaan binnen enkele uren na de geboorte naar huis. In hetzelfde jaar was er bij 59,4 procent van de bevallingen wel sprake van een medische indicatie en stond de bevalling onder toezicht van een gynaecoloog. Van deze groep vrouwen gaat een groot deel binnen de 24 uur naar huis. Alleen bij complicaties of medische interventies is de verblijfsduur vaak langer dan een dag (Wiegers 2006). Bijvoorbeeld na een keizersnede was de gemiddelde opnameduur in 2005 ruim zes dagen, na een kunstverlossing was dat ruim drie dagen (Prismant 2007b). Er is geen consensus over de ideale duur van een postpartum ziekenhuisverblijf. De voordelen van korte ziekenhuisverblijven zijn een verminderde kost (Petrou e.a. 2004), een herclaimen van geboorte als normale gezinsgebeurtenis en het opwaarderen van de thuiscontext als plaats om tot rust te komen (Zadoroznyj 2007). Er moet echter wel ondersteunende thuiszorg voorzien zijn om negatieve uitkomsten zoals neonatale heropnames, angst (Dowswell e.a. 1997), vroegtijdig stopzetten van de borstvoeding en een daling in postpartum tevredenheid te vermijden (Zadoroznyj 2007). In zowel Nederland als België is het postpartum ziekenhuisverblijf korter geworden. In Nederland was het gemiddelde 3,3 dagen in 2003 en 3,0 dagen in 2005. In België was het in 2000 nog 6,33 dagen en in 2004 is het nog 5,46 dagen (Prismant 2007a) (tabel 2). In België duurt het ziekenhuisverblijf dus gemiddeld ruim 2 dagen langer dan in Nederland. Dit ondanks het feit dat een ziekenhuisbevalling in Nederland veelal op medische indicatie gebeurt, en dus kan worden verwacht problematischer te zijn. Daar waar dit relatief lange verblijf in België geldt voor de meeste vrouwen, geldt voor de meeste Nederlandse vrouwen een zeer kort of helemaal geen ziekenhuisverblijf. De institutionalisering van geboorte, een indicator van defamilialisering is typerend voor België.

#### 4.2.4 *Kinderopvang*

Vlaanderen heeft reeds een lange traditie van geïnstitutionaliseerde kinderopvang (Leitner 2005), terwijl Nederland een geschiedenis heeft van relatief weinig voorzieningen voor kinderopvang (Henkens e.a. 1993; Passchier 1995). Samen met de idee dat een goede moeder zelf zorgt voor haar kinderen resulteerde het gebrek aan georganiseerde kinderopvang in een groot percentage deeltijds werkende vrouwen (Passchier 1995). De OECD (2006) rapporteert dat 35 procent van de Nederlandse vrouwen met kinderen jonger dan drie jaar, thuis blijft. Voor de Vlaamse vrouwen is dit 28 procent (OECD 2006). In Vlaanderen

kunnen kinderen naar de kleuterschool vanaf de leeftijd van 2,5 jaar, in Nederland vanaf 4 jaar (tabel 2). Dit betekent dat de periode tussen het einde van het moederschapsverlof en het moment dat kinderen beginnen naar school te gaan, kleiner is in Vlaanderen dan in Nederland (Henkens e.a. 1993). In beide landen wordt voorschoolse opvang georganiseerd. Twee derde van de Nederlandse voorschoolse kinderopvang wordt gesponsord door de staat. In Vlaanderen wordt aan de kost van voorschoolse opvang tegemoet gekomen door het in vermindering te brengen van de belastingen (OECD 2006).

In Vlaanderen zijn wat kinderopvang betreft zowel defamilialiserende (bijv. kinderdagverblijven, onthaalmoeders, kleuterschool vanaf jonge leeftijd) als familialiserende (ouderschapsverlof, tijdskrediet) structuren aanwezig, waardoor kan worden besloten tot optioneel familialisme (Leitner 2005). Nederland heeft een inhaalbeweging gemaakt op het vlak van geïnstitutionaliseerde kinderopvang (de Ruijter 2004). Leitner (2005) besluit dat Nederland opschuift van een expliciet familialisme naar een zwakke vorm van optioneel familialisme, doordat ook daar zowel familialiserende als defamilialiserende structuren aanwezig zijn. Henkens e.a. vonden in 1993 dat kinderopvang minder impact heeft op de tewerkstelling van Vlaamse dan van Nederlandse vrouwen (Henkens e.a. 1993). We zouden kunnen verwachten dat dit nog steeds het geval is, niet omwille van minder kinderopvangvoorzieningen in Nederland, maar omwille van het feit dat er in Nederland meer moeders geen gebruik maken van kinderopvangvoorzieningen dan in Vlaanderen, respectievelijk 77,5 en 62 procent (tabel 2).

Samengevat kunnen we stellen dat Nederland de zorgtaken naar het gezin kanaliseert via arbeidsflexibiliteit, meer bepaald deeltijds werken, en het stimuleren van ambulante bevallingen (d.i. thuis en in daghospitalisatie), terwijl in Vlaanderen vooral ouderschapsverlof een familialiserend effect heeft. De defamilialiserende indicatoren in Nederland zijn voornamelijk onrechtstreeks via ouderschapsverlof opgenomen door mannen. In Vlaanderen zijn vooral de formalisering van zorg, via de institutionalisering van geboorte en de kinderopvangvoorzieningen, indicatoren van het aanmoedigen van tewerkstelling van moeders en het uitbesteden van zorgtaken, en dus defamilialisering via vrouwen. Derhalve kunnen we besluiten dat er in Vlaanderen een sterkere uitbestedingspolitiek gevoerd wordt met betrekking tot zorgtaken, terwijl Nederland de zorg vooral naar de gezinnen dirigeert.

## 5. Gender doorkruist defamilialisering, maar niet de medicalisering van zorg

Welvaartsstaten reguleren de rechten van formele en informele zorgverleners op een manier die bijdraagt tot geslachtsongelijkheid binnen zorgrelaties

(Knijn & Kremer 1997). Ondanks het feit dat reproductie, en dus verloskundige zorg, onvermijdelijk een vrouwenaangelegenheid is, en dus op het eerste zicht weinig informatief over het emancipatorische potentieel van welvaartsstaten, zijn zij toch relevant bij het evalueren van de effecten van de welvaartsstaat op geslachtsrelaties. Dit komt niet alleen doordat controle over het lichaam en lichamelijke capaciteiten centraal staan bij sociale participatie en zelfbeschikking (Orloff 1993), maar ook omdat zij verbonden zijn met zorgrelaties in gezinnen enerzijds en medische consumptie en zorgverlener-patiënt relaties anderzijds, twee domeinen waarin geslachtsverschillen manifest zijn. De positie van de vrouw in de samenleving is met andere woorden, niet onbelangrijk voor de organisatie van formele en informele zorg (Knijn e.a. 1997).

De meeste auteurs erkennen dat welvaartsstaten geslachtsongelijkheid beïnvloeden (Laslett & Brenner 1989; Orloff 1993; Lewis 2006), maar men is het oneens over de mate waarin geslachtsgelijkheid nagestreefd wordt (Orloff 1993). De familialiserende structuren, arbeidsflexibilisering en ouderschapsverlof, zijn zowel in Vlaanderen als in Nederland vertegenwoordigd, maar worden in het meer geslachtsegalitaire Nederland vaker door mannen ingevuld, waardoor het defamilialiserende potentieel via mannen er groter is dan in Vlaanderen. Nederland kan beschouwd worden als een vrij geslachtsegalitaire samenleving. Zo bestond het Nederlandse parlement in 1995 al voor 31, het Belgische slechts voor 12 procent uit vrouwen. In 2006 was het verschil verminderd, namelijk 37 versus 35 procent. De loonverschillen tussen mannen en vrouwen zijn er minder groot dan in België (United Nations Statistics Division 2007) en een groter deel van de mannen gaat er deeltijds werken (15 versus 6 procent). Bovendien wordt de professionalisering van verloskundigen, wat een voornamelijk feminien beroep is, er gestimuleerd. Hoewel familialiserende structuren bedoeld zijn om werk en gezin in evenwicht te brengen, versterken ze traditionele geslachtsrollen, voornamelijk wanneer vooral vrouwen er gebruik van maken. Defamilialiserende maatregelen daarentegen kunnen een gelijkheidsbevorderend effect hebben, door de tewerkstellingskansen van vrouwen te maximaliseren (Leitner 2003). De Nederlandse welvaartsstaat streeft naar verbetering van de positie van ondergeschikte groepen of benut het emancipatorisch potentieel conform het sociale model, maar het familialisme kan onbedoelde geslachtsongelijkheid bevorderende gevolgen hebben. Het *male breadwinner* model wordt impliciet gehandhaafd wanneer vrouwen deeltijds werken, carrière plannen laten varen en dus afhankelijk blijven van hun partner. In België wordt het *dual earner* model sterker benaderd doordat men werk en zorg probeert te harmoniseren via tijdelijke werkvermindering- of onderbreking (bijv. ouderschapsverlof), waarvan evenwel ook vooral vrouwen gebruik maken (Administratie planning en statistiek (APS) 2004). Ongelijke geslachtsrelaties worden er gereproduceerd (conform het medische model) ondanks de aanwezigheid van defamilialiserende formalisering van zorg. Het is deze uitbestedingspolitiek die Vlaanderen onderscheidt van Nederland en ons

derhalve kan doen besluiten tot een groter defamilialiserend potentieel via vrouwen in Vlaanderen tegenover een groter defamilialiserend potentieel via mannen in Nederland.

Hoewel gender interfereert met de familialisering van zorg, en er daardoor een gender-specifieke weg is tot defamilialisering, en dus het verminderen van de zorglast van vrouwen, is dit niet het geval voor de medicalisering van zorg. Immers daar stuiten we op de biologische realiteit dat vrouwen kinderen baren en mannen kinderen “krijgen”. Medicalisering van zorg, heeft enkel een defamilialiserend effect via vrouwen, in die zin dat gezinnen worden ontlast, door pre- en postnatale zorgtaken te formaliseren. Demedicaliseren (bijv. via thuis bevallen) betekent dat het zwaartepunt van zorg terug schuift naar gezinnen (dus familialisering), maar dit kan enkel rechtstreeks via vrouwen. De onrechtstreekse weg via mannen is uitgesloten, en wordt pas beschikbaar na de geboorte, wanneer verloskundige zorg plaats maakt voor kindzorg.

## 6. Conclusie

Door middel van crossnationale vergelijking werd inzicht verkregen in de rol van welvaartsstaten bij het construeren van verloskundige zorgstructuren. Nederlandse en Vlaamse vrouwen hebben hetzelfde doel voor ogen, namelijk een gezond kind baren op een zo comfortabel mogelijke manier, maar ze wenden andere middelen aan om daartoe te komen. De keuze voor een plaats van bevallen is de keuze voor een bepaald zorgtraject dat moet gezien worden als een middel om de kans op het bereiken van het vooropgestelde doel te maximaliseren. De keuze wordt tegelijk gefaciliteerd en beperkt door het aanbod van instituties. In Nederland zijn er twee geïnstitutionaliseerde manieren om te bevallen: de obstetrische en de verloskundige praktijk. In Vlaanderen is voornamelijk de obstetrische praktijk, en dus het medische model, geïnstitutionaliseerd.

Door inzichten uit de welvaartsstatenliteratuur te combineren met enerzijds het medicaliseringsdenken en anderzijds sociologie van de professies, worden verschillen in de organisatie van informele en formele zorg in Vlaanderen en Nederland geanalyseerd. Aandacht voor de geslachtsongelijke verdeling van zorgtaken is daarbij noodzakelijk. Om gender in rekening te brengen werd gender-specifieke defamilialisering geïntroduceerd.

Onze drie belangrijkste conclusies zijn, ten eerste, dat de verschillende positie van de Belgische en Nederlandse welvaartsstaten op het professionaliserings-, familialisering- en medicaliseringscontiuüm, de verschillende zorgsystemen in deze landen kan verklaren. Defamilialiserende welvaartsstaten vergemakkelijken de tewerkstelling van vrouwen en verkleinen de zorgfunctie van het gezin.

In België gebeurt dit via een sterke traditie in formele zorgverlening, zoals geïllustreerd door een quasi volledige institutionalisering van geboorte, wat hospitalisering en dus medicalisering impliceert. De perinatale zorg wordt uitbesteed aan materniteiten. De inspanning die welvaartsstaten doen om arbeid te decommodificeren, doet vooral deeltijds werken en dus familialisering toenemen. In Nederland, waar het gezin als private verschafter van welvaart een grotere rol vervult dan in België, vertaalt zich dit in de reproductieve levensfase door thuis of in daghospitalisatie te bevallen. De Nederlandse staat voorziet bovendien goed georganiseerde kraamhulp om de gezinnen thuis te ondersteunen. Nederland kent ook defamilialiserende structuren zoals kinderopvang en ouderschapsverlof, maar deze zijn minder ontwikkeld dan in België. In termen van de typologie van Leitner (2003) is de perinatale zorg in Nederland een voorbeeld van optioneel familialisme, aangezien (dag)hospitalisering wel steeds een bereikbaar alternatief vormt.

Wat betreft de organisatie van formele zorg, hebben de Belgische en Nederlandse staten – o.a. door het organiseren van opleiding en het definiëren van bevoegdheden – ook een rol gespeeld in de historische ontwikkeling van de relaties tussen vroedvrouwen/verloskundigen en de medische professie. De Nederlandse staat heeft de positie van de vroedvrouw beschermd tegen de opkomende medische professie, daar waar in België de geneeskunde *carte blanche* kreeg. De Belgische vroedvrouwen waren in tegenstelling tot de Nederlandse niet georganiseerd en verloren hun autonomie. De normale baring werd het werkterrein van de medische professie, die in alle vrijheid haar eigen werkterrein kon afbakenen, wat heeft geleid tot de dominantie van het medische model. In Nederland daarentegen waren de vroedvrouwen wel georganiseerd, waardoor ze door middel van collectieve actie hun gemeenschappelijke belangen konden verdedigen (MacDonald 1995), evenals hun positie veilig stellen. De sterke positie van de Nederlandse vroedvrouwen doorheen de geschiedenis, maar vooral gedurende de laatste eeuw, heeft de ideologie van het sociale model geconsolideerd. Tesaamen met hun autonomie, bleef ook de overtuiging van de normaliteit van geboorte behouden. Tot dus ver, zijn ze er in geslaagd om hun werkterrein in te dijken tegen de internationale medische hegemonie, maar met het mogelijk maken van poliklinische bevallingen (sinds 1965) en het opheffen van de primaatregel (in 2001), hebben ze het monopolie op de normale bevalling verloren.

Ten tweede zijn familialisering en medicalisering complementaire processen. Nederland kenmerkt zich door een zekere ambivalentie: zorgtaken worden in de eerste plaats binnen gezinnen vervuld, maar formele zorgverleners nemen over waar de draaglast van het gezin overschreden wordt of meer gespecialiseerde zorg nodig is. Met andere woorden, familialisme en het sociale model krijgen de voorkeur en het defamilialisme en het medische model dienen als vangnet. Demedicalisering (of het sociale model) en defamilialisering sluiten mekaar uit, want iemand moet de zorg op zich nemen. Concreet betekent dit

dat de organisatie van formele en informele zorg op elkaar moeten zijn afgestemd. Recente demedicaliserende evoluties, zoals het verkorten van het postpartum ziekenhuisverblijf, verhogen de zorglast binnen gezinnen, en kunnen bijgevolg niet nagestreefd worden zonder familialiserende structuren, zoals kraamzorg, of het zorgpotentieel van vaders uit te breiden. Daar waar beide continua niet op elkaar zijn afgestemd, zoals wanneer moeders met een full-time job geen beroep kunnen doen op kraamhulp of kinderopvang (bijv. omdat het aanbod te klein is), noch op goed geregeld ouderschapsverlof, is het evenwicht tussen werk en zorg uit balans, wat een bedreiging vormt voor het welbevinden van ouders (Symoens & Bracke 2007). De complementariteit tussen (de)familialisering en (de)medicalisering bevat een contradictie in termen van geslachtsgelijkheid: enerzijds impliceert demedicalisering dat de medische controle wordt geminimaliseerd, wat past binnen de emancipatie gedachte, anderzijds betekent een familialiserend beleid dat de traditionele geslachtsrollen versterkt worden, tenzij het zich niet enkel tot vrouwen richt.

Ten derde moet familialisering worden gedifferentieerd naar geslacht. Defamilialisering voor vrouwen gaat nu gepaard met institutionalisering van zorg, maar om de contradictie tussen werk en zorg op te heffen, moet defamilialisering voor vrouwen gecombineerd worden met familialisering voor mannen. Een familialiserende structuur voor mannen is bijvoorbeeld het uitbreiden van vaderschapsverlof. Om mannen te stimuleren gebruik te maken van faciliteiten die nu reeds voor vrouwen en mannen toegankelijk zijn, zoals deeltijds werken en ouderschapsverlof, moet rekening worden gehouden met het feit dat ten eerste, vrouwen zich heel sterk identificeren met hun rol als moeder of zorgverlener (Knijn e.a. 1997) en ten tweede, een gezin nog steeds minder inkomensverlies leidt als de vrouw haar arbeidsparticipatie vermindert of stopzet, dan wanneer de man dat zou doen. Deze conclusies zijn niet enkel verhelderend met betrekking tot verloskundige en kindzorg, maar kunnen ook toegepast worden op andere domeinen, zoals ouderenzorg, ziekenzorg of huishoudelijke taakverdeling.

Samengevat, de gevolgen van staatsinterventie voor de formele en informele zorg voor moeder en kind verschillen in Vlaanderen en Nederland. Vlaanderen voert een voornamelijk defamilialiserend beleid door zorg te formaliseren, wat medicalisering in de hand werkt via de institutionalisering van geboorte. Bovendien werd de geneeskunde, maar niet de vroedkunde, gesteund in haar professionaliseringstraject. Dit resulteert in een vanzelfsprekend zorgtraject dat begint bij de gynaecoloog en eindigt in een ziekenhuis. Nederland wordt gekenmerkt door een zekere vorm van ambivalentie waarbij zich zowel familialisering als defamilialisering via mannen manifesteert en het sociale en het medische model naast elkaar bestaan. Het sociale model wordt er geschraagd door semi-professionele verloskundigen. Zorgtrajecten starten er in eerstelijns bij een verloskundige of huisarts en eindigen in eerste- of tweedelijns afhankelijk van het verloop van de zwangerschap en de baring.

## NOTEN

1. Het medische en sociale zorgmodel kennen verschillende betekenisniveaus (zie van Teijlingen, 2005), namelijk analytisch, praktisch en ideologisch. Hier wordt het bedoeld als een analytisch onderscheid waarbij de modellen tegenover elkaar worden geplaatst als ideaaltypes.
2. Deze cijfers zijn gebaseerd op de lijst van zelfstandige vroedvrouwen gepubliceerd op de website van de Vlaamse Organisatie van Vroedvrouwen ([www.vlov.be](http://www.vlov.be)), geraadpleegd op 9-05-2007. Deze lijst is echter niet exhaustief.
3. Deze publicatie beperkt zich in feite tot de vergelijking tussen Vlaanderen en Nederland, maar bij de vergelijking van welvaartsstaten is het moeilijk om van Vlaanderen te spreken, aangezien Vlaanderen strikt genomen geen staat is. Daarom wordt op plaatsen waar verwezen wordt naar de staat, gesproken van België in plaats van Vlaanderen.
4. Het primaat werd ingevoerd door de ziekenhuiswet van 1941. Het impliceerde dat vrouwen, wilden ze terugbetaald worden door de ziekteverzekering, aangewezen waren op de diensten van een verloskundige. Men kon slechts kiezen voor een huisarts, indien er geen verloskundige beschikbaar was in de regio. Deze regel werd ingetrokken in 2001 omdat er in sommige Nederlandse regio's een gebrek was aan zorgverleners – zowel huisartsen als verloskundigen – om thuis bevallingen te doen.

## BIBLIOGRAFIE

- Administratie planning en statistiek (APS) (2004), *Algemene omgevingsanalyse Vlaanderen 2004 – Sociaal-culturele ontwikkelingen*.
- Benoit, C., Wrede, S., Bourgeault, I., Sandall, J., De Vries, R., & van Teijlingen, E.R. (2005), Understanding the social organisation of maternity care systems: midwifery as a touchstone, *Sociology of Health & Illness*, 27(6), 722-737.
- Bracke, P., Christiaens, W., & Wauterickx, N. (2008), The pivotal role of women in informal care, *Journal of Family Issues (to be published)*.
- Bronkaers, J., De Belie, M., Corveleyn, T., & De Paepe, R. (2006), *Nomenclatuur Vroedvrouwen: beschrijvende studie uitgaven 2000-2004*. Brussel: IMA.
- Bussemaker, J. en van Kersbergen, K. (1999) Contemporary social-capitalist welfare states and gender inequality in Sainsbury, D. (ed) (1999) *Gender and welfare state regimes*. Oxford: Oxford University Press.
- Cantillon, B. (ed) (1999), *De welvaartsstaat in de kering*. Kapellen: Pelckmans.
- Christiaens, W. (2008), *Het "bevalt" anders in Vlaanderen en Nederland: een sociologische studie van maternaal welbevinden in twee gezondheidszorgsystemen*. Dissertation: Ghent University.
- Christiaens, W. & Bracke, P. (in press), Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. *Midwifery* doi:10.1016/j.midw.2007.02.001.
- De Gauquier, K., Remacle, A., & Lucet, C. (2006), *Prenatale zorg in België in 2002*. Brussel: IMA.
- de Ruijter, E. (2004), Trends in the outsourcing of domestic work and childcare in The Netherlands – Compositional or behavioral change? *Acta Sociologica*, 47(3), 219-234.
- Delsen, L. (1998), When do men work part time? pp. 57-76 in J. O'Reilly & C. Fagan (Eds.), *Part-time prospects*. London: Routledge.



- Den Dulk, L., van Doorne-Huiskes, A., & Peper, B. (2003), Arbeid en zorg in Europees perspectief. Arbeidspatronen van werkende ouders, *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 19, 69-82.
- DeVries, R. (2001), Midwifery in the Netherlands: vestige or vanguard? *Medical Anthropology*, 20(4), 277-311.
- DeVries, R. (2004), *A pleasing birth. Midwives and maternity care in the Netherlands*. Philadelphia: Temple University Press.
- DeVries, R., Benoit, C., van Teijlingen, E., & Wrede, S. (2001), *Birth by design: pregnancy, maternity care and midwifery in North America and Europe*. New York: Routledge.
- Dowswell, T., Piercy, J., Hirst, J., Hewison, J., & Lilford, R. (1997), Short postnatal hospital stay: Implications for women and service providers, *Journal of Public Health Medicine*, 19(2), 132-136.
- Esping-Andersen, G. (1990a), De-commodification in social policy, pp. 35-54 in *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Esping-Andersen, G. (1990b), The three political economies of the welfare state, pp. 9-34 in *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Esping-Andersen, G. (1996), After the golden age? Welfare state dilemmas in a global economy, in Esping-Andersen, G. (ed) (1996) *Welfare states in transition: national adaptations in global economies*. London: Sage.
- Esping-Andersen, G. (1999), *The social foundations of postindustrial economies*. Oxford: Oxford University Press.
- Federale raad voor de vroedvrouwen (2005), *Beroepsprofiel van de Belgische vroedvrouw*.
- Freidson, E. (1970), *The profession of medicine*. New York: Dodd, Mead & Co.
- Freidson, E. (1994), *Professionalism reborn. Theory, prophecy and policy*. Cambridge: Polity Press.
- Gélis, J. (1988), *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*. Paris: Fayart.
- Gilleir, C. (2007), Thuis bevallen in Vlaanderen: een kwestie van reflexiviteit, *Tijdschrift voor Sociologie*, 28(1), 25-51.
- Gooris, F.M.C. & Hingstman, L. (1985), De rol en positie van vroedvrouwen in België en Nederland, *Gezondheid en samenleving*, 6, 276-285.
- Hakim, C. (1999), Models of the family, women's role and social policy, *European Societies*, 1, 33-58.
- Hansen, M.N. (1997), The Scandinavian welfare state model: the impact of the public sector on segregation and gender equality, *Work Employment and Society*, 11(1), 83-99.
- Hellemans, S. & Schepers, R. (1992), De ontwikkeling van corporatieve verzorgingsstaten in België en Nederland, *Sociologische Gids*, 39(5-6), 346-365.
- Henkens, K., Siegers, J., & Van Den Bosch, K. (1993), Married women on the labour market: a comparative study of Belgium and the Netherlands, pp. 77-99 in G.C.N.Beets, R.L. Cliquet, G. Dooghe, & J. de Jong Gierveld (Eds.), *Population and Family in the low countries 1992: family and labour*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.
- Kerssens, J.J. (1994), Patient Satisfaction with Home-Birth Care in the Netherlands, *Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 344-350.
- Knijf, T. & Kremer, M. (1997), Gender and the caring dimension of welfare states: toward inclusive citizenship, *Social Politics*, 4(3), 328-361.
- Kossmann, E.H. (2001), *De Lage Landen 1780-1980: twee eeuwen Nederland en België*. Amsterdam: Elsevier.

- Kremer, M. (2007), *How welfare states care. Culture, gender and parenting in Europe*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Laslett, B. & Brenner, J. (1989), Gender and Social Reproduction – Historical Perspectives, *Annual Review of Sociology*, 15, 381-404.
- Leitner, S. (2003), Varieties of familialism – The caring function of the family in comparative perspective, *European Societies*, 5(4), 353-375.
- Leitner, S. (2005), Conservative familialism reconsidered: The case of Belgium, *Acta Politica*, 40(4), 419-439.
- Lewis, J. (1992), Gender and the development of welfare state regimes, *Journal of European Social Policy*, 2(3), 159-173.
- Lewis, J. (2006), Gender and welfare in modern Europe, *Past & Present*, 1(supplement), 39-54.
- Liefhebber, S., van Dam, C., & Waelput, A. (2005), *Beroepsprofiel verloskundige*. Bilthoven: Koninklijke Nederlandse organisatie van verloskundigen.
- Lips, J.P., Wildschut, H.I.J., & Calvert, J.P. (2001), Lessons from Holland: hospital visiting as an instrument to assess the quality of obstetric and gynecological care, *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 97(2), 158-162.
- MacDonald, K.M. (1995), *The sociology of the professions*. London: Sage.
- Marland, H. (1995), Questions of Competence – the Midwife Debate in the Netherlands in the Early 20Th-Century, *Medical History*, 39(3), 317-337.
- McKinlay, J.B. & Marceau, L.D. (2002), The end of the golden age of doctoring, *International Journal of Health Services*, 32(2), 379-416.
- Oakley, A. (1983), Social-Consequences of Obstetric Technology – the Importance of Measuring Soft Outcomes, *Birth-Issues in Perinatal Care*, 10(2), 99-108.
- OECD (2006), *OECD Health Data 2006: a comparative analysis of 30 countries* (CD-ROM). Paris: OECD.
- Orloff, A.S. (1993), Gender and the Social Rights of Citizenship – the Comparative-Analysis of Gender Relations and Welfare States, *American Sociological Review*, 58(3), 303-328.
- Passchier, C. (1995), Part-time work: the situation of the Netherlands, in B.Arve-Parès (Ed.), *Reconciling work and family life. A Challenge for Europe?* Stockholm: Swedish national committee on the international year of the family.
- Petrou, S., Boulvain, M., Simon, J., Maricot, P., Borst, F., Perneger, T. et al. (2004), Home-based care after a shortened hospital stay versus hospital-based care postpartum: an economic evaluation, *Bjog-An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111(8), 800-806.
- Pfau-Effinger, B. (2005), Welfare state policies and the development of care arrangements, *European Societies*, 7(2), 321-347.
- Plantenga, J. (1996), For women only? The rise of part-time work in the Netherlands, *Social Politics*, 3(1), 57-71.
- Plantenga, J., Schippers, J., & Siegers, J. (1999), Towards an equal division of paid and unpaid work: The case of the Netherlands, *Journal of European Social Policy*, 9(2), 99-110.
- Powell, W.W. & DiMaggio, P.J. (1991), *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago: University of Chicago Press.
- Prismant (2007a), Landelijke LMR-informatie – Specialismen, <http://cognosserver.pris-mant.nl/cognos7/cgi-bin/ppdscgi.cgi?DC=Q&E=/Prisma-Landelijke-LMR/Landelijke+LMR-informatie+-+Specialismen>.
- Prismant (2007b), Landelijke LMR-informatie – Verrichtingen, <http://cognosserver.pris-mant.nl/cognos7/cgi-bin/ppdscgi.cgi?DC=Q&E=/Prisma-Landelijke-LMR/Landelijke+LMR-informatie+-+verrichtingen.2006>.

- Save the children (2007), *State of the world's mothers 2007. Saving the lives of children under 5*. <http://www.savethechildren.org/publications/mothers/2007/SOWM-2007-final.pdf>.
- Schepers, R. (1985), De professietheorie op nieuwe wegen? *Tijdschrift voor Sociologie*, 6(3), 285-310.
- Smeenk, A.D.J. & ten Have, H.A.M.J. (2003), Medicalization and obstetric care: an analysis of developments in Dutch midwifery, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 6(2), 153-165.
- Symoens, S. & Bracke, P. (2007), Balanceren op de scheidingslijn tussen werk en gezin. Werk-gezin conflict en tevredenheid in Vlaanderen en andere Westerse landen, pp. 262-297 in J.Pickery (Ed.), *Vlaanderen gepeild!* Brussel: Studiedienst van de Vlaamse Regering.
- United Nations Statistics Division (2007), <http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/indwm/statistics.htm#Work>.
- van Teijlingen, E. (1994). *A social or medical model of childbirth? Comparing the arguments in Grampian (Scotland) and the Netherlands*. Dissertation: University of Aberdeen.
- van Teijlingen, E. (2003), Dutch midwives: the difference between image and reality, in S. Earle & G. Letherby (Eds.), *Gender, identity and reproduction: social perspectives*. London: Palgrave.
- van Teijlingen, E. (2005), A critical analysis of the medical model as used in the study of pregnancy and childbirth, *Sociological Research Online*, 10(2), <http://www.socresonline.org.uk/10-2/teijlingen.html>.
- van Teijlingen, E. & McCaffery, P.G. (1987), *The profession of midwife in the Netherlands*, *Midwifery*, 3, 178-186.
- van Teijlingen, E. & van der Hulst, L. (1995) Midwifery in the Netherlands: more than a semi-profession? In: Larkin, G., Johnson, T. & Saks, M. (eds.) *Health professions and the state in Europe*. London: Routledge, 178-86.
- van Wel, F. & Knijn, T. (2006), Transitional phase or a new balance? Working and caring by mothers with young children in the Netherlands, *Journal of Family Issues*, 27(5), 633-651.
- van Kersbergen, K. (1999), De weerstand van verzorgingsstaten tegen verandering, *Tijdschrift voor Sociologie*, 20 (1), 5-24.
- van Kersbergen, K. (2000), A caring state or a could-not-care-less state? *The Netherlands' Journal of Social Sciences*, 36 (2), 159-162.
- van Kersbergen, K. & Becker, U. (1988), The Netherlands – A Passive Social Democratic Welfare-State in A Christian Democratic Ruled Society, *Journal of Social Policy*, 17, 477-499.
- Vanlieburg, M.J. & Marland, H. (1989), Midwife Regulation, Education, and Practice in the Netherlands During the 19Th-Century, *Medical History*, 33(3), 296-325.
- Wiegers, T. (2006), *Monitoring Kraamzorg II: verkenning van de toekomstige vraag naar kraamzorg*. Utrecht: Stichting Fonds voor Arbeidsmarktbeleid en Opleidingen Thuiszorg (FAOT).
- Wiegers, T.A. & Janssen, B. (2006), *Monitor verloskundige zorgverlening*. Utrecht: Nivel.
- Wiegers, T. A., van der Zee, J., & Keirse, M. J. N. C. (1998), Maternity care in the Netherlands: the changing home birth rate, *Birth-Issues in Perinatal Care*, 25(3), 190-197.
- Wrede, S., Benoit, C., & Sandall, J. (2001), The state and birth/the state of birth. Maternal health policy in three countries, pp. 28-50 in De Vries R., C. Benoit, E. van Teijlingen, & S. Wrede (Eds.), *Birth by design. Pregnancy, maternity care, and midwifery in North America and Europe*. London: Routledge.

Zadoroznyj, M. (2007), Postnatal care in the community: report of an evaluation of birthing women's assessments of a postnatal home-care programme, *Health & Social Care in the Community*, 15(1), 35-44.