

Minima Philosophica

De autonomie van de barende vrouw

Ingrid Robeyns

Autonomie is een centrale waarde in de politieke filosofie. Ook de wetgeving en het overheidsbeleid gaan in de regel uit van de autonoom handelende mens. Een wet of een beleidsmaatregel die autonomie veronderstelt hoeft daar in de regel geen verantwoording voor af te leggen: we gaan ervan uit dat volwassenen zelf geïnformeerde en weloverwogen beslissingen kunnen nemen en daar dan ook de gevolgen van kunnen dragen. Ook in de politieke praktijk zien we het autonomieprincipe opgang maken. Eén van de pijlers van het emancipatiebeleid is dat de “niet-westerse” vrouwen meer moeten participeren aan de Nederlandse samenleving, onder andere met als doel hun autonomie ten opzichte van hun echtgenoten en directe omgeving te vergroten. Een andere pijler van het emancipatiebeleid is de financiële onafhankelijkheid van de vrouw: ook hier is de verantwoording ten dele terug te leiden tot de idee dat het goed is voor vrouwen autonoom te zijn binnen hun gezin.

De Nederlandse politieke praktijk hecht dus klaarblijkelijk erg aan de autonomie van de vrouw. Daarom is het des te merkwaardiger dat de barende vrouw in Nederland weinig autonomie heeft als het eropaan komt zelf beslissingen te nemen over pijnbestrijding bij haar bevalling. Van barende vrouwen wordt verwacht dat zij zonder morren pijn leiden, en vrouwen die willen bevallen met een ruggenprik, ontdekken dat deze wens niet gemakkelijk in te willigen is. In de meeste gevallen heeft de barende vrouw hierover nauwelijks beslissingsrecht. Blijkbaar wordt de barende vrouw onvoldoende autonomie toegedicht om haar hier zelf over te laten beslissen.

Hoe manifesteert zich deze ontzegging van autonomie? Gezonde zwangere vrouwen – de vrouwen zonder “medische indicatie” – hebben geen toegang tot de gynaecologen: zij kunnen gedurende hun zwangerschap voor de controles enkel bij verloskundigen terecht.

Verloskundigen stellen dit altijd voor als een goede zaak: een zwangerschap is geen ziekte en moet daarom zo “natuurlijk” mogelijk verlopen – hoe minder gemedicaliseerd, hoe beter. Het

traject dat de zwangere vrouw uitgestippeld krijgt is begeleiding van de zwangerschap door de verloskundige, één of twee echo's door de echoscopist, en een bevalling die begeleid wordt door een verloskundige, hetzij thuis, hetzij op de afdeling verloskunde van het ziekenhuis.

Als het einde van de zwangerschap nadert, willen de meeste zwangere vrouwen informatie over de mogelijkheden om tijdens de bevalling beroep te kunnen doen op pijnbestrijding. De informatie die ze hierover krijgen is karig en niet altijd erg objectief. De eerste keer dat een vrouw aan een verloskundige informatie vraagt over pijnbestrijding, krijgt ze misschien te horen dat het nog te vroeg is daarover te praten. Als de zwangere vrouw aandringt, zal de verloskundige haar op het hart drukken dat indien echt nodig, er pijnbestrijding voorhanden is in het ziekenhuis. Begeleiders op zwangerschapscursussen zijn al even karig met informatie, en deze cursussen zijn gestoeld op de niet-uitgesproken veronderstelling dat er geen pijnbestrijding voorhanden zal zijn, en dat de barende vrouw door middel van ademhalingsoefeningen de pijn zal weten te beheersen. Informatieavonden van verloskundigen in ziekenhuizen schetsen een beeld waarin de “natuurlijke” bevalling (zonder pijnbestrijding en zonder medische ingrepen zoals het gebruik van een verlostang of zuignap) op een harmonische wijze plaatsvindt en waarin de barende vrouw zelf de regie in handen heeft, terwijl het alternatief direct impliceert dat men in een vervreemdende omgeving terecht komt met dokters in groene of witte jassen, onder felle lichten, waarin de barende vrouw gereduceerd is tot een patiënt die de bevalling ondergaat, in plaats van daar actief gestalte aan te geven.

Vrouwen weten echter meestal wel dat het anders kan, en vragen zich af waarom er in het buitenland zoveel gemakkelijker pijnbestrijding verstrekt wordt dan in Nederland. Vrouwen praten met elkaar over zwangerschappen en bevallingen, en de meeste vrouwen maken zich zorgen of ze de pijn wel kunnen doorstaan en zijn niet te spreken over de beperkte mogelijkheden om effectieve pijnbestrijding te verkrijgen. Het hoeft dan ook niet te verbazen dat zwangere vrouwen verloskundigen hiermee confronteren, zoals bijvoorbeeld op informatieavonden in het ziekenhuis.

Wat men daar ziet is zeer intrigerend. De verloskundigen geven een visuele presentatie waarbij pijnbestrijding alleen ter sprake komt als laatste redmiddel bij bevallingen waar medische complicaties ontstaan. Maar hoogzwangere vrouwen willen weten of, ook als de bevalling geen twee dagen maar 12 of 20 uur duurt, ze feitelijk toegang hebben tot effectieve pijnbestrijding. Het antwoord dat daarop gegeven wordt is “ja”, maar de praktijk wijst anders uit. De barende

vrouw die geen medische indicatie heeft, krijgt in de praktijk meestal geen toegang tot effectieve pijnbestrijding. Vrouwen die de mogelijkheid open willen houden om pijnbestrijding te gebruiken tijdens hun bevalling kiezen ervoor om op de verloskundeafdeling van een ziekenhuis te bevallen, zodat ze, indien nodig, snel naar een afdeling kunnen gebracht worden waar ze een ruggenprik toegediend kunnen krijgen. Zover komt het zelden. De eerste uren van de bevalling brengt de vrouw thuis door. De instructies die ze van de verloskundigen heeft gekregen, stellen dat ze naar het ziekenhuis kan gaan indien de weeën krachtig en regelmatig zijn. Meestal impliceert dit dat de vrouw al een heel stuk gevorderd is in de ontsluiting. Er zijn twee standaard antwoorden op de vraag waarom de vrouw pas zo laat in de bevalling naar het ziekenhuis mag gaan: de ontsluiting gaat vlotter als de vrouw in haar eigen vertrouwde omgeving is, en door een deel van de bevalling thuis te laten verlopen, hoeft de vrouw geen kamer in het ziekenhuis te bezetten. Of die eerste (empirische) stelling ook correct is, is mij onbekend.

De implicatie van deze praktijk is dat wanneer de vrouw eindelijk in het ziekenhuis is aangekomen, het veel te laat is om nog een ruggenprik toe te dienen. Deze kan niet meer toegediend worden wanneer de ontsluiting al ver gevorderd is, omdat ze uitgewerkt dient te zijn wanneer de barendende vrouw volledige ontsluiting heeft en dient te persen. Bovendien kan het door de beperkte beschikbaarheid van anesthesisten in de ziekenhuizen waar de verloskundigen werken, soms enige tijd duren voor er een anesthesist beschikbaar is die de ruggenprik kan toedienen. De barendende vrouw die aan de verloskundigen in het ziekenhuis vraagt om een ruggenprik, krijgt daarom als antwoord dat het te laat is – en bovendien wordt er ook geschermd met argumenten als zou de ruggenprik nog heel wat last berokkenen in het kraambed of de bevalling zelf bemoeilijken.

Het geheel van deze praktijken, structuren en machtsverhoudingen impliceert dat de barendende vrouw *de facto* geen toegang krijgt tot effectieve pijnbestrijding, en dat haar ook niet de autonomie wordt toegekend om hierover zelf geïnformeerde beslissingen te nemen: haar vraag naar informatie wordt systematisch omzeild, of ze krijgt partiële informatie die haar in de waan laat dat ruggenprikken wel beschikbaar zijn. Al menig auteur heeft deze situatie als barbaars bestempeld – en naar mijn mening terecht. De barendende vrouw wordt *de facto* veroordeeld tot enorme pijnen die voor velen ver boven hun pijngrens liggen, en dit zónder de vrijheid om te kiezen deze pijnen niet te ondergaan. Hoe kan het dat in Nederland anno 2007 dergelijke praktijken toch standhouden?

Laat mij hier een paar hypothesen formuleren. Ten eerste zijn er de professionele belangen van de verloskundigen: hun autonomie en het belang van hun beroep zou sterk beperkt worden indien berende vrouwen effectief konden kiezen voor pijnbestrijding. Bij bevallingen met een ruggenprik is de verloskundige ondergeschikt aan de gynaecoloog, wat ze uiteraard niet verkiezen. Ten tweede zijn er de professionele belangen van de anesthesisten, die waarschijnlijk geen zin hebben om, zonder substantiële loonsverhoging, 24 uur per dag (en dus vooral 's nachts) oproepbaar te zijn voor bevallingen. Ten derde is er de financiële factor meer in het algemeen: de ziektekostenverzekeringen staan niet te springen om de kosten voor ruggenprikken te vergoeden – en het is natuurlijk (politiek) onmogelijk om andere verdovingen die niet levensnoodzakelijk zijn wel te vergoeden, en de pijnbestrijding bij bevallingen niet. Ten slotte speelt de unieke Nederlandse moederideologie waarschijnlijk ook een rol, aangezien het wegcijferen van eigen noden en belangen door moeders als een deugd gezien wordt. Menig boek over bevallingen spreekt dan ook over de oerkracht die zich bij de bevalling manifesteert en die de berende vrouw de nodige kracht geeft om de pijn te doorstaan, of over het belang om de bevalling bewust en volledig te beleven om een goede band met het kind te kunnen opbouwen. Verloskundigen zullen hierop antwoorden dat het alternatief de volledige medicalisering van bevallingen is, zoals in de Verenigde Staten, en dat een ruggenprik belangrijke risico's inhoudt voor moeder en kind. Maar dat zijn slechte argumenten. Ten eerste blijkt het met die risico's voor moeder en kind best mee te vallen.¹ Bovendien houdt het serieus nemen van de autonomie van de berende vrouw in dat zij geïnformeerd wordt over die risico's, en zelf een afweging kan maken. Die informatie wordt nu meestal niet verstrekt door verloskundigen. Maar verloskundigen weten ook wel dat zwangere vrouwen deze informatie ten dele zelf kunnen verzamelen en zien ook dat in omliggende landen zoals België en Duitsland ruggenprikken een standaard optie zijn. In reactie op die argumenten wordt daarom vaak de “culturele kaart” getrokken en wordt de Nederlandse vrouw in schril contrast gezet met de Amerikaanse vrouw: deze laatste ziet de bevalling als een medische ingreep waarbij de pijn geminimaliseerd moet worden, terwijl de Nederlandse vrouw de bevalling ziet als de mooiste dag van haar leven, met de pijn als een noodzakelijk bijeffect daarvan. Het hoort er nu eenmaal gewoon bij. Echter, het beeld dat van de VS geschetst wordt klopt niet, aangezien 42% van de vrouwen daar zonder ruggenprik bevalt.² Misschien is het probleem in de VS de onmogelijkheid om thuis te bevallen,

maar dat is nog iets anders dan te insinueren dat alle Amerikaanse vrouw het liefst zo weinig mogelijk pijn hebben bij hun bevalling en daarom standaard maar een ruggenprik krijgen. Het contrast tussen Nederland en de VS dient dus vooral retorische doelen, en de beperkte autonomie van de barendende vrouw in de VS kan moeilijk als argument gebruikt worden om de autonomie van de barendende vrouw in Nederland in te perken. En dat is precies wat gebeurt indien *de facto* de mogelijkheid van een bewuste en geïnformeerde keuze voor een ruggenprik onthouden wordt aan de Nederlandse vrouw.

Barendende vrouwen in Nederland zouden er veel profijt van hebben, indien filosofen het hoge retorische gehalte van dit soort “argumenten” zouden doorprikken, en indien economen de belangenstructuren van de verschillende beroepsgroepen, verzekeraars en overheid zouden analyseren. Maar helaas is er maar een kleine kans dat dit thema ooit op de politieke agenda komt – zelfs in een kabinet met een minister voor gezinszaken. Zwangere vrouwen zijn namelijk niet georganiseerd als politieke pressiegroep, en de jaren na hun bevalling veel te druk om daar hun schaarse tijd aan te besteden.

Ingrid Robeyns is verbonden aan de Radboud Universiteit Nijmegen en redactielid van F&P.

¹ Anim-Somuah M., R. Smyth, C. Howell, “Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005 (4).

² Anim-Somuah e.a. *op. cit.* p. 2.