Hoe lichamen circuleren
Over definities van het zwangere lichaam, medische technologie en de toekomst van de thuisbevalling

Bernike Pasveer en Madeleine Akrich

How bodies circulate. On definitions of pregnant bodies, medical technology, and the future of home birth

The present article starts from the apparent paradox in Dutch obstetrics that according to most concerned parties home birth is a valuable choice for women and needs therefore to be preserved as an option; yet women increasingly tend to choose for a hospital birth, and midwives increasingly tend to send their patients to a hospital.

We argue that many of the reasons given for this tendency fail to take into account the actorial status of medical technologies and women’s bodies. In order to do so, we schematically describe a French hospital birth and a Dutch home birth. From our argument it follows that research is needed to find out more about the relations between ‘obstetrical bodies’ and ‘women’s bodies’ by studying the participants’ ways of performing bodies during pregnancy and birth.

Vrouwen in Nederland moeten meer thuis bevallen. De minister van gezondheid vindt dat, en heeft daartoe een flink bedrag uitgetrokken. Verzekeraars, vroedvrouwen en ook woordvoerders van vrouwenbelangen zijn vaak die mening toegedaan. De veronderstelling waarop het Nederlandse verloskundige systeem is gebaseerd, is dat zwangerschap en bevalling normale levens-/lichaamsverrichtingen zijn. Dat betekent concreet dat vrouwen tijdens zwangerschap en bevalling kunnen worden begeleid door een vroedvrouw of een huisarts. Zij worden geacht hun cliënten voortdurend te classificeren op basis van een uitgebreide lijst met verloskundige indicaties. Er zijn drie categorieën: laag, verhoogd en hoog risico. Vrouwen die in de eerste categorie blijven, hoeven geen gynaecoloog of andere medische specialist te zien gedurende zwangerschap, bevalling en de periode direct na de bevalling. Zij kunnen bovendien kiezen of ze thuis of poliklinisch met hun vroedvrouw willen bevallen. Bij de tweede categorie vrouwen ontwikkelt zich op enig moment een medisch of verloskundig probleem dat niet direct aanleiding is de begeleiding direct en definitief over te hevelen naar de gynaecoloog en het ziekenhuis, maar dat wel om overleg met en onderzoek uitgevoerd in de ‘tweede lijn’ (het medisch specialistisme) vraagt. Afhankelijk van de uitkomsten daarvan kan een vrouw dan weer terug naar de vroedvrouw, of wordt geadviseerd haar onder specialistisch toezicht te houden.


Maar er is meer. Het percentage vrouwen dat gedurende de (thuis-)bevalling wordt verwezen naar het ziekenhuis neemt toe. Vooral de ‘niet-vorderende ontsluiting’ - het ‘te lang’ duren van de periode voorafgaand aan de uitdrijving van de baby - speelt in die doorverwijzingen een grote rol. Daarnaast kiezen vrouwen die een laag-risicowangerschap hebben vaak en om uit eenlopende redenen - comfort, veiligheid (Wiegers & Berghs, 1994; Manshanden, 1997; Hingstman e.a., 1993), de partner die niet tegen bloed kan (interview) - voor een poliklinische bevalling: mét hun vroed-
vrouw, maar wel in het ziekenhuis. Onderzoek sugge-
reert dat de plaats van de bevalling invloed heeft op de
uitkomst van de bevalling in medisch en obstetrisch
opzicht (zie onder andere: Wiegers, 1997; Pel & Heres,
1995). Concreet betekent dit dat vrouwen in de cate-
gorie laag-risico in het ziekenhuis een hogere kans op
medische en/of obstetrische ingrepen hebben dan thuis:
hun veiligheid is dus niet op voorhand gediend met een
ziekenhuisomgeving. De nabijheid van specialisten en
machines, en wellicht ook de atmosfeer van het zieken-
huis, veranderen de bevalling blijkbaar meer dan de slo-
gan ‘de poliklinische bevalling is een verpleegkundige thuis-
bevalling’ suggereert. De keuzemogelijkheid die laag-
risicovrouwen hebben (thuis of in het ziekenhuis) lijkt
zo bij te dragen aan de dreigende teloorgang van de
thuishaving.

Maar waarom willen vrouwen steeds vaker poliklinisch
bevallen? En hoe komt het dat zo velen van hen tijdens
die geplande thuisbevalling alsnog moeten verkassen
naar het ziekenhuis? Is het vrouwen bewustmaken van de
veiligheid van de thuisbevalling de meest geëigende poli-
tiek om die thuisbevalling te doen overleven? Hoe veilig
zijn eigenlijk de lichamen van vrouwen die thuis willen
bevallen? En kunnen vroedvrouwen nog wel gewoon met
hun handen op de rug bij een baring staan en rustig

Velen zullen wellicht zeggen: het probleem zit bij de
medische technologie, en bij de macht die de gynaeco-
logen in de loop van deze eeuw hebben opgebouwd ten
opzichte van de professie van vroedvrouwen, en ten
opzichte van de kennis over hun lichamen van vrouwen
zelf (Schoon, 1995). Anderen stellen dat vrouwen er zo
hun eigen informanten over de veiligheid van een
bevalling op na houden, en maar in geringe mate afgaan
op de bewustwordingsstrategieën die hen via hun
vroedvrouw bereiken (Wiegers & Berghs, 1994; Mans-
handen, 1997). Daarnaast zou de toegenomen werkdruk
van vroedvrouwen mogelijk invloed hebben op hun
handelen en op bijvoorbeeld hun oordeel over hoe
‘vlot’ de ontsluiting verloopt.

Ondanks het belang van bovengenoemde verklaringen
voor de medicalisering van zwangerschap en bevall-
ning, deelt veel van het onderzoek dat zich met die vraag
bezighoudt een aantal betwistbare karakteristieken en
veronderstellingen. In de eerste plaats veronderstellen
de analyses vaak een dichotome en hiërarchisch geor-
dende wereld. Van mannelijke gynaecologen enerzijds,
en (vroed)vrouwen anderzijds; of van de macht van wetenschap en techniek tegenover de onmacht van de tactieke kennis van het lichaam en de natuur; of, in meer algemene termen, van gegeven, natuurlijke lichaamsprocessen versus gemaakte en onnatuurlijke interventies daarin - interventies die dan afhankelijk van de feitelijke, objectief vast te stellen toestand van dat lichaam, terecht of onterecht zijn.

In de tweede plaats valt op dat er niet vaak een eense- nering is te vinden van de rol van medische technolo- gie in de verloskunde. Medische machines zijn ofwel neutrale instrumenten in de handen van gynaecologen of vroedvrouwen, ofwel foute want onnatuurlijke apparaten die alleen als de natuur haar werk niet goed doet - in situaties van duidelijk omschreven en objectief vast te stellen pathologie - hun nut kunnen bewijzen.

In de derde plaats zien we in analyses van de bedrei- gingen van de thuisbevalling maar zelden een rol van enige analytische betekenis weggelegd voor de 'beli- chaamde vrouw'. In dat lichaam voltrekken zich zwan- gerschap en bevalling die met de beschikbare mensen en middelen begeleid worden. Wat het lichaam kan, of moet kunnen, lijkt opnieuw 'van nature' gefixeerd. Die vaardigheden worden niet bepaald door het verloskundig traject dat een vrouw doorloopt - ze worden er hoog- uit door onderdrukt. Wat ter discussie staat is de vraag wat telt als pathologie, en wat derhalve verzorgd moet worden door de specialist. Hoe pathologie wordt vast- gesteld lijkt een kwestie te zijn van goed kijken. Maar hoe het lichaam, haar behoeften en de bevrediging van die behoeften het resultaat zou kunnen zijn van het spe- cifieke traject dat zwangersen doorlopen, is zelden een centrale onderzoeksvraag.

We willen in dit artikel een antwoord geven op de vraag waarom zo'n hoog percentage van de gezonde zwange- ren uit vrije wil of op instigatie van de vroedvrouw terechtkomt in het ziekenhuis. We pretenderen niet dat ons antwoord het enige is. We willen wel opperen dat onze uit te werken veronderstelling - dat wat 'beli- chaamde' vrouwen weten en kunnen resultaat is van het traject dat ze in de zwangerschap doorlopen - een analyse oplevert die naar een deels andere politiek ten opzichte van de dreigende teleorgaan van de thuisbevalling wijst dan de bewustwordingspolitiek.

Aansluitend bij ander technieksemiotisch onderzoek willen we in de eerste plaats laten zien dat wat een vrouwelijk lichaam kan, de (tactiele) kennis die een vrouw heeft van/in haar lichaam, resultaat is van de praktijken waarin het circuleert. We willen laten zien hoe voor alle deelnemers aan zwangerschap en bevalling dat wat zij zijn, wat zij weten en wat zij kunnen, wordt gedefi- nieerd in het collectief van mensen en machines waarin zwangerschap/bevalling zich voltrekt. Lichamelijke en andere vaardigheden zijn niet gegeven, niet gefixeerd; fixatie is een te onderzoeken resultaat, en is daarmee altijd in eerste instantie lokaal, gesitueerd en politiek (Haraway, 1991). We laten dat zien met behulp van een schematische beschrijving van een ziekenhuisbevalling in Frankrijk en een thuisbevalling in Neder- land. Die beschrijvingen zijn inhoudelijk tamelijk grof en ongenauig. De crux ervan is theoretisch: te laten zien dat de definities van vaardigheden verschil- len in uiteenlopende collectieven, en dat bovendien die vaardigheden worden verdeeld over de deelnemers aan zo'n collectief. Wat lichamen en machines kunnen, wordt gedefinieerd in het collectief.

We willen in de tweede plaats suggereren dat er in de praktijken die zwangerschap en bevalling constitueren in Nederland, in toenemende mate incoherenties dreigen te ontstaan. Die incoherenties hebben meer conse- quenties als het gefixeerde lichaam het veld ruimt in de analyse, en kan worden onderzocht hoe belichaming (de ervaring een lichaam te hebben dat vaardig is, geeft) een proces is - niet een gegeven. We vragen ons af of elk laag- risico traject dat zwangeren in Nederland doorlopen, evenzeer opleidt tot een lichaam dat in staat is thuis een kind te baren. Onze hypothese is dat naarmate de kennis van/bekendheid met het zwangere lichaam verdeelder wordt - we leggen straks uit wat we daarmee bedoelen - de kans kleiner wordt dat iemand 'gewoon thuis' een kind kan baren.

De vraag naar de coherente waarmee lichamen wor- den getraind voor een of andere bevallingsconstellatie, komt voort uit de manier waarop we in meer algemene zin lichamen en hun vaardigheden onderdeel van de analyse maken. De suggestie dat er zich in de Neder- landse situatie op het niveau van het lichaam (zowel het door een vrouw impliciet ervaren lichaam als het door de verloskundige) geëxplodeerde lichaam) inco- herenties manifesteren, is gebaseerd op door anderen aangedragen informatie over de (verwachte of gevrees- de) toename en het effect van het gebruik van prenatale diagnostiek als de echografie, de vruchtwaterpunctie en de tripeltest. De gedachte is dat elk van die technologieien zelf, maar ook de mate waarin zij als het ware aan de ervaring van de zwangerschap voorafgaan en die ervaring dus los van het lichaam constitueren, van invloed is op wat het lichaam denkt te kunnen. Doel is aan te geven dat het voortbestaan van de thuisbevalling ook afhankelijk is van de wijze waarop een zwanger een lichaam krijgt dat getraind is en ervaren genoeg om thuis een kind te kunnen baren.

Bevallen in Frankrijk en Nederland

Schematisch gezien ziet een Franse bevalling er onge- veer zo uit. Een vrouw gaat naar het ziekenhuis als zij rond de uitgerekende datum weêér voelt. Omdat de
bevalling is gedefinieerd als een hoog-risico gebeurt- 
nis, vindt die vrijwel uitsluitend plaats in het zieken- 
huis. Daar aangekomen, wordt met behulp van een 
inwendig onderzoek en een korte elektronische regis-
tratie van de baarmoederactiviteit vastgesteld of de 
vrouw inderdaad ontsluitingsweeën heeft. Als dat zo is, 
dan wordt ze overgebracht naar de ‘weeeënkamer’. Ze 
ligt daar op een smal bed, en een aantal anderen groepeert 
ziek rondom/aan haar lichaam. Een vroedvrouw, een 
verpleegster en altijd een apparaat (monitor) dat vastzet 
met twee sensoren op de buik van de vrouw, en dat de 
weeën en de hartslag van de baby registreert. Voorts een 
infuus dat glucose toedient (er mag niet worden gegeten 
of gedronken tijdens de bevalling, omdat een eventuele 
operatieve ingreep op een nuchtere maag moet plaats-
vinden) maar dat in veel gevallen ook het hormoon dat 
de weeeën reguleert in het lichaam brengt. Dit hormoon, 
oxytocine, wordt in het lichaam aangemaakt in onge-
standaardiseerde en onregelmatige hoeveelheden. Om 
regelmatige en krachtige weeën te organiseren, neemt 
oxytocine uit het infuus dat hormoon dosering vaak 
over. Daarnaast worden regelmatig bloeddruk en temper-
atuur gemeten. Ook de lichaamstemperatuur van de 
vrouw wordt bijgehouden. Bij de meeste bevallingen 
wordt een ruggenprik geïnstalleerd: die verdooft het 
onderlichaam van de vrouw en maakt haar zo ongevoe-
lig voor de weeënactiviteit van de baarmoeder, en voor 
de pijn die de weeeën veroorzaken. Vanwege de ruggen-
prik komt ook de anesthesiast regelmatig langs. En over 
het algemeen is de partner van de barende vrouw in de 
buurt.

Al die ‘anderen’ spelen een belangrijke rol in de vol-
trekking van de bevalling in medisch-verloskundige zin. 
Ze verbinden zich stok voor stok met het lichaam van 
de vrouw. De monitor bijvoorbeeld, registreert de 
weeën al voordat ze door de vrouw worden opgemerkt. 
De monitor maakt de kennis over de weeën onafhanke-
lijk van het oordeel van de vrouw over frequentie en 
intensiteit; bovendien wordt de weeënregistratie gekopp-
peld aan een registratie van de hartslag van de baby, en 
can het papier waarop beide soorten informatie staan, 
onafhankelijk van het lichaam van de vrouw uit het 
ziekenhuis ‘reizen’. Als er een ruggenprik wordt geïn-
stalleerd, behoort de registratie van de weeën uitslut-
wend nog toe aan de monitor. De ruggenprik verdooft 
het onderlichaam, waardoor de weeën, en daarmee de 
pijn ervan, niet meer worden ervaren in het lichaam. 
Het infuus met het hormoon dat kracht en frequentie 
van de weeën reguleert en standaardiseert, is noodzakel-
lijk als het onderlichaam is verdooft, maar het wordt 
ook bij bevallingen zonder ruggenprik vaak ingezet. 
De vroedvrouw heeft een aantal complexe taken: ze doet af 
eto en toe een inwendig onderzoek om de vorderingen van de 
ontsluiting te bepalen, maar ze is ook de eerste die de 
papieren sporen van de monitor ziet en beoordeelt, en 

zij is het die bij een bevalling met een ruggenprik aan-
geeft wanneer en hoe lang de vrouw moet persen tijdens 
de uitdrijving van de baby; immers, weeën worden door 
de vrouw zelf niet geregistreerd. De vrouw zelf heeft in 
dit collectief een lichaam dat geacht wordt tot verschill-
lende dingen in staat te zijn. Ze moet zodanig kunnen 
liggen of gaan verliegen dat de verschillende instru-
menten waarmee de bevalling als het ware buiten haar 
lichaam om wordt geleid, hun werk kunnen doen. Tij-
dens de ontsluitingsweeën wordt er behalve die positio-
neringsarbeid van het lichaam, niet veel anders ver-
wacht - als ze tenminste een ruggenprik heeft. Als de 
persweeën beginnen - indicaties daarvan zijn de door de 
vroedvrouw opgemerkte volledige ontsluiting van de 
baarmoedermond - moet de vrouw in staat zijn te per-
sen op instigatie van de vroedvrouw die op het papier 
van de monitor ziet dat er een wee op komst is. Tijdens 
voorbereidende bijeenkomsten en zwangerschapsgym-
nastiek wordt aan dat persen-op-commando aandacht 
beeste.

Het is verleidelijk om deze manier van bevallen te 
veroordelen als vrouwenvriendelijk, technocratisch, 
onnatuurlijk. Maar we willen eigenlijk iets anders vast-
stellen over het collectief dat we hebben beschreven. In 
de eerste plaats dat zo’n Franse bevalling een verricht-
king is van een tamelijk omvangrijk gezelschap. De 
vaardigheid een kind te baren, de kennis die daarvoor 
nodig is, is voor een groot deel uit het lichaam van 
de vrouw gehaald, expliciet en mobiel gemaakt, en gedistribu-
eerd over de verschillende deelnemers. Het expliciet en 
mobiel maken betekent niet alleen het verplaatsen van 
de kennis van binnen naar buiten het lichaam, maar 
ook het vertalen ervan in andere parameters, in andere 
sensaties. Bovendien kan geen enkele actor in het col-
lectief buiten het werk van de anderen. De ruggenprik 
houdt de monitor nodig, en oxytocine, maar op hun 
beurt vragen die drie technieken van het lichaam van 
de vrouw dat het zo stil mogelijk ligt. Daarmee is de 
noodzaak van pijnstilling versterkt. Ook de vroedvrouw 
houdt de monitor nodig, omdat de vrouw zelf geen 
(pers)weeën registreert. De vrouw op haar beurt heeft 
de vroedvrouw nodig om te kunnen persen.

In het collectief waarin zich de bevalling voltrekt, 
worden competenties gedefinieerd en verdeeld tussen 
de deelnemers. Dat gezelschap wordt - in enigszins 
variabele samenstelling - bij elke bevalling in het leven 
geroepen. De vaardigheden die de deelnemers worden 
geacht te bezitten, zijn resultaat van het voorbereid zijn 
op het onderdeel worden van dat collectief. De veron-
derstelling dat bevallen gevaarlijk is, is zo niet simpel-
weg een kwestie van naamgeving, maar van vormge-
ving van een praktijk. In zo’n praktijk is het lichaam 
van de zwangere niet een entiteit met vastliggende 
eigenschappen die al dan niet geweld worden aange-
daan, maar een lichaam waarin en/of waarbuiten tijdens
de zwangerschap en de bevalling kennis, bekendheid, ervaring en vaardigheden worden vastgelegd.

Een Nederlandse thuisbevalling ziet er heel anders uit dan een Franse ziekenhuisbevalling. In Nederland belt de vrouw de vroedvrouw als ze regelmatig weewé heeft, of als het vruchtwater breekt. Als de vroedvrouw op basis van het telefoontje oordeelt dat haar cliënt waar- schijnlijk goede ontsluitingsweewé heeft, bezoekt ze haar. Ze doet een inwendig onderzoek om de mate van ontsluiting vast te stellen, ze luistert naar het babyhart met een doptone-apparaat of een houten toeter, en ze inspecteert in zekere zin de omgeving: is er rust, is de partner in de buurt, lopen de buren niet af en aan. Ten- zij de ontsluiting al ver is gevorderd, gaat de vroedvrouw over het algemeen weer weg. De vrouw (of haar part- ner) belt opnieuw als de weewénfrequentie toeneemt, als ze persweewé heeft, of om andere redenen. Is de on- sluiting flink gevorderd, dan blijft de vroedvrouw - met haar doptone-apparaat, een arsenal aan kleine instrumenten als een haakje om het vruchtwater te breken, een klem en een schaar om de baby af te navelen, een spuit om een lokale verdoving te kunnen geven als het nodig is ‘een knip te zetten’ (het perineum in te knip- pen opdat de baby er beter/sneller doorkaait), naald en draad om een eventuele knip of inscheuring te kunnen hechten, en een koffer met beademingsapparatuur voor het geval de baby wordt geboren en niet voldoende zuurstof krijgt of heeft gehad.

De gedachte van de Nederlandse thuisbevalling is, dat die zich veilig, vlot en in zekere zin bevredigend voor alle deelnemers zal voltrekken als de vrouw in staat wordt/is gesteld om zich volledig te concentreren op het werk van haar lichaam, preciezer: de baarmoeder. Geen van de andere deelnemers - vroedvrouw, partner, medische instrumenten - vangt de weewé op, kan de pijn de baas blijven, heeft de energie voor de uitdrij- ving. De andere deelnemers zijn echter onmisbaar voor de concentratie: ze concentreren zich mee op het licheam (de vroedvrouw en haar instrumenten om andere redenen dan de partner) om de vrouw mogelijk te maken in haar licheam de bevalling te controle- ren. In haar licheam: niemand van de deelnemers aan de thuisbevalling beschikt over middelen de bevalling - als in de Franse situatie - uit het licheam te halen, het licheam te verkleinen tot een samentrekkende baar- moeder wiens werk vervolgens buiten het licheam wordt geregistreerd en gereguleerd. Maar ook in haar licheam: omdat de vroedvrouw niet beschikt over allerlei medische technologie die permanent registreert en reguleert, maar vooral ook omdat dat past in het Nederlandse gedachtegoed over bevallen als normale levensverrichting, doen de vroedvrouw en de andere omstanders er alles aan om de bevalling zo impliciet mogelijk te laten verlopen.

Dat betekent het volgende. Tijdens de Nederlandse thuisbevalling circuleren de kennis van de baring, de bekendheid met het barende licheam en de vaardighe- den het kind geboren te laten worden vooral tussen vroedvrouw en vrouw. Bovendien blijft, in het ideale geval, die kennis gekoppeld aan het licheam van de vrouw. Dat wil zeggen: die wordt niet uit haar licheam gehaald, expliciet en mobiel gemaakt, maar blijft onder- deel van het licheam. Via de bekendheid van de vrouw met het eigen licheam en via de mededelingen die zij doet over wat er gebeurt, leest de vroedvrouw het verloop van de bevalling. Dat betekent niet dat de vrouw in reflexieve zin steeds weet wat er met haar licheam gebeurt - ze heeft, zeker als ze van haar eerste kind bevalt, een onbekend licheam. De vroedvrouw moet haar opmerkingen, geluiden, lichemshoudingen en ademhaling lezen in obstetrische termen: dit is een wee, nu is die weer voorbij, ze raakt in paniek, ze kan beter even onder de douche, etcetera. Het betekent wél dat er voor de vroedvrouw geen andere informatiebron is dan de vrouw en haar ‘mededelingen’.

Af en toe wordt een deel van de gebeurtenis even uit het licheam gehaald: de harttonen van de baby bijvoorbeeld, of het aantal centimeters ontsluiting. Maar steeds worden die ex-corporaties weer impliciet gemaakt: samen vormen ze niet, zoals in de Franse setting, een expliciete en bewegelijke verplaatselijke bevalling. Het spoor van de bevalling wordt niet vertaald en verplaatst naar de andere deelnemers. De concentratie in/op (het licheam van) de vrouw is cruciaal, en wordt door zowel de ruimte, het handelen van de vroedvrouw, de medi- sche instrumenten die zij kan gebruiken, als door het handelen van de andere deelnemers georganiseerd.

Een Nederlandse thuisbevalling veronderstelt en organiseert dus een vrouw met een licheam dat vaardig is om ‘in zichzelf’ een kind te baren.’ Die vaardigheid heeft het vrouwlichen licheam als effect van de verloskun- dige setting waarin in Nederland kinderen kunnen wor- den geboren.

De beschrijvingen van Franse en Nederlandse bevallingen - schematisch, en zeker niet representatief voor alle bevallingen in alle (zieken)huizen - tonen wat het resultaat zou kunnen zijn van het loslaten van het ‘natuurlijke’, of het ‘autonome’ vrouwlichen licheam als fundamenteel op basis waarvan praktijken vorm krijgen en kunnen worden gekritiseerd. Het oorspronkelijke vrou- wenlicheam, dat van nature bepaalde dingen kan en wil, is verdwenen als meetlat, als referentiespunt aan de hand waarvan praktijken kunnen worden begeleid en gekritiseerd. Het licheam dat in staat moet zijn in een of ander collectief een kind te kunnen baren, is een daartoe getraind licheam.

In het volgende staat de vraag centraal of de begeleid- ing van zwangeren in Nederland wel opleidt tot een licheam dat wordt verondersteld geen behoeften te heb-
ben aan een buiten het lichaam georganiseerde bevalling: een lichaam dat inderdaad genoeg heeft aan wat het geach dat wordt te zijn en te kunnen tijdens de bevalling. Wordt er in de manier waarop de zwangerschapsbegeleiding wordt gepraktiseerd in Nederland, wel zo'n vaardig en veilig lichaam gemaakt?

**Zwangerschap en bevalling in Nederland: twee lichamen?**

Een zwangere vrouw in Nederland meldt zich op enig moment bij haar verloskundige. Een laag-risico traject ziet er dan ongeveer als volgt uit. Er zijn twaalf tot vijftien consulten van de vroedvrouw. Afgezien van het eerste consult, waarin de verloskundige een uitgebreide anamnese afneemt, worden tijdens ieder volgend consult globaal de volgende dingen gedaan. De vrouw wordt gewogen, haar buik wordt gemeten, de positie van het kind wordt bepaald en de harttonen opgezocht en belusterd, de bloeddruk wordt gemeten, de urine op suiker onderzocht, eenmalig of vaker wordt een aantal bloedwaarden bepaald en op gezette tijden wordt het ijzergehalte in het bloed bepaald. Bovendien is er tijd voor het dospreken van problemen, vragen en zorgen.

Voortdurend reperen op ons argument over de bevalling, geldt ook in het zwangerschapstraject dat er sprake is van een zekere organisatie van de kennis en de ervaring van het lichaam. Er wordt niet onte克t wat het geval is - wat het geval is, is uitkomst van het traject waarin een zwangere zich bevindt. In Frankrijk wordt bijvoorbeeld bij elk bezoek aan de vroedvrouw of gynaecoloog een inwendig onderzoek gedaan. In Frankrijk is vanwege de praktijk de 'dreiging van een vroeggeboorte' een enorm probleem: vooral vrouwen die al eerder een kind hebben gebaard, blijken vaak al vroeg in de zwangerschap een beetje ontsluipende te hebben. Dat is dan aanleiding om hen te adviseren rustig aan te doen, veel te liggen, of hen zelfs te laten opnemen en intensief te controleren. In Nederland maakt het inwendig onderzoek geen deel uit van het normale zwangerschapstraject, en bestaat het probleem van de dreigende vroeggeboorte dan ook niet op instigatie van dat onderzoek.

Hoe leidt dat traject van verloskundige begeleiding en controle nu op tot een lichaam dat ervan genoeg is om thuis te kunnen bevallen? We zagen dat tijdens de thuisbevalling de kennis van/bekendheid met het vrouwelijke lichaam circuleert tussen vrouw en vroedvrouw, en bij voorkeur gekoppeld blijft aan/in het vrouwelijke lichaam. Er ontstaan nauwelijks sporen van de bevalling buiten het lichaam van de vrouw.

Zo'n lichaam waarmee de bekendheid maar in kleine kring circuleert, en dat letterlijk steeds de relevante informatie in zich heeft, bestaat niet van nature. We kunnen op basis van de beschrijvingen van Franse en Nederlandse bevallingen opper dat naarmate kennis van het vrouwelijke lichaam over meer plaatsen, mensen en machines wordt verdeeld, het lichaam self verandert. Het krijgt andere vaardigheden toegedacht, en daarmee misschien ook andere ervaringen. We willen suggereren dat dit ook geldt voor de zwangerschap. Hoe groter het netwerk van informanten is, en hoe verder die informanten verwijderd (kunnen) raken van het vrouwelijke lichaam, hoe ingewikkelder het wordt om een lichaam te hebben dat het zonder hen kan stellen. In principe is het netwerk waarin bekendheid met het individuele zwangere lichaam ontstaat en circuleert in Nederland klein: vroedvrouw en vrouw zijn de aan elkaar gekoppelde en van elkaar afhankelijke bronnen van informatie. Natuurlijk weet een vroedvrouw van de zwangerschap om die daarvoor heeft doorgeleerd. En natuurlijk weet een vrouw ook van haar zwangerschap op basis van verhalen van anderen, van wat ze leest en hoort. Maar voor zover het de controle van die zwangerschap betreft, is zij bron van informatie voor de vroedvrouw en vice versa.

Het netwerk van informanten is vrijwel identiek aan het collectief dat de Nederlandse bevalling verricht. Tegelijkertijd breidt het zwangerschapscollectief zich in Nederland steeds meer uit. Ook in Nederland wordt de zwangerschap van een gezonde vrouw in toenemende mate verdeeld over verschillende actoren op basis van het lichaam ontleende, en er daartoe op allerlei plaatsen uitgebaarde kennis. Gezonde zwangeren willen, krijgen, mogen of moeten bijvoorbeeld steeds vaker een echo. En die wordt, uitzonderingen daargelaten, vooraal gemaakt buiten de praktijk van de vroedvrouw: in het ziekenhuis, door een echograf en in een nieuw dossier opgeslagen. Allerlei andere prenataal onderzoek staat ter discussie of draagt bij aan de ‘risicofactoren’ waaraan een zwangere blootstaat: de vruchtwaterpunctie, de tripeltest. Dergelijk onderzoek herorganiseert de kennis van en in het lichaam.

De definitie van zwangerschap en geboorte bevat een sluimerende paradox. Enerzijds zijn zij normale levensverrichtingen tenzij er indicaties zijn van dreigende pathologie, anderzijds gelden ze als risicoprocessen. Deze paradox heeft misschien grotere consequenties voor de toekomst van de Nederlandse verloskunde dan op basis van ander onderzoek ook al wordt aangegeven. Uit onderzoek is inmiddels gebleken dat zelfs het behoren tot een risicocategorie (ouder zijn dan 36, of, in Frankrijk en elders, zwanger zijn), een inbreuk maakt op de ervaring van het lichaam als een veilig gebied (Poppema, Pieters & Harbers, 1997). Bovendien zijn veel eigentijdse technieken die in stelling worden gebracht om te kunnen schatten wat het risico is dat iemand op enig moment ziek wordt tijdens zwangerschap of bevalling, vrijwel zonder uitzondering zodanig complex (of ongereguleerd) dat ze (moeten) worden uitgevoerd en gelezen door experts (zie: De Vries, Horstman & Have-
man, 1997 voor een analyse van de risicocultuur in de Nederlandse gezondheidszorg).

Terug nu naar het getrainde lichaam. We willen niet suggereren dat de vraag naar of noodzaak van (poliklinische bevallings) uitsluitend te wijten is aan het feit dat de bekendheid met de zwangerschap in toenemende mate afkomstig is van en circuleert in een netwerk dat zich aan de belichaamde zwangerschap minder gelezen laat liggen. Wel menen we dat meer prenataal onderzoek – maar misschien ook andere onderdelen van het zwangerschapstrafject – over het algemeen betekent: meer plaatsen, meer mensen, dossiers, machines, die de zwangerschap, de ervaring en de bekendheid ermee, opnieuw definiëren en verdelen. Niet alleen de zwanger zelf krijgt zo een ander lichaam, ook de vroedvrouw staat kennis af. De zwangerschap en de veiligheid ervan circuleren nu niet meer tussen haar en haar cliënt, maar tussen veel meer plaatsen, instrumenten en dossiers.

De kennis die zo uiteindelijk is belichaamd, is steeds vaker expliciet, vertaald en ook elders opgeslagen kennis. Zo’n verdeeld lichaam zou wel eens minder goed kunnen zijn opgeleid voor de heel anders georganiseerde belichaamde thuisbevalling. Dat betekent niet dat we op voorhand allerlei prenatale diagnostiek moeten afwijken. Het betekent wel dat we ons moeten afvragen hoe nieuwe instrumenten in het prenatale traject bijdragen aan de manier waarop de zwangere een lichaam ‘heeft’. Medische technologie maakt het niet simpelweg mogelijk in het lichaam te kijken en vast te stellen wat zich daar nu eenmaal voordoet. Onderzoek reorganiseert het collectief, en het lichaam dat daar deel van uitmaakt (Pasveer, 1992).

Er zijn dus meer variabelen in het spel als we ons een oordeel moeten vormen over de vraag of, en op welke plaats en door wie, bepaald onderzoek deel moet worden van het zwangerschapstrafject. Elke nieuwe actor in het collectief organiseert immers ook een herverdeling van competenties en taken en de introductie van nieuw prenataal onderzoek heeft de neiging de zwangerschap eerder als risico dan als fysiologisch te definiëren. Een zwangerschap die veilig is als resultaat van onderzoek dat die zwangerschap meer en anders uit het lichaam haalt, maakt niet zomaar een bevalling die veilig is zonder dergelijke ‘ex-corporaties’. Zo’n zwanger lichaam
bevat wellicht andere kennis dan die nodig is om thuis te kunnen bevallen.

**Het einde van de thuisbevalling? Conclusies**

Uiteraard spelen meer factoren een rol in de populariteit van de (poli)klinische bevalling, en in het soms hoge percentage verwijzingen naar het ziekenhuis tijdens geplande thuisbevallingen. Het zwangere lichaam wordt niet uitsluitend geconstitueerd via de contacten met de vroedvrouw. Vrouwen vragen vaak om een echo tijdens de zwangerschap, en vertellen dat deze hun ervaring van het zwanger zijn in gunstige zin beïnvloedt: ‘toen ik de echo had gehad, realiseerde ik me pas dat ik echt zwanger was. En ook voor [partner] was het geweldig, want aan mijn buik kon je nog niets zien’ (interview). Toch geldt vanuit onze analyse dat die via het beeld geconstitueerde, en in zekere zin uitgestelde, ervaring aangeeft dat de belichaamde zwangerschap verandert als ze op andere manieren wordt geregistreerd en gevisualiseerd.

Door niet te veronderstellen dat vrouwen en hun liammen van nature in staat zijn met een veilig lichaam een kind te baren, maar dat de kennis, de bekendheid en de ervaring van het lichaam onderdeel en resultaat is van het collectief dat zich in/meet dat lichaam bemoeit en dat het vormgeeft, kunnen we enerzijds opmerken dat het van belang is onderzoek te doen naar de vraag of/over de zwangerschap opleidt tot een thuisbevalling op het niveau van het vaardige vrouwelijke lichaam. Anderzijds kunnen we een kritische kanttekening plaatsen bij het discours en de praktijk van de eigenlijk Nederlandse verloskunde. Die normativiteit is niet afkomstig van een punt buiten dat discours: het is niet op basis van een voorogenomen oordel over de waarde of de onzinnigheid van de thuisbevalling dat we kritisch zijn. We constateren dat de actoren daadzeggend zijn een paradoxale situatie te organiseren die: - vanuit andere benaderingen niet te voorzien - consequenties heeft voor de belichaamde zwangerschap en bevalling, voor het vaardige lichaam. Het zijn de actoren zelf: de minister, verzekeraars, vroedvrouwen, vrouwen die minimaal de mogelijkheid van thuis bevallen willen waarborgen en maximaal het percentage thuisbevallingen willen doen toenemen. We volgen hun normativiteit en constateren dat men in Nederland uit is op liammen die zo veilig zijn georganiseerd en als zo veilig worden ervaren dat ze thuis op eigen kracht een kind kunnen baren. Maar we constateren ook dat nieuw en aanstormend prenataal onderzoek en de veranderingen van het collectief dat aan de belichaamde zwangerschap deelneemt, wel eens contraproducentief zouden kunnen zijn voor een op zo'n manier belichaamde zwangerschap en bevalling. Dat betekent niet dat we vanaf nu alle medische technologie moeten weren uit de verloskunde. Het betekent wel dat er meer aan de orde is bij de vraag wat een medische technologie openbaart: dat is niet simpelweg een kwestie van ontkekken wat klaarlag om ontdekt te worden in het lichaam. De kwestie is complexer. Een nieuwe (medische) technologie verandert de omvang en de aard van het collectief, de definitie en de verdeling van wat er in dat collectief wordt gekend en gedaan. Dat is niet op voorhand goed of slecht: het gaat ons erom dat die constatering afwijkend van de gangbare gedachte dat medisch-technisch onderzoek niet normeert maar uitsluitend blootlegt wat het geval is. Het gaat ons er bovendien om dat het normerende karakter van de wijze waarop het collectief is georganiseerd - dat het collectief construeert wat normaal, risicovol, veilig, pathologisch is - ook zijn invloed heeft op het lichaam dat zwanger is en een kind baart.

Wil de thuisbevalling het jaar 2000 halen, dan is er meer nodig dan goede bedoelingen ten aanzien van vrouwenbelangen (Schoon, 1996, p. 69) of voorlichting aan zwangeren over het plezier en de veiligheid van de thuisbevalling (Manshanden, 1997; Wiegers & Berghs, 1994). Dergelijke strategieën laten het lichaam buiten beschouwing: ze richten zich in zekere zin op het gezonde verstand van vrouwen, en dat huiat in het hoofd, in de hersenen. Ze zijn noch op zoek naar de verloskundige constructies van zwangere/barende liammen, noch naar de vraag hoe die al dan niet samenhangen met de verhalen van vrouwen over hun liammen. De theoretische en tegelijkertijd empirische inclusie van het lichaam - het geconstiteerde lichaam en het ervaren lichaam - in het organiseren van de toekomst van de verloskunde en het overleven van de thuisbevalling, is wellicht van belang voor de vraag of en hoe de thuisbevalling kan overleven.

**Literatuur**

Noten

1. De term 'techniesemiotiek' is geen gangbare. Bedoeld wor-
den benaderingen die hun inspiratie putten uit de semiotiek
toeval - het gedachte dat de betekenis van teksten niet
vastliggen, maar worden gecreëerd en circuleren in net-
werken van betekenaars. Techniesemiotici hebben die
basisgedachte van de semiotiek gebruikt om zich te kunnen afvra-
gen hoe ook andere entiteiten dan teksten hun eigenschap-
ken ontwikkelen als zij circuleren, en hoe bovendien dat wat
telt als een karakteristiek van een entiteit afhankelijk is van
die plaats in een netwerk van andere circulerende entiteiten.
Daarmee zijn entiteiten ontsnapt aan hun gefixeerd en
gegronde. Hun bestaan is afhankelijk van de meer of min-
der toevalligheid van het netwerk, hun karakteristieken
kenmerken hen even lang als ze een vaste plaats in een onbe-
wegelijk netwerk innemen. De reden om onze benadering
technieksemiotisch te noemen komt voort uit de locatie van
de inspiratiebronnen, die zich allemaal bezighouden met het
circuleren van lichamen en machines. Zie voor andere voor-
beelden van techniesemiotisch onderzoek: Hirschauer,
1991; Mol & Berg, 1998; Moser & Law, 1997; Rabeharisoa &
Cullen, 1995. Zie voor een polemisch statement over de acteur-

2. Dat zulke collectieve een geschiedenis hebben, en niet bij elke
eventueel weer opnieuw moeten worden uitgevonden, spreekt
niet voor zichzelf, maar staat ook niet centraal in dit artikel.