

Denken in risico's: niet zonder risico?!

Marianne Nieuwenhuijze, Lector Midwifery, Academie Verloskunde Maastricht, Zuyd.

Edwin van Teijlingen, hoogleraar Sociologie, Bournemouth University, Engeland

Helen MacKenzie Bryers, verloskundige (np), Schotland

Corresponderend auteur: Marianne Nieuwenhuijze: m.nieuwenhuijze@av-m.nl

Published as:

Nieuwenhuijze, M., van Teijlingen, E., Mackenzie-Bryers, H. (2019) In risico's denken is niet zonder risico (In Dutch: Thinking in terms of risk, it not with its risk). *Tijdschrift voor Verloskundigen* (in Dutch: Journal for Midwives), **43** (4): 6-9.

Introductie

In het dagelijkse leven loopt iedereen risico's zonder daar bij stil te staan. Bepaalde gebeurtenissen - zoals het krijgen van een kind - maken ons plotseling bewust van de risico's die onderdeel zijn van het menselijk bestaan. Het nemen van die risico's wordt dan een doelbewuste beslissing die we afwegen op basis van diverse gegevens.

We leven in een tijdperk waarin veel mensen en organisaties een aversie hebben tegen het nemen van risico's. We willen geloven dat we risico's in de samenleving kunnen voorkomen of beheersen en daarmee de veiligheid van burgers kunnen garanderen. De Duitse socioloog Beck beschrijft dit in het standaard werk over de moderne maatschappij - als de 'risk society', de risicosamenleving, waarin ontwikkelingen in de wetenschap orde en beheersing van risico's hebben gebracht [1]. Dit maakt echter een omvangrijke monitoring van groepen en individuen noodzakelijk wat vervolgens leidt tot een toenemend gevoel van onzekerheid in de samenleving [1,2]. Concepten als risico en veiligheid spelen niet alleen in de geboortezorg of in de gezondheidszorg, ze zijn verbonden met organisaties en systemen in de hele samenleving. In de afgelopen decennia heeft dit geleid tot een verschuiving binnen de geboortezorg van een sociaal georiënteerd model naar een sterk medisch georiënteerd model.

Het concept risico

Volgens Alaszewski et al. suggereert het woord ‘risico’ de ‘mogelijkheid van onverwachte en negatieve gevolgen van een beslissing of daad’ [3]. De kans op negatieve gevolgen wordt verbonden met gevaar: schade, kwetsbaarheid, complicatie, onveiligheid en schuld. Dit leidt tot maatregelen om het potentiële gevaar af te wenden zoals kwaliteitssystemen, risicomanagement, aangepaste risicoperceptie en besluitvorming [3].

Alaszewski et al. onderkennen vier gebieden waarin ‘risico’ wordt gebruikt: in de eerste drie gebieden zijn de kansen meetbaar en dus objectief, in het vierde gebied is ‘risico’ gebaseerd op een subjectief sociaal construct [3]. In het eerste gebied worden de gevolgen van gebeurtenissen gemeten en vastgelegd in associatiematen en incidentiecijfers, zoals de relatie tussen roken en laaggeboorte gewicht. Bij de tweede gaat het om statische voorspellingen van een gebeurtenis, zoals absolute en relatieve risico’s. In het derde gebied gaat het om de afweging tussen positieve en negatieve gevolgen. Dit is vooral verbonden met het reguleren van industriële activiteiten zoals de maximale uitstoot van grafiet zonder invloed op de gezondheid van mensen. Het doel is dat er een aanvaardbaar risico ontstaat. In het laatste gebied wordt risico gezien vanuit sociologisch perspectief waarbij het vooral gaat om individuele of groepsbeleving van risico’s en de reacties van het publiek daarop.

Het minimaliseren van risico’s is het verminderen van de kans dat ‘iets’ gebeurt, daarvoor wordt onder andere ingezet op het meten van risico’s. Dit meten is belangrijk om een ‘risicosamenleving’ te ondersteunen in het beheersbaar houden van ongewenste gebeurtenissen. En als het beheersen van de risico’s een keer niet lukt dan moet er iemand een fout gemaakt hebben en dienen we een klacht in, slepen we iemand voor de rechter of brengen het onder de aandacht via de media.

Het in kaart brengen van risico’s kent altijd een zekere mate van menselijke beoordeling en besluitvorming, daarom zijn objectieve en subjectieve beoordelingen van risico’s niet van elkaar te scheiden. Het blijft een subjectieve keuze welke specifieke gegevens men gebruikt als onderbouwing van een argument of van beleid.

Risicodenken in de geboortezorg

Hoe we omgaan met risico's in de geboortezorg, is een onderwerp van voortdurende discussie. In de afgelopen jaren is een steeds grotere nadruk komen te liggen op de risico's die verbonden zijn aan zwangerschap en bevalling. Terwijl het krijgen van een kind met grote sprongen veiliger is geworden, is de zorg om de risico's die hier mogelijk mee gepaard gaan, toegenomen.

Om de ontwikkeling van het risico denken te begrijpen, zijn de fases van de wetenschapshistorici Pickstone en Cooter relevant [4]. Zij herkennen drie fases in de ontwikkeling van de gezondheidszorg binnen de samenleving: (1) productie gericht (*productionist*), (2) gemeenschap gericht (*communitarian*) en (3) consument gericht (*consumerist*).

De eerste fase valt samen met de industriële revolutie in de 19^e eeuw, waar gezonde arbeiders een voorwaarde waren voor een groeiende industrie. Het risico was een potentieel tekort aan arbeiders vanwege een minder goede gezondheid. De bevolking moest gezonder worden en blijven, niet voor het geluk en de gezondheid van individuele vrouwen en families maar voor het systeem. We zien dat in deze periode bijvoorbeeld de eerste arbeidswet tot stand komt (het kindwetje van Van Houten, 1874) en de oprichting van vroedvrouwenscholen in de grote steden (1861, 1882).

De tweede fase ‘brengt een verschuiving naar meer solidariteit’ door middel van bijvoorbeeld liefdadigheid en publieke werken van de overheid. Dit leidt tot de oprichting van ziektekostenverzekeringen, vakbonden, pensioenfondsen voor arbeiders, de eerste ongevallenwet (1901), en ook de voorloper van de KNOV (Nederlandsche Vroedvrouwen-Vereeniging, die op 24 januari 1898 in Utrecht werd opgericht). In deze fase werd individuele verantwoordelijkheid meer een collectieve verantwoordelijkheid met een grotere rol voor de overheid en andere instanties. Verlaging van risico’s was de verantwoordelijkheid van zowel de samenleving als het individu.

De derde fase is de overgang naar het consumentisme. In deze periode ziet de bevolking goede gezondheid als een gegeven en gezondheidszorg wordt een product waar de consument recht op heeft en invulling aan wil geven. We zien dat de rechten van de patiënt worden vastgelegd in kwaliteitswetten zoals de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Ook de vraag naar pijnstilling past binnen deze oriëntatie op de gezondheidszorg. Het risico dat we proberen te verlagen is dat van de ontevreden consument.

Deze drie fases gaan samen met een geleidelijke verschuiving van een sociale oriëntatie op geboortezorg (sociaal model) naar een medisch oriëntatie op geboortezorg (medisch model). Dit geldt overigens niet alleen voor de geboortezorg, maar ook voor de gezondheidszorg in het algemeen.

Sociaal en medisch model

Veel onderzoekers verwijzen naar het sociaal en medisch model voor een beter begrip van de geboortezorg. Dit is vereenvoudigd weergegeven in tabel 1. De overgang van de ene denkwijze naar de andere noemen de sociologen ‘medicalisatie’ [5,6,7]. Op het moment dat we een sociaal probleem als ‘medisch’ gaan definiëren of medisch behandelen is er sprake van medicalisatie. Voorbeelden zijn problemen zoals ‘onvruchtbaarheid’ of het hebben van een ‘drankprobleem’. Dit waren niet altijd problemen die een medisch oplossing nodig hadden. In het verleden was een oplossing voor onvruchtbaarheid bijvoorbeeld dat een man een andere vrouw koos, of erbij nam. Sociale oplossingen voor problemen met alcohol zijn onder andere een verbod om alcohol te verkopen aan jongeren en belasting op alcoholische producten.

Binnen de verloskunde zal een sociaal model uitgaan van de filosofie dat voor de meeste vrouwen een bevalling een normale, fysiologische gebeurtenis is. In dit model hebben vrouwen voornamelijk psychosociale zorg nodig, zoals steun en advies waarvoor zij terecht kunnen bij de verloskundige. Slechts een minderheid van alle zwangere vrouwen heeft medische problemen; bij hen verloopt de zwangerschap minder voorspoedig en moet er ingegrepen worden. Een medisch model sluit aan bij de beschavingsgedachte dat de natuur steeds meer doorgrond en beheerst wordt. Dit model ziet elke geboorte, elke zwangere vrouw, elke baby als een potentieel probleem. Zwangerschap is een ziekte of aandoening die medisch bewaking en de mogelijkheid tot direct ingrijpen nodig maakt [6]. De onderliggende gedachte is dat 'pas nadat alles voorbij is, een zwangerschap en geboorte als normaal kan worden gezien'.

Tabel 1. Het sociaal en medisch model voor de geboortezorg

| Sociaal model | Medisch model |
|---|---|
| Fysiologisch: zwangerschap en geboorte horen bij de levenscyclus als ‘normale’ gebeurtenissen, totdat er iets niet goed gaat | Wetenschappelijk: zwangerschap en geboorte zijn alleen achteraf ‘normaal’ als niets is mis gegaan |
| Kunst: intuïtief en holistisch | Wetenschap: statistisch, risico’s en gevolgen |
| Sociaal: georiënteerd op het gezin en de omgeving; sociale en gezondheidsbehoeften moeten niet als twee aparte zaken gezien worden | Medisch: georiënteerd op verlagen van perinatale en maternale sterfte; focus op genezen in plaats van voorkomen; de zorgverlener neemt de beslissingen |
| Holistische benadering: herkennen van de band tussen sociale structuur van de samenleving en gezondheidszorg om welzijn te bereiken | Beheersen: bevalling in het ziekenhuis waarbij de professional bepalend is |
| Kwalitatief: belang van een goede ervaring voor de vrouw en haar familie | Kwantitatief: gericht op taken; bewaken en controleren |
| Subjectief | Objectief |
| Spiritueel: onderdeel van iemands cultuur | Behandel het probleem: behandel de ziekte (zwangerschap) in plaats van zorg voor de hele persoon; anticipeer op problemen |
| Intuïtief: belang van ervaring, onderlinge verhoudingen en instinct voor pluis/niet-pluis gevoel | Rationeel: gebaseerd op harde cijfers en statistisch bewijs |
| Omgeving: centraal voor het model | Omgeving: perifeer voor het model |
| Focus op gemeenschap/omgeving: de zorg en de bevalling vinden plaats in de wijk/thuis, ondersteund door familie en vrienden, en op basis van de keuze van de vrouw | Centralisatie van geboortezorg in het ziekenhuis: ziekenhuisbevalling is de veiligste keuze |
| Feminien: vrouw-gericht, op basis van respect en empowerment; de vrouw houdt de controle | Masculien: paternalistisch, medische professional maakt de dienst uit |
| Uitkomsten: een gezonde vrouw en kind maar ook tevredenheid van de moeder/ het gezin | Uitkomsten: een gezonde vrouw en kind. |

Vrij naar Mackenzie Bryers & van Teijlingen [8]

Zoals in alle modellen is dit een vereenvoudiging van de werkelijkheid. In de dagelijkse praktijk is er geen scherpe scheidslijn te trekken tussen beide oriëntaties maar is het een continuüm. Ook is er geen rigide verschil te onderscheiden tussen de verschillende professionals in de geboortezorg. Niet alle verloskundigen werken volgens het sociaal model en niet alle artsen zitten in het medische model [9]. Het sociaal-medisch model is een spectrum met de extreme representaties aan de twee polen. Iedereen, niet alleen

verloskundigen, gynaecologen, en huisartsen, maar ook zwangere vrouwen, partners, (schoon-) moeders, enz., passen ergens op de lijn van dit spectrum.



Figuur 1. Het sociaal en medisch model als continuüm

Zoals Raymond de Vries (hoogleraar Midwifery Science in Maastricht) schreef: aan de ene kant staan verloskundigen die alle moderne technieken inzetten en aan de andere kant verloskundigen die gebruik van technologie zoveel mogelijk willen vermijden [10].

Reflectie

In de jaren '80 was Nederland met het hoge aantal thuisbevallingen, de autonomie van verloskundigen en het bestaan van kraamzorg, een voorbeeld voor veel buitenlandse verloskundigen [11]. Het leek een klassiek voorbeeld van een sociaal model van geboortezorg.

In werkelijkheid ging het vaak om medische zorg in een sociaal jasje. De gescheiden systemen van eerste- en tweedelijnszorg maakten dat vrouwen bij verwijzen weinig continuïteit van zorg en zorgverlener ervoeren. Ook was de zorgverlening sterk georiënteerd op de medische aspecten van prenatale zorg met de nadruk op vroegtijdig onderkennen van risico's en bewaking (de risicoselectie). Er was slechts beperkt oog voor de sociale context van de zwangere vrouw en voor gezondheid op lange termijn. De inzet voor stoppen met roken was gericht op de zwangerschap, en de aandacht voor het kind was beperkt tot de eerste 10 dagen van de kraamperiode [12]. Tegelijkertijd was de basis filosofie nog altijd dat zwangerschap geen ziekte is.

De laatste decennia laten ook in Nederland een sterke beweging naar risico en risico denken zien; onderkenning en preventie zijn eerder gericht op monitoring en beheersing dan op voorkomen van ongunstige gebeurtenissen. Ongunstige perinatale sterftcijfers, centralisering van zorg en de wens voor pijnstilling hebben een grote impact op het gebruik van de zorg. Dit wordt versterkt door globalisering, beeldvorming via internet en televisie, laagdrempelige toegang tot techniek en een breed gedeelde gedachte dat kinderen kostbaar zijn. Dit heeft

geleid tot meer verwijzingen ('voor het geval dat...'), minder thuisbevallingen en meer onzekerheid bij zorgverleners en (aanstaande) ouders. Het gevolg is een verdere beweging naar een medisch model met nadruk op het voorspellen van risico's en preventieve bewaking. Dit is een beweging die niet alleen in de geboortezorg gaande is, maar in alle domeinen van de maatschappij.

Is het tijd nog te keren? Is Nederland op dezelfde weg als de landen om ons heen met sterke medicalisatie en komt daarna pas de tegenbeweging? Is het niet wijzer om van andere landen te leren en nu al een tegenbeweging in gang te zetten? Dit zijn interessante vragen. Ons advies: kijk naar de aspecten van deze modellen en neem deze mee in het plannen en organiseren van de zorg, bijvoorbeeld door het inzetten van CenteringPregnancy of het concept 'positieve gezondheid' gebaseerd op salutogenese. Heb oog voor de sociale componenten van de zorg en zet ook daarop in. Verloskundigen die nu nog volop in de wijk zitten (om de hoek en achter de voordeur), kunnen daarin een belangrijke rol spelen. Dat vraagt ook een dialoog vanuit het besef dat anderen in een ander model zijn opgegroeid.

Dit artikel is een vrije bewerking van:

Mackenzie Bryers H, van Teijlingen E. Risk, Theory, Social & Medical Models: a critical analysis of the concept of risk in maternity care. *Midwifery* 2010;26:488-496.

Referenties

- [1] Beck U. Risk Society: Towards a New Modernity. London: Sage; 1992.
- [2] Giddens A. Agenda change. *New Society and Statesman* 07-10-1994, p. 2325.
- [3] Alaszewski A, Harrison L, Manthorpe J, (editors). Risk, Health and Welfare. Buckingham: Open University Press; 1994.
- [4] Pickstone J, Cooter R. *Medicine in the Twentieth Century*. Singapore: Harwood Academic Publishers; 2000.
- [5] Fahrenfort M, Klinkert JJ. Medicalisering - naar een omschrijving. *Huisarts en Wetenschap* 1978;21: 412-416.
- [6] Conrad P. The shifting engines of medicalization. *J Health Soc Behav* 2005;46:3-13.
- [7] van Teijlingen E. A Critical Analysis of the Medical Model as used in the Study of Pregnancy and Childbirth. *Sociol Res Online* 2005;10.
- [8] Mackenzie Bryers H, van Teijlingen E. Risk, Theory, Social & Medical Models: a critical analysis of the concept of risk in maternity care. *Midwifery* 2010;26:488-496.
- [9] Porter M. The midwife in contemporary industrialised society. In: van Teijlingen E, Lowis G, McCaffery P, Porter M (editors). *Midwifery and the Medicalisation of Childbirth: Comparative Perspectives*. New York: Nova Science Publishers Ltd; 2000.

[10] de Vries RG. A cross-national view of the status of midwives. In: Riska E, Wegar K (editors). *Gender, Work and Medicine: Women and the Medical Division of Labour*. London: Sage; 1993.

[11] van Teijlingen ER. The occupation of maternity home care assistant, In: Abraham-van der Mark E. (editor). *Successful Home Birth & Midwifery: The Dutch model*. London: Bergin & Garvey, 1993.

[12] Nieuwenhuijze M. *Zwangerschap, een window-of-opportunity voor Public Health*. Amsterdam: NSPOH-master thesis, 2008.