

Het “bevalt” anders in Vlaanderen en Nederland

Een sociologische studie van maternaal
welbevinden in twee
gezondheidszorgsystemen

Het “bevalt” anders in Vlaanderen en Nederland

Een sociologische studie van
maternaal welbevinden in twee
gezondheidszorgsystemen

Wendy Christiaens

Proefschrift voorgelegd tot het
behalen van de graad van
doctor in de sociologie
onder promotorschap van
Prof. Dr. P. Bracke
Academiejaar 2007-2008



INHOUD

Inhoud	v
Tabellen	xi
Figuren	xiii
Woord van dank	xiv
Algemene introductie	1
0.1. De uitgangspositie	1
0.1.1. Geboorte als venster op de samenleving	1
0.1.1a Geboorte als brug tussen micro- en macrosociologie... ..	1
0.1.1b ...door crossnationaal vergelijkend onderzoek in Vlaanderen en Nederland... ..	3
0.1.1c ... als vertegenwoordigers van het medische en sociale model ...	5
0.1.2. Geboorte, de uitkomst van culturele en structurele condities	9
0.2. De onderzoeksvragen	13
0.2.1. Crossnationale verschillen in de organisatie van zorg?	13
0.2.2. Verklaringen?	14
0.2.3. Gevolgen voor maternaal welbevinden?	17
0.3. De taal	19
0.4. Het verloop	20
Hoofdstuk 1: De organisatie van de zorg voor moeder en kind	25
1.1. Zorgtrajecten	26
1.1.1. Nederland	26
1.1.2. Vlaanderen	26
1.2. Zorgstructuren	27
1.2.1. Vlaamse en Nederlandse fertiliteit- en geboortecijfers	27
1.2.2. De plaats van bevallen	28
1.2.2a België	29
1.2.2b Nederland	31
1.2.3. Zorgverleners	32
1.2.3a Verloskundigen en vroedvrouwen	33
1.2.3b Huisartsen	36
1.2.3c Gynaecologen	36
1.2.3d Kraamverzorgenden	37
1.2.4. Het globale zorgaanbod	38
1.3. Zorgprocessen	39
1.3.1. Inducties	40
1.3.2. Wijze van bevallen	42
1.3.3. Pijnstillers	44
1.3.4. Episiotomie	45
1.4. Perinatale mortaliteit als zorguitkomst	46
1.5. Conclusie	49

Hoofdstuk 2: De professionalisering van artsen en vroedvrouwen	55
2.1. Introductie	55
2.2. De opkomst van de medische professie	57
2.2.1. De ontwikkeling van een beroepsgroep	58
2.2.1a Voor de Belgische onafhankelijkheid.....	58
2.2.1b De Belgische situatie na 1830.....	59
2.2.1c De Nederlandse situatie na 1830	61
2.2.1d België en Nederland vergeleken	62
2.2.2. De medische professie onder druk?.....	64
2.3. De professionalisering van de vroedvrouw/verloskundige	64
2.3.1. De rol van de staat.....	66
2.3.1a Wetgeving en de ziekteverzekering	66
2.3.1b De opleiding	67
2.3.1c De bevoegdheden	68
2.3.1d De organisatie van de gezondheidszorg.....	69
2.3.2. De rol van de beroepsorganisatie	69
2.3.3. De rol van artsen en ziekenhuizen.....	70
2.4. Conclusie.....	71
Hoofdstuk 3: De medicalisering van geboorte: twee generaties, vier betekenissen.....	75
3.1. Inleiding.....	75
3.2. De integratie van betekenislagen en analytische niveaus	77
3.2.1. De eerste generatie medicaliseringstheorie.....	82
3.2.1a Drie betekenissen van medicalisering.....	82
A. Medicalisering als het ontstaan van medische referentiekaders ..	83
B. Leven is schadelijk voor de gezondheid: medisch “imperialisme”	85
C. Doen artsen meer slecht dan goed? Medicalisering als iatrogenese	89
3.2.1b Determinanten en sociale gevolgen van medicalisering	91
A. De positieve sociale gevolgen van medicalisering.....	92
B. De negatieve gevolgen van medicalisering	93
3.2.1c Demedicalisering of niet? Aanzet tot de tweede generatie	97
3.2.2. Tweede generatie medicaliseringsinzichten	99
3.2.2a Het optimaliseren van normale kenmerken.....	99
3.2.2b De specificiteit van de tweede generatie	100
A. De actieve patiënt.....	100
B. Deprofessionalisering	101
C. Veranderingen in de organisatie van de gezondheidszorg	102
3.3. Conclusie.....	104
Hoofdstuk 4: de rol van welvaartsstaten en de familialisering van de zorg voor moeder en kind	113
4.1. Inleiding.....	113
4.2. Welvaartsstaten, familialisering en medicalisering.....	115
4.2.1. Decommodificatie en familialisering in conservatieve welvaartsstaten	115
4.2.2. (De)familialisering en (de)medicalisering in Vlaanderen en Nederland	117
4.2.2a Flexibilisering van tewerkstelling.....	120
4.2.2b Verlofregelingen	120
4.2.2c Ziekenhuiszorg.....	121
4.2.2d Kinderopvang.....	122

4.3. Gender doorkruist de familialisering, maar niet de medicalisering van zorg	124
4.4. Conclusie	126
Hoofdstuk 5: Methodologie en onderzoeksontwerp	135
5.1. Een comparatief onderzoek: voorbereiding en opzet	135
5.2. Populatie en steekproef.....	136
5.3. Het ethisch comité.....	140
5.4. De kwaliteit van de data.....	141
5.5. De kernbegrippen en schalen	144
5.5.1. Postpartum tevredenheid.....	144
5.5.1a Veel geblaas, weinig wol.....	144
5.5.1b Assumpties en conceptuele problemen.....	145
A. Tevredenheid is een functie van verwachtingen	145
B. Patiënten hebben altijd verwachtingen.....	146
C. Tevredenheid is een indicator van kwaliteit.....	146
5.5.1c Methodologische problemen	148
5.5.1d De relevantie van onderzoek naar postpartum tevredenheid... ..	150
5.5.1e Gewikt, gewogen en ... gemeten: de Mackey childbirth satisfaction rating scale	151
5.5.2. De pijnperceptie	154
Hoofdstuk 6: Childbirth expectations and experiences in Belgian and Dutch models of maternity care	161
6.1. Introduction	161
6.2. Methods	167
6.2.1. Selection of method	167
6.2.2. Measurement	167
6.2.3. Population and sample	169
6.2.4. Procedure	169
6.2.5. Data analysis	170
6.3. Results	171
6.3.1. Descriptives.....	171
6.3.2. Hierarchical linear regression	173
6.3.2a The meaning of planned place of birth for birth expectations and experiences	174
6.3.2b The meaning of actual place of birth for birth expectations and experiences	175
6.3.2c What about country differences?.....	176
6.4. Conclusion and discussion.....	177
Hoofdstuk 7: Place of birth and satisfaction with childbirth	185
7.1. Introduction	186
7.2. Methods	190
7.2.1. Selection of method	190
7.2.2. Measurement.....	190
7.2.3. Population and sample	191
7.2.4. Procedure	191
7.3. Results	192
7.4. Conclusion and discussion.....	196

Hoofdstuk 8: Referrals from home to hospital and satisfaction with childbirth	203
8.1. Background.....	203
8.1.1. Maternity care in Belgium and the Netherlands.....	204
8.1.2. Referral from home to hospital in Belgium and the Netherlands ...	205
8.2. Methods	206
8.2.1. Selection of method.....	206
8.2.2. Measurement	207
8.2.3. Population and sample	208
8.2.4. Procedure.....	208
8.3. Results.....	209
8.3.1. Descriptives	209
8.3.2. Linear regression model.....	212
8.4. Discussion	215
8.5. Conclusion	217
Hoofdstuk 9: Assessment of social-psychological determinants of satisfaction with childbirth	223
9.1. Background.....	224
9.1.1. Literature review	225
9.1.2. Labour pain.....	226
9.1.3. Expectations about childbirth	226
9.1.4. Personal control and self-efficacy	227
9.2. Methods	228
9.2.1. Selection of method.....	228
9.2.2. Settings.....	228
9.2.3. Sample size	229
9.2.4. Recruitment and data collection	229
9.2.5. Ethical considerations.....	230
9.2.6. Measurement	231
9.2.6a Dependent variables.....	231
9.2.6b Independent variables.....	231
9.2.7. Data analysis	233
9.3. Results.....	234
9.3.1. Descriptives	234
9.3.2. Hierarchical linear model.....	236
9.4. Discussion	239
9.5. Conclusion	242
Hoofdstuk 10: In Belgium women expect and experience more labour pain than in the Netherlands.....	249
10.1. Introduction.....	250
10.1.1. On the social meaning of pain	250
10.1.2. On cross-national research about childbirth	251
10.2. Methods	254
10.2.1. Selection of method.....	254
10.2.2. Measurement	255
10.2.2a Expected and experienced labour pain	255
10.2.2b Beliefs about labour pain	255
10.2.2c Personal control in pain relief.....	255
10.2.3. Population and sample.....	256
10.2.4. Procedure.....	257

10.2.5. Data analysis	257
10.3. Results	259
10.3.1. Descriptives	259
10.3.1a Demographics	259
10.3.1b Pain intensity and the use of pain relief	259
10.3.2. The assessment of antenatal beliefs about labour pain.....	261
10.3.3. The assessment of personal control in labour pain	262
10.3.4. The assessment of labour pain expectations and experiences...	264
10.4. Conclusion and discussion.....	267
Hoofdstuk 11: Labour pain and pharmacological pain relief in Belgian and Dutch maternity care	277
11.1. Introduction	277
11.2. Two models of maternity care	279
11.3. The use of pain relief: an example of health behaviour.....	281
11.4. Beliefs about labour pain relief: a predisposing cognitive factor.....	284
11.5. The supply of pain relief: an enabling factor	286
11.6. Women's preferences are function of their social position	288
11.7. Discussion	293
Hoofdstuk 12: Pain attitudes, antenatal social support and the management of labour pain	303
PART I: THE USE OF PAIN MEDICATION	303
12.1. Introduction	304
12.2. Beliefs about labour pain as part of the ideology of maternity care...	306
12.3. Social support as part of the practice of maternity care	308
12.4. Pain attitudes and social support in cross-national perspective	311
12.5. Methods	311
12.5.1. Selection of method	311
12.5.2. Settings and sample size	312
12.5.3. Recruitment and data collection	313
12.5.4. Ethical considerations	313
12.5.5. Measurement.....	314
12.5.5a Dependent variable	314
12.5.5b Independent variables	314
12.5.6. Logistic regression.....	316
12.6. Results	316
12.6.1. Use of pain medication, personal and childbirth characteristics	316
12.6.2. Differences in pain attitudes.....	319
12.6.3. Antenatal social support and the use of pain medication.....	320
12.6.4. Predictors of the use of pain medication using logistic regression	321
12.7. Conclusion and discussion.....	323
Hoofdstuk 13: Pain attitudes, antenatal social support and the management of labour pain	335
13.1. Introduction	335
13.2. Two models of care or suffering versus pain.....	337

13.3. Predictors of non-pharmacological pain relief	338
13.4. Methods	339
13.4.1. Selection of method.....	339
13.4.2. Settings and sample size	339
13.4.3. Recruitment and data collection	340
13.4.4. Ethical considerations.....	341
13.4.5. Measurement	341
13.4.5a Dependent variable.....	341
13.4.5b Independent variables.....	341
13.4.6. Logistic regression	343
13.5. Results	344
13.5.1. Non-pharmacological pain management and personal characteristics	344
13.5.2. Differences in pain attitudes	346
13.5.3. Social support and non-pharmacological pain management.....	346
13.5.4. Predictors of the use of non-pharmacological pain management techniques using logistic regression	347
13.6. Conclusion and discussion	348
Hoofdstuk 14: Algemene conclusie	355
14.1. De impact van de organisatie van zorg op maternaal welbevinden ..	355
14.1.1. Professionalisering van zorg.....	356
14.1.2. Familialisering van zorg	358
14.1.3. Medicalisering van zorg	359
14.2. Wat zegt de empirie?	361
14.2.1. Postpartum tevredenheid	363
14.2.1a Plaats van bevallen en postpartum tevredenheid	364
14.2.1b Doorverwijzingen en postpartum tevredenheid	367
14.2.1c Determinanten van postpartum tevredenheid	369
14.2.2. Verschillen in pijnbeleving	370
14.3. Reflectie over de medicaliseringsparadox.....	374
14.3.1. Moeders zijn actief en passief tegelijk	376
14.3.2. Medische technologie is sociale controle en <i>empowerment</i> tegelijk	380
14.3.2a Beschikbaarheid van technologie	382
14.3.2b Beschikbaarheid van kennis	383
14.3.3. Empowerment, keuzevrijheid en welbevinden.....	384
14.3.3a Empowerment en maternaal welbevinden	384
14.3.3b Keuzevrijheid en maternaal welbevinden	384
14.4. Kansen voor verder onderzoek.....	386
14.5. Kansen voor beleid	390
14.5.1. Professionalisering en voortgezet onderwijs voor vroedvrouwen.	390
14.5.2. Familialisering en de nadelen van het moederschap	391
14.5.2a De loonkloof wordt groter.....	392
14.5.2b Het glazen plafond verlaagt	392
14.5.3. Implicaties voor zorgmodellen en medicalisering van geboorte .	393
14.6. De cirkel sluit	396

TABELLEN

Tabel 1.1: Gemiddeld aantal kinderen per vrouw en het geboortecijfer per 1000 inwoners	28
Tabel 1.2: Percentages ambulante en gehospitaliseerde bevallingen voor 2000 tot en met 2004 in België.....	30
Tabel 1.3: Aantal vroedvrouwen/verloskundigen, gynaecologen en kraamverzorgenden in België en Nederland	33
Tabel 1.4: Percentage inducties, kunstverlossingen, keizersneden, epidurales en episiotomieën in Vlaanderen en Nederland	40
Tabel 1.5: Percentage episiotomieën in Nederland ¹	46
Tabel 1.6: Foetale, vroeg-neonatale en perinatale sterfte per duizend geboortes in Vlaanderen en Nederland.....	47
Tabel 2.1: Professionalisering van artsen en verloskundigen/vroedvrouwen in Vlaanderen en Nederland	66
Tabel 4.1: Indicatoren van (de)familialisering in Nederland en België	119
Tabel 5.1: Socio-demografische kenmerken van Gent en Tilburg ¹	137
Tabel 5.2: Geschatte non-response volgens kanaal van dataverzameling ...	142
Tabel 5.3: Geschatte non-response volgens regio	143
Tabel 5.4: Items van de Mackey childbirth satisfaction rating scale.....	153
Table 6.1: Descriptive statistics in total and for Belgian and Dutch women separately.....	172
Table 6.2: Observed means and F-test	173
Table 6.3: Coefficients for expectations about and the experience of childbirth	174
Table 7.1: Descriptive statistics of socio-demographic variables in total and for Belgian and Dutch women.....	193
Table 7.2: Percentages of both satisfied and very satisfied on the Mackey Satisfaction with Childbirth Rating Scale (N = 611).....	193
Table 7.3: Mean scores and F-values for the full model (adjusted for parity, age, and level of education)	195
Table 8.1: Descriptive statistics of socio-demographic variables in total and for Belgian and Dutch women.....	210
Table 8.2: Number of respondents according to planned and actual place of birth, country and parity	211
Table 8.3: Percentages of (very) satisfied women, means, standard deviations and p-values for each subdimension of childbirth	211
Table 8.4: Coefficients for satisfaction with childbirth (adjusted for method of delivery, parity, education and age) (N=563).....	213
Table 9.1: Descriptive statistics in total and for Belgian and Dutch women separately.....	235
Table 9.2: Means, skewness and kurtosis for each subdimension of the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale in total and for Belgian and Dutch women (N = 605)	236
Table 9.3: Coefficients for a hierarchical linear model of the determinants of satisfaction with childbirth	238
Table 10.1: Descriptive statistics for control variables	259
Table 10.2: Pain intensity, pain relief and satisfaction with pain relief.....	260
Table 10.3: Alternative pain management techniques.....	261
Table 10.4: Attitudes and fear regarding labour pain.....	262
Table 10.5: Personal control in labour pain (planned hospital births only)	263
Table 10.6: Coefficients for personal control in pain relief.....	264

Table 10.7: Determinants for pain expectations and experiences for home births	265
Table 10.8: Determinants for pain expectations and experiences for hospital births (nulliparous without higher education)	266
Table 11.1: Labour participation in Belgium and the Netherlands	292
Table 12.1: Personal characteristics and the use of pain medication	318
Table 12.2: Management of labour variables and the use of pain medication	319
Table 12.3: Pain attitudes and the use of pain medication (N = 292).....	320
Table 12.4: Descriptives of antenatal social support during pregnancy	320
Table 12.5: Social support and the use of epidural analgesia (N = 287)	321
Table 12.6: Variables included in the derived models predicting the use of pain medication ¹ (N = 292).....	322
Table 13.1: Personal characteristics and non-pharmacological pain management.....	345
Table 13.2: Management of labour variables and non-pharmacologic pain management.....	346
Table 13.3: Pain acceptance and the use of epidural analgesia (N = 288)....	346
Table 13.4: Descriptives of social support during pregnancy	347
Table 13.5: Social support and the use of epidural analgesia (N = 287)	347
Table 13.6: Variables included in the derived model predicting the use of non-pharmacologic pain management (N = 292)	348

FIGUREN

Figuur 0.1: Dialectiek tussen micro- en macrosociologische fenomenen	3
Figuur 0.2: Driedelige typologie van van Teijlingen (2005)	7
Figuur 0.3: Positionering van de Vlaamse en Nederlandse verloskundige en obstetrische praktijk op het medicaliseringscontinuüm	18
Figuur 1.1: Percentage thuis- en ziekenhuisbevallingen in Vlaanderen en Nederland in 2002 (BRON: SPE en SPRN jaarverslagen).....	29
Figuur 1.2: Evolutie in het aantal thuisbevallingen in Vlaanderen tussen 1993 en 2004 (BRON: SPE-jaarverslagen 2000-2005).....	30
Figuur 1.3: Evolutie in het aantal thuisbevallingen in Nederland tussen 1960 en 2000 (BRON: R. DeVries (2004) A pleasing birth, Philadelphia: Temple University Press)	31
Figuur 2.1: Overzicht belangrijke data in de ontwikkeling van de medische professie in België en Nederland	63
Figuur 3.1: Integratie van betekenislagen en niveaus van medicalisering	78
Figuur 3.2: Typologie van Williams.....	86
Figuur 3.3: Verandering in machtsrelaties tussen actoren in medicaliseringsprocessen.....	103
Figuur 4.1: (De)familisering en (de)medicalisering in de verloskundige zorg in Nederland en Vlaanderen	118
Figuur 5.1: Tijdslijn van de dataverzameling	140
Figuur 5.2: Visual analogue scales om pijnperceptie te meten.....	155
Figure 6.1: Estimated mean W-DEQ scores for primiparous women and planned place of birth	175
Figure 6.2: Estimated mean W-DEQ scores for effective place of birth.....	176
Figure 7.1: Four models of maternity care.....	188
Figure 7.2: Satisfaction with childbirth in four models of care	194
Figure 10.1: Cross-cultural research about childbirth.....	251
Figure 10.2: Estimated mean pain expectations and experiences for Dutch and Belgian women giving birth at hospital	266
Figure 11.1: Epidural rates in an international perspective	279
Figure 11.2: Theoretical framework for the use of pain relief during labour ..	283
Figure 11.3: Labour force participation and percentage of births at home, the Netherlands, 1960-2000	290
Figure 11.4: Total epidural rates and proportion dual earner families	292
Figure 12.1: Probabilities of the use of pain medication	323
Figuur 14.1: De Vlaamse en Nederlandse organisatie van zorg op drie continua	356
Figuur 14.2: Vlaamse en Nederlandse obstetrische en verloskundige praktijk gesitueerd op twee continua: postpartum tevredenheid en medicalisering..	365
Figuur 14.3: De associatie tussen de afhankelijkheid van de medische professie en (de)medicalisering	381
Figuur 14.4: Voorbeelden in de familialisering-medicaliseringsmatrix.....	387
Figuur 14.5: Vier modellen van zorg	394

WOORD VAN DANK

Na bijna zes jaar is het een bijzonder ambigu gevoel te weten dat je je laatste zinnen geschreven hebt, de laatste tabel opgemaakt, het laatste punt gezet. Je wéét dat eigenlijk niet, je vermoedt het. Telkens je het denkt, blijkt er toch nog iets, net anders te moeten of beter te kunnen. Een proefschrift voorbereiden en schrijven is zoals x-aantal kilometer lopen: je begint aarzelend, de eerste kilometers is het moeilijk opwarmen, vervolgens kom je op kruissnelheid, zuiver genieten, grenzen verleggen, en ten slotte, komt de terugslag, de laatste kilometer is afzien, tot aan de eindmeet, waarna je bezweet en met een euforisch gevoel voldaan naar huis wandelt. De aanloop naar dit proefschrift was dus zweven tussen hemel en hel. De hel vergt niet veel uitleg. Het zijn de twijfels, de frustratie, de pijn van het nadenken, het formuleren en tien keer herformuleren, het herlezen, het herkauwen, de tijdsdruk. De hemel is de passie en nieuwsgierigheid, de drang om grenzen te verleggen, maar bovenal zijn het de engelen die mij omringd hebben met engelengeduld. Over hen gaat dit laatste woord.

Bij mijn aankomst, zag de vakgroep er helemaal anders uit dan nu. Veel minder volk, in stoffige kantoren. De vakgroep-oude-stijl heeft plaats gemaakt voor een grote vrolijke bende collega's onder één dak. Deze constructieve sfeer maakt werken bijzonder aangenaam. Daarom een woord van dank aan alle collega's voor de aanmoedigingen, het luisterend oor, het begrijpend knikken en vooral het stilletjes vermijden van het doctoraat als gespreksonderwerp. In het bijzonder wil ik mijn bureaugenootjes bedanken: An, Wim en Charlotte. Zij hebben mij er aan herinnerd dat *life goes on*, zelfs in de eindfase.

Geen onderzoek zonder data, geen data zonder respondenten. Mijn dank gaat dan ook uit naar alle artsen, vroedvrouwen en verloskundigen die meegewerkt hebben, maar bovenal natuurlijk naar de respondenten, de vrouwen die op één van de mooiste momenten in een leven, toch de tijd wilden nemen om een vragenlijst in te vullen.

Vervolgens wil ik Christine, Hans, Ben, Sofie en Elke bedanken voor het nauwkeurig nalezen van hoofdstukken, maar vooral voor het regelmatig eens vragen “hoe is't, gaat het een beetje”, naast de talrijke ontspannende, grappige momenten, de bekommernis en steun.

Ook Wout, mams en paps ben ik dankbaar, om te supporteren aan de zijlijn en om er te zijn op elk moment. Maar er is meer. Mams en paps wil ik vooral bedanken om mij de ruimte te geven om mijn eigen weg te gaan, eigenzinnig en anders dan wat ze misschien voor mij in gedachten hebben gehad.

Degene die het meest heeft geleden onder de bochten en de putten in de weg, is Gert, mijn *compagnon de route*. Hij krijgt mijn grootste woord van dank. Hij heeft de afgelopen maanden kennis gemaakt met de scherpe kanten: mijn eigenzinnigheid, mijn wispelturigheid, mijn *buikgevoel*, mijn weerspannigheid en mijn onzekerheid. Het delen van hopeloosheid, tranen, en zenuwen, maar ook van vreugde, geluk en voldoening, heeft de eerste drie draaglijk gemaakt en de volgende drie heerlijk intens. Bedankt Gert, om tegen je eigen voorkeur voor de rechte lijn in, bij mij te blijven op de zigzag baantjes.

Tot slot, dit werk was niet mogelijk geweest zonder Piet. Als promotor heeft hij mij in evenwicht gehouden op een slappe koord, de mist doen optrekken in mijn hoofd, mij vooruit geduwd, geadviseerd, geïnspireerd en geënthousiasmeerd. Ik kan mij geen betere mentor voorstellen. Piet, jouw sociologische verbeelding blijft mij verbazen. Ook na dit doctoraat, hoop ik op nog veel fascinerende gesprekken, want wij zijn nog lang niet uitgepraat.

Alvast bedankt aan degenen die dit werk zullen lezen en beoordelen. Ik hoop dat het zal kunnen boeien en dat het aangenaam leeswerk wordt.

Deze woorden van dank bewijzen het belang van omringd te zijn. Deze mensen hebben geholpen de "barenspijnen" op te vangen en om te zetten in tevredenheid.

Allen bedankt om mij te vergezellen.

Wendy

ALGEMENE INTRODUCTIE

... VAN CONCEPTIE TOT VERWACHTING

0.1. De uitgangspositie

0.1.1. Geboorte als venster op de samenleving

Geboorte is een fysiologisch proces dat op het eerste gezicht misschien niet het meest voor de hand liggende studieobject uitmaakt voor sociologen. Het is echter ook een sociaal gebeuren dat centrale waarden in een samenleving reflecteert. De manier waarop kinderen ter wereld worden gebracht, is als het ware een venster op de maatschappij. Verschillende auteurs hebben hier op gewezen. Oakley (1983) verdedigt dat er geen "natuurlijke bevallingen" bestaan, omdat ze allemaal maatschappelijk doordrongen zijn en contextafhankelijk. Gélis (1988) stelt dat de houding van een samenleving ten aanzien van geboorte getuigt van de centrale waarden en normen die ze voorop stelt. Simkin gaat nog verder door te stellen dat: *"An understanding of the childbearing customs and beliefs of a society is incomplete or even impossible without a knowledge of the contemporaneous social, political, economic and intellectual climate"* (Simkin 1989 p. 5).

Deze visie impliceert dat geboorte kan benaderd worden als een scharnierpunt tussen micro- en macrosociologische processen. Kinderen baren, is enerzijds een individuele en intieme ervaring, anderzijds is het ingebed in een maatschappelijke realiteit die de ervaring mee vorm geeft. Vanuit dit besef ontstonden de doelstellingen van deze vergelijkende studie.

0.1.1a Geboorte als brug tussen micro- en macrosociologie...

Het baren van kinderen vindt plaats binnen sociale relaties tussen mannen en vrouwen, koppels en zorgverleners. Het is een sociaal gebeuren dat gepaard gaat met betekenisgeving. Derhalve is het meer dan gedrag, het is een voorbeeld van sociaal handelen (Ritzer 1996). Het is immers intentioneel en

gericht op het gedrag van anderen, evenals het er door beïnvloed wordt (Smelser 1988).

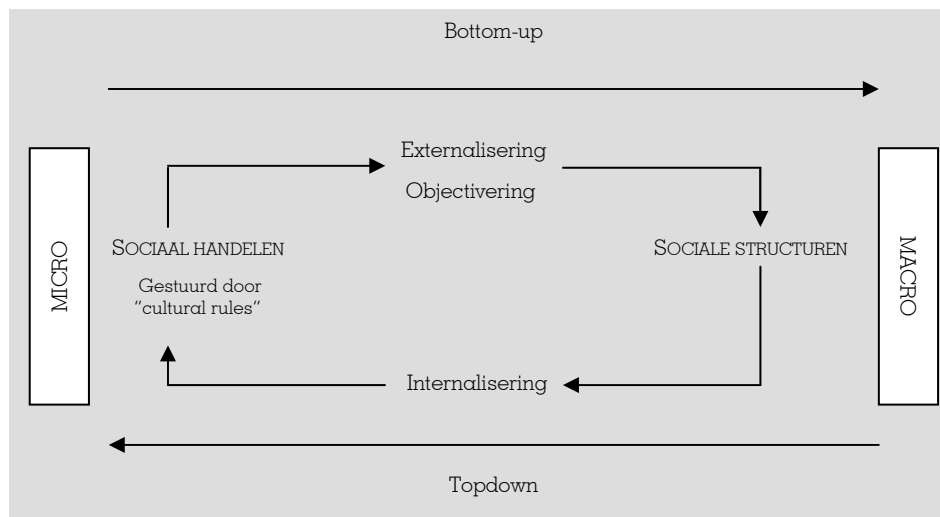
Variatie in bevallen (zowel binnen Vlaanderen en Nederland als ertussen), als vorm van betekenisvol sociaal handelen, kan verklaard worden door middel van het bestuderen van de context (Porpora 1993) waarbinnen het plaats vindt. De context is gelaagd en kan op verschillende manieren gekarakteriseerd worden. De gelaagdheid verwijst naar abstractieniveaus die variëren van interacties tussen individuen (microniveau) tot de culturele en structurele condities (macro) die erdoor gegenereerd worden en die op hun beurt handelen beïnvloeden (Smelser 1988). Deze logica veronderstelt (1) dat micro en macrofenomenen interdependent zijn en (2) dat inzicht nodig is in zowel de culturele als de structurele condities, die de context kenmerken, om sociaal handelen te verklaren. Deze twee stellingnames zullen doorheen dit proefschrift verdedigd worden.

De interdependentie tussen sociaal handelen en sociale structuur wordt verduidelijkt aan de hand van het proces dat door Berger en Luckman (1966) de sociale constructie van de werkelijkheid wordt genoemd (Figuur 0.1). Hun benadering, het sociaal constructivisme, leert dat menselijke subjectiviteit via sociale interactie, geëxternaliseerd en geobjectiveerd wordt, resulterend in sociale structuren. De geobjectiveerde sociale werkelijkheid, die zich manifesteert via sociale structuren, beïnvloedt op haar beurt subjectiviteit (Sibeon 2004). Dit dialectisch proces van *bottom-up* en *topdown* bewegingen is verhelderend bij het in verband brengen van macrostructuren, zoals zorgsystemen, met microfenomenen, zoals maternaal welbevinden.

De *bottom-up* beweging van sociaal handelende individuen tot het ontstaan van sociale structuren zoals gezondheidszorgsystemen, wordt vergezeld door een *topdown* terugkoppeling. Sociale structuren beïnvloeden immers het gedrag van individuen. Er is dus sprake van tweerichtingsverkeer tussen micro en macro. Enerzijds worden betekenissen en interacties in micro settings geëxternaliseerd en herhaald in tijd en ruimte waardoor ze geobjectiveerd worden, en dus geïnstitutionaliseerd op macroniveau. Anderzijds, manifesteert het macroniveau zich op microniveau door het bewustzijn en handelen van individuen te sturen (Sibeon 2004). In de hoofdstukken over professionalisering en medicalisering hebben we getracht de *bottom-up* benadering te omschrijven, meer bepaald hoe zorgsystemen en de medicalisering ervan het resultaat zijn van samen handelen van actoren, leden van de medische professie, maar eveneens patiënten, consumenten

van zorg. In de empirische delen daarentegen, komt de impact van zorgsystemen op maternaal welbevinden aan bod, en wordt dus de terugkoppeling van macro naar micro gemaakt.

Figuur 0.1: Dialectiek tussen micro- en macrosociologische fenomenen



Het in verband brengen van macrosociologische processen met de sociale psychologie van individuen is mogelijk door groepen te vergelijken die blootgesteld zijn aan verschillende institutionele en culturele condities. Dit is precies wat beoogd wordt met crossnationaal onderzoek.

0.1.1b ...door crossnationaal vergelijkend onderzoek in Vlaanderen en Nederland...

Om te vergelijken zijn twee dingen nodig: gelijkenis en verschil (Macfarlane 2004). Om variatie in de organisatie van zorg te bestuderen is een design nodig waarbij cases vergeleken worden die variëren op dat punt, maar tegelijkertijd vergelijkbaar zijn inzake andere condities. Op die manier kunnen verklaringen geëlimineerd worden. We willen onderzoeken of de variatie in de manier waarop verloskundige zorg georganiseerd wordt, resulteert in variatie in welbevinden. Daartoe werden twee landen, Vlaanderen en Nederland, geselecteerd die verschillen inzake organisatie van zorg, maar op elkaar gelijken wat andere condities betreft. Wanneer immers de twee landen verschillen in de organisatie van zorg, én zoals verwacht, verschillen in het effect op welbevinden, maar tegelijk vergelijkbaar zijn in andere opzichten, dan kan door middel van eliminatie geredeneerd worden dat het verschil in

welbevinden te wijten is aan het verschil in de organisatie van zorg (Odell 2001).

De keuze voor Vlaanderen en Nederland werd gestuurd door hoofdzakelijk twee redenen. Ten eerste, geldt Nederland door haar unieke verloskundige model (gekenmerkt door 30% thuisbevallingen en een relatief laag percentage medische interventies), als een soort ijkmaat in het internationaal vergelijkend onderzoek naar de organisatie van verloskundige zorg. Bijvoorbeeld Torres en Reich (1989) zochten naar een verklaring voor het relatief lage versus hoge percentage thuisbevallingen in respectievelijk het Verenigd Koninkrijk en Nederland. Scherjon (1986) vergeleek Denemarken en Nederland als voorbeelden van systemen met respectievelijk totale en partiële institutionalisatie van geboorte. McKay (1993) voegde Zweden toe aan deze vergelijking. Benoit et al. (2005) maakten een analyse van de verloskundige zorg in Finland, Canada, het Verenigd Koninkrijk en Nederland. Telkens wordt de positie van vroedvrouwen naar voren geschoven als sleutel tot de verklaring van de diversiteit aan verloskundige zorg in het internationale landschap.

Ten tweede, biedt Nederland een goede vergelijkingsbasis voor Vlaanderen. Door een aantal gemeenschappelijke condities hebben er zich doorheen de geschiedenis gelijksoortige ontwikkelingen kunnen voordoen in deze zogenaamde Lage Landen. Zo worden beide regio's gekenmerkt door een vlakke topografie en een geografische ligging aan de Noordzee. Dit laatste gaf de Lage Landen toegang tot belangrijke handelsroutes, waardoor een hoge mate van welvaart werd bereikt gedurende belangrijke perioden in de geschiedenis (Kossmann 2001). Bijvoorbeeld in de loop van de vijftiende eeuw kenden enkele Zuidnederlandse steden zoals Brugge en Antwerpen een bloei die de hele streek gunstig beïnvloedde. De grote steden aan de kusten en riviermondingen in de Nederlanden hadden een spilfunctie in het toenmalige economische systeem: elders gekochte grondstoffen werden er bewerkt tot hoogwaardige producten die een ruime verspreiding kenden (Blom en Lamberts, 2006).

Ten slotte, hadden de Nederlandse gewesten geen duidelijk afgebakende grenzen tot in de zestiende eeuw en nadien vormden ze gedurende relatief korte perioden een politieke eenheid (Blom en Lamberts 2006; Wils 1993). Kossmann (2001) laat verstaan dat het in de zestiende eeuw de gewoonte was geworden om de Lage Landen 'de Zeventien Nederlanden' te noemen. Hoewel het niet duidelijk is waarop de 'zeventien' slaat, is het feit dat er één naam gebruikt werd om een regio te benoemen een indicatie van een zekere

samenhang (Kossmann 2001). De tachtigjarige oorlog (1568–1648) leidde tot de afscheiding van de Zeven Provinciën van de Spaanse heerschappij. De splitsing was het resultaat van religieus, sociaal en politiek ongenoegen, zonder doelbewuste afscheidingsgedachte. Noord en Zuid ontwikkelden zich nadien tot opponenten, gedreven door o.a. veruiteenliggende religieuze ideeën (Kossmann 2001; Blom & Lamberts 2006). In de achttiende eeuw evolueerde de toestand tot een ambigue situatie waarbij Noord en Zuid in allelei opzichten op elkaar geleken, maar tegelijkertijd de tegenstellingen duidelijk voelbaar waren (Kossmann 2001). Na de Franse overheersing over zowel het Noorden als het Zuiden werd een kortdurende poging gedaan om ze onder een nationale eenheid te verenigen, het Verenigd Koninkrijk (1815-1830). Met de Belgische onafhankelijkheid kwam een einde aan de kortstondige unie van Noord en Zuid.

De geschiedenis van de Lage Landen – hier slechts in een notendop beschreven – leert dat Vlaanderen en Nederland gekenmerkt werden (en nog steeds worden) door tal van tegenstellingen, niet in het minst het katholieke versus het protestantse gedachtengoed, maar er desalniettemin ook sprake is van een brede “gemeenschappelijke historische oorsprong”, zoals Kossmann (2001) het omschrijft. Een gemeenschappelijke taal, tot slot, heeft de algemene wederzijdse culturele beïnvloeding vergemakkelijkt (Kossmann 2001).

0.1.1c ... als vertegenwoordigers van het medische en sociale model

Met betrekking tot het ter wereld brengen van kinderen kunnen de beide regio's beschouwd worden als vertegenwoordigers van twee verschillende benaderingen die gezien mijn focus op medicaliseringstheorie (hoofdstuk 3), in deze studie bijzonder relevant zijn. Nederland beantwoordt het best aan het sociale of *midwifery* model zoals beschreven door o.a. van Teijlingen (2005). In Vlaanderen daarentegen is het medische model cultureel dominant en structureel ingebed in de sociale organisatie van de verloskundige zorg. Voorlopig formuleren we de vertegenwoordiging van het medische en sociale model door respectievelijk Vlaanderen en Nederland als een assumptie. De argumentatie volgt later in één van de empirische bijdragen (hoofdstuk 7).

Er worden in de literatuur verscheidene typologieën gebruikt om de organisatie van zorg te omschrijven. Davis-Floyd (2001), maakt bijvoorbeeld een onderscheid tussen het technocratische, het humanistische en het holistische paradigma. Het eerste benadrukt de scheiding tussen lichaam en geest en houdt een mechanische benadering in van het lichaam. Het humanistisch model verbindt lichaam en geest, terwijl de holistische benadering nog een stap verder gaat door lichaam en geest als één geheel te beschouwen. Volgens Davis-Floyd (2001) weerspiegelt de manier waarop zorg georganiseerd wordt, de kernwaarden van een samenleving. In Westerse geïndustrialiseerde landen wordt veel belang gehecht aan wetenschap, technologie, economische winst en patriarchaal georganiseerde instituties, waarden die het best vertegenwoordigd worden door het technocratische model (Davis-Floyd 2001). Martin (2001) geeft binnen datzelfde referentiekader een doortastende analyse van reproductie. Ze stelt dat reproductie georganiseerd wordt volgens productienormen. Het lichaam is een machine die kan hersteld worden, onder supervisie van een arts. Binnen de aangewende metafoor zijn vrouwen de “arbeiders”, en kinderen het “product” van een productieproces. Technologie is de smeerolie die maakt dat de (re)productie beheersbaar en organiseerbaar is.

In wat volgt, baseren we ons echter voornamelijk op het werk van van Teijlingen (1994; 2005). De tweedeling tussen het medische en het sociale model wordt door veel auteurs aangehaald als analytisch instrument, en is ook impliciet aan de typologie van Davis-Floyd. Van Teijlingen (2005) verbindt deze abstracte categorieën met twee betekenislagen die empirisch waarneembaar zijn, namelijk praktijk en ideologie. Door zorgsystemen te situeren op drie continua (analytisch, ideologisch en praktisch) in plaats van op één (analytisch), zijn we in staat om de manieren waarop zorg georganiseerd wordt, fijner te analyseren. Bovendien maakt het ons mogelijk om contradicties vast te stellen in concrete situaties en ze te begrijpen. Zorgverleners kunnen immers intellectueel overtuigd zijn van de waarde van het sociale model, terwijl ze het medische in de praktijk brengen (Anderson & Funnell 2005).

De concepten medisch en sociaal zorgmodel zullen gehanteerd en toegepast worden, gebruik makend van het referentiekader dat van Teijlingen heeft uitgezet. De beschrijving van het medische en het sociale zorgmodel kan niet los gezien worden van medicalisering. Derhalve komt de inhoudelijke beschrijving en de inbedding in een breder theoretisch kader aan bod in hoofdstuk 3. Doordat deze typologie de ruggengraat is van de Vlaams-

Nederlandse vergelijking, en ze bovendien de relevantie aangeeft van de opeenvolgende theoretische benaderingen, wordt ze hier reeds geïntroduceerd.

Het begrip "*medisch model*" wordt niet altijd op hetzelfde betekenisniveau gebruikt. Van Teijlingen (2005) onderscheidt (1) het praktische, (2) het ideologische en (3) het analytische niveau (Figuur 0.2).

Figuur 0.2: Driedelige typologie van van Teijlingen (2005)

ANALYSE	PRAKTIJK	IDEOLOGIE
Medisch model	Obstetrische praktijk	Biomedische ideologie
Sociaal model	Verloskundige praktijk	Vrouwgeoriënteerde ideologie

Op het analytische niveau zijn het medische en het sociale model ideaaltypen in Weberiaanse betekenis. Dit wil zeggen dat de modellen conceptuele instrumenten zijn die verwijzen naar essentiële kenmerken van sociale fenomenen. Het model komt niet in zijn zuivere vorm voor, maar is een vereenvoudigde voorstelling van de sociale werkelijkheid. Het fungeert als een heuristisch hulpmiddel om inzicht te verwerven in een veel complexere empirie (Ritzer 1996). Het is als dusdanig dat de begrippen, medisch en sociaal model, zoals gebruikt in het voorliggende werk, bedoeld zijn. Het ideaaltypische karakter van dit begrippenkader is essentieel. De werkelijkheid wordt vereenvoudigd tot een dichotomie, terwijl beide modellen in de praktijk mekaar niet uitsluiten, maar net in elkaar overvloeien. Door het analytisch onderscheid te koppelen aan praktijk en ideologie wordt het continuüm zichtbaar.

Het niveau van de praktijk verwijst naar de manier waarop artsen en verloskundigen de sociale werkelijkheid binnen en buiten ziekenhuismuren dagelijks definiëren. Het medische en sociale zorgmodel worden doorvertaald naar respectievelijk de obstetrische en de verloskundige praktijk (Figuur 0.2). De typering van de praktijk wordt echter losgekoppeld van de beroepsgroep die ze uitvoert, en wordt voornamelijk bepaald door de context waarbinnen zorgverleners functioneren. Met andere woorden, het dagelijks handelen van artsen kan passen binnen de verloskundige praktijk, terwijl dat van verloskundigen kan gesitueerd worden in de obstetrische praktijk. De obstetrische praktijk verwijst naar de werkwijze van zorgverleners binnen de

sociale organisatie van een ziekenhuis. De verloskundige praktijk daarentegen, beschrijft de manier van werken in de thuisomgeving, in geboortehuizen of in kleine materniteiten.

Het ideologische niveau voorziet actoren van een legitimatie voor hun handelen. Op het ideologische niveau wordt de ene of de andere manier van werken verdedigd. Er wordt met andere woorden een waardenoordeel toegevoegd aan het praktische niveau. Het gehanteerde ideologische referentiekader wordt door van Teijlingen (2005) gedefinieerd als *“a system of values and attitudes through which mothers and doctors view pregnancy”*. Uiteraard kunnen daar nog andere actoren aan toegevoegd worden, zoals vroedvrouwen of verloskundigen en partners.

De biomedische ideologie benadrukt de risico's verbonden met zwangerschap en bevalling. Men oordeelt dat het menselijk lichaam onvolmaakt is en dat de geneeskunde dit gebrekkige lichaam kan optimaliseren door middel van medische interventies. Bijgevolg zijn gespecialiseerde zorg in een hightech klinische omgeving de noodzakelijke voorwaarden om de kans op een optimaal verloop van de geboorte te maximaliseren. Deze ideologie is congruent met de obstetrische praktijk. De sociale organisatie van een ziekenhuis wordt door de biomedische ideologie (gericht op risico) gelegitimeerd.

Aan het andere uiteinde van het continuüm staat de vrouwgeoriënteerde ideologie. In deze benadering is sociale steun – in plaats van medische interventie – één van de belangrijkste factoren die het geboorteprocès bevorderen. Deze ideologie ondersteunt en legitimeert de verloskundige praktijk.

Het onderscheid tussen de praktijk en de ideologie van de zorg voor vrouwen, voor, tijdens en na de bevalling is, vertaald in sociologisch jargon, niets anders dan het onderscheid tussen sociale structuur en cultuur.

De bouwstenen van sociale structuur zijn sociale relaties die vorm krijgen door middel van interactie tussen actoren. Ze verwerven een zeker patroon door herhaling over tijd en ruimte (Giddens 1989). De praktijk van zorgen voor anderen vertaalt zich in het concrete handelen van zorgverleners in specifieke settings, de interactie tussen zorgverleners en de sociale relaties die daaruit ontstaan. Doordat deze praktijk dagelijks en op verschillende plaatsen tegelijk herhaald wordt, geeft het aanleiding tot een sociale organisatie van zorg die het individueel handelen overstijgt.

Het concept cultuur omvat de waarden die leden van een samenleving nastreven en de normen die ze volgen. Waarden zijn abstracte idealen, terwijl normen de regels zijn die aangeven wat als gepast en ongepast gedrag wordt gedefinieerd (Giddens 1989). Deze waarden en normen sturen het handelen van zorgverleners en geven richting aan hun onderlinge relaties. Er wordt dus een verbinding verondersteld tussen culturele en structurele componenten van de sociale werkelijkheid.

0.1.2. Geboorte, de uitkomst van culturele en structurele condities

Sommige benaderingswijzen in de sociologie beklemtonen culturele verklaringen voor gedrag, andere structurele. Strekkingen zoals het symbolisch interactionisme, nemen betekenissen en interpretaties verbonden met gedrag als uitgangspunt (Smelser 1988). Structuralistische benaderingen zoals het bijvoorbeeld het Marxisme, beklemtonen daarentegen objectieve materiële condities (Porpora 1989). In een dialectisch model (Figuur 0.1) zijn zowel de materiële als de culturele context de voorwaarde en de uitkomst van sociaal handelen. Meer bepaald genereren cultureel bepaalde regels, materiële sociale relaties die op hun beurt sociaal handelen mogelijk maken of beperken, wat actoren motiveert om de regels te behouden of te veranderen (Porpora 1993). Deze dialectiek veronderstelt dat culturele condities voorafgaan aan structurele. Dit is voorwerp van een theoretische discussie die ons te ver zou leiden. We hebben hier enkel tot doel te beargumenteren dat zowel culturele als structurele componenten van de sociale werkelijkheid nodig zijn om tot verklaringen van sociaal handelen te komen. Ook met betrekking tot het ter wereld brengen van kinderen kan deze stelling verdedigd worden. Om het voorwerp van deze studie verder af te bakenen en te situeren binnen 'context' als bron van sociologische verklaringen, wordt vervolgens voornamelijk aandacht besteed aan de structurele component, op het gevaar af van reductionistisch of deterministisch denken.

We hanteren het begrip sociale structuur niet in Durkheimiaanse betekenis van relaties tussen sociale feiten, extern aan en onafhankelijk van individueel handelen. Verklaringen voor macro- of microfenomenen moeten met andere woorden niet gezocht worden binnen hetzelfde niveau van de sociale werkelijkheid, zoals Durkheim voorstelt met het verklaren van sociale feiten door sociale feiten (Brutsaert & Bracke 2005). De gelaagdheid en de

dialectische relaties tussen micro- en macrofenomenen kunnen in tegendeel gebruikt worden om inzicht te verkrijgen in fenomenen op elk niveau. Dit veronderstelt uiteraard dat we aanvaarden dat kenmerken van samenstellende delen een impact hebben op de bovenliggende structuur, wat het uitgangspunt is van o.a. het kritisch realisme, maar eigenlijk aan de basis ligt van elke poging om de dualiteit tussen micro- en macrofenomenen te overstijgen. Dit komt overeen met de Marxistische traditie waarin sociale structuur gedefinieerd wordt als sociale relaties tussen individuen en groepen van individuen, en dus steeds veranderbaar door sociaal handelen (Porpora 1993).

Vanuit het sociaal constructivisme kan sociale structuur gedefinieerd worden als het resultaat van externalisering en objectivering, die beide plaats grijpen via interactie. Dat betekent dat het, hoewel gevormd en beïnvloed door de kenmerken van de deeleenheden ervan, ook een *emergent property* is, dat bestaat en causale effecten heeft, onafhankelijk van individueel bewustzijn.

Er zijn verschillende redenen waarom gekozen werd voor een structurele benadering van de organisatie van maternale zorg. Ten eerste is het onderwerp van deze studie, namelijk de variatie in de organisatie van maternale zorg een structureel kenmerk van zorgsystemen. Om deze variatie te verklaren hebben we geopteerd voor crossnationaal vergelijkend onderzoek. Daartoe werden twee casussen uitgekozen, Vlaanderen en Nederland, die, zoals hierboven reeds aan bod kwam, een aantal gelijkenissen vertonen. De structurele heterogeniteit van de zorgsystemen van beide landen staat evenwel centraal. De determinanten daarvan zijn voornamelijk structureel van aard en werden gezocht in de domeinen professionalisering, medicalisering en familialisering. De gevolgen echter van de variatie in de organisatie van zorg voor matернаal welbevinden, beperkt zich niet tot structurele kenmerken alleen. In de empirische stukken over pijnbeleving, worden onder andere pijnattitudes mee in rekening gebracht. De structurele benadering betreft dus vooral het zoeken naar verklaringen voor de variatie in de sociale organisatie van zorg, en dus de *bottom-up* beweging van het dialectisch model (Figuur 0.1).

In ander crossnationaal onderzoek naar geboorte, wordt de variatie meestal bestudeerd vanuit andere invalshoeken. Dit is een tweede reden om te kiezen voor een structurele sociologische benadering. Sommige auteurs (Small et al. 2002; e.g. Cheung 2002; McLachlan & Waldenstrom 2005) hebben verschillende etnische groepen binnen eenzelfde institutionele setting vergeleken, waardoor structurele kenmerken constant werden gehouden en

vooral aandacht werd geschonken aan culturele verschillen. Meestal hanteren zij een antropologische benadering. Andere auteurs (Scherjon 1986; Torres & Reich 1989; McKay 1993; Benoit et al. 2005) kozen, zoals wij, voor de vergelijking van sterk op elkaar gelijkende culturen in verschillende institutionele omgevingen. De gelijkenis tussen de casussen die zij bestudeerden, is echter nooit zo groot als in het geval van Vlaanderen en Nederland. Deze vergelijking laat toe om een aantal potentiële verklaringen voor de uniciteit van het Nederlandse verloskundige systeem te schrappen, bijvoorbeeld de verzuiling en de vlakke topografie. DeVries (2004) ziet in de verzuilde Nederlandse samenleving van het begin van de twintigste eeuw een verklaring voor het feit dat de biomedische ideologie niet dezelfde culturele dominantie heeft kunnen verwerven als in andere West-Europese landen. De vlakke topografie en hoge bevolkingsdichtheid worden aangewezen om de populariteit van thuis bevallen te verklaren. Beide zijn echter even pertinent aanwezig aan de Vlaamse kant van de grens en kunnen derhalve geen ultieme verklaring bieden.

De meeste pogingen om de uniciteit van het Nederlandse zorgmodel te begrijpen, concentreren zich op culturele factoren. De meest genoemde zijn: het zuinigheidsideaal (DeVries 2004; Benoit et al. 2005), de centraliteit van het gezin (van Teijlingen 2003; Benoit et al. 2005) en de perceptie van pijn (van Teijlingen 2003). Zuinigheid wordt niet enkel geassocieerd met voorzichtig geld uitgeven, maar vooral met een pragmatische benadering ten overstaan van sociaal beleid (Benoit et al. 2005). Als een bepaalde benadering bewezen heeft deugdelijk te zijn, zoals thuisbevallingen bewezen hebben effectief en veilig te zijn (Tew & Damstra-Wijmenga 1991), wordt ze behouden en gestimuleerd. Nederlanders organiseren bovendien hun leven meer in functie van het nucleaire gezin, dat in verband gebracht wordt met gezelligheid. Tenslotte aanvaarden Nederlandse vrouwen pijn als inherent aan bevallen (van Teijlingen 2003).

De culturele context is niet onbelangrijk, maar toch onvoldoende. Indien culturele kenmerken weinig variëren binnen de landsgrenzen, kunnen ze geen intralandelijke variatie in welbevinden verklaren. Bovendien is het de vraag of deze stereotypes geen post hoc legitimering zijn van het bestaande systeem. Stereotypes weerspiegelen en reproduceren de bestaande sociale orde waarnaar ze verwijzen. Het proces kan zichzelf in stand houden doordat mensen die gestereotypeerd zijn, geneigd zijn om die sociale rollen te vervullen die consistent zijn met de stereotypische verwachtingen die anderen van hen hebben (Jost & Banaji 1994). Desalniettemin is het waarschijnlijk dat waarden zoals zuinigheid en de centraliteit van het gezin, een invloed hebben

op het Nederlandse beleid, wat weerspiegeld wordt in structurele factoren. Het zou reductionistisch zijn culturele factoren over boord te gooien. Beide moeten geïntegreerd worden, of zoals Benoit et al. (2005 p. 731) het samenvatten: *"Why the Dutch government consistently supported midwifery and protected home birth? The answer lies in a mix of cultural ideas held by the general public and structural features of medicine. The Dutch are noted for their distinctive ideas about home, family, the efficacy of medicine and zuinigheid (Thriftiness)"*.

Ten derde, 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. Gezien de objectiveerbaarheid 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 (1987; 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 et al. (2001) en Benoit et al. (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 Vlaamse 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.

Culturele en structurele condities zijn empirisch verstrengeld, en vooral analytisch te onderscheiden. In dit onderzoek worden ze in de analyse

geïntroduceerd door het onderscheid tussen Vlaanderen en Nederland enerzijds en door plaats van bevallen (thuis- versus ziekenhuisomgeving) anderzijds. In combinatie geven ze aanleiding tot vier zorgsettings: Nederlandse en Vlaamse thuis- en ziekenhuisbevallingen. Deze vier zorgsettings kennen zowel culturele als structurele kenmerken die empirisch moeilijk te ontwarren zijn. Deze verstrengeling is de empirische vertaling van de theoretische, dialectische relatie tussen culturele en structurele materiële condities. De culturele component vertaalt zich in de zorgideologie, biomedisch versus vrouwgeoriënteerd, kenmerkend voor respectievelijk het medische en het sociale model, terwijl de structurele component zich manifesteert in de zorgpraktijk, respectievelijk de obstetrische en verloskundige praktijk. Wanneer in de analyse van de data de invloed van land en plaats van bevallen bestudeerd wordt, kunnen zorgpraktijk en –ideologie niet van elkaar gescheiden worden. We kunnen enkel een onderscheid maken tussen settings die beantwoorden aan het ideaaltype van het medische, dan wel het sociale model.

Waar ligt dan precies de klemtoon op sociale structuur? Hoewel we op het microsociologische en dus sociaal-psychologische niveau, ideologie en praktijk niet van elkaar kunnen scheiden, kan dit wel in de macrosociologische analyse van zorgsystemen. Door het Vlaamse en het Nederlandse zorgmodel te benaderen vanuit drie processen, professionalisering, medicalisering en familialisering, worden sociale relaties tussen actoren (medische professie, vroedvrouwen/verloskundigen, de staat en moeders binnen gezinnen) binnen elk systeem benadrukt. Betekenissen en interpretaties worden verondersteld, maar vormen geen onderwerp van analyse.

0.2. De onderzoeksvragen

0.2.1. Crossnationale verschillen in de organisatie van zorg?

De eerste doelstelling van dit proefschrift is de exploratie en beschrijving van de verschillen tussen Vlaanderen en Nederland in de organisatie van perinatale zorg. Perinatale zorg omvat het begeleiden, assisteren, adviseren, omringen van moeders tijdens hun zwangerschap, hun bevalling en de postpartum periode (Gooris & Hingstman 1985). In tegenstelling tot het

Nederlandse systeem, werd het Vlaamse model nog niet eerder beschreven. De vergelijking van de concrete eigenschappen van de twee zorgsystemen wordt weergegeven in het eerste hoofdstuk door middel van een raamwerk dat Donabedian (1989) voorstelt om de kwaliteit van zorg te evalueren. Dit overzicht van de verschillen in zorgstructuren, -processen en -uitkomsten, schept een referentiekader, een uitgangspunt voor het verdere verloop van dit proefschrift. Het is als het ware een SWOT-analyse van beide zorgsystemen.

0.2.2. Verklaringen?

Onmiddellijk voortvloeiend uit de eerste doelstelling volgt de betrachting om de verschillen tussen de Vlaamse en Nederlandse organisatie van perinatale zorg te begrijpen en te verklaren. Hiervoor kan worden teruggefallen op eerder crossnationaal vergelijkend werk van auteurs zoals Benoit (2005), Jordan (1978), McKay (1993), Scherjon (1986), Wrede (2001), van Teijlingen (1994), Declercq (1994), en anderen. Dit betekent dat aansluiting gezocht wordt bij een reeds ontwikkelde traditie in sociologisch internationaal vergelijkend onderzoek naar geboortepraktijken, -uitkomsten en systemen. Daarnaast hebben verschillende auteurs (Bijv. Treffers et al. 1983; Hiddinga 1987; van Teijlingen & McCaffery 1987; Kleiverda et al. 1991; Oppenheimer 1993; Kerssens 1994; Wiegiers 1998; Wiegiers et al. 1998a; Wiegiers et al. 1998b; Schirm et al. 2002; DeVries 2004; Johnson et al. 2007) zich reeds gebogen over de specifieke Nederlandse situatie. Deze literatuur is een bron van inspiratie, evenals een referentiepunt om de grenzen van ons eigen onderzoek uit te zetten.

België is tot nog toe bij al deze vergelijkende studies uit de boot gevallen, enigszins verwonderlijk, gezien België en Nederland een brede gemeenschappelijke noemer hebben. De zoektocht naar verklaringen, beweegt zich steeds tussen de "variabelen" of de punten van verschil. Met andere woorden, hoe meer "constanten", hoe minder "variabelen", hoe efficiënter verklaringen kunnen uitgekristalliseerd worden.

De bestaande vergelijkende literatuur is niet enkel het werk van sociologen, maar ook van andere wetenschappers, die minder onderlegd zijn in sociaal wetenschappelijke theorie. Hoewel deze interdisciplinariteit een sterk punt is, betekent het ook dat de bestaande analyses eerder beschrijvend zijn. De stap naar verklaren moet nog genomen worden. Er is met andere woorden een theoretisch vacuüm waar sociologen een meerwaarde kunnen bieden. De eerste aanzetten zijn reeds gegeven, in o.a. het werk van Wrede, Sandall, van

Teijlingen, DeVries, Benoit en anderen. Er is zowel historisch detail nodig als sociologische theorie. Samen moeten ze de vruchtbare bodem vormen om inzicht te verwerven in, en een verklaring te bieden voor, de verschillen in de Vlaamse en Nederlandse verloskundige en obstetrische praktijk, of heel concreet waarom Vlaamse vrouwen massaal hun kinderen in ziekenhuizen op de wereld zetten, terwijl dat in Nederland op dit moment, minder het geval is. De integratie van drie delen van sociologische theorievorming is verhelderend: de comparatieve studie van welvaartstaten, professionalisering en medicalisering. Deze perspectieven komen aan bod in het theoretische deel van dit proefschrift, meer bepaald in de hoofdstukken 2, 3 en 4. Zonder al te veel vooruit te lopen, willen we de toedracht van deze theoretische inzichten uit uiteenlopende hoeken van de sociologiebeoefening, duiden.

Het gebruik van gezondheidszorg voor de opvolging van een zwangerschap en het ter wereld brengen van een kind, wordt zoals het geval is met andere vormen van gedrag, sociaal geconditioneerd, waardoor de vergelijking van settings (zoals landen) die gekenmerkt worden door verschillende condities (zoals de sociale organisatie van zorg), relevant wordt. In de keuze voor het ene dan wel het andere type zorg, zijn het zorgaanbod en de zorgvraag bepalend. Een verklaring voor een verschillend patroon van "health service use" moet dus met beide rekening houden. Het bestuderen van de aanbodzijde is vergelijkbaar met een *topdown* benadering en vereist macrosociologische theorie. Aandacht voor de vraagzijde daarentegen impliceert een *bottom-up* benadering, voornamelijk bestaande uit microsociologie. In het theoretische deel van dit proefschrift ligt de klemtoon op de macrosociologische processen die de aanbodzijde van de maternale zorgverlening schragen. Vervolgens wordt in het empirisch gedeelte getracht om dit door te vertalen naar en te toetsen aan kenmerken van de individuele beleving van bevallen.

Modellen die ontwikkeld werden om *health behaviour* te verklaren, houden voornamelijk rekening met de vraagzijde van het verhaal. Zo concentreren bijvoorbeeld de *theory of reasoned action* (Fishbein & Ajzen 1975) en *planned behaviour* (Ajzen 1991) zich op intenties als voorspeller van gedrag, op hun beurt bepaald door (1) attitudes ten aanzien van het gedrag en (2) de perceptie van sociale normen aangaande het gedrag in kwestie. Hoewel de *theory of planned behaviour* de gepercipieerde controle over gedrag in rekening brengt, wordt weinig rekening gehouden met de structurele beperkingen eigen aan het zorgaanbod. Deze worden beter geëxpliciteerd in

het model van Andersen (1995), onder de component *enabling and impeding factors*, of faciliterende en inhiherende factoren. Desalniettemin, is ook dit model gesitueerd op individueel niveau.

De *topdown* benadering, uiteengezet in het theoretische deel, moet als tegengewicht fungeren, te beginnen met professionaliseringstheorie. Deze invalshoek beschrijft in feite de aanbod zijde in termen van wisselende machtsrelaties tussen zorgverleners. Artsen en vroedvrouwen/verloskundigen zijn de centrale actoren die als het ware de Vlaams-Nederlandse verschillen in de organisatie van perinatale zorg belichamen. Zorgmodellen – het medische versus het sociale – worden verbonden met zorgsettings (ziekenhuis, geboortecentrum, thuis), waarbinnen artsen en vroedvrouwen functioneren. De manier waarop zorg georganiseerd is, nationaal, zowel als binnen zorgsettings, bepaalt de machtsrelaties tussen artsen en vroedvrouwen. Maar professionaliseringstheorie alleen is onvoldoende om de verschillen in de organisatie van zorg te begrijpen. Ze zegt immers weinig over het effectieve gebruik van zorg.

Het gebruik van een type van zorg, zoals gedefinieerd door type zorgverlener en zorgsetting, verwijst naar het medicaliseringscontinuüm waarop zowel het medische als het sociale zorgmodel gepositioneerd zijn. Geboorte wordt vaak aangehaald als schoolvoorbeeld van medicalisering. Dit proces van sociale verandering raakt de kern van de *paradigma shift* die in de West-Europese wereld plaats vond in de loop van de 19^{de} en 20^{ste} eeuw. Daarbij verwierf de obstetrische praktijk en biomedische ideologie een steeds grotere dominantie ten koste van de verloskundige praktijk en de vrouwgeoriënteerde ideologie. Met *paradigma shift* verwijst Kuhn (1962) naar het versterken van argumenten en claims ten voordele van een nieuw paradigma, terwijl voorgaande paradigma's vervagen. Dergelijke verschuivingen hebben niets te maken hebben met de kwaliteit inherent aan het ene of andere paradigma, maar wel met de politiek van *claimsmaking* (Spector & Kitsuse 1977) en nieuwe allianties tussen proponenten (Kuhn 1962).

Claimsmaking en alliantievorming maken de cirkel rond door opnieuw te verwijzen naar de professies, ware het niet dat er nog een actor in het spel is die eveneens actief claims formuleert en allianties afsluit, namelijk de actieve “patiënt-consument”, in dit geval de zwangere en pas bevallen vrouw (en haar partner). De gezondheidszorg als sociale institutie, kent met andere woorden, ook een informele component die zich situeert binnen de gezinnen. Medicalisering en familialisering bieden inzicht in de zorgvraag, rekening houdende met het bestaande aanbod. Het medicaliseringsdenken is lang

uitgegaan van de veronderstelling dat vrouwen gebruik maken van wat aangeboden wordt, wat een passieve "patiënt" impliceert. De nieuwe generatie echter benadrukt de actieve inbreng van de patiënt als consument van zorg. (De)familiarisering heeft de idee van actieve patiënt reeds geïncorporeerd, want gaat er van uit dat gezinnen zorg organiseren in functie van de arbeidsverdeling en machtsrelaties tussen mannen en vrouwen, daarbij gebruik makende van bestaande instituties.

De analyse van de manier waarop zorgtaken binnen verschillende institutionele settings op elkaar worden afgestemd, wordt geïnspireerd door de comparatieve studie van welvaartstaten. Dit kennisgeheel levert een begrippenapparaat en legt mechanismen bloot die samen met sociaal psychologische handelingstheorieën, microprocessen koppelt aan macrofenomenen. Op die manier wordt het baren van kinderen een individuele manifestatie van maatschappelijke krijtlijnen die de contouren weergeven van een zorgsysteem.

0.2.3. Gevolgen voor maternaal welbevinden?

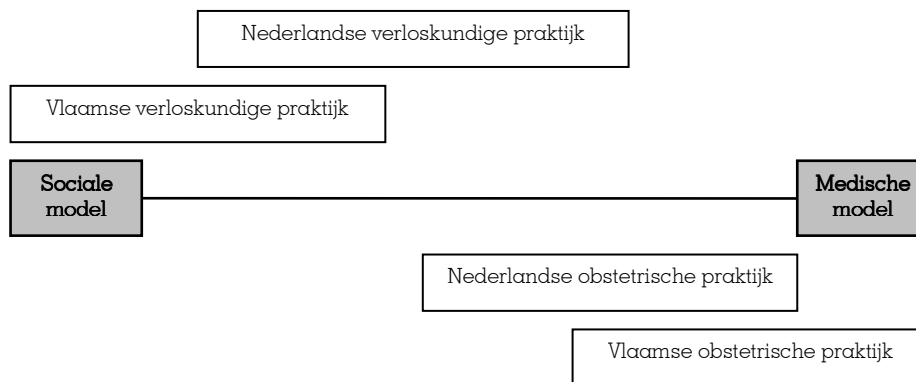
Nadat de Vlaams-Nederlandse verschillen in perinatale zorg geduid zijn, volgt de vraag wat de impact is van de sociale organisatie van zorg (formeel en informeel), en de keuze voor een bepaald type van zorg, op de manier waarop vrouwen hun bevalling beleven. Daartoe moet een sociaalpsychologische benadering geënt worden op crossnationale verschillen. Dit wordt nagestreefd in de empirische delen (hoofdstuk 6 t.e.m. 13) die betrekking hebben op twee aspecten van de geboorte-ervaring: namelijk postpartum tevredenheid en de beleving van barens pijn. Meer algemeen wordt de vraag gesteld of de fundamenteel verschillende zorgkeuzes van Vlaamse en Nederlandse vrouwen resulteren in verschillen inzake tevredenheid en pijnbeleving.

De organisatie van zorg voor zwangere en pas bevallen vrouwen, varieert binnen en tussen landen, en meer specifiek, binnen en tussen Vlaanderen en Nederland. De manier waarop deze zorg wordt verleend, maakt verschil uit voor het fysieke en mentale welbevinden van zwangere en pas bevallen vrouwen (Page 2001). Met andere woorden, het type zorgverlening, gekenmerkt door o.a. het type zorgverlener en de plaats van bevallen, heeft gevolgen voor de manier waarop vrouwen de zwangerschap en geboorte ervaren (Morgan et al. 1998; Maclean et al. 2000). Dit impliceert dat het welbevinden van zwangere en pas bevallen vrouwen situationeel bepaald

wordt, en dus kan veranderd worden door situationele factoren – of kenmerken van de zorgverlening – aan te passen. Om daartoe te komen is het nodig om inzicht te verwerven in de relaties tussen zorgkenmerken en welbevinden, en de mechanismen die hen verbinden. Aangezien de organisatie van zorg, maternaal welbevinden beïnvloedt, en de organisatie van zorg varieert binnen en tussen Vlaanderen en Nederland, kan verwacht worden dat het welbevinden van Vlaamse en Nederlandse vrouwen varieert in functie van patronen van zorg.

Ultiem willen we weten of de variatie in de manier waarop kinderen geboren worden, resulteert in variatie in maternaal welbevinden. Wanneer we de vier zorgsettings, gekarakteriseerd door een specifieke zorgideologie en –praktijk, op een medicaliseringscontinuüm plaatsen (Figuur 0.3), krijgen we een opeenvolging van Vlaamse thuisbevallingen, Nederlandse thuisbevallingen, Nederlandse ziekenhuisbevallingen tot Vlaamse ziekenhuisbevallingen, met toenemende mate van medicalisering.

Figuur 0.3: Positionering van de Vlaamse en Nederlandse verloskundige en obstetrische praktijk op het medicaliseringscontinuüm



Inzake maternaal welbevinden, meer specifiek postpartum tevredenheid, verwachten we – conform de medicaliseringskritiek – een hoger welbevinden bij vrouwen die bevallen zijn in settings aan de linkerkant van het continuüm. Zorg die beantwoordt aan het ideaaltype van het sociaal model is vrouwgeoriënteerd. Daarbij worden continuïteit, controle en keuze nagestreefd (three C's: continuity, control and choice). Deze drie componenten worden in de literatuur bestempeld als kenmerken die maternale tevredenheid bewerkstelligen (Hundley et al. 1997).

Met betrekking tot pijnbeleving, wordt verwacht dat vrouwen die bevallen in settings aan de rechterkant van het continuüm (Figuur 0.3) meer pijn zullen verwachten en ervaren, evenals meer pijnstillers zullen gebruiken, dan vrouwen die bevallen in settings aan de linkerkant. De logica achter deze hypothese is dat vrouwen die bevallen conform het sociale zorgmodel geneigd zijn pijn te aanvaarden en constructief te beschouwen als normaal en inherent aan bevallen, terwijl vrouwen met een biomedische ideologie pijn eerder als zinloos en te vermijden zullen definiëren. Voorgaand onderzoek heeft aangetoond dat positieve attitudes ten aanzien van pijn resulteren in een lagere pijnperceptie (Zborowski 1952; Heinze & Sleight 2003).

Samengevat, willen wij vertrekkende vanuit een macroperspectief de sociale organisatie van het gezondheidszorgsysteem in Vlaanderen en Nederland met de relevante structurele kenmerken en culturele ideeën beschrijven, analyseren en verklaren, om vervolgens te komen tot een interpretatie van bevallen als sociaal handelen in vier verschillende contexten gedefinieerd door land en zorgsetting: namelijk Vlaamse en Nederlandse thuis- en ziekenhuisbevallingen.

0.3. De taal

De voorliggende studie betreft een crossnationale vergelijking van de Vlaamse en de Nederlandse organisatie van zorg. Hoewel de steekproef aan Vlaamse zijde beperkt is tot Vlaamse respondenten, wordt op een aantal plaatsen België vermeld in plaats van Vlaanderen. Indien we spreken over welvaartstaten, wordt er verwezen naar België en Nederland, omdat Vlaanderen op zich geen staat is, maar deel uitmaakt van de Belgische welvaartsstaat. In de empirische bijdragen wordt bovendien systematisch gesproken over België versus Nederland omdat Vlaanderen voor een internationaal lezerspubliek weinig betekenis heeft en voornamelijk vragen oproept. De lezer wordt er wel in elke paper op gewezen dat de steekproef beperkt is tot Vlaanderen, hoewel over België gesproken wordt.

Een tweede taalopmerking betreft de betekenis van het woord verloskundige. Het Nederlands verklarend woordenboek geeft twee betekenissen weer: ten eerste, iemand die opgeleid is om een vrouw bij de bevalling bij te staan, ten tweede, specialist in de verloskunde. Wij zullen dit woord consequent in de eerste betekenis gebruiken, en dus als synoniem voor vroedvrouw. Het woord vroedvrouw zal gebruikt worden in de Vlaamse context, het woord

verloskundige in de Nederlandse context. Specialisten worden gynaecologen genoemd, zowel in de Vlaamse als in de Nederlandse setting.

Een laatste opmerking betreft het gebruik van het woord patiënt. We zijn van mening dat aanstaande moeders geen patiënten zijn omdat een normale zwangerschap geen pathologie is. Toch zal het woord patiënt regelmatig gebruikt worden, al dan niet tussen aanhalingstekens. In die gevallen verwijst patiënt naar een achterliggend kennisgeheel, zonder een waardenoordeel te willen uitspreken.

0.4. Het verloop

Om de variatie in bevallen, als sociaal handelen te verklaren moet de context waarbinnen vrouwen bevallen, bestudeerd worden (Porpora 1993). Deze context doorkruist de gelaagdheid van de sociale werkelijkheid en vertaalt zich in concrete materiële omstandigheden voor, tijdens en na de bevalling, thuis en in ziekenhuizen, maar evenzeer in de organisatie van de gezondheidszorg op nationaal niveau. In hoofdstuk 1 wordt beschreven hoe de zorg voor moeder en kind in Vlaanderen en Nederland georganiseerd wordt. In de daaropvolgende theoretische hoofdstukken (2 t.e.m. 4) worden structurele condities beschreven die de verschillende organisatie van zorg kunnen verklaren. Drie sociologische benaderingen worden samen gebracht, namelijk professionaliserings- en medicaliseringstheorie, en de comparatieve analyse van welvaartstaten, met familialisering als focus. Na een methodologisch stuk, volgen vervolgens acht empirische studies, vier met betrekking tot postpartum tevredenheid (hoofdstuk 6 t.e.m. 9) en vier over pijnbeleving en het gebruik van pijnstillers tijdens arbeid en bevalling (hoofdstuk 10 t.e.m. 13). In deze empirische delen worden de materiële omstandigheden geïntroduceerd door verschillen in tevredenheid en pijnbeleving te onderzoeken naargelang plaats van bevallen. De verschillen in nationale organisatie van zorg wordt vertegenwoordigd door de vergelijking tussen Vlaanderen en Nederland. Tot slot volgt een algemene conclusie waarin de kernbevindingen worden samengevat en overstegen door kritische reflecties en aanbevelingen voor beleid en verder onderzoek.

REFERENTIELIJST

- Ajzen, I. (1991) The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 50, 179-211.
- Andersen, R.M. (1995) Revisiting the behavioral-model and access to medical-care - Does it matter. *Journal of Health and Social Behavior* 36, 1-10.
- Anderson, R.M. & Funnell, M.M. (2005) Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient Education and Counseling* 57, 153-157.
- Benoit, C., Wrede, S., Bourgeault, I., Sandall, J., DeVries, R. & van Teijlingen, E.R. (2005) Understanding the social organisation of maternity care systems: midwifery as a touchstone. *Sociology of Health & Illness* 27, 722-737.
- Berger, P. L. & Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality*. New York: Doubleday.
- Blom, J.C.H. & Lamberts, E. (red.) (2006) *Geschiedenis van de Nederlanden*. Rijswijk: Uitgeverij Nijgh & Van Ditmar.
- Brutsaert, H. & Bracke, P. (2005). *Sociologie*. Gent: Academia Press.
- Cheung, N.F. (2002) The cultural and social meanings of childbearing for Chinese and Scottish women in Scotland. *Midwifery* 18, 279-295.
- Davis-Floyd, R. (2001) The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75, S5-S23.
- DeVries, R. (2004). *A pleasing birth. Midwives and maternity care in the Netherlands*. Philadelphia: Temple University Press.
- Declercq, E.R. (1994) A cross-national analysis of midwifery politics - 6 lessons for midwives. *Midwifery* 10, 232-237.
- Donabedian, A. (1989) Institutional and professional responsibilities in quality assurance. *Quality Assurance in Health Care* 1, 3-11.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: an introduction to theory and research*. Reading: Addison-Wesley.
- Gélis, J. (1988). *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*. Paris: Fayart.
- Giddens, A. (1989). *Sociology. The textbook of the nineties*. Cambridge: Polity Press.
- Gooris, F.M.C. & Hingstman, L. (1985) De rol en positie van vroedvrouwen in België en Nederland. *Gezondheid en Samenleving* 6, 276-285.
- Heinze, S.D. & Sleight, M.J. (2003) Epidural or no epidural anaesthesia: relationships between beliefs about childbirth and pain control choices. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 21, 323-333.

- Hiddinga, A. (1987) Obstetrical research in the Netherlands in the 19th-century. *Medical History* 31, 281-305.
- Hundley, V.A., Milne, J.M., Glazener, C.M.A. & Mollison, J. (1997) Satisfaction and the three C's: continuity, choice and control. Women's views from a randomised controlled trial of midwife-led care. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 104, 1273-1280.
- Johnson, T.R., Callister, L.C., Freeborn, D.S., Beckstrand, R.L. & Huender, K. (2007) Dutch women's perceptions of childbirth in the Netherlands. *Mcn-the American Journal of Maternal-Child Nursing* 32, 170-177.
- Jordan, B. (1978). *Birth in four cultures: a cross-cultural investigation of childbirht in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Montreal: Eden Press Women's Publications, Inc.
- Jost, J.T. & Banaji, M.R. (1994) The role of stereotyping in system-justification and the production of false consciousness. *British Journal of Social Psychology* 33, 1-27.
- Kerssens, J.J. (1994) Patient satisfaction with home-birth care in the Netherlands. *Journal of Advanced Nursing* 20, 344-350.
- Kleiverda, G., Steen, A.M., Andersen, I., Treffers, P.E. & Everaerd, W. (1991) Place of delivery in the Netherlands - Actual location of confinement. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology* 39, 139-146.
- Kossmann E.H. (2001) *De Lage Landen 1780 – 1980: twee eeuwen Nederland en België*. Amsterdam: Elsevier.
- Kuhn, T. (1962). *De structuur van wetenschappelijke revoluties*. Amsterdam: Boom.
- Macfarlane, A. (2004). To contrast and compare. In V.K. Srivastava (Ed.), *Methodology and fieldwork*. Delhi: Oxford University Press.
- Maclean, L.I., McDermott, M.R. & May, C.P. (2000) Method of delivery and subjective distress: women's emotional responses to childbirth practices. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 18, 153-162.
- Martin, E. (2001). *The woman in the body. A cultural analysis of reproduction*. Boston: Beacon Press.
- McKay, S. (1993) Models of midwifery care - Denmark, Sweden, and the Netherlands. *Journal of Nurse-Midwifery* 38, 114-120.
- McLachlan, H. & Waldenstrom, U. (2005) Childbirth experiences in Australia of women born in Turkey, Vietnam, and Australia. *Birth-Issues in Perinatal Care* 32, 272-282.
- Morgan, M., Fenwick, N., McKenzie, C. & Wolfe, C.D.A. (1998) Quality of midwifery led care: assessing the effects of different models of continuity for women's satisfaction. *Quality in Health Care* 7, 77-82.
- Oakley, A. (1983) Social-consequences of obstetric technology - The importance of measuring soft outcomes. *Birth-Issues in Perinatal Care* 10, 99-108.

- Odell, J.S. (2001) Case study methods in international political economy. *International Studies Perspectives* 2, 161-176.
- Oppenheimer, C. (1993) Organizing midwifery led care in the Netherlands. *British Medical Journal* 307, 1400-1402.
- Page, L. (2001) The humanization of birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75, S55-S58.
- Porpora, D.V. (1989) 4 Concepts of social-structure. *Journal for the Theory of Social Behaviour* 19, 195-211.
- Porpora, D.V. (1993) Cultural rules and material relations. *Sociological Theory* 11[2], 212-229.
- Ritzer, G. (1996) *Classical sociological theory*. (2nd ed.) Singapore: The McGraw-Hill Companies, Inc.
- Scherjon, S. (1986) A comparison between the organization of obstetrics in Denmark and the Netherlands. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 93, 684-689.
- Schirm, E., Tobi, H. & de Jong-van den Berg, L. (2002) Low use of medication in home deliveries in the Netherlands. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 79, 5-9.
- Sibeon, R. (2004) *Rethinking social theory*. London: Sage Publications.
- Simkin, P. (1989) Childbearing in social-context. *Women & Health* 15, 5-21.
- Small, R., Yelland, J., Lumley, J., Brown, S. & Liamputtong, P. (2002) Immigrant women's views about care during labor and birth: An Australian study of Vietnamese, Turkish, and Filipino women. *Birth-Issues in Perinatal Care* 29, 266-277.
- Smelser, N. J. (1988) *Handbook of sociology*. London: Sage Publications.
- Spector, M. & Kitsuse, J. I. (1977). *Constructing social problems*. California: Cummings.
- Tew, M. & Damstra-Wijmenga, S.M.I. (1991) Safest birth attendants: recent Dutch evidence. *Midwifery* 7, 55-63.
- Torres, A. & Reich, M.R. (1989) The shift from home to institutional childbirth - A comparative-study of the United-Kingdom and the Netherlands. *International Journal of Health Services* 19, 405-414.
- Treffers, P.E., Vanalten, D. & Pel, M. (1983) Condemnation of obstetric care in the Netherlands. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 146, 871-872.
- van Teijlingen, E. (1994) *A social or medical model of childbirth? Comparing the arguments in Grampian (Scotland) and the Netherlands*. 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.

Het "bevalt" anders in Vlaanderen en Nederland

- van Teijlingen, E. (2005) A critical analysis of the medical model as used in the study of pregnancy and childbirth. *Sociological Research Online* 10, 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 Lieburg, M.J. & Marland, H. (1989) Midwife regulation, education, and practice in the Netherlands during the 19th-century. *Medical History* 33, 296-&.
- Wieggers, T.A. (1998) Home or hospital birth: a prospective study of midwifery care in the Netherlands. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology* 79, 139-141.
- Wieggers, T.A., van der Zee, J. & Keirse, M.J.N.C. (1998a) Maternity care in the Netherlands: the changing home birth rate. *Birth-Issues in Perinatal Care* 25, 190-197.
- Wieggers, T.A., van der Zee, J., Kerssens, J.J. & Keirse, M.J.N.C. (1998b) Home birth or short-stay hospital birth in a low risk population in the Netherlands. *Social Science & Medicine* 46, 1505-1511.
- Wils, L. (1993) *Van Clovis tot Happart. De langste weg van de naties in de Lage Landen*. Leuven-Apeldoorn: Garant.
- Wrede, S., Benoit, C., & Sandall, J. (2001). The state and birth/the state of birth. Maternal health policy in three countries. In DeVries R, C. Benoit, E. van Teijlingen, & S. Wrede (Eds.), *Birth by design. Pregnancy, maternity care, and midwifery in North America and Europe* (pp. 28-50). London: Routledge.
- Zborowski, M. (1952) Cultural components in responses to pain. *Journal of Social Issues* 8, 16-30.

Hoofdstuk 1: DE ORGANISATIE VAN DE ZORG VOOR MOEDER EN KIND

De vergelijking tussen de Vlaamse en Nederlandse organisatie van verloskundige zorg is opgebouwd aan de hand van drie componenten: structuren, processen en uitkomsten, een raamwerk dat ontwikkeld werd door Donabedian (1989) om de kwaliteit van zorg te evalueren. Vaak wordt enkel gekeken naar de uitkomsten van gezondheidszorg (Donabedian 2005), en worden de twee andere componenten uit het oog verloren. Het raamwerk van Donabedian wordt gecombineerd met een aantal van de Peristat-indicatoren van de kwaliteit van perinatale zorg. Deze indicatoren zijn het resultaat van een panel experts studie en hebben tot doel de verloskundige zorg in verschillende Europese landen te kunnen vergelijken over de specificiteit van de gezondheidszorgsystemen heen (Wildman et al. 2003). We weerhouden: geboortes volgens (1) de plaats van bevallen, (2) het begin van de arbeid, (3) de wijze van bevallen en (4) de prevalentie van episiotomieën¹.

De gegevens komen voornamelijk uit formele secundaire bronnen, zoals cijfermateriaal van het Vlaamse Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE) en de Stichting Perinatale Registratie Nederland (SPRN), samen met een veelheid aan andere onderzoeksrapporten. Meestal wordt beroep gedaan op cijfers die betrekking hebben op het Belgische grondgebied, omdat er ofwel geen cijfers bestaan voor Vlaanderen apart, ofwel omdat ze anders moeilijk vergelijkbaar zijn met de Nederlandse. Het cijfermateriaal werd aangevuld met informele primaire bronnen, zoals observaties bij bevallingen en gesprekken met artsen, vroedvrouwen/verloskundigen en moeders in Vlaanderen en Nederland. Deze kwalitatieve gegevensverzameling werd uitgevoerd ter voorbereiding van ons survey onderzoek.

Vooraleer de zorgstructuren, -processen en –uitkomsten te bespreken, worden de Nederlandse en Vlaamse verloskundige zorgtrajecten beschreven.

¹ het inknippen van het perineum (gebied tussen vulva en anus) om inscheuren te vermijden tijdens de uitdrijvingsfase van de bevalling.

1.1. Zorgtrajecten

1.1.1. Nederland

In Nederland is de gezondheidszorg formeel hiërarchisch georganiseerd of geëcheloniseerd. Dit betekent dat Nederlandse patiënten een verwijzing nodig hebben van een eerstelijns zorgverlener – huisarts of verloskundige – om toegang te krijgen tot de tweedelijns.

Het verloskundig zorgtraject begint dus in eerste instantie in de eerstelijns. In het geval er zich tijdens de zwangerschap problemen voordoen of er aanwijzingen zijn dat de bevalling enig risico inhoudt, zal de verloskundige of huisarts doorverwijzen naar tweedelijns zorgverleners, d.i. de arts-specialist, gynaecoloog. De doorverwijzing leidt meestal tot een bevalling die op medische indicatie in het ziekenhuis gebeurt. Wanneer daarentegen de zwangerschap probleemloos verloopt, zal voor een thuisbevalling of een (poliklinische) ziekenhuisbevalling op eigen verzoek onder begeleiding van een eerstelijns zorgverlener, d.i. een verloskundige of huisarts, geopteerd worden.

De hiërarchie impliceert dat sommige zorgtrajecten terugbetaald worden 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 verwacht wordt, kunnen enkel ambulant bevallen, tenzij ze zelf de kosten willen dragen. Zelfs poliklinisch bevallen, wat ook onder de eerste lijn begrepen wordt, kost in dat geval ongeveer 250 euro voor het gebruik van de verloskamer (DeVries 2004 p.56). De terugbetalingschema's beïnvloeden niet alleen het zorggebruik en de keuze van zorgverlener, maar ook de klinische beslissingen van zorgverstrekkers. Daar waar in Vlaanderen een arts meer betaald wordt voor een keizersnede, is dat in Nederland niet het geval: de gynaecoloog wordt altijd hetzelfde betaald ongeacht de wijze waarop de bevalling plaats vindt.

1.1.2. 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 tweedelijns, maar dit vertaalt zich niet in een hiërarchisch zorgtraject.

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 gynæcoloog en het ziekenhuis, daar waar dit in Nederland wordt tegen gehouden door een verplichte aanmelding in de eerstelijns. Weinig vrouwen weten dat een thuisbevalling in Vlaanderen volledig terugbetaald wordt, terwijl men voor een ziekenhuisbevalling steeds een stuk uit eigen zak moet betalen, het zogenaamde remgeld (Gilleir, 2007).

1.2. Zorgstructuren

De structurele-component verwijst naar *"The resources used in the provision of care and to the more stable arrangements under which care is produced"* (Donabedian 1989). Hier wordt dit geïnterpreteerd als de min of meer stabiele condities die verwachten en bevallen mogelijk maken. De onderliggende assumptie is dat wanneer de juiste settings en instrumenten gebruikt worden, goede medische zorg daar vanzelf uit voortvloeit (Donabedian 2005). De sociaal-demografische condities die hier achtereenvolgens besproken worden zijn (1) de fertiliteit en het geboortecijfer, (2) de plaats van bevallen en (3) de zorgverleners.

1.2.1. Vlaamse en Nederlandse fertiliteit- en geboortecijfers

In Nederland ligt het gemiddeld aantal kinderen per vrouw een beetje hoger dan in België voor de jaren 2000 tot 2004. Het geboortecijfer ligt eveneens hoger in Nederland, hoewel er een convergerende trend blijkt uit de cijfers van 2001 tot en met 2005 (Tabel 1.1).

Tabel 1.1: Gemiddeld aantal kinderen per vrouw en het geboortecijfer per 1000 inwoners

Jaar	Gemiddeld aantal kinderen per vrouw		Geboortecijfer per 1000	
	B ²	NI ²	B ¹	NI ³
2005			11,00	11,50
2004	1,64	1,73	11,12	11,90
2003	1,64	1,75	10,83	12,32
2002	1,62	1,73	10,79	12,48
2001	1,64	1,71	11,12	12,58
2000	1,66	1,72	11,22	-
1999	1,55	1,53	11,11	-

¹ BRON: www.statbel.fgov.be/figures/d22_nl.asp#2 (geraadpleegd op 22-12-2006)

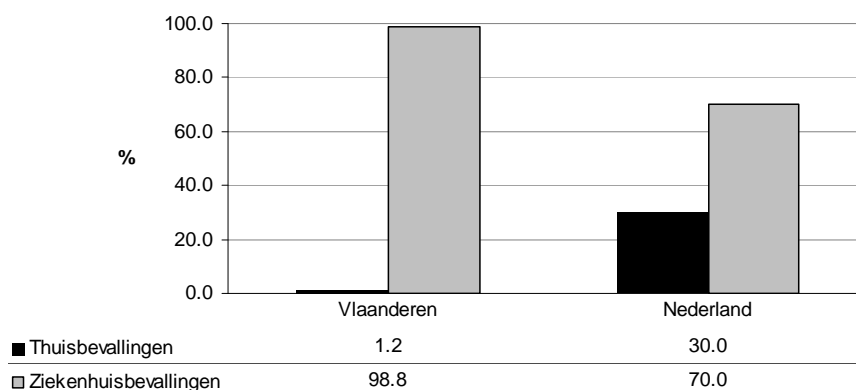
² BRON: webhost.ua.ac.be/csb/index.php (geraadpleegd op 22-12-2006)

³ BRON: www.cbs.nl (geraadpleegd op 22-12-2006)

1.2.2. De plaats van bevallen

De variatie in plaats van bevallen weerspiegelt verschillen in gezondheidszorgsystemen en filosofieën over de zorg voor moeders en hun baby's (Wildman et al. 2003). Plaats van bevallen verwijst rechtstreeks naar verschillen in de organisatie van verloskundige zorg (Pel et al. 1995). Er zijn meer opties mogelijk dan enkel het ziekenhuis of thuis. Wat de ziekenhuisbevallingen betreft kan nog een onderscheid gemaakt worden naar poliklinische en klinische bevallingen. Een poliklinische bevalling komt overeen met een daghospitalisatie, terwijl een klinische bevalling een ziekenhuisbevalling met verblijf betekent. Wanneer we de werkelijkheid echter dichotomiseren, krijgen we een verdeling tussen thuis en ziekenhuis, zoals in Figuur 1.1.

Figuur 1.1: Percentage thuis- en ziekenhuisbevallingen in Vlaanderen en Nederland in 2002 (BRON: SPE en SPRN jaarverslagen)



1.2.2a België

Meer dan 98 procent van alle Belgische vrouwen start met prenatale zorg bij een gynaecoloog. Minder dan 2 procent maakt gebruik van de eerstelijns zorgverleners, zijnde de huisarts en de vroedvrouw. Voor de preciezere invulling van deze cijfers, verwijzen we naar cijfers betreffende het aantal thuisbevallingen die bekend werden gemaakt op vraag van Mevr. F. Van Themsche in de Kamer van Volksvertegenwoordigers op 7 juni 2005. In Tabel 1.2 wordt het relatieve aantal bevallingen weergegeven voor eerste (ambulant) en tweede lijn (gehospitaliseerd). Eerste lijn wordt in deze tabel evenwel gedefinieerd als zowel thuis als daghospitalisatie. Uit de cijfers blijkt een lichte stijging van de ambulante bevallingen tussen 2000 en 2005, van 0,97 naar 1,15 procent. Het relatieve aantal gehospitaliseerde bevallingen is dus 98,85.

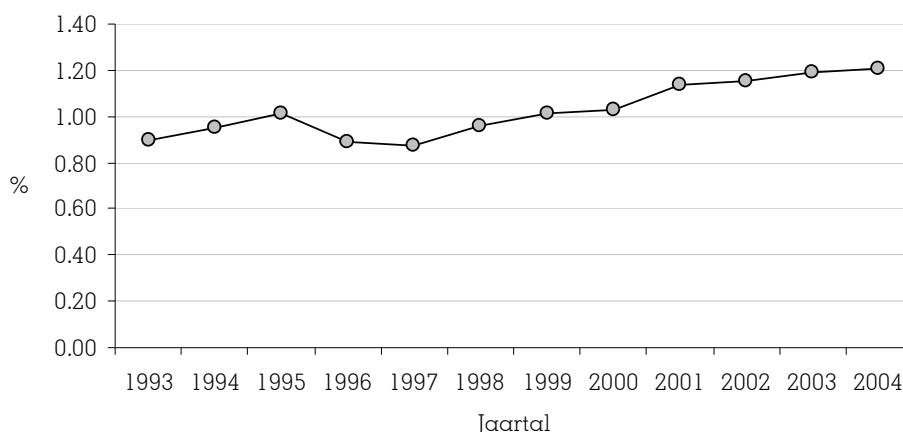
Tabel 1.2: Percentages ambulante en gehospitaliseerde bevallingen voor 2000 tot en met 2004 in België

	2000	2001	2002	2003	2004
Ambulant					
Thuisbevalling met vroedvrouw	0,42	0,39	0,45	0,46	0,50
Daghospitalisatie met vroedvrouw	0,04	0,05	0,06	0,07	0,08
Thuis of daghospitalisatie met geneesheer	0,51	0,49	0,57	0,57	0,57
Totaal bevallingen ambulant	0,97	0,93	1,08	1,10	1,15
Gehospitaliseerd					
Verricht door een vroedvrouw	0,28	0,33	0,36	0,36	0,32
Verricht door een geneesheer	98,75	98,74	98,56	98,54	98,53
Totaal bevallingen gehospitaliseerd	99,03	99,07	98,92	98,90	98,85

BRON: www.nvkvw.be/index.htm?Publicaties/Vitaalhuisbevallingen.htm~mainFrame
(geraadpleegd op 22-12-2006)

Figuur 1.2 laat een lichtjes stijgende trend zien in het aantal effectieve thuisbevallingen. Er zijn geen gegevens voorhanden over hoeveel Vlaamse vrouwen een thuisbevalling plannen, en dus hun prenatale zorg in de eerste lijn beginnen, maar tijdens de zwangerschap, of zelfs tijdens de arbeid toch naar het ziekenhuis doorverwezen worden.

Figuur 1.2: Evolutie in het aantal thuisbevallingen in Vlaanderen tussen 1993 en 2004 (BRON: SPE-jaarverslagen 2000-2005)

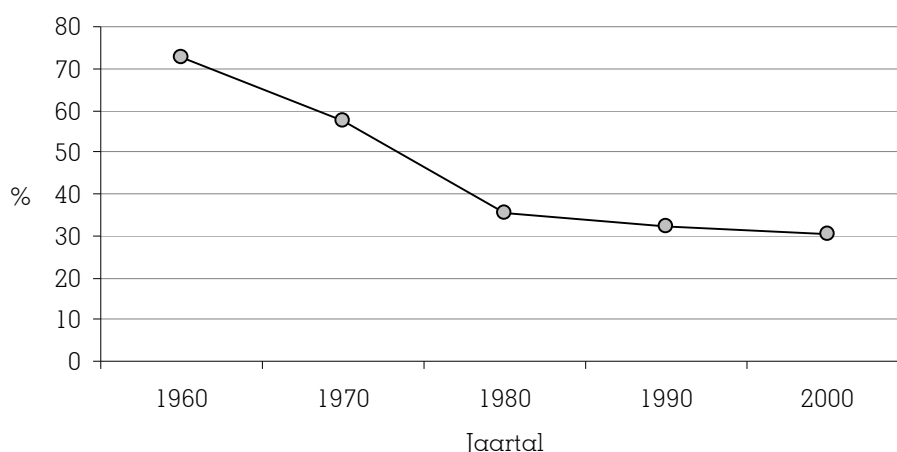


Vlaamse vrouwen die thuis bevallen verschillen in gemiddelde leeftijd niet van vrouwen die opteren voor een ziekenhuisbevalling. Ze zijn wel hoger opgeleid, hoewel hun gemiddeld netto maandelijks beschikbare gezinsinkomen lager ligt dan dat van andere pas bevallen vrouwen. Opvallend is bovendien dat ze minder vaak tewerkgesteld zijn en vaker dan vrouwen die in een ziekenhuis bevallen, drie of meer kinderen hebben (Gilleir 2007).

1.2.2b Nederland

Wat Nederland betreft, krijgen we een heel ander verhaal. Bijna 80 procent van de Nederlandse vrouwen begint met prenatale zorg bij een verloskundige, 6,5 procent bij een huisarts, beide eerstelijns zorgverleners. Slechts 14,3 procent begint haar zorgtraject bij een gynaecoloog (Anthony et al. 2005b). Dat is bijna het spiegelbeeld van de Belgische situatie. Van degenen die hun zorgtraject in eerste lijn begonnen zijn, worden er 28,3 procent doorverwezen naar de tweedelijnszorg tijdens de zwangerschap, en nog eens 16,8 procent tijdens de baring. Dit resulteert uiteindelijk in een kleine dertig procent Nederlandse vrouwen die thuis bevallen en elf procent die poliklinisch bevallen, en bijgevolg het hele zorgtraject binnen de eerste lijn doorlopen hebben (Nivel 2006).

Figuur 1.3: Evolutie in het aantal thuisbevallingen in Nederland tussen 1960 en 2000 (BRON: R. DeVries (2004) A pleasing birth, Philadelphia: Temple University Press)



Tussen 1965 en 1978 heeft zich echter een sterke daling voorgedaan van het percentage thuisbevallingen, van 68,5 procent naar 35,8 procent (Achterberg & Kramers 2001) (Figuur 1.3). Deze trend heeft zich ondertussen langzaam doorgezet naar iets boven de 30 procent in 2002 (Coffie et al. 2003; Anthony et al. 2005a) en is sindsdien relatief stabiel gebleven. Een verdere daling van het aantal thuisbevallingen in Nederland zou het huidige systeem op termijn kunnen destabiliseren, in die zin dat de kosteneffectiviteit ervan grotendeels verloren zou gaan (Achterberg & Kramers 2001). Voorlopig is er echter geen reden om een verdere daling te verwachten. Het aantal poliklinische bevallingen is de laatste 15 jaar wel toegenomen met 5 procent, maar dit is

niet ten koste gegaan van de thuisbevallingen, wel van de bevallingen in het ziekenhuis (Coffie et al. 2003).

Hoewel het aantal thuisbevallingen achteruit gaat, zien we dat tegelijkertijd een toenemend aandeel van alle Nederlandse zwangeren verloskundige zorg start in de eerste lijn: van 81,3 procent in 1995 naar 85,7 procent in 2002 (Anthony et al. 2005a). Dat betekent dat het aantal verwijzingen tijdens de zwangerschap steeg van 23,3 procent in 1995, naar 28,2 procent in 2002. Tijdens de baring steeg het aantal verwijzingen van 14,0 procent in 1995 naar 16,8 procent in 2002 (Anthony et al. 2005a). Verloskundigen verlenen steeds vaker zorg aan vrouwen met een belaste obstetrische anamnese, wat tot een verschuiving leidt in de risicoselectiestromen (Anthony et al. 2005a). Van alle zwangeren die met een verloskundige aan de bevalling begonnen, beviel 55 procent ook effectief thuis in 1995, en 52,2 procent in 2002.

Thuis bevallen is het populairst bij primipare moeders en in de leeftijdsgroep 25 tot 34 jaar, wat betreft de primiparae² en 30 tot 34 jaar voor de multiparae. Bovendien geldt dat hoe minder verstedelijkt een gebied is, hoe hoger het percentage thuisbevallingen. Primiparae met een hoge, midden of lage socio-economische status, blijken evenveel kans te hebben om de zwangerschapszorg in de tweede lijn te beginnen. Voor multiparae is het zo dat zowel de lage als de hoge statusgroep vaker dan de middengroep de verloskundige zorg in de tweede lijn start.

1.2.3. Zorgverleners

De zorgverleners betrokken bij verloskundige zorg zijn voornamelijk de vroedvrouwen/verloskundigen, de huisarts, de gynaecoloog en de kraamverzorgende. Zij worden hier één na één besproken aan de hand van onderstaande tabel.

² Dit zijn vrouwen die voor de eerste keer een kind baren.

Tabel 1.3: Aantal vroedvrouwen/verloskundigen, gynaecologen en kraamverzorgenden in België en Nederland

Jaar	Vroedvrouwen- verloskundigen		Gynaecologen		Kraam- verzorgenden		Huisartsen	
	B ¹	Nl ²	B	Nl	B	Nl	B ⁵	Nl ⁴
2005	5 300	2 080						8 408
2004	5 084	1 955					9 768	8 209
2003	4 912	1 825	1 303			8 764 ^{6,7}	9 524	8 107
2002	4 734	1 731		699			9 534	7 945
2001	4 613	1 627		675			9 520	7 763
2000	4 351	1 576		655			9 367	7 706
1999		1 515		634				7 571

¹ BRON: statbel.fgov.be/figures/d362_nl.asp#1 (geraadpleegd op 11-01-2007)

² BRON: Kenens en Hingstman (2003) Cijfers uit de registratie van verloskundigen, Nivel

⁴ BRON: Kenens en Hingstman (2005) Cijfers uit de registratie van huisartsen, Nivel

⁵ BRON: aps.vlaanderen.be (geraadpleegd op 13-02-07)

⁶ BRON: Lamkaddem, M. en Wiegers, T. (2004) Monitoring kraamzorg, Nivel.

⁷ Schatting

1.2.3a Verloskundigen en vroedvrouwen

Op het einde van de jaren '90, kende Nederland een groot tekort aan verloskundigen, ondanks de gestage groei van deze beroepsgroep. Het aantal geboortes nam per jaar nog sterker toe, waardoor een onevenwicht ontstond. Ook de daling in het aantal verloskundig actieve huisartsen droeg hiertoe bij: in 1998 was 15 procent van alle huisartsen verloskundig actief, terwijl dat in 2002 nog slechts 6 procent was. In termen van aandeel in het begeleiden van bevallingen betekende dit een daling van 10 procent naar 4 procent (Nivel 2006). Men verwacht, ondanks de opheffing van het primaat³ in 2001, een verdere daling op dit vlak (Nivel 2006). Andere factoren die bijgedragen hebben tot het tekort aan verloskundigen zijn: (1) het steeds verder uitbreiden van het takenpakket van verloskundigen, (2) het steeds vaker willen deeltijds werken en (3) de toename in aantal zwangeren met een vraag om eerstelijnszorg (Coffie et al. 2003).

Het nijpend tekort aan verloskundigen heeft in 2000 geleid tot stakingen en demonstraties (Nivel 2006). Daarop heeft de Nederlandse overheid een aantal maatregelen genomen. Ten eerste werd de opleidingscapaciteit opgetrokken

³ Tot 2001 kregen huisartsen op basis van de Ziekenfondswet verloskundige zorg alleen vergoed als er in de regio geen verloskundige werkzaam was (Nivel 2006).

van 120 naar 160 plaatsen en ten tweede werd de normpraktijk verlaagd van 150 naar 120 bevallingen per jaar, waardoor verloskundigen met minder bevallingen hetzelfde inkomen konden behalen (Nivel 2006).

Naar aanleiding van de maatregelen werd een evaluatie onderzoek gevoerd door Wiegers en Janssen: "de monitor verloskundige zorgverlening" (Nivel 2006). De resultaten van de vier jaar durende studie wezen uit dat het aantal verloskundigen toeneemt. Tussen 2001 en 2005 is er een toename van 28 procent. Het aantal verloskundig actieve huisartsen is onveranderd gebleven, ondanks de maatregelen. Op 1-01-1999 waren er in Nederland 458 verloskundige praktijken, in 2004 waren dat er 450. Zij vertegenwoordigden 1515 verloskundigen (Tabel 1.3). De omvang van de verloskundige praktijken is tussen 2001 en 2004 toegenomen van gemiddeld 3,0 verloskundigen per praktijk naar gemiddeld 3,5 (Kenens & Hingstman 2004). De tijd die verloskundigen gemiddeld konden besteden aan een baring is tussen 2001 en 2004 bijna met de helft toegenomen, namelijk van 3 uur en 13 minuten naar 4 uur en 39 minuten (Nivel 2006). Dit is belangrijk voor het behoud van de thuisbevalling en het voorkomen van onnodige medische interventies (Nivel 2006). Het evaluatierapport toont ook aan dat het aantal verwijzingen tijdens de zwangerschap, evenals tijdens de baring, toeneemt. Het cijfer voor verwijzingen tijdens de zwangerschap ligt tussen de 18 en 28 procent in 2000, en tussen de 30 en de 38 procent in 2003 (Nivel 2006). Het percentage verwijzingen tijdens de baring is in diezelfde periode in mindere mate toegenomen, namelijk van 30 naar 34 procent (Nivel 2006).

Het aantal verloskundigen in de tweede lijn is in Nederland altijd al relatief klein geweest. Tussen 1993 en 2001 schommelde het aandeel rond de 15 procent en in 2004 is het verder toegenomen tot 19,6 procent (Nivel 2006).

Het aantal vroedvrouwen in België is dubbel zo groot dan het aantal verloskundigen in Nederland, namelijk 5300 versus 2080 in 2005 (Tabel 1.3). Dit heeft veel te maken met de verschillende invulling die in beide landen gegeven wordt aan het beroep. Het Intermutualistisch Agentschap rapporteert dat het aantal bevallingen door vroedvrouwen (thuis en daghospitalisatie) stijgt en dat dit voornamelijk ten koste is van de bevallingen door huisartsen (Bronkaers et al. 2006).

In Nederland is het aantal thuisbevallingen per verloskundige veel groter dan in België, waar de meeste zelfstandige vroedvrouwen nog een bijkomende job hebben om financieel rond te komen.

"Er zijn veel zelfstandige vroedvrouwen die geen thuisbevallingen doen, die de pre- en postnatale doen of die deeltijds gaan werken in een ziekenhuis, maar geen thuisbevallingen.(...) Je kan er financieel niet van leven. Maar dus als je rekent thuisbevallingen met de pre- en post natale erbij, dat is niet om te zeggen full-time werk. Dat gaat niet. Ik heb het geluk van zelfstandige in de thuisverpleging te zijn als hoofdjob" (Interview met een Vlaamse zelfstandige vroedvrouw, 09/04/2003).

Indien de ontsluiting niet vordert of er dient zich een andere reden tot ongerustheid aan, dan zal de vroedvrouw beslissen om toch naar het ziekenhuis te vertrekken. Sommige Vlaamse zelfstandige vroedvrouwen blijven bij hun cliënte, maar over het algemeen wordt dat in het ziekenhuis niet op groot enthousiasme onthaald.

"Zij mocht in geen enkel ziekenhuis in de buurt binnen, ook niet als de vrouw of het koppel het vroeg. Ze heeft daar zeer slechte ervaringen mee. Vrouwen hebben niets te willen in een ziekenhuis. Zij zijn er ten dienste van het ziekenhuis en niet omgekeerd" (Interview met een Vlaamse zelfstandige vroedvrouw, 30/03/2005).

"(...) ik doe dat niet meer, je kan je zelf daar niet in geven als vroedvrouw. Ik ben ooit mee geweest met iemand die mij dat gevraagd heeft. Ten eerste, ik mag daar niets voor rekenen, want de vroedvrouwen in het ziekenhuis hebben ook een nummer en het ziekenhuis rekent dan het nummer van die vroedvrouw aan. Ik kan daar even goed zeven uren zitten en ik verdien daar niets aan. Ten tweede, weet je daar niets staan. Dat is een ziekenhuis waar je nog nooit in de bevallingskamer geweest bent, dus de ziekenhuisvroedvrouw moet toch alles klaar zetten en die moet dan toch het heft in handen nemen. Als zelfstandige vroedvrouw sta je daar dan bij voor spek en bonen. Dus ik doe dat niet meer. Ik voel mij daar niet goed bij" (Interview met Vlaamse zelfstandige vroedvrouw 1, 3/09/2003).

In Nederland kan de verloskundige de bevalling in het ziekenhuis verder zetten in geval van doorverwijzing, of de gynaecoloog kan overnemen. Het is echter niet altijd duidelijk wie dan precies de verantwoordelijkheid draagt.

“Hij had het ook nog over de verantwoordelijkheid. Het is niet altijd makkelijk te bepalen wie verantwoordelijk is wanneer een verloskundige een moeder overdraagt aan de arts en dan eventueel weer terug...” (Gesprek met een arts in Tilburg, 8/12/2005).

1.2.3b Huisartsen

België telt ongeveer 1500 huisartsen meer dan Nederland, ondanks een kleiner inwonersaantal (Tabel 1.3). In Alran et al. (2002) wordt melding gemaakt van 185 huisartsen per 100 000 inwoners in België en 44,6 in Nederland.

België heeft een grotere artsendichtheid, ondanks de invoering van de numerus clausus in 1997. Op basis van Eurostat 93 en de OESO gezondheidsdata van 1998 besluiten Callens en Peers (2003) dat België de tweede hoogste plaats bekleedt inzake aantal geneesheren ten opzichte van de eigen bevolking. Enkel Italië scoort hoger⁴. Ook wanneer enkel naar de specialisten⁵ gekeken wordt, blijkt dat België een veel grotere dichtheid heeft dan Nederland en dit voor zowel gynaecologie, als voor andere specialismen zoals anesthesiologie, heelkunde, orthopedie, inwendige geneeskunde en pediatrie (Callens & Peers 2003). In Nederland bestaat al jaren een bezorgdheid over een artsentekort. Men kent er het systeem van numerus clausus al veel langer dan in België en samen met een aantal maatschappelijke tendensen zoals de behoefte aan deeltijds werken, heeft dit aanleiding gegeven tot een tekort aan artsen, met gedurende de jaren 90 lange wachtrijen tot gevolg (OECD 2006).

1.2.3c Gynaecologen

Het aantal gynaecologen (Tabel 1.3) lag in 2001 meer dan dubbel zo hoog in België dan in Nederland volgens de OECD health Data 2006, namelijk 12,7 gynaecologen per 100 000 inwoners in België en 5,26 in Nederland. In 2003 telde men in België 1303 gynaecologen voor 10 miljoen Belgen, terwijl men in Nederland ongeveer 700 gynaecologen had voor 16 miljoen Nederlanders. Er is in België sprake van een overaanbod. In dezelfde lijn ligt ook de artsendichtheid (huisartsen en specialisten) lager in Nederland dan in België,

⁴ De andere landen in de vergelijking waren Engeland, Ierland, Zwitserland, Frankrijk, Noorwegen, Nederland, Denemarken, Polen, Duitsland en Spanje in volgorde van toenemende dichtheid van geneesheren.

⁵ Cijfers van 1/01/1998

met respectievelijk 349 en 438 per 100 000 inwoners (aps.vlaanderen.be, 13/02/07).

1.2.3d Kraamverzorgenden

Kraamzorg wordt beschouwd als een belangrijke schakel in het goed functioneren van het verloskundig systeem in Nederland (Coffie et al. 2003). Kraamzorg is *“professionele zorg aan moeder en kind in de thuissituatie, gedurende de eerste dagen na de bevalling”* (Lamkaddem & Wieggers 2004). Bij een thuisbevalling assisteert de kraamverzorgende de verloskundige. Gedurende een aantal dagen na de bevalling verzorgt en begeleidt ze moeder en kind. Ze geeft voorlichting en helpt mee met huishoudelijke taken (Lamkaddem & Wieggers 2004). Het is dankzij de kraamzorg dat vrouwen die zonder complicaties bevallen zijn, binnen de 12 uur na de geboorte van hun baby al uit het ziekenhuis kunnen ontslagen worden (Oppenheimer 1993).

Ook op het vlak van kraamzorg hebben zich in Nederland een aantal veranderingen voltrokken de afgelopen jaren. Tegelijkertijd met het tekort aan verloskundigen, waren er ook te weinig kraamverzorgsters beschikbaar (Coffie et al. 2003). Om het tekort aan kraamverzorgenden op te vangen werd een verkorte opleiding tot kraamverzorgende ingevoerd. De opleiding tot kraamverzorgende duurt normaal 18 maanden en daarin worden zowel theorie als praktijk aangeboden (Oppenheimer 1993).

Volgens het rapport *“Monitoring kraamzorg”* (Lamkaddem & Wieggers 2004) zijn er ongeveer 11000 kraamverzorgenden werkzaam bij of via een kraamzorgdienst. Indien alleen de gekwalificeerde kraamverzorgenden in dienstverband weerhouden worden, ligt de totale capaciteit rond de 8 800 personen.

In Vlaanderen wordt kraamzorg georganiseerd door erkende diensten voor thuiszorg, maar ook door expertisecentra kraamzorg, een partnerorganisatie van Kind & Gezin. De Vlaamse kraamverzorgende vervult ongeveer dezelfde taken (bijv. lichaamsverzorging, dagelijkse huishoudelijke taken, vangt de andere kinderen van het gezin op) als de Nederlandse, maar assisteert niet tijdens een thuisbevalling. Ze kan ofwel opgeleid zijn als vroedvrouw ofwel als polyvalent verzorgende. In het eerste geval gaat het om een zelfstandige vroedvrouw die ook kraamzorg aanbiedt, in het tweede geval is de kraamverzorgende in dienst bij een dienst voor thuiszorg. De opleiding tot polyvalent verzorgende is eerder beperkt en meer algemeen. Ze duurt slechts elf maanden en kraamzorg is slechts een onderdeel van het totale

lessenpakket. Dit beroep wordt door de VDAB beschouwd als een knelpuntberoep.

Kraamzorg is voor iedereen beschikbaar, ongeacht de plaats van de bevalling. De prijs wordt berekend op basis van het gezamenlijke netto inkomen, en sommige ziekenfondsen en hospitalisatieverzekeringen voorzien een tussenkomst. De duur van de kraamzorg varieert, afhankelijk van de dienst die ze aanbiedt, van maximaal 10 dagen tot 3 maanden na de bevalling. Meestal wordt vier uur per dag zorg verleend.

Het aanbod aan kraamzorg is in België wel aanwezig, maar zeer gefragmenteerd. Het wordt door verschillende instanties georganiseerd en de kraamverzorgenden hebben veel verschillende achtergronden. Er zijn geen gegevens beschikbaar over het aantal personen dat momenteel in Vlaanderen als kraamverzorgende werkzaam is.

1.2.4. Het globale zorgaanbod

Het zorgaanbod is zeer ruim in België, in vergelijking met Nederland (Maarse H. et al. 2001). Bovendien wordt er ook intensief gebruik van gemaakt. Het aanbod is ruimer dan in de omliggende landen. Er bestaan dan ook geen wachtlijsten (Callens & Peers 2003). Het aantal consultaties bij een arts ligt in België aanzienlijk hoger dan in Nederland, maar in beide landen is een dalende tendens waar te nemen (OECD Health Data, 2006). Dat het zorggebruik of de medische consumptie in België intensiever is dan in Nederland, kan niet verklaard worden door een hogere morbiditeit bij de Belgen. Maarse et al. (2001) wijt dit eerder aan factoren zoals de aanbodgeïnduceerde vraag, de betaling per verrichting, en het grotere belang dat door de Belg wordt gehecht aan het naar de dokter gaan. De betaling per verrichting, zoals gangbaar in België, zet aan tot commodificatie van gezondheid (Pellegrino 1999). Alle artsen willen een zo groot mogelijk deel van de prestaties naar zich toe halen. Het gevaar van *overtreatment* loert bijgevolg om de hoek. In Nederland worden artsen veelal per patiënt verloond in plaats van per prestatie, of artsen werken er in loondienst. Er ontstaat competitie om de patiënt. Daardoor kan verwacht worden dat de efficiëntie toeneemt en overconsumptie van zorg vermeden wordt (Pellegrino 1999). Een andere verklaring, tenslotte, kan gezocht worden in de Nederlandse cultuur, waarin zuinigheid tot één van de belangrijke waarden kan gerekend worden. Zuinigheid is geassocieerd met een zeer pragmatische benadering van zorg (Benoit et al. 2005).

Op basis van de OECD cijfers (2006) wordt er in het totaal in België meer uitgegeven aan gezondheidszorg dan in Nederland (in 2003: respectievelijk 10,1 en 9,1 procent van het BNP). De Belgische overheid heeft geprobeerd om het zorggebruik af te remmen door de remgelden – het deel dat de patiënt zelf betaalt – op te trekken (Maarse H. et al. 2001). De Belgische patiënt consumeert met andere woorden meer gezondheidszorg, maar betaalt ook een groter deel uit eigen zak.

1.3. Zorgprocessen

Procesevaluatie concentreert zich niet op de uitkomsten van zorg, maar op de vraag of adequate goede medische zorg aangeboden werd. Er wordt geoordeeld op basis van geschiktheid van behandelingswijzen, de technische competentie bij het uitvoeren van diagnostische en therapeutische procedures, zoals operaties. Ook coördinatie en continuïteit van zorg hoort hier thuis. De inschatting van de kwaliteit van de zorg, die op deze manier gemaakt wordt, is minder stabiel en minder definitief dan bij deze op basis van uitkomsten (Donabedian 2005).

Hoewel bij de meeste vrouwen zwangerschap en bevalling een spontaan verloop kennen, met weinig medische interventies, bestaat de uitdaging in de verloskunde er uit om de toepassing van de nieuwe medische technologie te beperken tot de gevallen waar medische indicaties het vereisen. In wat volgt worden 4 interventies besproken: inducties, keizersneden, gebruik van epidurale analgesie en episiotomie (Tabel 1.4).

Tabel 1.4: Percentage inducties, kunstverlossingen, keizersneden, epidurales en episiotomieën in Vlaanderen en Nederland

Jaar	Inducties		Keizersneden Primair		Keizersneden Secundair		Epidurale		Episiotomieën	
	VI ¹	NL	VI	NL	VI	NL	VI ¹	NL	VI ¹	NL
2005	27,1		11,0		7,7		64,7		61,1	
2004	27,6		10,8		7,4		61,6		62,4	
2003	30,0	28,8 ⁵	10,7	6,7 ⁴	7,5		64,4	5,4 ⁴	63,0	
2002	30,1		10,8	6,5	7,0	15,2	63,2		65,4	
2001	30,7		10,2		6,8		62,7		68,2	
2000	30,3		9,6		6,8		61,7			
1999	31,9	13,6 ²	9,2	7,6 ⁵	6,3	11,7 ⁵	61,3			
1998	31,3	14,2 ²	8,9		6,2		58,1			
1997	30,9	14,1 ²	8,3		6,4		55,0			
1996	29,2	14,0 ²	7,9		6,1		51,6			
1995	30,0	13,7 ²		7,1 ⁵		9,7 ⁵	48,2			24,5 ³

¹ BRON: SPE 2005

² BRON: SPRN, Verloskunde in Nederland: grote lijnen 1995-1999

³ (Pel et al. 1995)

⁴ BRON: SPRN, Perinatale Zorg in Nederland 2003

⁵ BRON: SPRN, Verloskunde in Nederland: grote lijnen 1995-1999

1.3.1. Inducties⁶

Het inleiden of induceren van de baring betekent dat ze kunstmatig op gang wordt gebracht. De effecten van een inductie op de psychosociale toestand van de moeder zijn onduidelijk. De literatuur beschrijft zowel positieve (Nuutila et al. 1999) als negatieve (Bramadat 1994) effecten op de geboorte-ervaring en postpartum tevredenheid. Reuwer en Bruinse (2002) vermelden dat de procedure van de inleiding dynamische baringspathologie kan veroorzaken die leidt tot langdurige bevallingen en onnodig veel kunstverlossingen. 46 procent van de eerstbarenden en 15 procent van de meerbarenden ondergaat een kunstverlossing bij inleiding volgens de data van de LVR-2, 2000 (Reuwer & Bruinse 2002). Ook Cammu et al. (2002) vonden in hun studie dat het kunstmatig starten van de baring omwille van niet-medische redenen, bij eerstbarenden geassocieerd was met significant meer operatieve bevallingen, in vergelijking met een spontane arbeid. Bovendien wordt er ook

⁶ het kunstmatig op gang brengen van de baring.

meer gebruik gemaakt van epidurale analgesie. Het is echter niet duidelijk of deze epidurale analgesie de inductie beïnvloedt of omgekeerd. Induceren leidt eveneens tot meer geboorten overdag. Het laat immers toe om de geboorte min of meer te plannen. Inducties zijn geassocieerd met meer keizersneden en lichtjes meer kunstverlossingen, en de baby heeft een grotere kans op behoefte aan neonatale zorg en dus transfer naar een afdeling neonatologie (Cammu et al. 2002). Deze resultaten tonen aan dat er nood is aan informatie. Eerstbarenden moeten beter ingelicht worden over de potentiële gevolgen van een geïnduceerde arbeid. In het UZ-Gent werd dienaangaande reeds initiatief genomen, met een daling van het aantal inducties tot gevolg.

De inductiepercentages zijn in Vlaanderen redelijk stabiel gebleven doorheen de jaren. In 2004 deed zich voor het eerst een opmerkelijke daling voor, die zich in 2005 doorzette. Deze daling kan waarschijnlijk verklaard worden doordat veel artsen de toepassing van inducties hebben teruggeschroefd. Er is wel nog aanzienlijk wat variatie tussen ziekenhuizen: het hoogste percentage in Vlaanderen bedraagt nu 40 procent in vergelijking met 53 procent tien jaar geleden. Het laagste percentage inducties was 15,4 procent in 1996 en was 15,2 procent in 2005, en is in tussentijd stabiel gebleven (SPE 2005). Deze cijfers slaan op het totale aantal inducties. Er kan echter nog een onderscheid gemaakt worden tussen medische en niet-medische redenen voor het induceren van de baring. Inleiden omwille van niet-medische redenen is een veel voorkomende praktijk in Vlaanderen. Van 1996 tot 1997 werd 30 procent van de bevallingen ingeleid, waarvan 71 procent zonder medische indicatie. Dit betekent dat 1 op 5 Vlaamse zwangeren gemakshalve ingeleid werd (Cammu et al. 2002).

Voor Nederland is er enkel cijfermateriaal beschikbaar voor 1995 tot 1999 (SPRN 2005). Over deze jaren bleef het percentage inducties rond de 14 procent schommelen. Dit is ongeveer de helft van het inductiepercentage in Vlaanderen. Het SPRN vermeldt echter dat het gebruik van prostaglandines⁷ altijd gerekend wordt als een inductie, ook als de bevalling gestart is met spontane weeën of spontane vliesscheur. Bijstimulatie wordt niet als inleiding gezien. Het is niet duidelijk of bij het SPE dezelfde definitie gebruikt wordt, en bijstimulatie eveneens uitgesloten wordt. Volgens Wildman et al. (2003) zal een

⁷ Hormoonachtige stof

deel van de variatie in inducties wellicht het resultaat zijn van verschillende interpretaties van “de inductie van de arbeid”, maar desondanks is het volgens hen een reflectie van echte verschillen in de zorgideologie zoals die zich vertaalt in de verloskundige praktijk.

1.3.2. Wijze van bevallen

Bij de wijze van bevallen wordt een onderscheid gemaakt in functie van de noodzaak tot medisch ingrijpen. Indien een ingreep nodig was, wordt er verder opgesplitst naar het soort ingrijpen, met enerzijds de kunstverlossingen (bijv. verlostang, vacuümextractie) of anderzijds de keizersneden (primaair en secundair). Bij een primaire sectio is er geen vaginale bevalling geprobeerd. Men spreekt ook van een geplande keizersnede in dit geval. Bij een secundaire sectio is wel een vaginale bevalling geprobeerd, maar werd tijdens de arbeid besloten om in te grijpen. Redenen voor een dergelijke ingreep kunnen zijn: foetaal lijden, een liggingsafwijking zoals een stuit, foetopelviene disproportie of een keizersnede bij de vorige bevalling (SPE 2005). Wildman et al. (2003) tonen aan dat de algemene trend in Europa in de richting gaat van een 50-50 verdeling tussen geplande en spoedkeizersneden. In Vlaanderen beviel in 2005 één op drie vrouwen met een sectio in de voorgeschiedenis vaginaal. Dat was ook zo de jaren voordien (SPE 2005).

In Vlaanderen is het aantal keizersneden gestaag toegenomen van 11,8 procent in 1992 naar 18,7 procent in 2005 (Tabel 1.4). De kraamkliniek met het laagste percentage sectio's heeft een percentage van 10,5 procent in 2005, bij de kraamkliniek met het hoogste percentage is dat 29,3 procent. In 1997 was dat 7,9 versus 24,0 procent (SPE 2005).

In Europa varieerde het percentage keizersneden in 2000 van 12 procent in Nederland tot 31 procent in Griekenland (Wildman et al. 2003). In België was dat toen 17,0 procent. Nederland en Zweden kenden in het jaar 2000 het hoogste aantal spontane bevallingen, met 81 procent. In België lag het percentage toen op 70,7 procent en de slechtste leerling van Europa was toen Griekenland met 59,6 procent (Wildman et al. 2003). Overal in Europa neemt het aantal keizersneden toe. Deze toename kan waarschijnlijk gedeeltelijk verklaard worden door verhoogde risico's of speciale indicaties, zoals meerlingenzwangerschappen en oudere moeders (Achterberg 2005). Andere verklaringen hebben te maken met de organisatie van de zorg. Pel et al. (1995) wijzen op 6 factoren: (1) het vaker elektronisch monitoren van de foetus tijdens de arbeid. Deze technologie heeft een hoge gevoeligheid, maar een lage

specificiteit, waardoor veel vals positieve diagnoses gesteld worden van foetale distress, resulterend in interventies, (2) de praktijk van herhaalde keizersnede na een eerdere primaire keizersnede, (3) angst voor klachten en vervolging. (4) individuele stijl van de arts, (5) financieel gewin en (6) het type ziekenhuis, waarbij in ziekenhuizen waar opleiding gegeven wordt, minder snel geïntervenieerd wordt. Ook de aanwezigheid van een vroedvrouw verlaagt de kans op interventies (Pel et al. 1995).

Ook in Nederland is het percentage keizersneden de laatste jaren sterk gestegen. In 1980 was 4.5 procent van alle bevallingen een keizersnede, in 2002, was dat 13.5 procent. Maar in vergelijking met andere Europese landen doet Nederland het relatief goed. De stijging heeft waarschijnlijk te maken met de toegenomen aantal keizersneden op aanvraag, de toegenomen bereidheid van artsen om een keizersnede uit te voeren en, de uitbreiding van het aantal redenen om een keizersnede uit te voeren, zoals bijvoorbeeld de stuitligging (Schuitemaker 2005). In Nederland is het percentage keizersneden dat vooraf gepland was (4,6 procent in 2004) relatief gering ten opzichte van keizersneden waartoe tijdens de bevalling besloten wordt (7,0 procent in 2004) (Achterberg 2005).

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) beklemtoont dat landen met de kleinste perinatale sterftcijfers in de wereld een percentage keizersneden hebben dat lager ligt dan 10 procent. Dus, het feit dat een regio meer dan 10-15 procent keizersneden heeft, kan niet verantwoord worden (Shearer 1993). Het hoge aantal keizersneden leidt met andere woorden niet tot een extra voordeel op het vlak van mortaliteit en morbiditeit bij moeder en kind (Eckerlund & Gertham 1999). Een keizersnede is onvermijdelijk bij een aantal medische indicaties, maar de toename zou vooral het gevolg zijn van niet-medische redenen (IMA 2007). In een rapport (België) van het Intermutualistisch Agentschap (2007) is sprake van het programmeren van bevallingen voor het comfort van de arts en/of de parturiënte en het verminderd gebruik van kunstverlossingen uit schrik voor gerechtelijke vervolging bij eventuele medische fouten. In het rapport wordt gezocht naar factoren die de gestage stijging van het aantal keizersneden kunnen verklaren. Uit hun analyse, die gebaseerd is op intermutualistische gegevens exhaustief voor gans België, blijken leeftijd, sociaal-economische status en woonplaats het risico op keizersnede te beïnvloeden. Hoe ouder en hoe lager de socio-economische status, hoe meer kans op een sectio. Wonen in de provincies Limburg en Luik verhoogt eveneens de kans op een keizersnede.

Wat de kenmerken van de gynaecologen betreft, neemt het risico op keizersnede toe met dalend aantal uitgevoerde bevallingen, evenals met dalend aantal jaren ervaring. Het risico is ook groter in een materniteit die verbonden is met een neonatale intensive care (NIC) dienst. Bovendien varieert het percentage keizersneden aanzienlijk tussen ziekenhuizen binnen eenzelfde gewest en eenzelfde categorie (universitair versus niet-universitair; NIC versus niet-NIC). Deze verschillen kunnen niet volledig verklaard worden aan de hand van verschillen in pathologie. In het bovengenoemd rapport worden volgende factoren genoemd die kunnen bijdragen tot verschillen tussen de ziekenhuizen: verschillende organisatie van wachtdiensten, de mogelijkheid tot een tweede advies en peer review, het gebruik van inductie, het type ziekenhuis (profit- of non-profit), de betalingswijze van de verstrekker, het volume activiteiten van een ziekenhuis, en het soort verzekering van de vrouwen.

1.3.3. Pijnstillers

Er zijn verschillende manieren om barenspijnen te verzachten, maar we beperken de bespreking tot epidurale analgesie omdat deze vorm het meest besproken wordt in de internationale literatuur en het meest gangbaar is in de meeste Europese landen.

Pijnstilling hoort niet thuis in de reeks Peristat indicatoren, maar is in het kader van dit onderzoek wel relevant, gezien pijnbeleving één van de onderzoeksthema's is. In Nederland ontbreken gegevens over het toepassen van verdoving tijdens de bevalling grotendeels. Desondanks stelt Achterberg (2005) dat verdoving tijdens de bevalling in diverse Europese landen veel vaker wordt gebruikt dan in Nederland. Uit gesprekken met Nederlandse artsen en verloskundigen blijkt dat het gebruik van epidurale verdoving eerder uitzondering is dan regel.

“(…) de vraag in de vragenlijst “Denkt u een ruggenprik te vragen”, is volgens hen [twee Nederlandse verloskundigen] in de Nederlandse situatie irrelevant, aangezien vrouwen dat niet vragen in Nederland. Dat gaat zo niet. Dat wordt niet gevraagd” (Gesprek met Nederlandse verloskundigen, op 27/09/2004).

Ook het SPRN rapporteert dat Nederland zich vanouds onderscheidt door een gering gebruik van pijnbestrijding tijdens de arbeid. Men merkt evenwel op dat hier de laatste jaren enige verandering lijkt in te komen. De NVOG

(Nederlandse vereniging voor obstetrie en gynaecologie) heeft het initiatief genomen om epidurale pijnbestrijding 24 uur per dag beschikbaar te stellen in alle ziekenhuizen. In 2003 werd bij 5,4 procent (dit is 9 630/178 673) van de bevallingen, uitgezonderd deze waarbij een primaire sectio werd verricht, epidurale analgesie tijdens de arbeid toegediend. Dit was 3,6 procent van alle bevallingen die leidden tot een spontane partus (SPRN 2003).

Epidurale analgesie is verkrijgbaar in alle Vlaamse kraamklinieken (SPE 2005). Vanaf begin jaren 90 kende de epidurale pijnstilling in België een opmars van 32 procent (1991) naar 65 procent in 2005 (SPE 2005). Van de spontane vaginale baringen gebeurde 58,8 procent met epidurale analgesie. Bij primaire sectio was dat 90,5 procent en bij secundaire sectio, 90,6 procent (SPE 2005). Dit betekent dat 10 procent van de vrouwen die een keizersnede ondergaan, de geboorte van hun kind niet bewust meemaken (SPE 2005), omdat de ingreep gebeurt onder gehele narcose.

1.3.4. Episiotomie

De prevalentie van trauma van het perineum – ook wel inscheuren genoemd – is een maat voor de morbiditeit met potentieel lange termijn implicaties voor bevallen vrouwen (Wildman et al. 2003). Door het perineum in te knippen probeert men dit te voorkomen. In de context van discussies over indicaties voor obstetrische interventies, en hun (vermeende) voordelen, weerspiegelt de prevalentie van episiotomieën de verschillende benaderingen van perinatale zorg (Wildman et al. 2003). Alles boven de 20 procent is niet meer medisch te verantwoorden volgens de Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group (Belizan et al. 1993). Hoewel men het meer en meer eens geraakt over een restrictief gebruik van episiotomieën, is er nog geen consensus over wat een adequate episiotomie ratio is (Graham et al. 2005). Andere studies bevestigen dat een beperkt gebruik van episiotomie aan te bevelen is (Lede et al. 1996). Binnen Europa is er veel internationale variatie inzake het toepassen van episiotomie. Deze variatie kan niet verklaard worden door populatieverschillen. Dit suggereert dat het gebruik van episiotomieën niet enkel gestuurd wordt door klinische indicaties zoals voorop gesteld in praktijkrichtlijnen. Andere factoren die genoemd worden zijn: de notie dat geboorte iets pathologisch is, opvattingen over de aard van geboorte en het lichaam van de vrouw en tenslotte medicalisering (Graham et al. 2005). Wildman et al. (2003) rapporteert dat ongeveer de helft van alle vaginale

bevallingen in Frankrijk gebeurde met een episiotomie, 18 procent in Engeland, 16 procent in Schotland en 12 procent in Denemarken.

In vergelijking met deze internationale context, is het aantal episiotomieën in Vlaanderen zeer hoog. Er is evenwel sprake van een dalende trend. In 2001 werd nog 68,2 procent van alle parturiëntes met een vaginale bevalling ingeknipt, terwijl dat in 2005 nog 61,1 procent is.

In Nederland (Tabel 1.5) rapporteerden verloskundigen in 1995 dat bij de eerstbarenden iets minder dan 39 procent van alle bevallen vrouwen een episiotomie heeft gekregen. In 1999 was dit percentage gezakt naar ongeveer 35 procent. Bij meerbarenden gaat het respectievelijk om ongeveer 14 en 13 procent. Gynaecologen rapporteren in zowel 1995 als 1999 ietsje meer dan 60 procent bij de eerstbarenden en 26 procent bij meerbarenden (SPRN 2005).

Tabel 1.5: Percentage episiotomieën in Nederland¹

	Verloskundigen LVR-1		Gynaecologen LVR-2	
	1995	1999	1995	1999
Primiparae	39%	35%	62%	61%
Multiparae	14%	13%	27%	26%

¹ BRON: SPRN, Perinatale Zorg in Nederland 2003

1.4. Perinatale mortaliteit als zorguitkomst

Volgens Donabedian (2005) blijven de uitkomsten de voornaamste en meest gebruikte manier om de kwaliteit en de effectiviteit van zorg te evalueren. Met betrekking tot verloskunde is de perinatale mortaliteit de meest gebruikte indicator voor de kwaliteit van medische zorg in een land (Donabedian 2005). Perinatale sterfte heeft de sterkste associaties met enerzijds risicofactoren bij de moeder en anderzijds factoren gerelateerd aan zorg en preventie, waardoor het een goeie indicator is voor kwaliteit van zorg (Achterberg 2005).

Het WHO definieert perinatale sterfte als de sterfte tijdens de zwangerschap en bevalling (d.i. foetale sterfte) en de sterfte na de geboorte in de eerste 7, respectievelijk 28 levensdagen (d.i. vroege, respectievelijk uitgebreide neonatale sterfte) na een zwangerschapsduur van minstens 22 weken (SPRN 2003). De definitie die door het SPE gehanteerd wordt, sluit de neonatale

sterfte uit. Ook de cijfers van het SPRN die hier genoemd worden negeren de laatneonatale sterfte.

Tabel 1.6: Foetale, vroeg-neonatale en perinatale sterfte per duizend geboortes in Vlaanderen en Nederland

Jaar	Foetaal		Vroeg-neonataal		Perinataal ³	
	Vl ¹	Nl ²	Vl ¹	Nl ²	Vl ¹	Nl ²
2005	3,7		2,3		5,9	
2004	4,3		2,2		6,4	
2003	4,7	7,2	2,1	3,5	6,8	10,6
2002	4,4	8,0	2,0	4,0	6,5	11,4
2001	4,7	8,1	2,3	3,4	7,0	11,7
2000	4,4		2,3		6,7	
1999	4,8		2,8		7,1	
1998	4,3		2,5		7,8	
1997	5,3		2,8		7,7	
1996	5,0		2,8		8,1	
1995	5,3		2,7		7,2	

¹ BRON: SPE 2005

² BRON: SPRN 2001, 2002, 2003

³ Perinataal sterftecijfer is de som van de foetale en de vroeg neonatale sterfte, gedeeld door het aantal geboorten (levend of dood).

In Vlaanderen (Tabel 1.6) tekent zich de voorbije tien jaar een dalende trend af in de perinatale sterfte: van 7,2 per 1000 geboorten in 1995 naar 5,9 in 2005. Vooral de foetale sterfte is afgenomen. In 2005 werd de laagste foetale sterfte ooit opgetekend in Vlaanderen. Mogelijke doodsoorzaken zijn: aangeboren misvorming, laag geboortegewicht, hypertensie of andere ziekte bij de moeder, loslating van de placenta, asfyxie en/of trauma bij de baby. Deze oorzaken zijn de voorbije tien jaar min of meer dezelfde gebleven. Aangeboren misvormingen blijven de belangrijkste doodsoorzaak. In 11 procent van de gevallen wordt als doodsoorzaak "onbekend" opgegeven. Dit is het geval voor 24,3 procent van het aantal gevallen van perinatale sterfte.

Voor Nederland (Tabel 1.6) doen we beroep op de data van Landelijke Verloskundige Registratie (LVR). De LVR-cijfers zoals gepresenteerd in de jaarboeken, brengen alle geboorten in rekening vanaf 16 weken zwangerschap. Het zijn geen totaalcijfers omdat de cijfers van de huisartsen ontbreken. In de publicatie "Verloskunde in Nederland. Grote lijnen 1995-1999" (SPRN 2005) wordt expliciet opgemerkt dat de cijfers geen sluitende

indruk geven van de in de LVR geregistreerde perinatale sterfte en zeker niet van de perinatale sterfte in Nederland. Aangezien de LVR data echter de beste beschikbare zijn, zullen we ze toch gebruiken in de vergelijking met Vlaanderen.

De jaarrapporten van het SPRN geven enkel een beeld van de sterfte in 2001 tot en met 2003. De perinatale sterfte is gedaald van 11,7 in 2001 naar 10,6 in 2003. Dit is wel aanzienlijk hoger dan in Vlaanderen met respectievelijk 7,0 en 6,8 per duizend geboorten. De daling in Nederland is toe te schrijven aan de daling in foetale sterfte, van 8,1 (2001) naar 7,2 (2003). In diezelfde periode is de vroeg neonatale sterfte toegenomen van 3,4 (2001) naar 3,5 (2003).

De perinatale sterfte in Nederland behoorde lange tijd tot de beste ter wereld, samen met Zweden en Finland. Nu behoort Nederland tot de Europese middenmoot doordat de perinatale sterfte in Nederland gestagneerd is vanaf midden de jaren tachtig, terwijl ze in andere landen verder is gedaald (Achterberg & Kramers 2001). Als verklaring voor de stagnatie werd in het RIVM-rapport (Achterberg & Kramers 2001) aangegeven dat er zich in Nederland de afgelopen twintig jaar een snelle toename heeft voorgedaan van enkele risicofactoren, een groeiend aantal moeders van oudere leeftijd of van allochtone herkomst, een sterke toename in het aandeel meerlingzwangerschappen en een blijvend hoog percentage vrouwen dat rookte tijdens de zwangerschap. Er waren aanwijzingen dat deze risicofactoren in Nederland een grotere invloed hebben gehad op de perinatale sterfte dan in de meeste andere landen, wat de stagnatie zou kunnen verklaren. Er werd besloten dat de Nederlandse zorg niet kwalitatief minder was dan in de meeste andere EU-landen. Daarnaast zijn de perinatale sterfteverschillen ook deels te verklaren door registratieverschillen in de afzonderlijke landen (Achterberg 2005).

De perinatale sterftcijfers hebben in Nederland voor heel wat beroering gezorgd in die mate dat het Nederlandse systeem, en daarbinnen dan vooral de thuisbevallingen, in vraag werd gesteld. De beroering ontstond na een serie publicaties van Peristat, een project gefinancierd door de Europese Commissie. Eén van de publicaties zorgde in 2004 voor voorpagina nieuws in Nederland. Daarop ontstond een discussie over de interpretatie en de betekenis van de Peristat cijfers, met twijfels over de vergelijkbaarheid van de gegevens, de aanpak van het Nederlands prenatale screenings- en abortusbeleid, de wenselijkheid van thuis bevallen en de vraaggerichtheid van de Nederlandse obstetrische zorg. Ook bleek dat Nederland geen goede of recente gegevens kon aanleveren aan het Peristat project. Dit heeft tot gevolg gehad dat het Nederlandse Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

opdracht gaf aan het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) om te komen tot kennisintegratie rond zwangerschap en geboorte en op termijn een transparantie van de zorg.

Er zijn geen aanwijzingen dat de Nederlandse praktijk van thuis bevallen voor complicatievrije zwangerschappen tot een verhoogd risico leidt. Wel is gebleken dat een deel van de perinatale sterfte in principe nog vermijdbaar is, maar dit geldt ook voor de meeste andere Europese landen, met uitzondering van Finland en Zweden. Er kan nog verbetering geboekt worden door o.a. (1) het aantal vrouwen dat rookt tijdens de zwangerschap naar beneden te halen, (2) aandacht te hebben voor de verschillen tussen allochtone en autochtone groepen, die vaak correleren met sociaal-economische verschillen, (3) voorlichting te verstrekken over verhoogde risico's op oudere leeftijd, (4) vruchtbaarheidsbehandelingen te verbeteren en (5) congenitale afwijkingen te voorkomen (Achterberg & Kramers 2001).

1.5. Conclusie

Bij de structurele component kwamen fertiliteit, het geboortecijfer, de plaats van bevallen en de zorgverleners aan bod. In Nederland ligt het gemiddeld aantal kinderen per vrouw, evenals het geboortecijfer nog steeds een beetje hoger dan in België, maar er is sprake van een convergerende trend. 41 procent van de Nederlandse geboorten gebeurt ambulante, dat wil zeggen thuis of in daghospitalisatie. Dit staat 1,2 procent in België tegenover. In België merken we een lichte stijging van de ambulante bevallingen, maar desalniettemin is het nog steeds de uitzondering die thuis of poliklinisch bevalt. Wat de zorgverleners betreft, is de sterke positie van de Nederlandse verloskundige opmerkelijk. De opleiding tot verloskundige werd in Nederland reeds heel vroeg uitgebouwd en allerlei maatregelen, zoals het primaat, beschermden haar positie tegen de voortschrijdende medicalisering. In Vlaanderen genieten vroedvrouwen niet van deze 'voorkeursbehandeling'. De opleiding werd veel later georganiseerd en is tot op de dag van vandaag verschillend van de opleiding in Nederland (bijv. 3 jaar in Vlaanderen en 4 in Nederland). Vlaanderen telt wel veel meer vroedvrouwen dan Nederland verloskundigen, maar dit heeft te maken met de verschillende invulling die aan het beroep gegeven wordt. In Nederland zijn weinig verloskundigen actief in ziekenhuizen, terwijl in Vlaanderen bijna alle vroedvrouwen in ziekenhuizen tewerkgesteld zijn. In Vlaanderen nemen de bevallingen onder begeleiding van een vroedvrouw wel lichtjes toe ten nadele van de huisartsen. Zowel huisartsen als gynaecologen zijn in België veel dikker gezaaid dan in

Nederland. Er is bij gynaecologen zelfs sprake van een overaanbod. De kraamzorg, tenslotte, is in Nederland een belangrijke en sterke schakel in de verloskundige zorg. De organisatie van kraamzorg is goed uitgebouwd, en voor iedereen toegankelijk. Er bestaat een aparte opleiding voor kraamverzorgenden. In Vlaanderen daarentegen is het aanbod sterk gefragmenteerd. Belgische kraamverzorgenden hebben veel verschillende achtergronden in termen van opleiding (vroedvrouw of polyvalent verzorgende) en werkgever (eigen praktijk of in loondienst bij een dienst voor thuiszorg). Bovendien wordt kraamzorg niet door alle mutualiteiten (gedeeltelijk) terugbetaald.

De processen die in deze bespreking aan bod kwamen zijn inducties, de wijze van bevallen, het gebruik van epidurale verdoving, en het toepassen van episiotomie. Uit de Vlaams-Nederlandse vergelijking blijkt dat Vlaanderen minder gunstig scoort op elk van deze indicatoren. Kwee et al. (2006) komen tot een vergelijkbaar besluit, namelijk dat wanneer Nederland met andere Europese landen vergeleken wordt, Nederland gekenmerkt wordt door een laag, maar stijgend aantal keizersneden, een stabiele lage inductie ratio en een stabiel en middelmatig aantal kunstverlossingen.

De besproken uitkomst is perinatale mortaliteit, als internationaal aanvaarde indicator van de kwaliteit van zorg. De Nederlandse cijfers zijn van betwistbare kwaliteit en derhalve stelt zich de vraag of de vergelijking met de Vlaamse cijfers geen appels met peren vergelijken is. De lagere perinatale mortaliteit in Vlaanderen dient, met andere woorden, met de spreekwoordelijke korrel zout genomen te worden. Dit neemt echter niet weg, dat Nederland een inhaalbeweging zal moeten maken tegenover de andere Europese landen, want zij heeft haar koppositie van begin van de jaren negentig ingeruild voor een positie in de Europese middenmoot.

Samengevat kan dus gesteld worden dat Nederland meer ambulante bevallingen telt en men er medisch ingrijpen meer schuwt dan in België in het algemeen en Vlaanderen in het bijzonder. Van Vlaanderen kan gezegd worden dat het verloskundig landschap gekenmerkt wordt door een zeker overaanbod aan medisch personeel en dat redelijk snel overgegaan wordt tot medische interventie. In de volgende hoofdstukken (2 t.e.m. 4) worden 3 processen besproken, respectievelijk professionalisering, medicalisering en familialisering van zorg, om de hierboven geschetste verschillen in de zorg voor moeder en kind te duiden.

REFERENTIELIJST

- Achterberg, P.W. (2005). *Met de besten vergelijkbaar? Internationale verschillen in sterfte rond de geboorte*. Bilthoven: RIVM.
- Achterberg, P.W. & Kramers, P.G.N. (2001). *Een gezonde start? Sterfte rond de geboorte in Nederland: trends en oorzaken vanuit internationaal perspectief*. Bilthoven: RIVM.
- Alran S., Sibony, O., Oury, J.F., Luton, D. & Blot, P. (2002) Differences in management and results in term-delivery in nine European referral hospitals: descriptive study. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology* 103, 4-13.
- Anthony, S., Amelink-verburg, M.P., Jacobusse, G.W., & van der Pal-de Bruin, K.M. (2005b). *De thuisbevalling in Nederland 1995-2002. Rapportage over de jaren 2001-2002*. PRN/TNO rapport KvL/JPB 2005.083.
- Anthony, S., Buitendijk, S.E., Offerhaus, P.M., van Dommelen, P. & van der Pal-de Bruin, K.M. (2005c) Maternal factors and the probability of a planned home birth. *Bjog-An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 112, 748-753.
- Belizan, J., Campodonico, L., Carroli, G., Gonzalez, L., Lede, R., Palermo, M. et al. (1993) Routine vs selective episiotomy - A randomized controlled trial. *Lancet* 342, 1517-1518.
- Benoit, C., Wrede, S., Bourgeault, I., Sandall, J., DeVries, R. & van Teijlingen, E. (2005) Understanding the social organisation of maternity care systems: midwifery as a touchstone. *Sociology of Health & Illness* 27, 722-737.
- Bramadat, I.J. (1994) Induction of labor: an integrated review. *Health Care for Women International* 15, 135-148.
- Bronkaers, J., De Belie, M., Corveleyn, T., & De Paepe, R. (2006). *Nomenclatuur Vroedvrouwen: beschrijvende studie uitgaven 2000-2004*. Brussel: IMA.
- Callens, S. & Peers, J. (2003). *Organisatie van de gezondheidszorg*. Antwerpen: Intersentia.
- Cammu, H., Martens, G., Ruyssinck, G. & Amy, J.J. (2002) Outcome after elective labor induction in nulliparous women: a matched cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 186, 240-244.
- Coffie, D., Wieggers, T. & Schellevis, F. (2003) Het gebruik van verloskundige zorg en kraamzorg. *Tijdschrift voor verloskundigen* 28,, 315-320.
- Donabedian, A. (1989) Institutional and professional responsibilities in quality assurance. *Quality Assurance in Health Care* 1, 3-11.
- Donabedian, A. (2005) Evaluating the quality of medical care (Reprinted from The Milbank Memorial Fund Quarterly, vol 44, pg 166-203, 1966). *Milbank Quarterly* 83, 691-729.
- Eckerlund, I. & Gerdtham, U.G. (1999) Estimating the effect of cesarean section rate on health outcome - Evidence from Swedish hospital data.

- International Journal of Technology Assessment in Health Care* 15, 123-135.
- Gilleir, C. (2007) Thuis bevallen in Vlaanderen: een kwestie van reflexiviteit. *Tijdschrift voor Sociologie* 28, 25-51.
- Graham, I.D., Carroli, G., Davies, C. & Medves, J.M. (2005) Episiotomy rates around the world: an update. *Birth-Issues in Perinatal Care* 32, 219-223.
- Hinoult, P. (2001). Delegeren in de gynaecologie: een goede zaak? *Obgyn.net*, 264-265.
- Intermutualistisch Agentschap (2007). *Gebruik van keizersneden in België: algemene evolutie en discrepanties*. Brussel: IMA
- Kenens, R.J. & Hingstman, L. (2004). *Cijfers uit de registratie van verloskundigen, Peiling 2004*. Utrecht: Nivel.
- Kenens, R.J. & Hingstman, L. (2005). *Cijfers uit de registratie van huisartsen* Utrecht: Nivel.
- Kwee, A., Elferink-Stinkes, P.M., Reuwer, P.J.H.M. & Bruinse, H.W. (2006) Trends in obstetric interventions in the Dutch obstetrical care system in the period 1993-2002. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*.
- Lamkaddem, M. & Wieggers, T. (2004). *Monitoring kraamzorg*. Utrecht: Nivel.
- Lede, R.L., Belizan, J.M. & Carroli, G. (1996) Is routine use of episiotomy justified? *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 174, 1399-1402.
- Maarse, H., Nieboer A. & Paulus A. (2001) Gezondheidszorg in Nederland en België: een nieuwe vergelijking. *Acta Hospitalia* 41, 53-66.
- Nivel (2006). *Monitor verloskundige zorgverlening*. Utrecht: Nivel.
- Nuutila, M., Halmesmaki, E., Hiilesmaa, V. & Ylikorkala, O. (1999) Women's anticipations of and experiences with induction of labor. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 78, 704-709.
- OECD (2006) *Health Data 2006: a comparative analysis of 30 countries* (CD-ROM). Paris: OECD.
- Oppenheimer, C. (1993) Organizing midwifery led care in the Netherlands. *British Medical Journal* 307, 1400-1402.
- Pel M., Heres, M.H.B., Hart, A.A.M., Vanderveen, F. & Treffers, P.E. (1995) Provider-associated factors in obstetric interventions. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology* 61, 129-134.
- Pellegrino, E.D. (1999) The commodification of medical and health care: the moral consequences of a paradigm shift from a professional to a market ethic. *Journal of Medicine and Philosophy* 24, 243-266.
- Reuwer, P.J.H.M. & Bruinse, J.W. (2002). *Preventive support of labour, een uitdaging voor verloskundigen, gynaecologen en beleidsmakers*. Alphen aan de Rijn: Van Zuiden Communications BV.

- Schuitmaker, N.W.E. (2005). Keizersnede: de kwaliteit van verloskundige zorg en het aantal keizersneden in uw ziekenhuis. *NVOG patiëntenvoorlichting*.
- Shearer, E.L. (1993) Cesarean-section - Medical benefits and costs. *Social Science & Medicine* 37, 1223-1231.
- Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE) (2005) *Jaarrapport perinatale activiteiten in Vlaanderen 2005*. Brussel: SPE.
- Stichting Perinatale Registratie Nederland (SPRN) (2003) *Perinatale Zorg in Nederland*. Bilthoven: SPRN.
- Stichting Perinatale Registratie Nederland (SPRN) (2005) *Verloskunde in Nederland: grote lijnen 1995-1999*. Bilthoven: SPRN.
- Wildman, K., Blondel, W., Nijhuis, J., Defoort, P. & Bakoula, C. (2003) European indicators of health care during pregnancy, delivery and the postpartum period. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology* 111, S53-S65.

Hoofdstuk 2: DE PROFESSIONALISERING VAN ARTSEN EN VROEDVROUWEN

2.1. Introductie

Bij de vergelijking van Vlaanderen en Nederland, treedt Vlaanderen op als vertegenwoordiger van het zogenaamde medische model. Nederland daarentegen is een voorbeeld van het sociale model. Deze ideaaltypes werden beschreven in de algemene inleiding. Op basis daarvan kan gesteld worden dat Vlaanderen en Nederland zich anders positioneren op het continuüm van medische dominantie. In dit hoofdstuk wordt aangetoond dat de positie van het medische model in Vlaanderen en Nederland veel te maken heeft met de inter-professionele relaties tussen de medische professie en de vroedvrouwen/verloskundigen enerzijds en de verschillende rol die de respectievelijke overheden gespeeld hebben bij het definiëren van die relaties. Aan de hand van de professionaliseringstrajecten van artsen en vroedvrouwen/verloskundigen in Vlaanderen en Nederland wordt de oorsprong van de huidige machtsverdeling tussen beide beroepsgroepen geduid. Immers, de positie van een beroepsgroep wordt mede bepaald door de positie van aangrenzende beroepen (Schepers, 1989). Professionalisering wordt bovendien naar voren geschoven als opstapje voor de introductie van het begrip medicalisering in hoofdstuk 3.

Vooraleer de verschillende evoluties in Vlaanderen en Nederland te bespreken, is het aangewezen het concept professionalisering te definiëren. Immers, om iets te kunnen zeggen over het proces van professionalisering, moet het eindstadium van professionalisering gekend zijn (Freidson 1994). De literatuur wordt geplaagd door een gebrek aan consensus met betrekking tot het concept professie. Freidson (1994) definieert professies als een beperkt aantal beroepen die een aantal institutionele en ideologische kenmerken delen. Het gaat om meer dan enkel een statuspositie, want het resulteert in afzonderlijke beroepsidentiteiten en een *market shelter* die andere beroepsgroepen uitsluit (Freidson 1994). Freidson poneert dat er niet zoiets bestaat als een kenmerk dat alle beroepen die professies genoemd worden, verzamelt, tenzij het kenmerk dat ze professies genoemd worden. Hij besluit

dat er geen algemene definitie bestaat en dat iedere auteur best zelf aangeeft wat hij onder professies verstaat. Toegepast op de twee beroepsgroepen, artsen en vroedvrouwen/verloskundigen, die het onderwerp uitmaken van dit hoofdstuk, doe ik beroep op Evetts (2003), die de volgende definitie geeft: "[...] *the structural, occupational and institutional arrangements for dealing with work associated with the uncertainties of modern lives in risk societies. Professionals are extensively engaged in dealing with risk, with risk assessment and, through the use of expert knowledge, enabling customers and clients to deal with uncertainty*" (p. 397). De nadruk die ze legt op onzekerheid en risico is zeer toepasselijk voor artsen en vroedvrouwen. Nochtans, kan geargumenteed worden dat vroedvrouwen, net zoals verpleegkundigen, geen professie zijn, maar een semi-professie. Bij een semi-professie zijn één of meer kenmerken die aan een professie toegeschreven worden, 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). Echter, Lowis en McCaffery (2000) vragen zich wel af of de Nederlandse verloskundigen niet meer zijn dan een semi-professie, omdat ze meer macht en autonomie hebben ten opzichte van artsen dan vroedvrouwen in andere geïndustrialiseerde landen.

Professionalisering is het eindproduct van succesvolle *professional projects*. Dit zijn pogingen om (1) de autonomie en handelingsvrijheid van leden van de beroepsgroep onder een set van goed gedefinieerde professionele normen te vergroten, en (2) een specifiek werkdomein af te bakenen door competitie aan te gaan met andere beroepsgroepen (Leicht & Fennell 2001). Een beroepsgroep is geprofessionaliseerd in die mate dat men een set van taken als exclusief domein kan definiëren en het bovendien succesvol kan verdedigen tegen concurrerende claims (Leicht & Fennell 2001). De evolutie in inter- en intraprofessionele relaties is essentieel in het begrijpen van de verschillende rol en positie van vroedvrouwen in België en Nederland. Het professionaliseringstraject dat beide beroepsgroepen hebben afgelegd staat daarbij centraal. De verdeling van de verloskundige "markt" tussen de vroedvrouwen, gynaecologen en huisartsen is immers variabel over de tijd.

De professionaliseringstrajecten van artsen en vroedvrouwen/verloskundigen worden om analytische redenen afzonderlijk weergegeven in de punten 2.2 en 2.3.

2.2. De opkomst van de medische professie

Vlaanderen en Nederland hebben een lange gemeenschappelijke geschiedenis, waardoor de professionalisering van artsen tot op zekere hoogte parallel verliep. Het is de bedoeling om eerst de specificiteit van de opkomst van de medische professie in de Lage landen te schetsen in vergelijking met die in andere Europese staten zoals Duitsland (Pruisen) en Frankrijk. Voor Nederland fungeerde Duitsland als een soort van rolmodel (Hiddinga 1987), terwijl België meer beïnvloed werd door Frankrijk. België nam van Frankrijk onder andere de Académie Royale de Médecine over, die daar reeds bestond sinds 1820 (Weisz 1986). Vervolgens, wordt voor de periode na de onafhankelijkheid van België bekeken hoe de professionaliseringstrajecten divergeerden. Er zal aandacht besteed worden aan de rol van instituties zoals ziekenhuizen, universiteiten, beroepsverenigingen als motoren van de professionalisering, evenals de faciliterende en remmende invloed van de staat.

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 1985a; McKinlay & Marceau 2002). Algemeen willen we de volgende redenering ontwikkelen: instituties vormen een stuwende kracht achter de professionalisering van de geneeskunde (Weisz 1986). Deze instituties waren sterk afhankelijk van de staat voor hun oprichting, bevoegdheden en financiering. Sommige staten, zoals Duitsland hebben een faciliterend klimaat geschapen, terwijl andere zoals Frankrijk ten tijde van de Franse Revolutie, de professionalisering hebben afgeremd. Na de Franse Revolutie werden alle instituties uit het Ancien Régime afgeschaft, wat resulteerde in een chaos die vrij spel gaf aan misbruiken (Foucault 1986). De Lage Landen vormden een mercantiele staat met sterke handelssteden, waardoor nationalisatie veel minder snel gerealiseerd werd dan in totalitaire regimes zoals in Frankrijk en Duitsland (Tilly 1992).

2.2.1. De ontwikkeling van een beroepsgroep

2.2.1a Voor de Belgische onafhankelijkheid

Tijdens de Oostenrijkse tijd (1556-1795) en vóór de Franse Revolutie (1789) werden er in de Lage Landen drie medische professies onderscheiden, namelijk de doctors en licentiaten in geneeskunde, de chirurgijnen en de apothekers. De laatste twee waren niet universitair geschoold. De eersten stonden bovenaan de beroepshiërarchie, vervolgens de apothekers en tenslotte de chirurgijnen. De drie groepen hadden formeel verschillende functies, verschillende opleidingen en verschillende competentietesten, een verschillende status en andere privileges. De formele driedeling stemde echter niet overeen met de realiteit, want velen combineerden verschillende branches in één praktijk, vooral in landelijke gebieden (Schepers 1985b).

Door de Franse Revolutie werden alle instituties van het Ancien Régime afgeschaft. Concreet betekent dit voor België en Nederland de afschaffing van de universiteit van Leuven (1797) en de *Collegia Medica* en gilden. Dit veroorzaakte een gebrek aan gekwalificeerd medisch personeel en opende de weg voor wanpraktijken en kwakzalvers (Schepers 1994). In 1794 werden medische scholen opgericht in Frankrijk voor het opleiden van gezondheidsofficieren voor het leger. België moest daarvoor wachten tot 1806. De universiteitsopleiding werd er hervat in 1815.

Vanaf 1815 kregen de Nederlanden soevereiniteit. De oude beroepscategorieën werden in stand gehouden omdat men er van overtuigd was dat geneeskunde een te breed werkterrein was voor éénzelfde persoon om het volledig te beheersen. Specialisatie werd gezien als de beste manier om kwaliteitszorg te garanderen. Dit was echter enkel haalbaar in de steden. In landelijke streken werd het beoefenen van verschillende specialismen tegelijk toegestaan (Schepers 1994). De wet van 1818 erkende een hele reeks medische beroepen: doctors in geneeskunde, doctors in chirurgie, doctors in obstetrie, doctors in farmacie, stadschirurgen, plattelandschirurgen, maritieme chirurgen, man-vroedvrouwen, vroedvrouwen, apothekers en drogisten (Schepers 1994). Er was dus in de beide Lage Landen sprake van een grote heterogeniteit, en van gebrek aan coherentie en uniformiteit binnen de medische professie. De rechten en plichten van de beoefenaars van de geneeskunde verschilden naargelang ze universitair geschoold waren of niet, al naargelang het specialisme en de locatie (stad, platteland of schip). De wet

van 1818 maakte wel ongekwalficeerde praktijken illegaal, waardoor kon opgetreden worden tegen misbruiken. Dezelfde wet vestigde ook provinciale medische raden (Schepers, 1989). Dit kan beschouwd worden als een eerste stap in de centralisatiebeweging van de overheid. In praktijk was er een continuïteit tussen de *Collegia Medica* uit het Ancien Régime en de nieuwe medische raden. De provinciale raden hadden redelijk veel macht en waren verantwoordelijk voor het examineren van niet-universitair geschoolden, het uitreiken van alle medische diploma's en de registratie van de erkende beoefenaren. Enkel degenen die geregistreerd waren, mochten het beroep uitoefenen. De raden stonden ook in voor de gezondheidszorg op het platteland, de supervisie van de medische scholen, de vaccinaties en de acties bij epidemies. Met de provinciale raden was de institutionele basis gelegd voor de huidige zelfbeschikking en monopoliepositie van de medische professie (Schepers 1994).

De grote heterogeniteit van de verschillende medische beroepen en de tweedeling tussen opleiding in medische scholen en universiteiten zorgde ervoor dat de professionalisering in de Nederlanden minder snel verliep dan in buurlanden zoals Duitsland. Het negentiende-eeuwse Duitsland was het eerste Europese land waar wetenschappelijke geneeskunde, evenals klinische geneeskunde het eerst en het snelst tot ontwikkeling kwam (Hiddinga 1987). De Nederlanden waren toen sterk op Duitsland georiënteerd, maar een aantal factoren zorgden ervoor dat zich daar niet dezelfde ontwikkelingen voordeden. Ten eerste kenmerkte het geneeskundige landschap, zoals reeds gezegd, zich door twee groepen: de gediplomeerde artsen versus de niet gediplomeerden. Ten tweede, werden de Nederlanden tijdens het begin van de negentiende eeuw geconfronteerd met politieke instabiliteit: eerst de onzekerheid na de Franse bezetting (tot 1813) en vervolgens de afscheuring van België in 1830. Een derde reden voor de Nederlandse achterstand waren de gebrekkige instituties, maar dit situeert zich voornamelijk na 1830.

2.2.1b De Belgische situatie na 1830

Na de Belgische onafhankelijkheid (1830) was de Académie Royale de Médecine, naar Frans voorbeeld (Weisz 1986), het belangrijkste beleidsorgaan in België. Het adviseerde de overheid inzake gezondheid en stimuleerde de wetenschappelijke vooruitgang in de verschillende medische disciplines. In feite was de Académie een medische elite die helemaal geen

staalkaart was van de beroepsgroep die ze vertegenwoordigde (Schepers, 1989).

In 1835 werden de niet-universitaire opleidingen afgeschaft, relatief vroeg in vergelijking met Frankrijk (in 1892) en Nederland (in 1865) (Schepers, 1989). Deze beslissing werd o.a. beïnvloed door de overtuiging dat iedereen recht had op dezelfde kwaliteit van zorg. Het was een belangrijke stap vooruit in de eenmaking van de Belgische medische professie. De medische scholen waren tot dan in stand gehouden door de Franse en nadien Nederlandse autoriteiten om gezondheidszorg te garanderen voor het grote publiek, vooral op het platteland. In 1830 was er in België echter geen groot verschil in numerieke aantallen tussen de universitair opgeleiden (47%)¹ en de niet-universitair opgeleiden. Meer nog, er gingen zich ook universitair opgeleiden settelen op het platteland, waardoor de belangrijkste bestaansredenen voor de medische scholen ondergraven werd. Tegen 1836 was een universitair diploma noodzakelijk om geneeskunde te kunnen beoefenen (Schepers 1994). In Nederland kwam dit pas veel later, namelijk tegen 1865 (Hiddinga 1987). Tegen die tijd was al meer dan 80 procent van de Belgische artsen universitair geschoold (Schepers 1994).

De wettelijke eenmaking van de Belgische geneeskunde kwam er met de wet van 1849 die de uniformisering van diploma's genees-, heel- en vroedkunde regelde. Voortaan droeg de arts één en dezelfde titel en hij mocht de drie disciplines combineren (Velle 1986). Dit elimineerde de hiërarchie tussen medische beroepen. Men legde de basis voor het opleiden van algemene artsen, waarna verdere specialisatie mogelijk was. De wetten van 1835 en 1849 riepen een meer homogeen en uniform opleidingssysteem in het leven, met grotere gelijkheid tussen de artsen en een verhoogd prestige (Schepers 1994).

In 1863 werd de Fédération Médicale Belge (FMB) opgericht. Eén van haar voornaamste ontstaansredenen was de kritiek op de Académie, die elitair en incompetent was en niet in staat de belangen van de meerderheid van de beoefenaren van de geneeskunde te verdedigen (Schepers, 1989). Het is bijgevolg niet verwonderlijk dat de FMB zich meer ontwikkelde als een vakorganisatie dan een beroepsvereniging. In feite was het een groepering van lokale beroepsverenigingen die zich na 1840 hadden ontwikkeld. De FMB zette zich vooral in voor een meer gelijke machtsverdeling binnen de medische professie en voor het veiligstellen van een inkomen voor alle

¹ Ter vergelijking: in Nederland was 37 procent universitair geschoold (Schepers 1994).

Belgische artsen. Verder wilde ze de achterhaalde wet van 1818 afschaffen, de provinciale medische raden hervormen en de beroepsgroep meer autonoom maken. De Fédération bond ook de strijd aan met oplichters en kwakzalvers die de professie bedreigden (Schepers 1994).

2.2.1c De Nederlandse situatie na 1830

Ook in Nederland werd een staatscommissie opgericht (in 1848) om de medische professie te reguleren. Immers tijdens de jaren 1830-1840 had zich een groeiende polarisatie en competitie voorgedaan tussen de universitair opgeleiden en de niet-universitaire. In de commissie waren enkel de eersten vertegenwoordigd, maar ook zij vormden geen homogene groep. Men wou de wet van 1818 hervormen, maar men was het er oneens over hoe ver dat moest gaan. De ontwerptekst werd verworpen door het parlement en leden van de commissie riepen op om de krachten te bundelen en toch verandering na te streven, aangezien de overheid niets wou doen. Dit leidde tot het oprichten van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst in 1849 (Hiddinga 1987).

In Nederland kwam de uniformisering door de toegang tot de medische professie te beperken tot een universitaire opleiding, een stuk later, namelijk met Thorbeckes wet in 1865 (Schepers, 1989), ondanks het feit dat de Nederlandse beroepsorganisatie 16 jaar eerder was opgericht dan de Belgische. De Belgische eenmaking van de medische professie behoorde dan ook niet tot de verdiensten van de FMB, maar werd gerealiseerd onder impuls van de professionele elite in de Académie Royale de Médecine. Tegen 1865 was de autoriteit van de Nederlandse medische professie geregeld door middel van een staatsexamen en een dissertatie als toelatingsvereisten tot het beroep van arts. De medische scholen waren afgeschaft en artsen werden voortaan opgeleid in één van de drie bestaande universiteiten (Groningen, Utrecht en Leiden). Door deze nadruk op het verwerven van een universitaire opleiding, werden andere ontwikkelingen in Nederland afgeremd.

In vergelijking met buurland Duitsland waren er in Nederland, weinig² ziekenhuizen, die bovendien klein en slecht uitgerust waren (Hiddinga 1987). Daardoor was er weinig klinisch materiaal aanwezig om onderzoek te doen. Bovendien lag de klemtoon in de ziekenhuizen vooral op onderwijs en was er

² In het laatste kwart van de negentiende eeuw waren er in Duitsland 21 vrouwenklinieken versus 4 in Nederland. In Duitsland resulteerde dit in 10 000 bevallingen per jaar versus 600 in Nederland tot 1880. Daarna nam het aantal toe met 850 per jaar (Hiddinga 1987).

nauwelijks aandacht voor onderzoek. De Nederlandse staat was zeer terughoudend in het voorzien van middelen voor wetenschappelijke doeleinden. Wetenschappers en professoren werden overigens slecht betaald. De universiteiten functioneerden als onderwijs-, maar niet als onderzoeksinstelling. Hiddinga (1987) geeft eveneens aan dat de specifieke ‘provinciale’ setting van de Nederlandse obstetrie een belangrijke factor was. De groep artsen in de obstetrie was een kleine vriendengroep zonder onderlinge competitie, waardoor ook dat geen stimulans was tot onderzoeksprestaties.

Er zijn dus indicaties dat in sterke staten zoals Duitsland en Frankrijk met centraliserende macht, medicalisering van bovenaf werd gestuurd, terwijl in staten zoals Nederland medicalisering als een sociale beweging van onderuit moest gebeuren via instituties zoals beroepsverenigingen.

2.2.1d België en Nederland vergeleken

De professionalisering van de geneeskunde in Nederland en België verliep volgens een verschillend tempo (Figuur 2.1), via verschillende instituties en onder invloed van verschillende staatsideologieën. In België kwam de Fédération Médicale Belge (FMB) (1863) relatief laat tot stand in vergelijking met de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (NMG) (1849), maar haar functie werd voordien eigenlijk reeds vervuld door allerhande lokale beroepsorganisaties (Schepers & Casparie 1997). De vorming van een nationale koepel werd bemoeilijkt door verdeeldheid tussen artsen in de stad versus op het platteland en tussen Vlaanderen en Wallonië. Ondanks het feit dat de FMB een laatkomer was, heeft de professionalisering van de geneeskunde zich in België iets sneller voltrokken dan in Nederland. Mijlpalen zijn de wetten van 1835 en 1849 waardoor de toegang tot medische professie werd gereguleerd en beperkt tot een universitaire opleiding, die vervolgens ook gelijkvormig werd voor zowel artsen, chirurgen als obstetristen. Door deze wetten kreeg de medische professie het monopolie om geneeskunde uit te oefenen, ongelijkheden binnen de professie werden geëlimineerd met een homogener groep tot gevolg. Deze homogeniteit is niet onbelangrijk, want in Nederland heeft de dualiteit tussen universitair opgeleiden en de tweederangs beoefenaren het professionaliseringsproces afgeremd.

Ook de rol van de overheid was fundamenteel verschillend in Nederland en België. In België had de Académie Royale de Médecine, hoewel ze een niet-

representatief select clubje was, aanzienlijke invloed als adviserend beleidsorgaan van de overheid. In Nederland daarentegen werd een gelijkaardige staatscommissie opricht – later dan in België – maar deze had weinig politieke macht. Als reactie tegen de laissez-faire houding van de Nederlandse staat werd de beroepsvereniging, de NMG, opgericht in 1849, die er wel in slaagde om van onderuit verandering te bewerkstelligen. De heterogeniteit binnen de NMG zorgde voor verdeeldheid, waardoor ze er pas tegen 1865 in slaagde om de niet-universitaire opleiding af te schaffen. Het was het resultaat van een beweging van onderuit, terwijl hetzelfde feit, namelijk een universitair diploma als voorwaarde om de geneeskunde uit te oefenen, van bovenaf werd geïntialiseerd.

Zowel in België als in Nederland werd gestreefd naar zo weinig mogelijk staatsinterventie, maar desalniettemin, heeft het liberalisme rond de helft van de negentiende eeuw – de periode dat de belangrijkste medische wetten in Nederland gestemd werden - een grotere impact gehad in Nederland dan in België. Het corporatisme van het einde van de negentiende eeuw maakte de transformatie van de provinciale medische raden tot een centrale Orde der Geneesheren, verkozen door en binnen de medische professie, makkelijker aanvaardbaar. Door de provinciale raden via verkiezingen samen te stellen (via een wet in 1880), kreeg de FMB steeds meer voet aan de grond in overheidskringen.

Figuur 2.1: Overzicht belangrijke data in de ontwikkeling van de medische professie in België en Nederland

	BELGIË	NEDERLAND
1818	Registratie als voorwaarde om geneeskunde uit te oefenen Definitie van de verschillende medische beroepsgroepen	
1836	Universitair diploma als voorwaarde om geneeskunde uit te oefenen	
1849	Eenmaking medische beroepen; eenzelfde diploma voor artsen, chirurgen en obstetristen	Oprichting Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst
1863	Oprichting Fédération Médicale Belge	
1865		Universitair diploma als voorwaarde om geneeskunde uit te oefenen
1938	Oprichting Orde der Geneesheren	

2.2.2. De medische professie onder druk?

Sinds de jaren tachtig hebben zich belangrijke veranderingen voorgedaan in de organisatie van de gezondheidszorg en de geneeskunde als institutie (Conrad & Leiter 2004; Timmermans & Kolker 2004; Filc 2006), met een tanende medische dominantie tot gevolg. Een veranderde relatie tussen de medische professie en de staat is hier niet vreemd aan (McKinlay & Marceau 2002). Staten blijken niet langer bereid of in staat om de belangen van de medische professie te beschermen tegen de belangen van andere actoren in het gezondheidszorgsysteem, zoals industriële en financiële partners. Er doet zich mogelijks een verschuiving voor in de allianties die staten aangaan: belangen van financiële en industriële actoren in de gezondheidsmarkt krijgen in sommige landen voorrang op de belangen van de geneeskunde (McKinlay & Marceau 2002). Deze landen, voornamelijk liberale welvaartsstaten, zoals de Verenigde Staten, kennen een gestage overgang van een *fee-for-service* systeem gecontroleerd door artsen naar een gecorporatiseerd systeem waarin financiële en industriële belangen steeds centraler komen te staan. Deze verschuiving in allianties erodeert de professionele status van geneeskunde (McKinlay & Marceau 2002). Het is onduidelijk in hoeverre deprofessionaliseringstheorieën van toepassing zijn op de medische professie in Nederland en Vlaanderen.

2.3. De professionalisering van de vroedvrouw/verloskundige

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 een (semi-)professie. 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 1985b). 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 kracht 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 & Hingstman 1985b).

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 et al. 2005) en het gradueel uitbreiden van hun bevoegdheden (Gooris & Hingstman 1985b). 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 2.1 geeft een overzicht van de kenmerken van artsen en verloskundigen/vroedvrouwen als beroepsgroepen in Vlaanderen en Nederland.

Tabel 2.1: Professionalisering van artsen en verloskundige/vroedvrouwen in Vlaanderen en Nederland

	VLAANDEREN		NEDERLAND	
	Verloskundige/ vroedvrouw	Arts-specialist Huisarts	Verloskundige/ vroedvrouw	Arts-specialist Huisarts
Steun van de staat	-	+	+	+
Eigen opleiding	+ ¹	+	+	+
Opleiding van vier jaar of meer	+/- ²	+	+	+
Zelfstandige praktijk/vrij beroep	- ³	+	+	+
Autonome klinisch oordelende bevoegdheid	-	+	-	+
Leiding over verwante beroepen	-	+	+	+
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.

2.3.1. 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 vroege negentiende eeuw en vroeger. België – 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 beginnen te divergeren.

2.3.1a Wetgeving en de ziekteverzekering

Vóór de Belgische onafhankelijkheid werd reeds de basis gelegd voor het huidige Nederlandse gezondheidszorgsysteem in de Gezondheidswet (1818)

en de Medische wet (1865). Vroedkunde werd toen gedefinieerd als een medisch beroep en kreeg een welomschreven werkdomein (Benoit et al. 2005). De invoering van de verplichte nationale ziekte- en invaliditeitsverzekering (1940) maakt de echelonnering formeel en was een cruciaal moment voor de positie van de Nederlandse verloskundige. Zij kreeg de voorkeur als eerstelijns zorgverstreker (Benoit et al. 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. 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 ziekteverzekeringsstelsel dat enkel ziekenhuisbevallingen op medische indicatie terugbetaalt.

2.3.1b De opleiding

Sinds 1994 worden in Nederland verloskundigen opgeleid in een vierjaren programma (Wiegers & Janssen 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 & Janssen 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 et al., 2001, p. 148). 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 vierjaren programma is. In België worden vroedvrouwen opgeleid met het oog op tewerkstelling in een ziekenhuisomgeving onder toezicht van een arts (Gooris & Hingstman 1985b; Bronkaers et al. 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 toeleggen 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).

2.3.1c De bevoegdheden

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 beroepsprofiel moeten kunnen scharen. Bovendien werkt de overgrote meerderheid van alle Belgische vroedvrouwen in dienstverband in een ziekenhuis (Bronkaers et al. 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 20^{ste} 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 verlengd worden, 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 & Hingstman 1985b).

Het Nederlandse (Liefhebber et al. 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 ontfemen 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.

2.3.1d De organisatie van de gezondheidszorg

Het Nederlandse gezondheidszorgsysteem is hiërarchisch georganiseerd. Terwijl in Vlaanderen iedereen rechtstreeks toegang heeft tot gespecialiseerde tweedelijns zorg, moet men in Nederland steeds langs de eerste lijn passeren. Voor wat betreft zwangerschap en bevalling betekent dit dat iedere vrouw begeleid wordt door een verloskundige of huisarts, en indien nodig doorverwezen wordt naar een gynaecoloog. Door de Ziekenhuiswet van 1941, hadden verloskundigen bovendien het primaat over normale verloskunde. Dit impliceerde dat vrouwen, willen 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 thuisbevallingen te doen. Op die manier kon de eerstelijns verloskunde in stand gehouden worden (van Veen 2001).

2.3.2. De rol van de 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 p.76). 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 & Hingstman 1985a) en werden door andere beroepsgroepen au sérieux genomen (Marland 1995). In België heeft het tot 1994 geduurd eer er sprake was van een 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 & Hingstman 1985a). 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.

De Nederlandse verloskundigen kunnen beschouwd worden als een semi-professie, d.i. een beroepsgroep waarbij één of meerdere criteria om te spreken van een professie ontbreken of minder ontwikkeld zijn (Etzioni 1969), Verloskundigen beschikken niet over de bevoegdheid om een onafhankelijk klinisch oordeel uit te spreken (van Teijlingen 2003), maar beantwoorden verder aan alle criteria om te spreken van een professie (Tabel 2.1). Ze beschikken over een eigen vier jaar durende opleiding, oefenen hun beroep uit binnen een eigen zelfstandige praktijk en hebben leiding over kraamverzorgenden. De Belgische vroedvrouwen daarentegen hebben nog maar sinds 1994 een eigen slechts drie jaar durende opleiding, zijn over het algemeen ondergeschikt aan arts-specialisten binnen een ziekenhuiscontext en hebben geen controle over aanverwante beroepsgroepen.

2.3.3. 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 & Hingstman 1985b). Reeds in de 19^{de} 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*, en later het *Tijdschrift voor Praktische verloskunde* op (van Lieburg & 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

specialiseren in gynaecologie weinig trainingsmogelijkheden hadden en dat gynaecologen te weinig "data" hadden om onderzoek te doen (van Lieburg & Marland 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 door het feit dat een arts, Dr. Lehmann, er niet van overtuigd was dat antiseptische technieken verband hielden met mortaliteit, en ze bijgevolg niet toepaste (Marland 1995).

2.4. Conclusie

De Belgische en de Nederlandse staat hebben – o.a. door het organiseren van opleiding en het definiëren van bevoegdheden – ook een grote rol gespeeld in de historische ontwikkeling van de relaties tussen vroedvrouwen en de medische professie in beide landen. De wetgeving die de bevoegdheden van vroedvrouwen/verloskundigen regelde, dateert van de vroege 19^{de} eeuw, 1818, om precies te zijn, en gold dus zowel voor Vlaanderen als voor Nederland. Bovendien deed zich ook in beide landen een stijging voor van het aantal vroedvrouwen tussen de late negentiende en de vroege twintigste eeuw. In beide landen werden scholen voor vroedvrouwen opgericht. In België echter kregen vroedvrouwen veel oppositie van huisartsen, waartegen ze door de gefragmenteerde beroepsorganisatie, weinig weerwerk konden bieden. Daarnaast werden ze ook beschuldigd incompetent te zijn en de kindersterfte de hoogte in te jagen, terwijl ze in Nederland net ingeschakeld werden om de kindersterfte in te dijken (Marland 1995).

De Nederlandse staat heeft de positie van de vroedvrouw beschermd tegen de opkomende medische professie, daar waar in België de geneeskunde carte blanche kreeg. Meer nog, de Nederlandse verloskundigen konden rekenen op de steun – actief of passief – van enkele befaamde gynaecologen op vooraanstaande posities, zoals leden van de Gezondheidsraad (Marland 1995). In België werd de normale baring 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. Samen met hun autonomie, bleef ook de overtuiging van de

normaliteit van de geboorte bewaard. 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.

Professionalisering gaat hand in hand met medicalisering. Zonder vertrouwen en geloof in de geneeskunde, kan er zich geen medicalisering voor doen (van Teijlingen 1994). De opkomst van de medische professie heeft de noodzakelijke voorwaarden geschapen die nodig waren voor een verder uitdijende medicalisering. Het begrip medicalisering verwijst echter niet enkel naar het toepassen van de medische kennis en de referentiekaders die gepaard gingen met de opkomst van de medische professie. In het volgende hoofdstuk komen nog drie andere betekenissen van medicalisering aan bod: medisch imperialisme, iatrogenese en optimalisering.

REFERENTIELIJST

- Abraham-van der Mark, E. (1993). *Dutch midwifery, past and present: an overview*. London: Bergin & Garvey.
- Benoit, C., Wrede, S., Bourgeault, I., Sandall, J., DeVries, R. & van Teijlingen, E. (2005) Understanding the social organisation of maternity care systems: midwifery as a touchstone. *Sociology of Health & Illness* 27, 722-737.
- Bronkaers, J., De Belie, M., Corveleyn, T., & De Paepe, R. (2006). *Nomenclatuur vroedvrouwen: beschrijvende studie uitgaven 2000-2004*. Brussel: IMA.
- Conrad, P. & Leiter, V. (2004) Medicalization, markets and consumers. *Journal of Health and Social Behavior* 45, 158-176.
- Etzioni, A. (1969). *The semi-professions and their organization: teachers, nurses and social workers*. New York: Free Press.
- Evetts, J. (2003) The sociological analysis of professionalism - Occupational change in the modern world. *International Sociology* 18, 395-415.
- Federale raad voor de vroedvrouwen (2005). *Beroepsprofiel van de Belgische vroedvrouw*.
- Filc, D. (2006) Physicians as 'organic intellectuals' - A contribution to the stratification versus deprofessionalization debate. *Acta Sociologica* 49, 273-285.
- Foucault, M. (1986). *De geboorte van de kliniek. Een archeologie van de medische blik*. Nijmegen: Sun.
- Freidson, E. (1970). *The profession of medicine*. New York: Dodd, Mead & Co.
- Freidson, E. (1994). *Professionalism reborn. Theory, prophecy and policy*. Cambridge: Polity Press.
- Gooris, F.M.C. & Hingstman, L. (1985a) De rol en positie van vroedvrouwen in België en Nederland. *Gezondheid en Samenleving* 6, 276-285.
- Hiddinga, A. (1987) Obstetrical research in the Netherlands in the 19th-century. *Medical History* 31, 281-305.
- Leicht, K. T. & Fennell, M. L. (2001). *Professional work. a sociological approach*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Liefhebber, S., van Dam C., & Waelput, A. (2005). *Beroepsprofiel verloskundige* Bilthoven: Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).
- Lowis, G.W. & McCaffery, P.G. (2000). Sociological factors affecting the medicalization of midwifery. In E. van Teijlingen, G.W. Lowis, P.G. McCaffery, & M. Porter (Eds.), *Midwifery and the medicalization of childbirth: comparative perspectives* (pp. 5-43). New York: Nova Science Publishers, Inc.
- MacDonald, K.M. (1995). *The sociology of the professions*. London: Sage Publications Ltd.

- Marland, H. (1995) Questions of competence - The midwife debate in the Netherlands in the early 20th-century. *Medical History* 39, 317-337.
- McKinlay, J.B. & Marceau, L.D. (2002) The end of the golden age of doctoring. *International Journal of Health Services* 32, 379-416.
- Schepers, R. (1985a) De professietheorie op nieuwe wegen? *Tijdschrift voor Sociologie* 6, 285-310.
- Schepers, R. (1985b) The legal and institutional development of the Belgian medical-profession in the 19th-century. *Sociology of Health & Illness* 7, 314-341.
- Schepers, R. (1989) *De opkomst van het medisch beroep in België. De evolutie van de wetgeving en de beroepsorganisaties in de 19^{de} eeuw*. Amsterdam: Rodopi.
- Schepers, R. (1994) Towards unity and autonomy - The Belgian medical-profession in the 19th-century. *Medical History* 38, 237-254.
- Schepers, R. & Casparie, A. (1997) Continuity or discontinuity in the self-regulation of the Belgian and Dutch medical professions. *Sociology of Health & Illness* 19, 580-600.
- Tilly, C. (1992). European cities and states. In C. Tilly (Ed.), *Coercion, capital, and European states* (pp. 38-66). Cambridge: Blackwell.
- Timmermans, S. & Kolker, E.S. (2004) Evidence-based medicine and the reconfiguration of medical knowledge. *Journal of Health and Social Behavior* 45, 177-193.
- van Teijlingen, E. (1994). *A social or medical model of childbirth? Comparing the arguments in Grampian (Scotland) and the Netherlands*. 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 Veen, A. (2001) Het einde van het primaat. *Tijdschrift voor Verloskundigen* 26, 804-806.
- van Lieburg, M.J. & Marland, H. (1989) Midwife regulation, education, and practice in the Netherlands during the 19th-century. *Medical History* 33, 296-&.
- Velle, K. (1986) Medikaliseren in België in historisch perspectief: een inleiding. *Revue Belge de Philologie et d'Histoire* 64, 256-285.
- Weisz, G. (1986) Constructing the medical elite in France - The creation of the Royal-Academy-Of-Medicine 1814-20. *Medical History* 30, 419-443.
- Wiegers, T. A. & Janssen, B. (2006). *Monitor verloskundige zorgverlening* Utrecht: Nivel.

Hoofdstuk 3: DE MEDICALISERING VAN GEBOORTE: TWEDE GENERATIES, VIER BETEKENISSEN

3.1. Inleiding

"The medicalising of society is as much a result of medicine's potential as it is of society's wish for medicine to use that potential" (Zola, 1972, p. 182).

Medicalisering is een populair, maar omstreden begrip in de medische sociologie, zowel als in de media. Het spel van kritiek en tegenkritiek dat zich hieromtrent voordoet kan gedeeltelijk teruggevoerd worden tot een gebrekkige afbakening van sociologische analyse-instrumenten, waarop van Teijlingen (2005), zoals in de inleiding reeds aan bod kwam, gewezen heeft. Het concept werd geïntroduceerd in 1973 door Zola in zijn boek "De medische macht". Hij stelde hiermee de ongeoorloofde controlefunctie van de geneeskunde aan de kaak. Het werd vervolgens door Illich verder ontwikkeld. De klemtoon verschoof naar de ziekmakende aspecten van geneeskunde, de zogenaamde iatrogenese (Branckaerts 1982; Velle 1986). Deze twee auteurs gaven de aanzet tot een wisselwerking van kritiek en tegenkritiek, waardoor het begrip opgenomen werd in het sociologisch denken (Branckaerts 1982). De term betekent letterlijk "medisch maken", maar heeft ondertussen veel ruimere en subtielere betekenissen gekregen.

In de medicaliseringstheorie van de jaren '70 wordt de medische dominantie sterk beklemtoond, maar sindsdien hebben zich een aantal maatschappelijke evoluties voorgedaan, met een complexere realiteit tot gevolg. *"The engines driving medicalisation have changed"* (Conrad 2005). Conrad noemt een dalende autoriteit van de medische professie, de toenemende rol van welvaartsstaten, de invloed van managed care en ziekteverzekeraars, de commodificatie van de gezondheidszorg, de evolutie in de technologie en de actievere rol van de patiënt (2005). Medische kennis kent een steeds grotere verspreiding onder het publiek door massacommunicatie en nieuwe, relatief gemakkelijk toegankelijke technologieën zoals het internet. De patiënt is consument van medische diensten geworden. De genoemde recente

ontwikkelingen maken dat de medicaliseringstheorie grotendeels achterhaald is en aangevuld dient te worden (Ballard & Elston 2005). Doordat medicalisering sterk contextafhankelijk is, moeten ook de aanvullingen gesprekkeld worden over de verschillende toepassingsgebieden en thema's die de medicaliseringstheorie hebben opgepikt.

De algemene theorievorming met betrekking tot medicalisering is in feite eerder beperkt. We kennen auteurs, zoals Zola, Illich, Foucault, en Conrad, met werken uit voornamelijk de jaren '70 en '80. Nadien hebben anderen hun inzichten toegepast op verschillende vormen van deviantie, life-events en aspecten van het dagelijks leven, zoals ADHD (Conrad & Potter 2000), gokken (Rosecrance 1985; Rossol 2001), geboorte (Cahill 2001), sterfte (Burgess 1993; Connelly 1998), slaap (Hislop & Arber 2003) enzoverder. Dit maakt dat het medicaliseringsonderzoek terugvalt op een beperkte theorievorming. De studies van de jaren '80 en later vormen een eerder onsystematisch en gefragmenteerd geheel. Bovendien zijn de meeste medicaliseringsstudies exploratief van aard. Zelden worden kwantitatieve technieken voor data-analyse toegepast, en meestal beperkt men zich tot het genereren van hypothesen.

Het grote aantal toepassingsgebieden geeft blijk van conceptuele flexibiliteit, evenals een grote contextgebondenheid. Begrippen die overal inzetbaar zijn, lijden onvermijdelijk onder enige conceptuele vaagheid. Het is de bedoeling om hier de nuanceverschillen te expliciteren en een ordening aan te brengen in de verschillende betekenislagen van medicalisering. Door gebruik te maken van het begrippenapparaat ontwikkeld door van Teijlingen, worden de betekenislagen doorvertaald naar de context van perinatale zorg. De grote contextgebondenheid wordt in een voordeel omgebogen bij de vergelijkende analyse van zwangerschap en bevalling in twee institutionele contexten, Vlaanderen en Nederland. De nieuw verworven inzichten kunnen de aanzet zijn tot verder vergelijkend onderzoek met generalisering als uiteindelijk doel.

De vaststelling dat medicaliseringskritiek en empirie mekaar tegenspreken wat betreft zwangerschap en bevalling, maakt het uitdiepen van het medicaliseringsdenken onmiddellijk relevant. Studies over geboorte-ervaringen suggereren dat het gebruik van medische technologie aliënering in de hand werkt door de sociale context te verwaarlozen en vrouwen de controle over hun eigen lichaam te ontnemen (Davis-Floyd 1994; Martin 2001).

Nochtans zoeken heel veel vrouwen zelf medische controle op. Verschillende auteurs (Davis-Floyd 1994; Fox & Worts 1999) wijzen op deze tegenstelling.

“Given this desire for natural childbirth, I expected to find, as Martin did, that most women would resent and resist the increasing number of impersonal intrusions of technology into birth, and what I and others perceived as women’s concomitant loss of their power as birth givers. But when that initial study was completed several years later, I instead found that 70% of my 100 interviewees, if not exactly thrilled, were at least rather comfortable with their highly technologized obstetrical experiences, and were not much interested in resistance” (Davis-Floyd 1994 p. 1128).

Hoewel deze vaststelling geldt voor zowel Vlaanderen als Nederland, is er toch sprake van een verschil in gradatie. Nederland is internationaal gekend als het Westerse geïndustrialiseerde land met het hoogste aantal thuisbevallingen en het laagste aantal obstetrische ingrepen. Deze unieke constellatie van kenmerken heeft menig onderzoeker (van Teijlingen 1994; DeVries et al. 2001; DeVries 2004; Benoit et al. 2005) aangezet tot crossnationaal onderzoek. Hoewel de vraag naar medische omkadering ook in Nederland lijkt toe te nemen (Wiegers et al. 1998a; van der Hulst et al. 2007), is het verschil met de Vlaamse situatie waarin ziekenhuisbevallingen voor de meeste vrouwen vanzelfsprekend zijn (Gilleir 2007), aanzienlijk. Om inzicht te verwerven in de verschillende mate waarin de medicaliseringsparadox zich manifesteert, is kennis van de medicaliseringsliteratuur toegepast op geboorte in Vlaanderen en Nederland, onontbeerlijk.

3.2. De integratie van betekenislagen en analytische niveaus

Meerdere auteurs spreken van verschillende niveaus van medicalisering, bijv. Conrad en Illich. Deze niveaus komen overeen met de klassieke indeling die in de sociologie gehanteerd wordt, namelijk micro-, meso- en macroniveau. Om het vroege medicaliseringsdenken te integreren en de parallellen tussen de verschillende auteurs te illustreren, hebben we de verschillende betekenislagen onderscheiden en gecombineerd met niveaus van medicalisering, zoals o.a. Conrad en Illich hebben voorop gesteld. Op die manier wordt Figuur 3.1 verkregen.

		1 ^{ste} GENERATIE		2 ^{de} GENERATIE	TOEPASSING	
		Ontstaan (E. Freidson; M. Foucault)	Imperialisme (K. Zola; P. Conrad)	Iatrogenese (P. Conrad; I. Illich)	Optimalisering	Geboorte (E. van Teijlingen)
Micro			Arts-patiënt interactie	Sociale iatrogenese Bijv. stigmatisering	Lichaam in functie van prestaties	Obstetrische versus verloskundige praktijk
Meso	Institutionalisering van zorg		Institutioneel	Klinische iatrogenese Bijv. ziekenhuisbacterie		Biomedische versus vrouw-georiënteerde ideologie
Macro	Professionalisering		Conceptueel	Structurele iatrogenese Bijv. gereduceerde capaciteit om met ziekte om te gaan		Medisch versus sociaal model

Figuur 3.1: Integratie van betekenislagen en niveaus van medicalisering

De eerste verwijzingen naar medicalisering, weliswaar zonder het als dusdanig te benoemen, situeren zich reeds in de jaren '50 met de ziekenrol van Parsons. De medicaliseringstheorie werd vervolgens vooral in de jaren '70 uitgewerkt met auteurs zoals Ilich, Zola, Foucault en Parsons. Sinds die tijd hebben zich echter veranderingen voorgedaan in de gezondheidszorg waardoor medicaliseringscritici hun denkbeelden moesten bijstellen. Daardoor is een onderscheid tussen eerste en tweede generatie medicaliseringskritiek gepast. Een drietal aanpassingen markeren de overgang naar de tweede generatie: de actieve patiëntenrol, deprofessionalisering in de geneeskunde en het complexer worden van de gezondheidsmarkt. Deze drie factoren worden uitgewerkt onder punt 1.3.2e .

Iedere cel in Figuur 3.1 stelt een continuüm voor, want medicalisering is geen of/of situatie. Het bestaat in gradaties (Conrad 1992). De eerste drie kolommen komen overeen met de eerste generatie medicaliseringstheorieën, opgesplitst in drie betekenislagen: het ontstaan, het imperialisme en de iatrogenese. Vervolgens komt de tweede generatie medicaliseringstheorie aan bod die volop in ontwikkeling is en waarvan een vierde betekenis het voorlopige product is, namelijk medicalisering als optimalisering. In de recente literatuur wordt veelal het concept 'biomedicalisering' gebruikt om de postmoderne medicaliseringstendenzen aan te duiden (Clarke et al., 2003). In de laatste kolom passen we de medicaliseringsinzichten toe op geboorte met een typologie die betrekking heeft op verschillende modellen van verloskundige zorg. Geboorte analyseren in termen van medicaliseringsprocessen heeft tot doel een nieuw inzicht te verwerven in de sociale processen betrokken bij de constructie van geboorte als medisch probleem.

Van Teijlingen (2005) onderscheidt 3 analytische niveaus om het medisch model juist te conceptualiseren: het praktijkniveau (micro), het ideologische niveau (meso) en het analyse niveau (macro). Deze niveaus worden in sociologische analyses van geboorte vaak verward. Onderzoekers dienen zich beter bewust te zijn van het niveau waarop ze uitspraken doen over het medische model (van Teijlingen 2005). Het medische model is immers een concept dat zowel door leken als door sociologen gemakkelijk in de mond genomen wordt, maar dat dreigt een bron van (interdisciplinaire) ergernis te worden wanneer de nuances niet geëxpliciteerd worden. Op het praktische niveau worden obstetrische en verloskundige praktijk tegenover elkaar geplaatst. De focus ligt voornamelijk op wat mensen in hun dagelijks leven doen. Obstetrische praktijk vertegenwoordigt de manier van werken van

gynaecologen, vroedvrouwen, verpleegkundigen in een gespecialiseerde obstetrische afdeling van een ziekenhuis. De verloskundige praktijk daarentegen is de manier van werken van vroedvrouwen en artsen in kleine materniteiten of in de thuissituatie (van Teijlingen 2005). Van Teijlingen koppelt de manier van werken los van geslacht, opleiding en functie, maar associeert het heel sterk met de plaats van bevallen. Per definitie zou er dan geen verloskundige praktijk mogelijk zijn in een gespecialiseerde afdeling. Dit zou een kritiek kunnen zijn, ware het niet dat van Teijlingen zelf aangeeft dat het hier gaat om twee uitersten van een continuüm en dat beide in elkaar overvloeien. Het ideologische niveau kleurt wat waargenomen wordt op praktijkniveau. Ideologieën verdedigen bepaalde praktijken, terwijl ze andere in diskrediet kunnen brengen. De twee ideologische perspectieven verwijzen naar specifieke referentiekaders en worden door van Teijlingen omschreven als systemen van waarden en attitudes. De biomedische ideologie beklemtoont de risico's verbonden met zwangerschap en bevalling om de interventionistische benadering ervan te legitimeren. Enkel achteraf kunnen uitspraken gedaan worden over normaal of abnormaal, een lage of een hoge risicostatus. De vrouwgeoriënteerde ideologie is optimistischer en benadrukt de normaliteit van bevallen. Vaak wordt er een anti-artsen en een anti-ziekenhuis discours aan gekoppeld, maar dit hoeft niet noodzakelijk zo te zijn. Verder wordt ook de actieve betrokkenheid van moeders bij het geboorteproces onderstreept. Elke vrouw moet individueel benaderd worden in plaats van statistische kansen op medische risico's als richtlijn voorop te stellen. Op analytisch niveau leunen het medische model en het sociale model van geboorte nauw aan bij ideaaltypes, zoals door Weber (1949) omschreven. Een ideaaltype is geen weergave van de werkelijkheid, maar een vereenvoudiging die toelaat overeenkomsten en afwijkingen van die werkelijkheid te identificeren en te analyseren. Dit laatste onderscheid bevat geen waardeoordeel over welk model beter is. In het medische model worden zwangere vrouwen benaderd als patiënten en als passief. Moeders beschikken niet over de kennis en autoriteit om beslissingen te nemen over zwangerschap en bevalling. Het medische model is sterk product-georiënteerd, terwijl het sociale model proces-georiënteerd is. Het laatste benadrukt ook het normale fysiologische proces en de verandering niet enkel van medische, maar ook van sociale status die gepaard gaat met moederschap (van Teijlingen 2005).

Modellen van zorg worden tevens verbonden aan risico (Symon 2006). De biomedische ideologie ziet geboorte als risicovol tenzij het tegendeel is

bewezen (Walsh 2006). Een geboorte kan met andere woorden enkel achteraf normaal genoemd worden. De vrouwgeoriënteerde ideologie daarentegen argumenteert dat risicoselectie mogelijk is (van Teijlingen 2005). In Nederland wordt dit verwezenlijkt door middel van de *verloskundige indicatielijst* (VIL). Het medische model veronderstelt dat het lichaam imperfect is en altijd kan falen, hoe klein het risico ook is (Lane 1995). Deze assumptie geeft aanleiding tot de idee dat het beter is te veel te behandelen, dan te weinig. Het is met andere woorden beter een vals positief ingeschat risico te behandelen, dan een vals negatief over het hoofd te zien. Dergelijke redenering geeft uiteraard aanleiding tot hoge interventiecijfers in de meeste Westerse geïndustrialiseerde landen. Er is wel veel variatie in interventies en geboorteprocedures tussen landen en binnen eenzelfde land (Lane 1995). Zo varieert in 2005 in Vlaanderen het aantal inducties van de baring van 15,2 tot 40,2 procent, het toepassen van epidurale analgesie van 20 tot 82 procent en het sectiopercentage van 10,5 tot 29,3 naargelang de kraamkliniek (SPE 2005).

Risico's zijn volgens het medische model onvoorspelbaar en onvermijdelijk. Bijgevolg is zwanger zijn en een kind ter wereld brengen per definitie risicovol en dus is het best om alle bevallingen te laten gebeuren onder medisch toezicht (Lane 1995). Plaatsen om te bevallen worden gerangschikt op een risicocontinuüm. Aan het ene uiteinde situeert zich het ziekenhuis als een plaats waar hoge risico zwangerschappen kunnen opgevangen worden en geneutraliseerd, waardoor de risico's kleiner worden. Aan het andere uiteinde staat de thuiscontext genoteerd, waar vrouwen met lage risico zwangerschappen kunnen bevallen, maar waarbij een veel groter risico gepercipieerd wordt, door de afwezigheid van een medisch vangnet.

Voornamelijk gedurende de 19^{de} en 20^{ste} eeuw is geboorte steeds verder het medische zorgmodel binnen geschoven. Concrete manifestaties van deze sociale verandering zijn de institutionalisering van geboorte in ziekenhuizen, de teloorgang van vroedvrouwen als zelfstandige beroepsgroep, gepaard gaande met de groeiende rol van artsen, en de toenemende toepassing van technologie en obstetrische interventies (van Teijlingen et al. 2000). Deze evoluties kenmerken de toenemende medicalisering van geboorte. Er is echter wel inter-landelijke variatie: deze veranderingen zijn minder uitgesproken in Nederland dan in Vlaanderen. De eerste generatie medicaliseringstheorie schetst de achtergrond waarbinnen deze evoluties moeten gesitueerd worden.

3.2.1. De eerste generatie medicaliseringstheorie

Binnen de eerste generatie medicaliseringstheorie kan er een conceptueel onderscheid gemaakt worden tussen drie betekenislagen van het begrip medicalisering: het ontstaan, het imperialisme en de iatrogenese, overeenkomstig de ideeën van respectievelijk Freidson (1970), Conrad (1980a; 1992) en Illich (1976) (Figuur 3.1).

3.2.1a Drie betekenissen van medicalisering

In een eerste betekenislaag verwijst het begrip medicalisering naar de ontstaansgeschiedenis van het medische denkkader. Hier situeert zich het werk van historici, wetenschapsfilosofen of kennissociologen. Auteurs die een bijdrage geleverd hebben, zijn o.a. Freidson en Foucault. Centraal staan de opkomende medische professie, veranderende machtsrelaties, de institutionalisering van ziekte in ziekenhuizen, en het steeds verder uitbreiden van de medische kennis resulterend in nieuwe technologieën. De tweede laag gaat over het steeds verder uitbreiden van het domein van de geneeskunde. Steeds meer aspecten van het dagelijks leven worden benaderd in termen van ziekte en gezondheid. Dit uitdeinen van het medische werkveld wordt vooral onderbouwd door het sociaal constructivisme (en de fenomenologie) met Zola en Conrad als voornaamste auteurs. De medische denkkaders gaan deel uit maken van de *life world* en *stock of knowledge* van het grote publiek en verwerven de status van vanzelfsprekendheid. Centraal staan de macht die uitgaat van het medische discours en de sociale controle die er mee gepaard gaat. Een derde laag wordt vertegenwoordigd door de kritische of conflict sociologische benadering, waarin overmedicalisering beschreven wordt, met de klemtoon op iatrogenese als onbedoeld effect van medicalisering. Auteurs zijn o.a. Conrad en Illich.

De tweede en derde betekenis gaan in feite over ‘overmedicalisering’. De derde betekenis van medicalisering zouden we ‘(over)medicalisering in de diepte’ kunnen noemen, daar waar de tweede betekenis ‘(over)medicalisering in de breedte’ is. ‘In de diepte’ verwijst naar de intensiteit waarmee geneeskunde toegepast wordt, waardoor ze contraproductief wordt. ‘In de breedte’ reflecteert de toenemende invloed van geneeskunde over een groeiende veelheid aan levensdomeinen. Overmedicalisering houdt wel een evaluatie in, die niet inherent is aan het begrip medicalisering (Conrad 1992). Meestal wordt het echter wel in die zin gebruikt door sociologen. Deze betekenislagen zijn geen opeenvolgende fasen van toenemende medische

dominantie. Ze zijn een analytisch onderscheid dat op zich ahistorisch is. De betekenislagen bestaan tegelijkertijd en zijn contextafhankelijk.

A. Medicalisering als het ontstaan van medische referentiekaders

Deze eerste invulling van het begrip medicalisering wordt hier slechts kort behandeld omdat het ook deels aan bod is gekomen in het hoofdstuk over professionalisering. Hier willen we enkel benadrukken dat de opkomst van de medische professie gepaard ging met de creatie van kennis, nodig om te kunnen spreken van de introductie van het zogenaamde medische zorgmodel. Medicalisering in de betekenis van het in toenemende mate toepassen van medische referentiekaders door de medische professie is de noodzakelijke voorwaarde voor de tweede betekenislaag die onder het volgende punt besproken wordt.

De opkomst van de medische professie, zoals beschreven in vorig hoofdstuk, ging gepaard met de ontwikkeling van medische kennis. Deze kennis stelde artsen in staat om lichamen te reguleren, te disciplineren en te controleren. Individuele lichamen worden gedisciplineerd door professies (zoals psychiaters, diëtisten, maatschappelijk werkers, artsen) en populaties worden gereguleerd in instituties. Op individueel niveau spreekt Foucault in dat verband (1992) van *anatomo-politiek* en op populatieniveau van *bio-politiek*. Disciplineren gebeurt minder via fysiek geweld, maar wel door middel van een micro-politiek van disciplinerende controle. Individuen worden moreel "gedwongen" tot conformiteit (Turner 1996).

Medicalisering is de rationalisering en het onder medische controle brengen van lichamen. Deze rationalisering heeft te maken met de industrialisatie en toenemende bureaucratisering van de samenleving. De lichamen van arbeiders bijvoorbeeld werden gedisciplineerd in functie van productie (Shilling 1993). De lichamen van moeders worden gereguleerd in functie van reproductie, en meer concreet het ter wereld brengen van gezonde kinderen. De metafoer van het lichaam als machine, dat door verschillende auteurs (Davis-Floyd 2001; Martin 2001) wordt aangewend, illustreert het rationaliseringsproces. Deze mechanische visie manifesteert zich in domeinen waar lichamen onder controle worden geplaatst in functie van te leveren prestaties, bijvoorbeeld geneeskunde, maar ook arbeid en sport. Wetenschappelijke en technologische kennis werd toegepast op individuele

lichamen en populaties. Daar waar de rationalisering van individuele lichamen gepaard gaat met de opkomst van de geneeskunde, is het rationaliseren van populaties geassocieerd met de opkomst van de humane wetenschappen (Shilling 1993). De institutionalisering van lichamen in ziekenhuizen, gevangenissen, fabrieken en scholen maakte het mogelijk om lichamen te kwantificeren en in statistieken te vatten. Deze kennis voedde disciplines zoals demografie, criminologie, sociale geneeskunde en sociologie (Turner 1996). Het reguleren van lichamen is een voorwaarde tot maatschappelijke orde. Dit vestigt de aandacht op de morele dimensie van medicalisering en geneeskunde in het algemeen. Geneeskunde oordeelt immers over wat wenselijk is en wat niet. Ziekte is een ongewenste afwijking van sociale normen inzake gezondheid en gepast gedrag. Concepten zoals ziekte en gezondheid bevatten dus een moreel oordeel gebaseerd op statistische frequentie of een ideale toestand (Turner 1996). Maar het gemiddelde lichaam bestaat niet. Iedereen wijkt op één of ander kenmerk af van de norm.

Medicalisering van geboorte in deze betekenis heeft zich gemanifesteerd in de graduele vervanging van vroedvrouwen door artsen als sleutelfiguren in perinatale zorg, althans toch in de meeste Westerse geïndustrialiseerde landen, waaronder België. Er dient wel opgemerkt te worden dat in de meeste landen vroedvrouwen niet van het toneel verdwenen, maar onder de supervisie van artsen terecht kwamen (van Lieburg & Marland 1989; Donnison 2000; Porter 2000). Bijgevolg ruilden ze de verloskundige voor de obstetrische praktijk, en de vrouwgeoriënteerde voor de biomedische ideologie. Naarmate artsen zich het domein van zwangerschap en bevalling hebben toegeëigend, heeft zich immers ook de institutionalisering van geboorte voltrokken. Beide evoluties kunnen niet losgekoppeld worden van de groeiende overtuiging dat specialistische zorg nodig is om de geboorte van gezonde kinderen te bewerkstelligen. Nochtans worden landen waar vroedvrouwen het merendeel van de perinatale zorg op zich nemen, gekenmerkt door lagere perinatale mortaliteit, in vergelijking met landen waar artsen dit doen (McKay 1993; Porter 2000). Meteen valt ook op hoe de moeder vanuit het centrum van de aandacht opschuift naar de periferie, plaatsmakend voor het kind als centrale figuur. Deze verschuivingen in attitudes ten aanzien van geboorte, van normaal gezinsgebeuren naar potentiële pathologie, illustreert in feite reeds de tweede betekenislaag: medisch "imperialisme".

B. Leven is schadelijk voor de gezondheid: medisch "imperialisme"

Branckaerts (1982) spreekt van een neutrale conceptualisering van medicalisering en omschrijft die als volgt: *"het proces van uitbreiding waardoor steeds meer levensterreinen onderworpen worden aan medische definiëring en jurisdictie"* (Hillier 1982). Dit is in lijn met de definitie van Conrad (1992): *"a process by which nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illnesses or disorders"* (p. 209). Beide definities vatten precies wat hier bedoeld wordt met de tweede betekenislaag van medicalisering. Deze betekenislaag komt ook overeen met één van de drie ideeën die volgens Lowenberg en Davis (1994) de essentie uitmaken van het begrip medicalisering. De overige twee impliciete dimensies zijn, ten eerste, dat om het even wat de ongewenste toestand of het problematische gedrag precies inhoudt, de personen die het vertonen, er niet voor gestraft worden. Ze worden er niet voor verantwoordelijk geacht. Ten tweede, beslissingen omtrent behandelingen moeten gebeuren door gekwalificeerd medisch personeel, dat wat betreft medische kennis, superieur is ten opzichte van degene die behandeld wordt. Beide dimensies verwijzen expliciet naar de ziekenrol zoals Parsons (1950) die heeft omschreven.

Parsons was wellicht de eerste om geneeskunde als een institutie van sociale controle te conceptualiseren (Conrad 1992). Zieken kunnen hun normale rollen in de samenleving niet meer vervullen en vormen derhalve een bedreiging voor de maatschappelijke stabiliteit (Parsons 1950). Ze nemen de ziekenrol op die strikt omschreven rechten en plichten omvat. De patiënt wordt ontslagen van sociale verplichtingen zoals werk en hij wordt niet verantwoordelijk geacht voor zijn toestand. Daartegenover staat echter wel dat hij de plicht heeft om te willen beter worden en in functie daarvan deskundige hulp te zoeken (White 2002). Medicalisering houdt in dat steeds meer lichamelijke of mentale condities aanleiding geven tot het aannemen van de ziekenrol. Williams (1971) heeft dienaangaande een typologie opgesteld op basis van twee assen (Figuur 3.2): de aan- of afwezigheid van een disfunctionerende aandoening en het definiëren van ziekte door zichzelf of anderen. Dit resulteert in vier cellen.

Figuur 3.2: Typologie van Williams

	Disfunctionerende aandoening aanwezig	Disfunctionerende aandoening afwezig
Zelf gedefinieerd	1	2
Door anderen gedefinieerd	3	4

In de eerste categorie vallen de personen die een symptoom herkennen, de ziekenrol aannemen en gepaste hulp zoeken om beter te worden. In de tweede groep bevinden zich diegenen die de ziekenrol vervullen, ook al is er geen aandoening aanwezig. Dit zijn de zogenaamde hypochonders. In de derde cel situeren zich de gevallen waarbij anderen, meestal geneeskundigen, pathologieën ontdekken, zonder dat de ‘patiënt’ het bestaan ervan vermoedde. Voorbeelden zijn hypertensie of diabetes in een asymptomatische fase. De kritiek die hier kan geformuleerd worden, is dat men ook van gezonde personen patiënten maakt. Deze categorie vindt aansluiting bij de *potentiële ziekenrol*, waarbij de plicht om gezond te blijven sterk beklemtoond wordt en het individu terug verantwoordelijk gesteld wordt voor zijn levensstijl en dus gezondheid. Ziekte wordt uitgebreid naar het risico op ziekte of ongezond gedrag (Crawford 1980). In de vierde cel, is geen aandoening aanwezig, maar zijn anderen, met name geneeskundigen, toch geneigd om op te treden omdat behandelen zonder ziekte beter is dan een ziekte zonder behandeling. Dit komt overeen met de definitie van Barilan (2002 p. 238): “*If there is a medical intervention and no disease to care for or to prevent, we are dealing with the ‘medicalized’ rather than the medical.*” Het gaat hier om door artsen geïnduceerde medische consumptie. Individuen nemen niet spontaan de ziekenrol op, want ze voelen zich niet ziek, maar ze worden er in geduwd door anderen (Branckaerts 1982). Hier situeren zich de domeinen van het dagelijks leven die oorspronkelijk niet medisch, maar bijvoorbeeld sociaal gedefinieerd werden. Zwangerschap en bevalling zijn er een sprekend voorbeeld van. De tweede betekenislaag van medicalisering situeert zich dus in de vierde categorie van de typologie van Williams (1971).

Veel medicaliseringskritieken hebben betrekking op de uitbreiding van de geneeskunde en haar toenemende controle over steeds meer levensdomeinen (Branckaerts 1982). Sommige auteurs (bijv. Strong 1979) spreken van een *medisch imperialisme*, wat een zekere intentionaliteit

suggereert (Branckaerts 1982). Geneeskunde als instituut van sociale controle is het kernthema in het werk van Zola (1972). Hij ziet de uitdeinende bevoegdheid van de geneeskunde als een gevolg van sociale controle. *"The list of daily activities to which health can be related is ever growing and with the current operating perspective of medicine it seems infinitely expandable"* (Zola 1972, p. 497). Hij schrijft dit toe aan verschillende oorzaken: de geneeskunde heeft haar jurisdictie uitgebreid om deze nieuwe problemen er bij te kunnen nemen, artsen zijn betrokken bij het ontdekken van nieuwe ziekten en de samenleving creëert ziekten. De belangrijkste reden is echter dat iedereen gelooft dat er iets organisch mis is met hem of haar. Hij noemt dit de *"omnipresence of disorder"*. Wat kan gedaan worden om iemand beter te doen voelen, beter te laten functioneren of er beter uit te laten zien? *"From sex to food, from aspirins to clothes, from driving your car to riding the surf, it seems that under certain conditions, or in combination with certain other substances or activities or if done too much of too little, virtually anything can lead to certain medical problems. In short, I at least have finally been convinced that living is injurious to health"* (Zola, 1972, p. 498). Gezondheid is volgens Zola een zeer belangrijke waarde in de samenleving en de medische professie oefent in sterke mate controle uit over wat we moeten doen of laten om deze waarde te bereiken. De link met de medische professie wordt ook gelegd door Crawford (1980). Volgens hem, kan medicalisering op twee manieren omschreven worden: ten eerste, als de expansie van professionele macht over steeds meer levensdomeinen, waarbij de sociale controle functie van religie en justitie (gedeeltelijk) overgenomen wordt door de medische professie. Ten tweede, als het definiëren van steeds meer fysieke condities en gedragingen in termen van ziekte en gezondheid. Deze twee betekenissen worden hier samengebracht onder de tweede betekenislaag omdat ze intrinsiek met elkaar verbonden zijn. Zoals Crawford zelf zegt: medicalisering in de eerste zin voedt medicalisering in de tweede zin en omgekeerd (Crawford 1980).

Conrad (1992) onderscheidt drie niveaus waarop medicalisering zich kan voordoen: conceptueel, institutioneel en interactioneel. Op conceptueel niveau worden medische modellen toegepast om problemen te definiëren en te ordenen, niet alleen door leden van de medische professie, maar ook door leken, de overheid of andere actoren. Op het institutionele niveau worden medische definities van problemen gelegitimeerd door de aanwezigheid van artsen. Artsen fungeren hierbij vaak als *gatekeepers* binnen organisaties die een medische definitie van een probleem hanteren, maar waar het

routinewerk door niet-medici uitgevoerd kan worden. Het interactioneel niveau betreft de arts-patiënt relatie. Medicalisering op dit niveau doet zich voor wanneer een arts een probleem medisch definieert (met andere woorden, een diagnose stelt) of wanneer de arts voor een 'sociaal' probleem (bijv. ADHD, alcoholisme) een medische behandeling voorschrijft (Conrad 1992).

Deze betekenislaag illustreert dat definiëring tot de essentie behoort van medicalisering. Het gedrag op zich verandert niet, maar de definitie ervan wel (Conrad & Schneider 1980a).

"The discovery of a new disease is not, according to this view, epistemologically equivalent to discovering a new butterfly; a new disease is the product of a shift in explanatory frameworks or the identification of a new niche. These changes in framework are linked to changes in institutionalized medicine and to the nature of medical power" (Turner, 1996, p. 200).

Turner (1996) maakt in dit citaat duidelijk dat het creëren van nieuwe medische categorieën gepaard gaat met een nieuwe manier van kijken naar een realiteit die in wezen onveranderd is gebleven. Er wordt enkel een nieuw referentiekader gecreëerd. Een probleem als medisch definiëren, betekent dat artsen een mandaat krijgen om een medische taal te gebruiken om het te beschrijven, een medisch denkkader om het te begrijpen en medische interventies om het te behandelen, en er op die manier controle over te verwerven (Conrad 1992). Het sociaal constructivisme en het labeling perspectief zijn nooit ver weg, wanneer het over de constructie van medische categorieën gaat. De inzichten van deze sociologische benaderingswijzen met betrekking tot medicalisering van gedrag, worden soms verkeerdelijk begrepen als kritiek op de etiologie van gedrag, terwijl sociologen eigenlijk vooral geïnteresseerd zijn in de etiologie van de definitie van gedrag (Conrad 1977).

Inzake geboorte breidde de medische autoriteit zich uit van pathologische naar normale zwangerschappen en bevallingen. In Vlaanderen verlenen gynaecologen niet enkel gespecialiseerde, maar ook eerstelijnszorg, zoals het nemen van uitstrijkjes tijdens routine check-ups. Van Wiemeersch (2001) schrijft: *"De spontane evolutie naar de feitelijke eerstelijns-gynaecologie is niet alleen het gevolg van de plethora, maar is er gekomen op vraag van de patiënten zelf. Er is immers in de ganse maatschappij een vraag naar de*

hoogst mogelijke bekwaming in alle domeinen" (p. 190). 10 tot 15 procent van alle raadplegingen bij gynaecologen in Vlaanderen gebeurt na verwijzing door een huisarts, alle overige zijn het initiatief van de patiënt zelf of op doorverwijzing van een andere specialist (van Wiemeersch 2001). In Nederland daarentegen is het gezondheidszorgsysteem zodanig georganiseerd dat men enkel via een eerstelijns zorgverlener (huisarts of verloskundige), toegang kan krijgen tot de tweedelijns, ten minste toch indien men wil aanspraak maken op terugbetaling door een ziekenfonds (deVeer & Meijer 1996). Ongeveer 38 procent van de Nederlandse vrouwen die in eerstelijns starten, worden doorverwezen naar de tweedelijns (SIG Zorginformatie 1992). Dit sluit aan bij het echelonneringsdebat. Een duidelijke omschrijving van eerste- en tweedelijns definieert de bevoegdheden van specialisten (gynaecologen), huisartsen en vroedvrouwen, maar zeker vanuit de Vlaamse context is dit verre van evident. Zonder al te ver over de materie uit te wijden: de ene argumenteren dat specialisten het routinewerk beter kunnen delegeren omdat ze er ofwel niet voor opgeleid zijn, te hoog voor opgeleid zijn, er niet voor betaald worden, er niet voor gemotiveerd zijn of er geen tijd voor hebben (Martens 2001). De andere refereren naar de keuzevrijheid van de patiënt en de therapievrijheid van de arts (Hinoul 2001; van Wiemeersch 2001) en wijzen op de huidige kwaliteit van zorg, flexibiliteit (o.a. geen wachtlijsten) en patiëntvriendelijkheid in Vlaanderen, die zonder meer zullen lijden onder de invoering van een geëcheloniseerd systeem (Hinoul 2001). De discussie toont in ieder geval aan dat medicalisering als domeinuitbreiding een vloeibaar gegeven is. De grenzen van bevoegdheden worden voortdurend gecontesteerd en maken het onderwerp uit van onderhandelingen tussen de medische en paramedische beroepsgroepen. Ten slotte, wordt dit spanningsveld in Vlaanderen en Nederland anders geregisseerd. We zouden kunnen besluiten dat de medicalisering van geboorte in de betekenis van medisch "imperialisme" verder gevorderd is in Vlaanderen dan in Nederland.

C. Doen artsen meer slecht dan goed? Medicalisering als iatrogenese

De grondlegger van de derde betekenis van medicalisering zoals die hier onderscheiden wordt, is I. Illich. Met zijn boek "Limits to Medicine" schuift hij een centraal thema naar voren: de opkomst van de geneeskunde als machtige institutie, die het individu beperkt in zijn mogelijkheden tot persoonlijke groei en zelfzorg. Hij verzamelt de negatieve gevolgen van

geneeskunde onder de term *iatrogenese* (Branckaerts 1982). Het begrip is samengesteld uit '*iatros*', wat Grieks is voor 'arts' en '*genesis*' wat 'oorsprong' betekent (Illich 1976). Hij illustreert het schadelijk effect van teveel geneeskunde aan de hand van een metafoor: teveel geneeskunde betekent een bedreiging voor de gezondheid, zoals teveel auto's voor de mobiliteit (Illich 1976).

Illich maakt een onderscheid tussen klinische, sociale en structurele iatrogenese. Klinische iatrogenese beschrijft onbedoelde vergissingen van artsen of complicaties van een behandeling (Branckaerts 1982). Voorbeelden zijn de ziekenhuisbacterie, maar evenzeer nevenwerkingen van medicatie. Met sociale iatrogenese bedoelt Illich onbedoelde gevolgen van de ziekenrol (Branckaerts 1982). Het status quo wordt in stand gehouden door mensen in de ziekenrol onder te brengen. Op die manier kan geneeskunde een depolitiserende werking hebben: "(...) *the labels health and illness are remarkable 'depoliticizers' of an issue. By locating the source and treatment of problems in an individual, other levels of intervention are effectively closed*" (Zola, 1972, p; 500). Op die manier wordt de "verziekte samenleving" in stand gehouden. De politieke condities die de samenleving ongezond maken worden bedekt met "de mantel der geneeskunde" (Illich 1976). Structurele iatrogenese, ten slotte, verwijst naar het verlies aan autonomie, of de afhankelijkheid van het individu van de geneeskunde, met het verlies van de capaciteit tot zelfzorg tot gevolg. De verantwoordelijkheid verschuift van het individu naar de medische professie (Branckaerts 1982). Dit kan leiden tot aliënatie, in die zin dat de macht van de medische professie ten koste gaat van de individuele vrijheid en de macht van het individu om over zijn eigen lichamelijke toestand te oordelen.

Illich heeft aanzienlijk wat kritiek gekregen, omwille van zijn ascetische, haast religieuze verheerlijking van pijn en lijden. Verder verwaarloost hij sociaal-economische ongelijkheden in de samenleving. Artsen zien oplossingen voor de deels toegegeven iatrogenese in een doorgedreven kwaliteitscontrole en een gedegen medische opleiding (Branckaerts 1982). Hoewel Illich met het begrip iatrogenese een nieuw licht heeft geworpen op medicalisering en de effecten ervan, wordt een groot deel van zijn vertoog als onrealistisch en extreem ervaren. De oplossingen die Illich naar voren schuift, met name zelfzorg en het verbijten van pijn en ondergaan van lijden, doen te veel denken aan geitenwollen sokken en impliceren terug naar af. Het begrip heeft ons wel attent gemaakt voor 'overmedicalisering' en heeft het optimisme en ongebreidelde geloof in de geneeskunde wat getemperd.

Op het vlak van geboorte wordt (over)medicalisering, in de zin van iatrogenese, in de hand gewerkt door de verwachtingen van de (toekomstige) ouders. Aangezien men bevalt in een gespecialiseerde omgeving, verwacht men dat de geboorte per definitie vlekkeloos verloopt. Indien dit niet het geval is, is het dus de schuld van de arts, zo redeneert men. Gerechtelijke procedures zijn het gevolg. Als reactie hierop dekken artsen zich in door eerder te snel dan te laat te interveniëren, waardoor onnodige medicalisering verder voortschrijdt (Hopkins 2000). Dit is tevens een illustratie van het feit dat "patiënten" medicalisering niet passief ondergaan, maar actief ingrijpen op het proces. Op dezelfde manier zijn vrouwen vragende partij voor keizersnedes en pijnstilling (Bryant et al. 2007) als technologieën met een *empowering potential* (Behague 2002). Dit brengt mij bij de positieve en negatieve gevolgen van medicalisering.

3.2.1b Determinanten en sociale gevolgen van medicalisering

Er is discussie over wat medicalisering veroorzaakt. Sommigen menen dat de expansie van medische jurisdictie het resultaat is van medisch imperialisme (Illich 1976) en anderen dat het de uitkomst is van een steeds complexere technische en bureaucratische samenleving (Zola 1972). Factoren die medicalisering stimuleren of afremmen werden vooral op het macro en meso, of conceptueel en institutioneel niveau beschreven. Conrad en Leiter (2004) hebben hier een belangrijke bijdrage geleverd. Zij maken het onderscheid tussen enerzijds contextuele factoren die een goede voedingsbodem zijn voor medicalisering en anderzijds directe determinanten. Bij de contextuele factoren wordt eerst en vooral secularisering genoemd. Geneeskunde heeft de rol van religie als dominante morele ideologie en als instituut van sociale controle, grotendeels overgenomen in geïndustrialiseerde samenlevingen. Deviant gedrag werd getransformeerd van zonde, over misdaad naar ziekte (Conrad & Schneider 1980a). Secularisering gaat gepaard met een ongebreideld geloof in wetenschap, rationaliteit en vooruitgang (Conrad & Leiter 2004), faciliterende factoren voor de bloei van de geneeskunde.

Wat de directe determinanten betreft, onderscheiden Conrad en Leiter (2004) twee soorten: determinanten aan de vraag- en aan de aanbodzijde. Wat de aanbodzijde betreft, werd medicalisering in de tweede betekenis (zie boven),

namelijk als expansie van medische categorieën, in de hand gewerkt door medicalisering in de eerste betekenis, namelijk de toenemende professionele dominantie en monopolisering over alles wat met gezondheid en ziekte te maken heeft (Conrad & Leiter 2004). Aan de vraagrijke situeert zich een groeiend consumentisme. De intolerantie ten aanzien van oncomfortabele lichamelijke condities is samen met de vraag om medische oplossingen groter geworden (Barsky & Borus 1995).

Op theoretisch niveau gaat weinig aandacht naar de determinanten van medicalisering. Gezien de opsplitsing van medicalisering in een micro-, meso- en macrovariant, is ook wat de determinanten betreft een differentiatie wenselijk. De studie van determinanten beperkt zich echter tot empirische studies, zonder echte terugkoppeling naar het algemeen theoretisch kader van medicalisering. In de medicaliseringsliteratuur wordt de aandacht vooral gericht op de gevolgen van de medische controle. Medicalisering heeft gevolgen voor verschillende maatschappelijke domeinen zoals bijvoorbeeld voor individuele vrijheden of justitie, maar deze bespreking is beperkt tot de sociale gevolgen van medicalisering. Dit betekent dat geen uitspraken kunnen gedaan worden over de validiteit van medische definities of diagnoses, de effectiviteit van behandelingen of individuele gevolgen. Sociale gevolgen doen zich immers voor, ongeacht de validiteit en de effectiviteit van medische categorieën en procedures (Conrad & Schneider 1980a). Er is zowel sprake van positieve als negatieve effecten. Positief zijn meer humanisering, tolerantie en minder stigmatisering (Riessman 1983). Negatief zijn dehumanisering, meer stigmatisering, afhankelijkheid van experts, risico's op iatrogenese, dalend bewust zijn van de sociale oorzaken van ziekte (Riessman 1983) en depolitisering (Conrad & Schneider 1980a).

A. De positieve sociale gevolgen van medicalisering

Hoewel sociologen geneigd zijn om vooral de negatieve sociale gevolgen van medicalisering te onderstrepen, zijn ook de positieve gevolgen vermeldenswaardig. Het medische referentiekader stelt gerust en geeft een gevoel van veiligheid. Leken en professionelen hebben vaak een verschillende visie op risico (Kringeland & Moller 2006). De laatsten baseren zich meestal op de statistische kansen waarmee een bepaalde gebeurtenis zich kan voordoen, terwijl de eersten hun risicoanalyse laten hangen van een veelheid aan meer gevoelsmatige factoren. Veel aanstaande moeders stellen vertrouwen in de expertenkennis en technologie. Medische controle betekent

voor hen de bescherming tegen risico's en dus veiligheid, wat bevrijdend kan werken. Anderen zijn meer gericht op hun eigen kunnen en de vrijheid om zelf beslissingen te nemen (Kringeland & Moller 2006). Voor hen betekent medische controle een beperking van keuzemogelijkheden en dus onveiligheid. De vraag die zich vervolgens opdringt, is wat de determinanten zijn van deze uiteenlopende interpretaties van medische controle. Wat bepaalt of medische controle geassocieerd wordt met veiligheid, dan wel met onveiligheid? Hierover zijn geen resultaten van wetenschappelijk onderzoek bekend.

Het medische model biedt een optimistisch beeld van de toekomst. Elk medisch probleem kan opgelost worden wanneer de geschikte behandeling ontdekt en toegepast wordt (Conrad & Schneider 1980a). Medicalisering kan gesitueerd worden in een humanitaire trend waarbij sociale problemen, zoals bijvoorbeeld dronkenschap, niet meer in de eerste plaats als overtreding van de wet, maar wel als ziekte worden benaderd en behandeld. Oplossingen nemen niet langer de vorm aan van straffen, maar van therapie (Conrad & Schneider 1980a). Medicalisering maakt uitbreidingen op de ziekenrol mogelijk. Door afwijkend gedrag te definiëren als ziekte, wordt men ervoor verontschuldigd. Bijgevolg wordt het gevaar voor stigmatisering gereduceerd (Conrad & Schneider 1980a). Ziekte zorgt voor een legitimatie van afwijkend gedrag, zolang de "patiënt" de plichten van de ziekenrol nakomt en beterschap nastreeft door middel van professionele hulp (Conrad & Schneider 1980a). Bovendien is medische sociale controle meer flexibel en efficiënt dan juridische of legale controle (Conrad & Schneider 1980a).

B. De negatieve gevolgen van medicalisering

Geneeskunde werd het eerst door Parsons (1950) geconceptualiseerd als een institutie van sociale controle. Nadien bouwden Freidson (1970) en Zola (1972) daarop verder. Volgens Zola vond medicalisering zijn voedingsbodem in een steeds complexer wordend technologisch en bureaucratisch systeem dat zeer veel vertrouwen stelt in de expert (Zola 1972). De sociale controle functie van geneeskunde gaat vooral uit van de autoriteit die geneeskunde heeft om gedragingen en lichamelijke of mentale condities te definiëren als ziek of gezond (Conrad & Schneider 1980a).

Conrad (1979) omschrijft medische sociale controle als de manieren waarop geneeskunde (doelbewust of niet) toeziet op het conformeren aan sociale normen door deviant gedrag te minimaliseren, elimineren of normaliseren. Hij heeft een typologie opgesteld van de verschillende manieren waarop

medische controle wordt uitgeoefend. Initieel onderscheidt hij medische technologie, medische samenwerking en medische ideologie. Nadien voegt hij er ook nog medisch toezicht (surveillance) aan toe op basis van het werk van Foucault (1986).

De ontwikkeling van medische technologie stelt de geneeskunde in staat om sociale controle uit te oefenen. Deze technologieën kunnen verschillende gedaanten aannemen zoals medicatie, operaties of screening methodes (Conrad 1992). De anticonceptiepil is een schoolvoorbeeld van sociale controle via medicatie. Prenatale screeningsmethodes zoals de triple test, de vlokkentest en echografisch onderzoek, zijn voorbeelden die sociale controle over zwangerschap illustreren. De medische professie treedt zelden op als een onafhankelijke actor, maar werkt vaak samen met andere autoriteiten om sociale controle uit te oefenen (Conrad 1979). Medische samenwerking als vorm van sociale controle doet zich bijvoorbeeld voor bij de arts als *gatekeeper* in een geëchelloneerd zorgsysteem. Artsen controleren de toegang tot de ziekenrol, bijvoorbeeld bij het schrijven van een ziektebriefje dat afwezigheid op het werk legitimeert. Andere voorbeelden zijn de meldingsplicht die artsen hebben met betrekking tot bepaalde ziekten, zoals Creutzfeldt-Jakob en het ontoerekeningsvatbaar verklaren van personen in de context van criminele feiten. Medische ideologie oefent sociale controle uit door gedrag of een bepaalde toestand te definiëren als een ziekte of een stoornis, voornamelijk omwille van de sociale en ideologische voordelen die ermee verbonden zijn (Conrad 1979). De onschuld die door de ziekenrol verondersteld wordt, is daar een voorbeeld van.

Deze vormen van sociale controle zijn ideaaltypes die in combinatie voorkomen. De medische professie heeft niet altijd evenveel invloed op de sociale controle functie (Conrad 1979). Bijvoorbeeld medische ideologie kan bestaan zonder actieve betrokkenheid van artsen en kan bijvoorbeeld gecultiveerd worden door de farmaceutische industrie. Bij medische samenwerking zijn artsen afhankelijk van partners en andere sociale instituties (Conrad 1979). Medische technologie wordt meestal negatief benaderd in de medicaliseringsliteratuur, namelijk als bron van aliënering of controleverlies. Technologie biedt echter ook kansen en kan *empowerment* in de hand werken. Voorbeelden zijn anticonceptie en epidurale analgesie.

Medische sociale controle kan evenwel ook aliënerend werken. Aliënering wordt voornamelijk beschreven door feministische auteurs. In de algemene medicaliseringsliteratuur wordt het weinig of niet geëxpliciteerd, maar wel in

sociologische analyses met betrekking tot bijvoorbeeld zwangerschap en bevalling. Aliënatie in de productiesfeer is de conditie waaronder arbeiders controle over hun werk verliezen in ruil voor een loon. Het is met andere woorden, een toestand waarin hun afhankelijkheid van de markt bevestigd wordt (Esping-Andersen 1990). Naar analogie is aliënatie in de sfeer van reproductie de conditie waaronder vrouwen de controle over hun lichaam, en arbeid en bevalling in het bijzonder inruilen voor de belofte van persoonlijke veiligheid en een gezond kind. Op deze manier wordt eveneens haar afhankelijkheid van het medische model bevestigd en dus ook de sociale controle die het medische model uitoefent. Zoals decommodificatie tot doel heeft het individu onafhankelijk te maken van de markt, zo maakt demedicalisering het individu minder afhankelijk van de professionele hulp van artsen.

Gekoppeld aan het onderscheid tussen het medische en het sociale zorgmodel, willen we wijzen op de gunstige gevolgen van het laatste in vergelijking met het eerste. Onderzoek heeft reeds meermaals aangetoond dat verloskundige zorg in de thuisomgeving of in geboortehuizen, waar een vrouwgeoriënteerde ideologie gevolgd wordt, resulteert in lagere mortaliteitscijfers (Tew & Damstra-Wijmenga 1991; Biro & Lumley 1991), betere Apgar scores¹ (Declercq 1984), minder interventies (Lane 1995) en hogere tevredenheid (Hodnett et al. 2005). Er kan geargumenteed worden dat de vergelijking tussen ziekenhuis- en thuisbevallingen scheef getrokken is en niet anders dan in het voordeel van de thuiscontext kan uitvallen, aangezien alle risicozwangerschappen per definitie in het ziekenhuis terecht komen. Nochtans hebben Tew en Damstra-Wijmenga (1991) aangetoond dat een thuisbevalling in Nederland elf keer veiliger was dan een ziekenhuisbevalling, zelfs wanneer hoge risico's door pariteit en leeftijd in rekening werden gebracht. Op basis van een onderzoek uitgevoerd in 1970, concludeert Tew (1986) dat het risico op mortaliteit en morbiditeit hoger is indien medische interventies toegepast worden, dan wanneer niet. En deze bevinding houdt stand wanneer gecontroleerd wordt voor de hogere risicostatus van ziekenhuisbevallingen. Ze toont aan dat men in een ziekenhuis sneller zal overgaan tot interventies, dan wanneer dezelfde omstandigheden zich voordoen in een GPU (general practitioner maternity unit) of thuis (Tew 1986).

¹ Het berekenen van de Apgar score is een eenvoudige manier om de vitaliteit van de baby na de geboorte na te gaan. Hartritme, ademhaling, spierspanning, reflexen en de kleur van de huid van de baby worden gecontroleerd en krijgen een score van 0 tot en met 2. Dit wordt driemaal herhaald: één minuut, vijf minuten en tien minuten na de geboorte (Finster & Wood 2005).

Ook binnen ziekenhuizen blijken bevallingen onder begeleiding van vroedvrouwen vaak positievere uitkomsten te hebben dan onder begeleiding van artsen (Tew & Damstra-Wijmenga 1991). Daar tegenover staat dat tussen 1980 en 1983, 18 procent van de Nederlandse eerstbarenden en 5,4 procent van de meerbarenden die de intentie hebben thuis te bevallen, toch naar tweedelijnszorg werden doorverwezen tijdens de zwangerschap of de partus. Deze cijfers verdubbelen elke tien jaar (Wiegers et al. 1998b). Dus vrouwen doen meer en meer beroep op medische controle, ook in Nederland.

Sociologen bekritisieren medicalisering vanuit wat sociologie onderscheidt van zusterdisciplines zoals de psychologie, namelijk de aandacht voor sociale context als referentiekader. Het medische model decontextualiseert sociale problemen door ze onder medische controle te brengen. Op die manier worden collectieve sociale problemen geïndividualiseerd (Conrad 1992). Zoals Conrad en Schneider (1980a) argumenteren: *“We tend to look for causes and solutions to complex social problems in the individual rather than in the social system. (...) Rather than seeing certain deviant behaviors as symptomatic of social conditions, the medical perspective focuses on the individual, diagnosing and treating the illness itself and generally ignoring the social situation”* (p. 250). Door de individualisering wordt de oorzaak van het probleem bij het individu gelegd, in plaats van in de samenleving, met als gevolg dat deze niet in vraag gesteld wordt. Door sociale problemen te individualiseren worden ze met andere woorden ook gedepolitiseerd (Conrad & Schneider 1980a). Dit brengt met zich mee dat niet alleen de medische professie, maar ook de overheid baat heeft bij het hanteren en promoten van het medische model. Als sociaal controlemechanisme zorgt het medische model voor maatschappelijke stabiliteit en orde.

Individualisering betekent echter niet dat het individu schuldig wordt bevonden. Integendeel, zoals eerder aan bod kwam, impliceert medicalisering het vervullen van de ziekenrol, wat inhoudt dat de patiënt niet verantwoordelijk is voor zijn toestand. Door de recente evoluties onder impuls van *managed care* en het centraal stellen van levensstijlen en *healthism*, wordt dit voorrecht van de patiënt echter op de helling gezet (zie punt 3.2.2).

Gehuld in de mantel der wetenschap wordt geneeskunde verondersteld objectief en waardenvrij te zijn. Deze vermeende morele neutraliteit is misleidend (Conrad & Schneider 1980a). Aangezien geneeskunde oordeelt over wat wenselijk is en wat niet, is er van morele neutraliteit geen sprake. De autoriteit om het onwenselijke, namelijk ziekte, te definiëren moet wel meer en

meer gedeeld worden met andere actoren zoals de farma-industrie en verzekeringsmaatschappijen.

Aangezien recente ontwikkelingen in de organisatie van gezondheidszorg knagen aan de autoriteit van geneeskunde en andere spelers steeds meer het laken naar zich toehalen, kunnen we ons afvragen of er sprake is van een toenemende mate van demedicalisering.

3.2.1c Demedicalisering of niet? Aanzet tot de tweede generatie

Demedicalisering kan gedefinieerd worden naar analogie met decommodificatie. Decommodificatie is de mate waarin individuen een sociaal aanvaardbare levensstandaard kunnen volhouden, onafhankelijk van hun participatie op de arbeidsmarkt (Esping-Andersen 1990). Op dezelfde wijze kan demedicalisering gedefinieerd worden als de mate waarin individuen een aanvaardbare gezondheid of fysieke conditie kunnen in stand houden, onafhankelijk van het formele gezondheidszorgsysteem. Bijvoorbeeld, de introductie van zwangerschapstests maakt dat vrouwen zonder de hulp van een arts, kunnen vaststellen of ze zwanger zijn. Opnieuw geldt hier het onderscheid tussen micro-, meso-, en macro niveau, of in termen van de typologie van Conrad, interactioneel, institutioneel en conceptueel niveau. Ook de vier betekenissen van medicalisering kunnen toegepast worden, maar dan in omgekeerde richting: het minder toepassen van medische referentiekaders, fenomenen die niet langer medisch gedefinieerd en behandeld worden (bijv. homoseksualiteit), en het terugschroeven of vermijden van iatrogenese. Veeleer dan deze indeling opnieuw te hanteren en uit te werken, geven we er de voorkeur aan om de bestaande literatuur met betrekking tot demedicalisering te exploreren. Daarbij komen de bovenstaande onderscheiden wel aan bod, maar eerder impliciet en niet gesystematiseerd.

In de huidige maatschappelijke context doen zich evoluties voor die zouden kunnen geïnterpreteerd worden als indicatoren van demedicalisering. Bijvoorbeeld de dalende autoriteit van de medische professie, de commodificatie van de gezondheidszorg, een meer actieve patiënt en diffusie van medische kennis onder het grote publiek die aanleiding kan geven tot zelfdiagnose en zelfzorg. Lowenberg en Davis (1994) stellen evenwel dat er zich in termen van (1) de uitbreiding van medische jurisdictie, (2) het niet

verantwoordelijk stellen van de patiënt voor zijn toestand en (3) de superioriteit van de medische professie op het vlak van medische expertise, geen unilaterale beweging voordoet in de richting van noch medicalisering noch demedicalisering. Inzake responsabilisering van het individu en de superieure expertise van de medische professie kan geargumenteed worden dat er sprake is van toenemende demedicalisering: (1) Individuen worden weer meer verantwoordelijk gesteld voor hun gezondheid (Clarke et al. 2003), net doordat ze meer op de hoogte zijn van wat een gezonde levensstijl inhoudt. (2) Het statusverschil tussen patiënten en zorgverleners wordt kleiner, doordat patiënten zich als cliënten gaan gedragen binnen een gezondheidsmarkt waar zij dienstverlening op maat kunnen kiezen. In de professionaliseringsliteratuur is er zelfs sprake van deprofessionalisering en proletarisering van de medische professie, wat gelinkt wordt aan de erosie van hun invloed (Lowenberg & Davis 1994).

Medische kennis en technologie creëert bij de patiënt steeds hogere verwachtingen. Hooggespannen verwachtingen stimuleren op hun beurt opnieuw medicalisering. Zoals eerder vermeld, aanvaardt men niet langer dat er zich complicaties kunnen voordoen, waar ook artsen geen controle over hebben. Bijgevolg zijn artsen geneigd sneller in te grijpen om beschuldigingen achteraf te vermijden. Patiënten hebben bovendien belang bij de medicalisering van problemen. Medicalisering is immers de voorwaarde om op legitieme wijze de ziekenrol te kunnen aan nemen. Patiënten met het chronisch vermoeidheidssyndroom bijvoorbeeld, hebben zich verenigd om druk uit te oefenen op de mutualiteiten om het syndroom te erkennen als ziekte en dus terugbetaling van ziektekosten te bekomen. Anderzijds kunnen ‘patiënten’ zich ook verzetten en de medicalisering afremmen (Ballard & Elston 2005). De demedicalisering van homoseksualiteit is hier een voorbeeld van.

De medische jurisdictie breidt evenwel nog steeds verder uit, de nadruk op gezonde levensstijlen (*healthisme*) indachtig, wat wijst in de richting van nog steeds toenemende medicalisering. Daaruit kan besloten worden dat medicalisering geen éénrichtingsstraat is en dat er sprake is van verschuivingen binnen verschillende dimensies van medicalisering die mekaar kunnen versterken of tegen werken in beide richtingen.

Er is niet zozeer sprake van demedicalisering, maar wel van nieuwe actoren op de gezondheidsmarkt met veranderende machtsrelaties tot gevolg. Medicalisering wordt gedreven door andere motoren, zoals Conrad (2005) dat uitdrukt in zijn publicatie “The shifting engines of medicalisation”.

3.2.2. Tweede generatie medicaliseringsinzichten

In de literatuur vanaf de jaren '90 werden medicaliseringsinzichten uit de jaren '70 en '80 op een aantal punten bijgesteld. De eerste generatie medicaliseringstheorieën beklemtoont de hegemonie van de medische professie, veronderstelt een passieve patiënt en is geschoeid op een relatief eenvoudig gezondheidszorgsysteem waarin artsen en patiënten de voornaamste actoren zijn. Tot hier toe hebben we ons beperkt tot deze eerste generatie medicaliseringsinzichten, met hier en daar reeds verwijzingen naar de veranderde realiteit van de laatste twintig jaar. In wat volgt, wordt medicalisering ingevuld als optimalisering van normale kenmerken en worden de nieuwe evoluties in de gezondheidsmarkten beschreven.

3.2.2a *Het optimaliseren van normale kenmerken*

De nieuwe medicalisering gaat verder dan vroeger, waardoor we in feite een vierde betekenislaag kunnen toevoegen aan de eerder geschetste betekenissen van medicalisering. Clarke et al. (2003) spreken van biomedicalisering. Biomedicalisering gaat veel verder dan controle uitoefenen over lichamen. Het beschrijft de transformatie van biologische processen, lichamen en levens door middel van nieuwe biomedische technologie.

Wat betreft geboorte, zijn transformatie en optimalisering al langer impliciet aan het medische zorgmodel. Zoals eerder beschreven, veronderstelt dit model dat het onvolmaakte vrouwenlichaam door middel van medische interventies kan geperfectioneerd worden. Het optimaliseren van normale kenmerken of processen is echter in een stroomversnelling terecht gekomen en breidt uit naar andere domeinen van zorg. Er worden niet enkel nieuwe medische categorieën of "ziekten" gecreëerd, ook normale kenmerken kunnen geoptimaliseerd worden door middel van medische controle. Dit impliceert in feite een doelverschuiving. Hiermee wordt niet enkel een koersverandering bedoeld, maar ook de tendens van een organisatie om 'eigen' doeleinden te genereren, die de oorspronkelijke doelen gaan overschaduwen (Lammers et al. 1997). Medische technologieën zoals medicatie worden ontwikkeld om pathologieën te behandelen, maar de drempelwaarde van de pathologie schuift steeds verder op naar normale kenmerken die geproblematiseerd worden. Op die manier wordt als het ware een nieuw marktsegment aangeboord. Het is echter niet helemaal duidelijk of het hier doelverschuiving of doelvernieuwing betreft. Doelvernieuwing houdt verandering in van onderuit. Wie de verandering initieert is dus van cruciaal

belang. De farma-industrie heeft baat bij uitbreiding van het marktaandeel en patiënten gaan gretig in op het aanbod. Of is er een duidelijke vraag van de patiënten-consumenten uit? Veel voorbeelden, zoals het gebruik van medicatie zoals Viagra en Paxil, zijn duidelijk het resultaat van een marketing strategie. De vraag van onderuit is moeilijker waarneembaar en meer diffuus, maar daarom niet minder aanwezig. Een voorbeeld is de vraag van zwangeren om te bevallen via keizersnede (Ryding 1993; e.g. Christilaw 2006). De medicaliseringstheorie veronderstelt een asymmetrische arts-patiënt relatie met een dominante medische expert aan de ene kant en een passieve en weinig kritische patiënt aan de andere kant. Dit uitgangspunt is in de nieuwe constellatie niet meer houdbaar. Studies (Calnan 1988; Gabe & Calnan 1989) hebben aangetoond dat het publiek veel kritischer is tegenover geneeskunde dan medicaliseringscritici dachten en patiënten op een actieve manier zorg consumeren.

De tendens om normale kenmerken te optimaliseren kan begrepen worden vanuit de veranderde status van lichamelijkeheid. Het lichaam was vroeger een noodzakelijke voorwaarde tot sociaal handelen. Het was latent aanwezig en vanzelfsprekend totdat het door ziekte of pijn handelen hinderde. Vandaag zijn lichamen projecten voor zo ver ze gecontroleerd, ontwikkeld en onderhouden worden als een integraal onderdeel van de identiteit (Shilling 1993). Het ontwikkelen van een gezond, flexibel en efficiënt lichaam is bepalend voor het verwerven van sociaal succes en past binnen een consumentencultuur (Shilling 2002).

3.2.2b De specificiteit van de tweede generatie

Sinds de jaren tachtig hebben zich belangrijke veranderingen voorgedaan in de organisatie van de gezondheidszorg en de geneeskunde als institutie (Conrad & Leiter 2004; Timmermans & Kolker 2004; Filc 2006). Hier volgt een kort overzicht van de meest relevante veranderingen en hun implicaties voor de medicalisering-demmedicalisering discussie.

A. De actieve patiënt

De consumptiemaatschappij verheerlijkt de keuze van de consument. Ook in de gezondheidszorg heeft de patiënt een actievere rol gekregen in die zin dat de zorg meer vraaggestuurd is, terwijl het vroeger meer aanbodgestuurd was (Hartley 2002). Autonoom keuzes maken inzake zwangerschap en bevalling is een problematisch gegeven voor moeders omdat hun keuzes niet enkel

gevolgen hebben voor zichzelf, maar ook voor hun baby. Enerzijds heeft elk individu het recht om te beslissen over de integriteit van zijn eigen lichaam, maar anderzijds heeft ook elk (ongeboren) kind het recht op de beste kansen. Meestal komen de belangen van moeder en kind overeen, maar indien ze elkaar tegenwerken, doet zich een probleem voor.

De toenemende invloed van de patiënt wordt mede in de hand gewerkt door deprofessionalisering in de geneeskunde.

B. Deprofessionalisering

Deprofessionalisering betekent dat de kenmerken die de medische professie tot een professie maken eroderen. Deze kenmerken zijn het monopolie over gespecialiseerde kennis, de autonomie over de organisatie van hun werk, de afstand tot de arbeidersklasse en de macht over andere beroepsgroepen (Filc 2006). De deprofessionaliserings- en proletariserings-theorie zijn niet van kritiek gespaard gebleven. Beide zijn geschoeid op de Amerikaanse leest (Filc 2006) en moeten derhalve genuanceerd worden voor wat betreft de Europese gezondheidszorgsystemen. Bovendien wordt bij de deprofessionaliserings-theorie de arts-patiënt relatie fel benadrukt, terwijl critici argumenteren dat het hele systeem moet in rekening gebracht worden. Tenslotte wordt de medische professie voorgesteld als een homogeen blok, en wordt interne differentiatie verwaarloosd (Filc 2006). Het antwoord op deze kritieken komt van de interne stratificatietheorie. Deze alternatieve benadering suggereert dat veranderingen in de organisatie van de gezondheidszorg eigenlijk niet meer zijn dan een proces van interne stratificatie waarbij professionele elites gevormd worden die de macht en autonomie in handen houden (Filc 2006). Er dient opgemerkt te worden dat de medische professie altijd al gekenmerkt werd door een variabele mate van heterogeniteit en interne competitie. Alleen verdedigde iedereen binnen dezelfde professie, dezelfde belangen, daar waar die nu tegengesteld kunnen zijn aan elkaar (Filc 2006). Volgens Freidson (1984) werd de interne stratificatie echter geformaliseerd door de nieuwe organisatie van zorg. Maar zolang de medische controle in handen blijft van (een deel van) de medische professie, zijn de begrippen deprofessionalisering en proletarisering inadequaat (Freidson 1984).

Een laatste invalshoek is de theorie van de *countervailing powers*. Volgens de *countervailing powers* redenering van Light (1991; 1997) is deprofessionalisering of proletarisering geen uitkomst, maar slechts een tijdelijke toestand in een voortdurend proces van fluctuerende machtsrelaties. Nieuwe ontwikkelingen zoals *managed care*, groeiend consumentisme, en

evidence based medicine zijn een natuurlijke reactie van andere actoren in de gezondheidsmarkt (Light 1991). Binnen de markt strijden onderling afhankelijke actoren voor middelen. Wanneer één actor het veld domineert, zullen de anderen reageren door zijn machtsbasis te ondermijnen (Light 1991).

C. Veranderingen in de organisatie van de gezondheidszorg

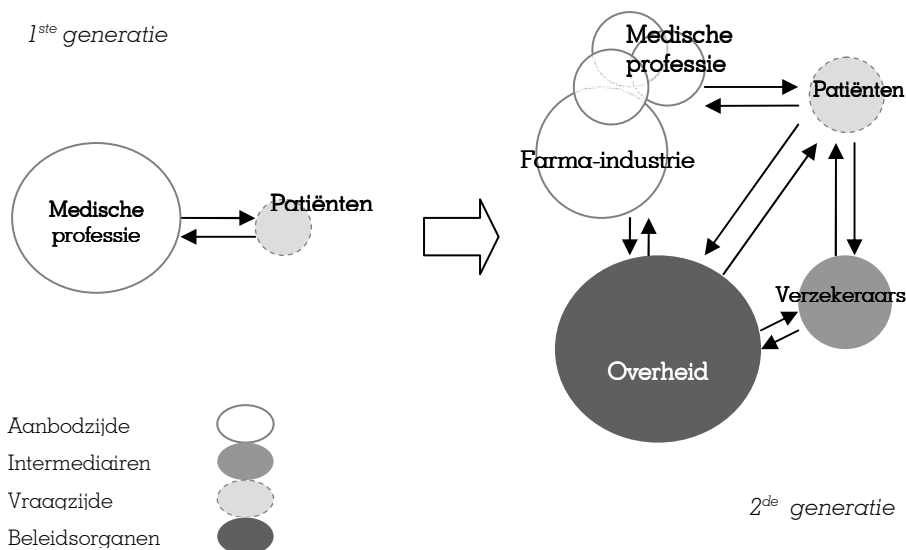
Algemeen deed er zich een machtsverschuiving voor tussen de medische professie en andere sociale instituties (Conrad & Leiter 2004). De nieuwe actoren hebben andere belangen te verdedigen. Daardoor tekenen zich nieuwe manieren van medicalisering af en doet zich een doelverschuiving voor. Het behandelen van pathologieën is één ding, het verbeteren van normale kenmerken een ander.

Nieuwe actoren kregen steeds meer greep op de gezondheidsmarkt. De medische professie is ook in Europa niet langer de enige actor in de medische markt, er manifesteren zich – in institutionele termen – vier types van actoren (Figuur 3.3): (1) organisaties met autoriteit zoals de overheid en beroepsverenigingen, (2) kopers, inclusief individuen en werkgevers, (3) aanbieders, zoals artsen en andere medische beroepsgroepen, ziekenhuizen en de farmaceutische industrie en (4) intermediairen, zoals verzekeringsmaatschappijen (Caronna 2004). Allen proberen zo veel mogelijk invloed te hebben op de medische dienstverlening. Bijkomend zorgen nieuwe medische kennis en technologieën voor een complexer wordend medisch-industrieel complex (Conrad & Leiter 2004). De vier actoren worden in hun handelen gestuurd door heersende institutionele logica's, nl. professionele dominantie, overheidsinterventie, marktmechanismen en management.

De medische markt is niet helemaal vergelijkbaar met de vrije markt zoals we die kennen in economische termen. De verschillen hebben te maken met de asymmetrie in kennis tussen wie zorg aanbiedt en wie zorg consumeert. Patiënten hebben daardoor geen onderhandelingspositie zoals consumenten in een vrije markt systeem (Conrad & Leiter 2004). De gelijkenis met de vrije markt varieert afhankelijk van het type medische markt. Conrad en Leiter (2004) maken een onderscheid tussen markten die gemedieerd worden door derde betalers en private markten. In het eerste type is er een indirecte relatie tussen consumenten en medische producenten of zorgverleners. De derde betaler neemt een intermediaire positie in en komt tussenbeide door te

definiëren wat medisch noodzakelijk is en door te betalen voor die goederen en diensten die ze als medisch noodzakelijk gedefinieerd hebben. In België hebben mutualiteiten bijvoorbeeld onderling afgesproken dat drie echografische onderzoeken nodig zijn tijdens een zwangerschap en derhalve worden er ook "slechts" drie terugbetaald. De goederen en diensten die consumenten niet kunnen bekomen via de gemedieerde markten – die met andere woorden niet terugbetaald worden – worden via de private markt verworven. In deze markt is er sprake van een directe ruilrelatie tussen consument en producent of patiënt en zorgverlener. Private markten ontstaan daar waar verzekeraars een probleem of behandeling niet als medisch noodzakelijk definiëren en derhalve niet terugbetalen. Verzekeraars remmen in dit geval de medicalisering af, maar wat als medisch noodzakelijk wordt beschouwd, is het onderwerp van voortdurende onderhandelingen. Private markten kunnen gemedieerde markten worden en omgekeerd. Verzekeraars hebben dus een stevige machtspositie in medische markten (Conrad & Leiter 2004). De beperkingen die verzekeraars opleggen, beïnvloeden niet noodzakelijk het conceptueel niveau van medicalisering, maar ze regelen wel de toegang tot medische oplossingen op microniveau (Conrad & Schneider 1980b).

Figuur 3.3: Verandering in machtsrelaties tussen actoren in medicaliseringsprocessen



In gemedieerde markten proberen medische producenten de vraag naar hun producten te doen toenemen door hun producten direct te promoten bij de consument (*direct-to-consumer advertising*). Consumenten worden door

middel van doordachte marketing strategieën “bewust” gemaakt van bepaalde symptomen of condities (Arney & Rafalovich 2007). Er wordt met andere woorden een behoefte gecreëerd. De boodschap is dat iedereen er voordeel bij ondervindt. Het publiek wordt aangezet om ongemakken te herdefiniëren in medische termen waardoor een vraag naar het product ontstaat of toeneemt (Conrad & Leiter 2004). De verschuiving van de behandeling van een pathologie naar het verbeteren van normale kenmerken staat daarbij centraal. Op die manier worden de grenzen van normaliteit steeds smaller (Conrad & Leiter 2004). Met andere woorden, medicalisering impliceert standaardisering en dus een reductie van de natuurlijke variatie in de populatie. Wat als normaal wordt beschouwd, wordt teruggedrongen tot een klein gebied rond het gemiddelde.

3.3. Conclusie

De medicaliseringstheorie van de jaren '70 werd ingehaald door de recente ontwikkelingen in de organisatie van de gezondheidszorg en moet derhalve genuanceerd worden. De kennis-, informatie-, risico- en consumptiesamenleving hebben machtsverschuivingen tussen arts en patiënt, evenals binnen de medische professie tot gevolg. Onder impuls van kostenbesparingen en nieuwe technologieën manifesteren zich bovendien nieuwe actoren op de gezondheidsmarkt die de medische dominantie relativeren. Nochtans lijkt het domein van de reproductieve gezondheid eerder immuun aan deze veranderingen. Er zijn zowel argumenten te vinden voor een toenemende als voor een afnemende medicalisering van geboorte. Het potentieel voor verdere medicalisering neemt toe naarmate de wetenschap meer fysiologische oorzaken vindt voor menselijk gedrag (Conrad & Schneider 1980a). Medicalisering kan terrein verliezen door de dalende autonomie van de medische professie en door een minder asymmetrische arts-patiënt relatie. Het beeld van de dominante medische professie en de passieve patiënt is in ieder geval te simplistisch. Patiënten werken actief mee aan een toenemende medicalisering in functie van hun eigen behoeften (Riessman 1983).

Bij het bestuderen van het spanningsveld tussen de actieve en passieve rol van aanstaande moeders binnen de organisatie van zorg, dringen zich een aantal bedenkingen op. Ten eerste mag de rol en de invloed van de partner niet verwaarloosd worden. Partners zijn vanuit hun bezorgdheid en verlangen naar meer actieve participatie in het geboorteproces meer geneigd om

beroep te doen op medische controle dan de vrouwen (Williams & Umberson 1999). Hierover bestaat echter nog maar weinig wetenschappelijk onderzoek. Ten tweede kunnen vrouwen maar kiezen als er keuze is en ze erover geïnformeerd worden. Door de expansie van informatietechnologie kan verwacht worden dat vrouwen meer en meer in staat zullen zijn om geïnformeerde keuzes te maken. Ten derde is er weinig evidentie voor te vinden dat de autoriteit van artsen in het algemeen en gynaecologen in het bijzonder in België en Nederland zou aan het afnemen zijn. De arts-patiënt relatie blijft asymmetrisch en het is onduidelijk in hoeverre patiënten actiever betrokken worden bij beslissingen. Ten vierde moeten we onze visie op medische technologie zodanig nuanceren dat er een onderscheid wordt gemaakt tussen noodzakelijke interventies die levens kunnen redden en overbodige routinematige interventies waarvan aangetoond is dat ze geen meerwaarde opleveren, maar wel een bedreiging kunnen zijn voor het fysieke comfort en de levenskwaliteit. Medicaliseringscritici kunnen dus best de pijlen richten op overbodige interventies en niet op interventies op zich. Cruciaal zijn de wijze waarop medische technologie wordt aangewend en de betekenis die het krijgt. Het effect van medische technologie wordt bepaald door de definitie van de situatie (Thomas & Thomas 1928), afhankelijk van de kennisvoorraad (*stock of knowledge*). Medicalisering omvat meer dan medische controle door middel van technologie (Riessman 1983), het gaat ook over het conceptualiseren van lichamelijke condities als normaal of pathologisch en over ideologie. Met andere woorden, het is niet de technologie op zich, maar degenen die ze gebruiken, hoe ze gebruikt wordt en waarom, die het verschil maken tussen medicalisering en overmedicalisering.

REFERENTIELIJST

- Arney, J. & Rafalovich, A. (2007) Incomplete syllogisms as techniques of medicalization: the case of direct-to-consumer advertising in popular magazines, 1997 to 2003. *Qualitative Health Research* 17, 49-60.
- Ballard, K. & Elston, M.A. (2005) Medicalisation: a multi-dimensional concept. *Social Theory and Health* 3, 228-241.
- Barilan, Y.M. (2002) Medicine as grooming behavior: potlatch of care and distributive justice. *Health* 6, 237-260.
- Barsky, A.J. & Borus, J.F. (1995) Somatization and medicalization in the era of managed care. *Jama-Journal of the American Medical Association* 274, 1931-1934.
- Behague, D.P. (2002) Beyond the simple economics of cesarean section birthing: women's resistance to social inequality. *Culture Medicine and Psychiatry* 26, 473-507.
- Benoit, C., Wrede, S., Bourgeault, I., Sandall, J., DeVries, R. & van Teijlingen, E. (2005) Understanding the social organisation of maternity care systems: midwifery as a touchstone. *Sociology of Health & Illness* 27, 722-737.
- Biro, M. & Lumley, J. (1991) The safety of team midwifery - The 1st decade of the Monash-birth-center. *Medical Journal of Australia* 155, 478-480.
- Branckaerts, J. (1982) Geneeskunde en samenleving. Een plaatsbepaling van de crisisliteratuur en de medicaliseringsstellingen. *Tijdschrift voor Sociologie* 3, 229-253.
- Bryant, J., Porter, M., Tracy, S.K. & Sullivan, E.A. (2007) Caesarean birth: consumption, safety, order, and good mothering. *Social Science & Medicine* 65, 1192-1201.
- Burgess, M.M. (1993) The medicalization of dying. *Journal of Medicine and Philosophy* 18, 269-279.
- Cahill, H.A. (2001) Male appropriation and medicalization of childbirth: an historical analysis. *Journal of Advanced Nursing* 33, 334-342.
- Calnan, M. (1988) Lay evaluation of medicine and medical-practice - Report of a pilot-study. *International Journal of Health Services* 18, 311-322.
- Caronna, C.A. (2004) The misalignment of institutional "pillars": consequences for the US health care field. *Journal of Health and Social Behavior* 45, 45-58.
- Christilaw, J.E. (2006) Cesarean section by choice: constructing a reproductive rights framework for the debate. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 94, 262-268.
- Clarke, A.E., Shim, J.K., Mamo, L., Fosket, J.R. & Fishman, J.R. (2003) Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness, and US biomedicine. *American Sociological Review* 68, 161-194.

- Connelly, R.J. (1998) The medicalization of dying: a positive turn on a new path. *Omega-Journal of Death and Dying* 36, 331-341.
- Conrad, P. (1977) Medicalization, etiology and hyperactivity: a reply to Whalen and Henker. *Social problems* 24, 596-598.
- Conrad, P. (1979) Types of medical social control. *Sociology of health and illness* 1, 1-11.
- Conrad, P. (1992) Medicalization and social-control. *Annual Review of Sociology* 18, 209-232.
- Conrad, P. (2005) The shifting engines of medicalization. *Journal of Health and Social Behavior* 46, 3-14.
- Conrad, P. & Leiter, V. (2004) Medicalization, markets and consumers. *Journal of Health and Social Behavior* 45, 158-176.
- Conrad, P. & Potter, D. (2000) From hyperactive children to ADHD adults: observations on the expansion of medical categories. *Social Problems* 47, 559-582.
- Conrad, P. & Schneider, J. W. (1980a). *Deviance and medicalization. From badness to sickness*. St. Louis: The C.V. Mosby Company.
- Conrad, P. & Schneider, J.W. (1980b) Looking at levels of medicalization - A comment on Strong's critique of the thesis of medical imperialism. *Social Science & Medicine Part A-Medical Sociology* 14, 75-79.
- Crawford, R. (1980) Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services* 10, 365-388.
- Davis-Floyd, R. (2001) The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75, S5-S23.
- Davis-Floyd, R. (1994) The technocratic body - American childbirth as cultural expression. *Social Science & Medicine* 38, 1125-1140.
- 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.
- Declercq, E.R. (1984) Out-of-hospital births, United-States, 1978 - Birth-weight and Apgar scores as measures of outcome. *Public Health Reports* 99, 63-73.
- deVeer, A.J.E. & Meijer, W.J. (1996) Obstetric care: competition or co-operation. *Midwifery* 12, 4-10.
- Donnison, J. (2000). The decline of the midwife. In E. van Teijlingen, G.W. Lewis, P.G. McCaffery, & A.M.D. Porter (Eds.), *Midwifery and the medicalization of childbirth: comparative perspectives* (pp. 101-115). Huntington, New York: Nova Science Publishers, Inc.

- Esping-Andersen, G. (1990). De-commodification in social policy. In *The three worlds of welfare capitalism* (pp. 35-54). Cambridge: Polity Press.
- Filc, D. (2006) Physicians as 'organic intellectuals' - A contribution to the stratification versus deprofessionalization debate. *Acta Sociologica* 49, 273-285.
- Finster, M. & Wood, M. (2005) The Apgar score has survived the test of time. *Anesthesiology* 102, 855-857.
- Foucault, M. (1986). *De geboorte van de kliniek. Een archeologie van de medische blik*. Nijmegen: Sun.
- Foucault, M. (1992). *Geschiedenis van de seksualiteit. De wil tot weten*. (3 ed.) Nijmegen: Sun.
- Fox, B. & Worts, D. (1999) Revisiting the critique of medicalized childbirth - A contribution to the sociology of birth. *Gender & Society* 13, 326-346.
- Freidson, E. (1970). *The profession of medicine*. New York: Dodd, Mead & Co.
- Freidson, E. (1984) The changing nature of professional control. *Annual Review of Sociology* 10, 1-20.
- Gabe, J. & Calnan, M. (1989) The limits of medicine – Women's perception of medical technology. *Social Science & Medicine* 28, 223-231.
- Gilleir, C. (2007) Thuis bevallen in Vlaanderen: een kwestie van reflexiviteit. *Tijdschrift voor Sociologie* 28, 25-51.
- Hartley, H. (2002) The system of alignments challenging physician professional dominance: an elaborated theory of countervailing powers. *Sociology of Health & Illness* 24, 178-207.
- Hillier, S. M. (1982). Medicine and social control. In D. Patrick & G. Scambler (Eds.), *Sociology as applied to medicine* (pp. 175-183). London: Baillière Tindall.
- Hinoult, P. (2001). Delegeren in de gynaecologie: een goede zaak? In *Obgyn.net*. (pp. 264-265).
- Hislop, J. & Arber, S. (2003) Understanding women's sleep management: beyond medicalization-healthicization? *Sociology of Health & Illness* 25, 815-837.
- Hodnett, E.D., Downe, S., Edwards, N. & Walsh, D. (2005) Home-like versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Hopkins, K. (2000) Are Brazilian women really choosing to deliver by caesarean? *Social Science & Medicine* 51, 725-740.
- Illich, I. (1976). *Limits to medicine. Medical nemesis: the expropriation of health*. London: Marion Boyars.
- Kringeland, T. & Moller, A. (2006) Risk and security in childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 27, 185-191.

- Lammers, C.J., Mijs, A.A., & Van Noort, W.J. (1997). *Organisaties vergelijkenderwijs. Ontwikkeling en relevantie van het sociologisch denken over organisaties*. (7 ed.) Utrecht: Het Spectrum B.V.
- Lane, K. (1995). The medical model of the body as a site of risk: a case study of childbirth. In J. Gabe (Ed) *Medicine, Health and Risk - Sociological Approaches*, pp. 53-72. Blackwells, Cambridge.
- Light, D.W. (1991) Professionalism as a countervailing power. *Journal of Health Politics Policy and Law* 16, 499-506.
- Light, D.W. (1997) The rhetorics and realities of community health care: The limits of countervailing powers to meet the health care needs of the twenty-first century. *Journal of Health Politics Policy and Law* 22, 105-145.
- Lowenberg, J.S. & Davis, F. (1994) Beyond medicalisation-demicalisation - the case of holistic health. *Sociology of Health & Illness* 16, 579-599.
- Martens, J.E. (2001). Delegeren in de gynaecologie: een goede ontwikkeling. In *Obgyn.net* (pp. 261-263).
- Martin, E. (2001). *The woman in the body. A cultural analysis of reproduction*. Boston: Beacon Press.
- McKay, S. (1993) Models of midwifery care - Denmark, Sweden, and the Netherlands. *Journal of Nurse-Midwifery* 38, 114-120.
- Parsons, T. (1950). *The social system*. Glencoe, Illinois: Free Press.
- Porter, A.M.D. (2000). The midwife in contemporary industrialised society. In E. van Teijlingen, G.W. Lewis, P.G. McCaffery, & A.M.D. Porter (Eds.), *Midwifery and the medicalization of childbirth: comparative perspectives* (pp. 145-154). Huntington, New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Riessman, C.K. (1983) Women and medicalization - A new perspective. *Social Policy* 14, 3-18.
- Rosecrance, J. (1985) Compulsive gambling and the medicalization of deviance. *Social problems* 32, 275-284.
- Rossol, J. (2001) The medicalization of deviance as an interactive achievement: the construction of compulsive gambling. *Symbolic Interaction* 24, 315-341.
- Ryding, E.L. (1993) Investigation of 33 women who demanded a cesarean-section for personal reasons. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 72, 280-285.
- Shilling, C. (1993) *The body and social theory*. London: Sage.
- Shilling, C. (2002) Culture, the 'sick role' and the consumption of health. *British Journal of Sociology* 53, 621-638.
- SIG Zorginformatie (1992) *Jaarboek verloskunde 1991*. Utrecht: SIG

- Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE) (2005). *Jaarrapport perinatale activiteiten in Vlaanderen 2005*. Brussel: SPE.
- Strong, P.M. (1979) Sociological imperialism and the profession of medicine – Critical examination of the thesis of medical imperialism. *Social Science & Medicine* 13, 199-215.
- Symon, A. (2006) The risk-choice paradox. In A. Symon (Ed.), *Risk and choice in maternity care. An international perspective* (pp. 1-11). Philadelphia: Churchill Livingstone.
- Tew, M. (1986) Do obstetric intranatal interventions make birth safer. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 93, 659-674.
- Tew, M. & Damstra-Wijmenga, S.M.I. (1991) Safest birth attendants: recent Dutch evidence. *Midwifery* 7, 55-63.
- Thomas W.I. en Thomas D. (1928) *The Child in America: behavior problems and programs*. New York: Alfred A. Knopf.
- Timmermans, S. & Kolker, E.S. (2004) Evidence-based medicine and the reconfiguration of medical knowledge. *Journal of Health and Social Behavior* 45, 177-193.
- Turner, B. (1996) *The body and society. Explorations in social theory*. (2 ed.) London: Sage.
- van der Hulst, L.A.M., van Teijlingen, E., Bonsel, G.J., Eskes, M., Birnie, E. & Bleker O.. Dutch women's decision-making in pregnancy and labour as seen through the eyes of their midwives. *Midwifery* (in press).
- van Teijlingen, E. (1994) *A social or medical model of childbirth? Comparing the arguments in Grampian (Scotland) and the Netherlands*. University of Aberdeen.
- van Teijlingen, E. (2005) A critical analysis of the medical model as used in the study of pregnancy and childbirth. *Sociological Research Online* 10, www.socresonline.org.uk/10-2/teijlingen.html.
- van Teijlingen, E., Lowis, G.W., McCaffery, P.G., & Porter, A.M.D. (2000) General introduction to midwifery and the medicalization of childbirth: comparative perspectives. In E. van Teijlingen, G.W. Lowis, P.G. McCaffery, & A.M.D. Porter (Eds.), *Midwifery and the medicalization of childbirth: comparative perspectives* (pp. 1-4). Huntington, New York: Nova Science Publishers, Inc.
- van Wiemeersch, J. (2001) Wordt de gynaecoloog aan- of uitgekleeft? In *Obgyn.net* (pp. 189-192).
- van Lieburg, M.J. & Marland, H. (1989) Midwife regulation, education, and practice in the Netherlands during the 19th-century. *Medical History* 33, 296-320.
- Velle, K. (1986) Medikalisering in België in historisch perspectief: een inleiding. *Revue Belge de Philologie et d'Histoire* 64, 256-285.
- Walsh, D. (2006) Risk and normality in maternity care: revisioning risk for normal birth. In A. Symon (Ed.), *Risk and choice in maternity care. An*

international perspective (pp. 89-99). Philadelphia: Churchill Livingstone.

Weber, M. (1949) *Methodology of the social sciences*. E.A. Shils and H.A. Finch (eds). New York: Free Press.

White, K. (2002) *An introduction to the sociology of health and illness*. London: Sage Publications.

Wiegers, T.A., van der Zee, J. & Keirse, M.J.N.C. (1998a) Maternity care in the Netherlands: the changing home birth rate. *Birth-Issues in Perinatal Care* 25, 190-197.

Wiegers, T.A., van der Zee, J. & Keirse, M.J.N.C. (1998b) Transfer from home to hospital: what is its effect on the experience of childbirth? *Birth-Issues in Perinatal Care* 25, 19-24.

Williams, J.J. (1971) Disease as deviance. *Social Science & Medicine* 5, 219-226.

Williams, K. & Umberson, D. (1999) Medical technology and childbirth: experiences of expectant mothers and fathers. *Sex Roles* 41, 147-168.

Zola, I.K. (1972) Medicine as an institution of social control. *Sociological Review* 20, 487-504.

Hoofdstuk 4: DE ROL VAN WELVAARTSSTATEN EN DE FAMILIALISERING VAN DE ZORG VOOR MOEDER EN KIND

4.1. Inleiding

Tot hier toe werden de Vlaamse en Nederlandse organisatie van perinatale zorg bekeken vanuit professionaliseringstheorie enerzijds en het medicaliseringsdenken anderzijds. Bij de eerste werd vooral gefocust op de evolutie in inter-professionele relaties tussen artsen en vroedvrouwen/verloskundigen om de huidige machtsverhoudingen te begrijpen. Bij de laatste werden het medische en het sociale zorgmodel, waar respectievelijke Vlaanderen en Nederland vertegenwoordigers van zijn, gekoppeld aan het medicaliseringsdenken ten einde inzicht te verwerven in de verschillende betekenislagen waarop medicalisering zich manifesteert. Hieruit moet blijken dat de Vlaamse en Nederlandse organisatie van zorg niet eenduidig op het medicaliserings-demicaliseringscontinuüm kunnen gesitueerd worden. Om daartoe te komen moet (1) rekening gehouden worden met de niveaus en betekenislagen van (de)medicalisering en (2) is een historische benadering nodig waarbij de theorie op systematische wijze aan de empirie wordt getoetst (zie hoofdstuk 6 t.e.m. 13).

In deze bijdrage wordt een derde perspectief geïntroduceerd. Perinatale zorgverlening maakt deel uit van een gezondheidszorgsysteem dat ingebed zit in het beleid van een welvaartsstaat. De interactie tussen keuzes van de welvaartsstaat en de manier waarop zorg georganiseerd wordt binnen gezinnen, verschilt voor Vlaanderen en Nederland. Deze benadering moet een derde venster openen om de Vlaams-Nederlandse verschillen te begrijpen.

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 et al. 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 heeft een kind in Nederland een veel grotere kans om thuis en zonder medisch ingrijpen geboren te worden dan in Vlaanderen. Deze verschillende kansen worden gecreëerd door verloskundige zorgsystemen die fundamenteel van elkaar verschillen. Het Nederlandse beantwoordt meer aan het ideaaltype van het sociale model dat gepaard gaat met een vrouwgeoriënteerde ideologie (van Teijlingen 2005), terwijl het Belgische meer gekenmerkt wordt door het medische model met biomedische ideologie. Het doel van deze bijdrage is inzicht te verwerven in de keuzes van welvaartsstaten die hiertoe geleid hebben.

Overal ter wereld verwijzen vroedvrouwen naar Nederland om aan te tonen dat thuis bevallen geen archaïsche idee is, maar verzoenbaar met de maatschappelijke context van westerse geïndustrialiseerde landen (Lips et al. 2001; Smeenk & ten Have 2003; van Teijlingen 2003). Talrijke publicaties (van Teijlingen 1994; Wiegers et al. 1998; DeVries 2001; DeVries et al. 2001; DeVries 2004; Benoit et al. 2005) doen pogingen om het unieke Nederlandse verloskundige systeem te verklaren. Zowel culturele als structurele factoren worden bij de analyse betrokken.

Verder bouwend op auteurs zoals van Teijlingen, DeVries, Wrede en Benoit, 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 geopteerd wordt voor defamilialisme en medicalisering, 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.

In wat volgt worden de verschillen in organisatie van verloskundige zorg in Vlaanderen en Nederland verklaard vanuit verschillende keuzes van de Belgische en Nederlandse welvaartsstaten enerzijds en de verschillende professionaliseringstrajecten van de genees- en verloskundigen anderzijds.

4.2. Welvaartsstaten, familialisering en medicalisering

4.2.1. Decommodificatie 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 geïnstitutionaliseerd is. De institutionalisering van het medische en/of sociale model is het gevolg van keuzes gemaakt door de Belgische en Nederlandse welvaartsstaat.

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, maar leunen sterk aan bij de Scandinavische cluster (Esping-Andersen 1990a p.51). 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). Hoewel beide landen in de buurt komen van de Scandinavische cluster worden ze allebei

geclassificeerd onder de christendemocratische cluster (Vankersbergen & Becker 1988; Esping-Andersen 1990b; Kremer 2007). Ze kunnen echter wel onderling gedifferentieerd worden door gebruik te maken van Lewis' gender modellen (Kremer 2007). 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).

Decommodificatie wordt niet enkel gerealiseerd door middel van herverdelingsmechanismen. Kautto (2002) wijst erop dat welvaarstaten ook instaan voor het leveren van diensten, zoals gezondheidszorg. Deze uitbreiding in acht genomen, betekent decommodificatie de mate waarin de toegang van een individu tot gezondheidszorg afhangt van zijn marktpositie en dus ook in welke mate de gezondheidszorg door marktprincipes gedirigeerd wordt. Bambra (2005) toont aan dat België en Nederland van elkaar verschillen in termen van decommodificatie in de gezondheidszorg: Nederland schuift verder op in de richting van meer privatisering, en dus minder decommodificatie.

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. Defamilialisering maximaliseert met andere woorden het 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 ondersteund worden 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 et al. 2007), 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. Ze (Leitner 2005) beschrijft vier ideaaltypes van familialisme. Expliciet familialisme versterkt de zorgfunctie van het gezin zonder alternatieven te voorzien. 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. Optioneel familialisme versterkt de zorgfunctie van het gezin, maar biedt wel uitbestedingsmogelijkheden aan. Gezinnen krijgen met andere woorden 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.

4.2.2. (De)familialisering en (de)medicalisering in Vlaanderen en Nederland

Hoewel België en Nederland beide doorgaan als conservatieve welvaartsstaten, stellen we vast dat zorgtaken in België veelal uitbesteed worden, terwijl ze in Nederland in sterkere mate door het gezin vervuld worden. Gekoppeld aan medicalisering van geboorte, betekent dit in Vlaanderen quasi volledige institutionalisering, terwijl in Nederland geijverd wordt voor ambulante bevallingen. Figuur 4.1 laat de verschillen tussen Vlaanderen en Nederland zien in termen van decommodificatie, defamiliasering en demedicalisering.

Figuur 4.1: (De)familisering en (de)medicalisering in de verloskundige zorg in Nederland en Vlaanderen

	NEDERLAND	VLAANDEREN
Deommodificatie van arbeid	Conservatieve welvaartsstaat	Conservatieve welvaartsstaat
Defamilisering van zorg	Optioneel familialisme	Defamilialisme
Demedicalisering van geboorte	Sociaal model	Medisch model

In Tabel 4.1 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 familialiseringcontinuüm 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 familialiseringssystemen, de zorg gedragen wordt door gezinnen, betekent dit in feite door vrouwen. Tabel 4.1 toont aan dat er een onderscheid kan gemaakt worden tussen rechtstreekse defamilialisering en onrechtstreekse, via familialisering voor mannen. Familialiserende structuren voor mannen, zoals vaderschapsverlof, verlagen de zorglast voor vrouwen en hebben dus een onrechtstreeks defamilialiserend effect. Echter het omgekeerde geldt niet: defamilialisering voor vrouwen, heeft niet noodzakelijk een familialiseringseffect voor mannen, gezien er nog een derde optie is, namelijk het uitbesteden van zorgtaken.

Tabel 4.1: Indicatoren van (de)familialisering

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

^a BRON: OECD Statistical profile of Belgium/the Netherlands 2006

stats.oecd.org/wbos/viewhtml.aspx?queryname=309&querytype=view&lang=en
stats.oecd.org/wbos/viewhtml.aspx?queryname=325&querytype=view&lang=en

^b BRON: United Nations statistics division

unstats.un.org/unsd/demographic/products/indwim/statistics.htm#Work

^c BRON: OECD publicatie (2006) Starting strong II: early childhood education and care.

^d BRON: 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 BRON: Prismant, Landelijke LMR-informatie cognosserver.prismant.nl/cognos7/cgi-bin/ppdscgi.cgi?DC=Q&E=/Prisma-Landelijke-LMR/Landelijke+LMR-informatie+-+Specialismen (geraadpleegd op 25-11-2005)

^l Enkel voor Vlaanderen

^m Bronkaers, J.; De Belie, M.; Corveleyn, T.; De Paepe, R. (2006) *Nomenclatuur Vroedvrouwen: beschrijvende studie uitgaven 2000-2004, Inter mutualistisch Agentschap.*

4.2.2a 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 gaat uit werken (Henkens et al. 1993). In 2005 was 46 procent van de Belgische vrouwen niet tewerkgesteld versus 35 procent van de Nederlandse (Tabel 4.1). 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 geopperd worden zijn een gebrek aan kinderopvang (Plantenga et al. 1999) en culturele factoren zoals de zorgcultuur van Nederlandse moeders (Den Dulk et al. 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 defamilialisering 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.

4.2.2b 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 onrechtstreeks defamilialiserend effect voor vrouwen en dit meer in België dan in Nederland. Hetzelfde geldt voor ouderschapsverlof. 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 4.1). 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 sterker familialiserend beleid voert voor mannen en dus onrechtstreeks defamilialiserend voor vrouwen, in vergelijking met Nederland.

4.2.2c 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 (Wiegiers 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 et al. 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 et al. 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 2007α) (Tabel 4.1). 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 verwacht worden 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.

4.2.2d Kinderopvang

België heeft reeds een lange traditie van geïnstitutionaliseerde kinderopvang (Leitner 2005), terwijl Nederland een geschiedenis heeft van relatief weinig voorzieningen voor kinderopvang (Henkens et al. 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 Belgische vrouwen is dit 28 procent (OECD 2006). In België kunnen kinderen naar de kleuterschool vanaf de leeftijd van 2,5 jaar, in Nederland vanaf 4 jaar (Tabel 4.1). Dit betekent dat de periode tussen het einde van het moederschapverlof en het moment dat kinderen beginnen naar school te gaan, kleiner is in België dan in Nederland (Henkens et al. 1993). In beide landen wordt voorschoolse opvang georganiseerd. Twee derde van de Nederlandse voorschoolse kinderopvang wordt gesponsord door de staat. In België wordt aan de kost van voorschoolse opvang tegemoet gekomen door het in vermindering te brengen van de belastingen (OECD 2006).

In België zijn wat kinderopvang betreft zowel defamilialiserende (bijv. kinderdagverblijven, onthaalmoeders, kleuterschool vanaf jonge leeftijd) als familialiserende (ouderschapsverlof, tijdskrediet) structuren aanwezig, waardoor kan besloten worden 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 impliciet familialisme naar een zwakke vorm van optioneel familialisme, doordat ook daar zowel familialiserend als defamilialiserende structuren aanwezig zijn. Henkens et al. vonden in 1993 dat kinderopvang minder impact heeft op de tewerkstelling van Belgische dan van Nederlandse vrouwen (Henkens et al. 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 België, respectievelijk 77,5 en 62 procent (Tabel 4.1).

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 België vooral ouderschapsverlof een familialiserend effect heeft. De defamilialiserende indicatoren in Nederland zijn voornamelijk onrechtstreeks via ouderschapsverlof opgenomen door mannen. In België zijn vooral de institutionalisering van geboorte, de relatief lange hospitalisering na een bevalling en de mogelijkheden tot en het gebruik van kinderopvang, indicatoren van het aanmoedigen van tewerkstelling van moeders en het uitbesteden van zorgtaken, en dus rechtstreekse defamilialisering. Derhalve kunnen we besluiten dat België een sterkere uitbestedingspolitiek voert met betrekking tot zorgtaken, terwijl Nederland de zorg vooral naar de gezinnen dirigeert. In termen van de typologie van Esping-Andersen (1990b) impliceert dit dat België – wat zorg betreft – een meer sociaaldemocratisch karakter heeft door actief de tewerkstellingskansen voor vrouwen te maximaliseren (defamilialisme). Nederland daarentegen is met betrekking tot zorg een meer uitgesproken conservatieve welvaartsstaat, doordat familialisering net de tewerkstellingskansen van vrouwen vermindert en de traditionele zorgrelaties bevestigt (Orloff 1993).

4.3. Gender doorkruist de familialisering, 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 & Kremer 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). Ondanks de sterk familialiserende structuren, zou Nederland kunnen 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 verschillen in de lonen van mannen en vrouwen zijn er minder groot dan in België en een groter deel van de mannen gaat er deeltijds werken (15 versus 6 procent) (United Nations Statistics Division 2007). 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 omdat vooral vrouwen er gebruik van maken. Rechtstreeks en onrechtstreeks 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 heeft onbedoelde geslachtsongelijkheid bevorderende gevolgen. Het *male breadwinner* model wordt impliciet

gehandhaafd: vrouwen gaan deeltijds werken (want verdienen minder dan hun partners), laten carrière plannen varen en blijven afhankelijk 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 structuren.

Het profiel van Nederlandse en Belgische thuisbevallers, verschilt met betrekking tot participatie op de arbeidsmarkt. Kleiverda et al. (1991) rapporteren dat Nederlandse vrouwen die wensen thuis te bevallen, in vergelijking met degenen die in een ziekenhuis willen bevallen, ouder zijn, hoger opgeleid, een betere job hebben en die ook na de geboorte willen verder zetten, en minder traditionele attitudes hebben tegenover geslachtrollen. DeVries daarentegen rapporteert op basis van cijfers uit de "Dutch National Survey of General Practice" (Nivel 1995) dat laag opgeleide vrouwen meer kans hebben om thuis te bevallen. In België blijken vrouwen die kiezen voor een thuisbevalling niet van leeftijd te verschillen van vrouwen die in een ziekenhuis bevallen, maar wel hoger opgeleid te zijn, te beschikken over een lager inkomen, minder vaak beroepsactief te zijn en minder normconform of meer reflexief (Gilleir 2007). Dus, in Vlaanderen worden vooral hoger opgeleide vrouwen met een non-conform waardepatroon aangetrokken door thuis bevallen (demedicalisering), terwijl in Nederland het eerder laag opgeleiden zijn die participeren op de arbeidsmarkt – zij het misschien deeltijds – en in België niet. Dus in een welvaartsstaat waar familialisering overheersent (Nederland), maken laag opgeleide vrouwen die zorg verkiezen boven werk, een gedemedeceerde keuze (weg van het ziekenhuis), terwijl in een defamilialiserende welvaarsstaat (België), hoog opgeleide vrouwen die zorg verkiezen boven werk, een gedecommodificeerde keuze maken (weg van arbeid). Dit betekent dat de plaats die vrouwen kiezen om te bevallen, iets zegt over hun houding tegenover geïnstitutionaliseerde verwachtingen, zowel op het vlak van medicalisering van geboorte, als familialisering van kindzorg. Meer concreet, Nederlandse vrouwen die in een ziekenhuis bevallen en Belgische vrouwen die thuis bevallen, zetten zich af tegen vanzelfsprekende verwachtingen inherent aan respectievelijk het sociale en medische model. Belgische thuisbevallers scoren hoog op non-conformiteit (Gilleir 2007), verzetten zich tegen het gangbare medische model en tegen de defamilialiserende structuren (door niet buitenshuis te werken). Op basis van

deze logica verwachten we dat non-conforme Nederlandse vrouwen bewust (dus niet omwille van medische redenen) zullen kiezen voor een ziekenhuisbevalling (eventueel daghospitalisatie), zich afzettend tegen het sociale model, en (voltijds) buitenshuis zullen werken, tegen het familialisierende beleid in.

Hoewel gender interfereert met de familialisering van zorg, en er daardoor een rechtstreekse en onrechtstreekse 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. Medicalisering van zorg, heeft enkel een rechtstreeks defamilialiserend effect, in die zin dat gezinnen ontlast worden, door 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.

4.4. Conclusie

Door middel van crossnationale vergelijking werd inzicht verkregen in de rol van welvaartsstaten bij het construeren van verloskundige zorgstructuren. Nederland en België worden in de typologie van Esping-Andersen gecategoriseerd als conservatieve welvaartsstaten, maar ze verschillen meer dan op het eerste gezicht blijkt. 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, en moet gezien worden als een middel dat de kans op het bereiken van het vooropgestelde doel maximaliseert. De keuze wordt 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 enkel de obstetrische praktijk, en dus het medische model, geïnstitutionaliseerd.

Door inzichten uit de welvaartsstatenliteratuur te combineren met het medicaliseringsdenken, 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 het begrip defamilialisering geïntroduceerd, waarmee wordt verwezen naar de onafhankelijkheid van

gezinsrelaties voor het in standhouden van individueel welbevinden. Een mogelijke kritiek is echter dat het dit een eerder negatieve benadering van zorgtaken impliceert (Kremer 2007), namelijk als ondergeschikt of minderwaardig aan betaald werk.

Onze drie belangrijkste conclusies zijn, ten eerste dat de verschillende positie van de Belgische en Nederlandse welvaartsstaten op het familialisering- en medicaliseringscontinuüm, de verschillende zorgsystemen in deze landen kan verklaren. Defamiliserende welvaartsstaten – zoals België – vergemakkelijken de tewerkstelling van de vrouw en verkleinen de zorgfunctie van het gezin. In België gaat dit gepaard met een quasi volledige institutionalisering van geboorte, wat hospitalisering en dus medicalisering impliceert. De perinatale zorg wordt uitbesteed aan materniteiten. Deze medicalisering van geboorte is er tegelijk een indicator van defamilialisme. België voert een meer defamilialiserend beleid dan Nederland, en vindt daardoor – wat zorg betreft – meer aansluiting bij de sociaaldemocratische welvaartsstaten. De inspanning die welvaartsstaten doen om arbeid te decommodificeren, doet vooral deeltijds werken en dus familialisering toenemen. Dit is vooral het geval in Nederland, waar het gezin als private verschaffer van welvaart een grotere rol vervult dan in België, wat zich in de reproductieve fase doorvertaalt naar thuis of in daghospitalisatie bevallen. De Nederlandse staat voorziet kraamhulp om de gezinnen thuis te ondersteunen. Nederland kent ook defamilialiserende structuren zoals kinderopvang en ouderschapsverlof, maar deze zijn minder ontwikkeld dan in België. Volgens de typologie van Leitner (2003) is de perinatale zorg in Nederland een voorbeeld van optioneel familialisme, aangezien (dag)hospitalisatie wel steeds een bereikbaar alternatief vormt.

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. Familialisme en het sociale model krijgen met andere woorden 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 afgestemd zijn. 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 fulltime job geen beroep kunnen doen op kraamhulp of kinderopvang (bijv. omdat het aanbod te klein is), noch op goed geregeld ouderschapsverlof, kan dit aanleiding geven tot ontevredenheid. 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.

Ten derde moet familialisering gedifferentieerd worden 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 gehouden worden met het feit dat ten eerste, vrouwen zich heel sterk identificeren met hun rol als moeder of zorgverlener (Knijn & Kremer 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 kindercare, maar kunnen ook toegepast worden op andere domeinen, zoals ouderenzorg, ziekenzorg of huishoudelijke taakverdeling.

Samengevat, de gevolgen van staatsinterventie voor verloskundige zorg verschillen in België en Nederland. België voert een voornamelijk defamilialiserend beleid dat medicalisering in de hand werkt door geboorte te institutionaliseren. 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 familialiserende als defamilialiserende structuren manifesteren en het sociale en het medische model naast elkaar bestaan. Het sociale model wordt er geschaagd door semi-professionele verloskundigen. Zorgtrajecten starten er in eerste lijn bij een verloskundige of

huisarts en eindigen in eerste- of tweedelijns afhankelijk van het verloop van de zwangerschap en de baring.

Professionalisering, medicalisering en familialisering verwijzen elk naar macroprocessen, die zonder twijfel gevolgen hebben voor hoe individuele vrouwen binnen hun institutionele setting bevallen. De klemtoon ligt hierbij op de crossnationale verschillen. Er is echter ook intra-landelijke variatie, die door deze macroprocessen onderbelicht wordt. De organisatie van zorg kan ook benaderd worden van onderuit, namelijk door individuele preferenties te bestuderen (Kremer 2007). Op die manier komt de variatie in bevallingswijzen binnen Vlaanderen en Nederland in beeld. Een sociaalpsychologische benaderingswijze is hierbij onontbeerlijk. De samensmelting van de macrostructurele en de individuele preferentie of culturele benaderingen, mondt uit in de hypothese dat welvaartsstaatvoorzieningen, dus ook gezondheidszorg, enkel effectief zijn wanneer ze passen in de individuele preferenties en levensstijl van vrouwen. In de empirische bijdragen wordt geprobeerd om de micro en macrosociologische inzichten aan elkaar te koppelen. Immers vrouwen gedragen zich volgens hun preferenties binnen de grenzen die de institutionele context heeft uitgezet.

REFERENTIELIJST

- Administratie planning en statistiek (APS) (2004). *Algemene omgevingsanalyse Vlaanderen 2004 - Sociaal-culturele ontwikkelingen*.
- Bambra, C. (2005) Cash versus services: 'Worlds of welfare' and the de-commodification of cash benefits and health care services. *Journal of Social Policy* 34, 195-213.
- Benoit, C., Wrede, S., Bourgeault, I., Sandall, J., DeVries, R. & van Teijlingen, E. (2005) Understanding the social organisation of maternity care systems: midwifery as a touchstone. *Sociology of Health & Illness* 27, 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.
- Christiaens, W. & Bracke, P. (2007) Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. *Midwifery* doi:10.1016/j.midw.2007.02.001 (to be published).
- Coffie, D., Wiegers, T. & Schellevis, F. (2003) Het gebruik van verloskundige zorg en kraamzorg. *Tijdschrift voor verloskundigen* 315-320.
- 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, 219-234.
- DeVries, R. (2001) Midwifery in the Netherlands: vestige or vanguard? *Medical Anthropology* 20, 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.
- Delsen, L. (1998) When do men work part time? In J. O'Reilly & C. Fagan (Eds.), *Part-time prospects* (pp. 57-76). 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.
- 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, 132-136.
- Esping-Andersen, G. (1990a) De-commodification in social policy. In *The three worlds of welfare capitalism* (pp. 35-54). Cambridge: Polity Press.

- Esping-Andersen, G. (1990b) The three political economies of the welfare state. In *The three worlds of welfare capitalism* (pp. 9-34). Cambridge: Polity Press.
- Esping-Andersen, G. (1999) *Social foundations of post-industrial economies*. Oxford: Oxford University 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, 25-51.
- 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, 83-99.
- Henkens, K., Siegers, J., & Van Den Bosch, K. (1993) Married women on the labour market: a comparative study of Belgium and the Netherlands. 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* (pp. 77-99). Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.
- Kautto, M. (2002) Investing in services in West-European welfare states. *Journal of European Social Policy* 12, 53-65.
- Kerssens, J.J. (1994) Patient satisfaction with home-birth care in the Netherlands. *Journal of Advanced Nursing* 20, 344-350.
- Kleiverda, G., Steen, A.M., Andersen, I., Treffers, P.E. & Everaerd, W. (1991) Place of delivery in the Netherlands - Actual location of confinement. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology* 39, 139-146.
- Knijn, T. & Kremer, M. (1997) Gender and the caring dimension of welfare states: toward inclusive citizenship. *Social Politics* 4, 328-361.
- Kremer, M. (2007) *How welfare states care. Culture, gender and parenting in Europe*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Lamkaddem, M. & Wieggers, T. (2004) *Monitoring kraamzorg* Utrecht: Nivel.
- 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, 353-375.
- Leitner, S. (2005) Conservative familialism reconsidered: the case of Belgium. *Acta Politica* 40, 419-439.
- Lewis, J. (1992) Gender and the development of welfare state regimes. *Journal of European Social Policy* 2, 159-173.
- Lewis, J. (2006) Gender and welfare in modern Europe. *Past & Present* 39-54.

- 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, 158-162.
- Oakley, A. (1983) Social-consequences of obstetric technology - The importance of measuring soft outcomes. *Birth-Issues in Perinatal Care* 10, 99-108.
- OECD (2006) *Starting strong II: early childhood education and care*. 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, 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, 800-806.
- Plantenga, J. (1996) For women only? The rise of part-time work in the Netherlands. *Social Politics* 3, 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, 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. cognosserver.prismant.nl/cognos7/cgi-bin/ppdscgi.cgi?DC=Q&E=/Prisma-Landelijke-LMR/Landelijke+LMR-informatie+-+Specialismen.
- Prismant (2007b) Landelijke LMR-informatie - Verrichtingen. cognosserver.prismant.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* www.savethechildren.org/publications/mothers/2007/SOWM-2007-final.pdf.
- Smøenk 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, 153-165.
- United Nations Statistics Division (2007). 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*. University of Aberdeen.
- van Teijlingen, E. (1999). Maternity home care assistants in the Netherlands. In E. van Teijlingen, G.W. Lowis, P.G. McCaffery, & M. Porter (Eds.), *Midwifery and the medicalization of childbirth: comparative perspectives* (pp. 163-172). Huntington, New York: Nova Science Publishers, Inc.
- 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*, 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 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*, 633-651.
- Vankersbergen, 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.
- 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*, 190-197.
- Wrede, S., Benoit, C., & Sandall, J. (2001) The state and birth/the state of birth. Maternal health policy in three countries. In R. DeVries, C. Benoit, E. van Teijlingen, & S. Wrede (Eds.), *Birth by design. Pregnancy, maternity care, and midwifery in North America and Europe* (pp. 28-50). 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*, 35-44.

Hoofdstuk 5: METHODOLOGIE EN ONDERZOEKSONTWERP

... DE ARBEID

5.1. Een comparatief onderzoek: voorbereiding en opzet

Bij het bestuderen van zwangerschap en bevalling, is het goed om bewust om te gaan met de positie van sociale wetenschapper. Enerzijds, gaat die gepaard met het innemen van de rol van '*disinterested observer*' (Schutz 1966), wat een zekere neutraliteit impliceert. Anderzijds, maakt de lichamelijke component van kinderen baren, *role taking* zeer moeilijk zonder ervaring dienaangaande. Er is een zekere hoeveelheid basiskennis en voeling met de situatie nodig om tot zinvolle vragen en antwoorden te komen. Derhalve was het aangewezen om de eigenlijke kwantitatieve dataverzameling te laten vooraf gaan door een kennismaking met de specifieke leefwereld van zwangere en bevallende vrouwen. De onderdompeling werd gerealiseerd door het doornemen van de gepopulariseerde zwangerschaps- en bevallingslectuur voor dummies, het bijwonen van infoavonden voor aanstaande moeders, gesprekken met sleutelfiguren zoals huisartsen, vroedvrouwen, gynaecologen en parturiëntes en tenslotte de observatie van bevallingen zowel in een thuis- als een ziekenhuisomgeving. Op die manier werd een soort van *tacit knowledge* verworven die belangrijk was bij het verder uitkristalliseren van de probleemstelling, het opzetten van de dataverzameling en de interpretatie van de data. Hoewel het belang van deze voorbereidende fase niet mag onderschat worden, zal in wat volgt enkel in gegaan worden op de kwantitatieve dataverzameling, gezien de analyse van de survey data in dit proefschrift centraal staat.

De eerder geschetste doelstellingen vergen een doorgedreven comparatieve aanpak. Het comparatieve karakter komt tot uiting in zowel ruimte als tijd. Ten eerste, vraagt het in verband brengen van macrosociologische processen met de sociale psychologie van individuen op zijn minst een vergelijking van

groepen die blootgesteld zijn aan andere institutionele en structurele condities. Crossnationaal onderzoek was hier het antwoord. Het vergelijken van gezondheidszorgsystemen kan overigens antwoorden bieden op de vraag naar informatie met betrekking tot gedrag en attitudes inzake gezondheidszorg, relevant voor de formele organisatie van zorg. Ten tweede, kunnen de determinanten en gevolgen van individuele keuzes enkel geanalyseerd worden indien ze niet op hetzelfde moment bevroegd worden. De geboorte van een kind is immers zo een ingrijpende gebeurtenis dat we kunnen veronderstellen dat ervaringen die eraan vooraf gaan een andere interpretatie krijgen in het licht ervan. Of zoals Oakley het probleem van retrospectief bevragen beschrijft: " (...) *the main problem with retrospective interpretations is that subsequent experience can play the trick of laying new meanings on old events*" (1992:1).

5.2. Populatie en steekproef

In Vlaanderen en Nederland werden twee steden uitgezocht. De selectie werd gestuurd door (1) pragmatische redenen, zoals bereikbaarheid en (2) demografische vergelijkbaarheid. In Vlaanderen was Gent een voor de hand liggende keuze. Gent is onze thuisbasis evenals de stad waar de Universiteit Gent gevestigd is. Onze kennis over het ziekenhuislandschap in Gent (o.a. door mijn eerdere tewerkstelling als wetenschappelijk medewerker op de Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg), evenals de uitstraling van onze universiteit binnen de stad, maken dat de toegang tot Gentse ziekenhuizen op efficiëntere wijze verwezenlijkt kon worden dan in een andere Vlaamse stad. Bij het oversteken van de grens met Nederland is Tilburg de eerste universiteitsstad die met Gent kan vergeleken worden.

Tabel 5.1: Socio-demografische kenmerken van Gent en Tilburg¹

	GENT	TILBURG
Aantal geboorten	2 931 (2004)	2 400 (2004)
Aantal overlijdens	2 594 (2004)	1 704 (2004)
Totale bevolking	230 734 (2004)	199 065 (2004)
Aantal allochtonen	16 130 (2004)	26 401 (2004)
Percentage allochtonen	6,99 (2004)	13,3 (2004)
Vrouwen in reproductieve leeftijd (15-44 j)	48 139 (2005)	45 227 (2005)
Aantal geboortes per 1000 vrouwen	60,8	53,1
Oppervlakte	156,18 km ²	118,83 km ²
Bevolkingsdichtheid	1 478,74/km ²	1 675,00/km ²

¹ BRON: www.gent.be; www.tilburg.nl (geraadpleegd op 25-11-2006)

Op basis van Tabel 5.1 wordt duidelijk dat Tilburg over het algemeen iets kleiner kan genoemd worden dan Gent, zowel in termen van totale bevolking (199 065 versus 230 734 inwoners) als in oppervlakte (119 versus 156 km²). Tilburg kent echter wel een hogere bevolkingsdichtheid (1 675 versus 1 479 inwoners/km²) en een grotere groep allochtonen (26 401 versus 16 130). Er zijn minder geboorten (2400 versus 2931) en het aantal vrouwen in de reproductieve leeftijd ligt lager (45 227 versus 48 139).

In zowel Gent als Tilburg moesten we toegang krijgen tot zwangere vrouwen ongeacht de plaats van de bevalling. De populatie zwangere vrouwen op een bepaald moment in de tijd, kan beschouwd worden als een *hidden population*. Dit betekent dat de totale groep zwangere vrouwen van een bepaald moment niet gekend is. Er bestaan geen lijsten waaruit een steekproef getrokken kan worden. Dit impliceert dat een *simple random sample design* (d.i. een enkelvoudige willekeurige steekproef) uitgesloten is. In de plaats daarvan werd er gewerkt met een '*nonrandomized repeated measurement design*', waarmee wordt bedoeld dat gericht vrouwen worden bevraagd op twee verschillende meetmomenten.

Zwangere vrouwen werden gecontacteerd via ziekenhuizen en verloskundige praktijken om zowel thuis- als ziekenhuisbevallingen in de steekproef te kunnen opnemen. Aan zowel de diensthoofden van de afdelingen gynaecologie als de zelfstandige vroedvrouwen/verloskundigen werd een

brief met een bijhorend onderzoeksvoorstel opgestuurd in juni 2004. Binnen de twee daaropvolgende weken werden zij telefonisch gecontacteerd. Bij de meeste diensthoofden volgde vervolgens een afspraak voor de praktische implementatie van de studie. Bovendien werd de studie in sommige ziekenhuizen aan de medische staf voorgesteld door middel van een presentatie van het onderzoeksopzet en de doelstellingen. De vroedvrouwen/verloskundigen ontmoette ik voor het eerst bij het afgeven van de blanco vragenlijsten. Vroedvrouwen die niet meer dan tien zwangeren konden includeren, kregen de vragenlijsten per post opgestuurd en heb ik bijgevolg nooit ontmoet.

In Gent verkregen we de medewerking van drie van de vier ziekenhuizen, in Tilburg toonden beide ziekenhuizen zich bereid. Het Gentse ziekenhuis dat niet bereid was deel te nemen, oordeelde dat de vragenlijst, die ondertussen al getest was, te uitgebreid en te moeilijk was voor hun patiëntenpopulatie. In beide steden werden alle ziekenhuizen gecontacteerd via het diensthoofd gynaecologie, die op zijn/haar beurt de vraag stelde bij de bijeenkomst van de eerstvolgende raad van bestuur.

De steekproefomvang nodig voor deze studie werd als volgt berekend:

$$n = \frac{z_{\alpha}^2 P(1-P)}{d^2}$$

$$n = \frac{(1,96)^2 * 0,5 * 0,5}{(0,04)^2} = 600,25$$

Daarbij werd de conventie gevolgd dat α gelijk is aan 0,05, overeenkomstig een 0,95 procent betrouwbaarheidsinterval en dus werd $|z_{\alpha}|$ gelijk gesteld aan 1,96. Indien het betrouwbaarheidsinterval acht percentage punten breed mag zijn, wat overeenkomt met een afstand d van vier procent, is de steekproefomvang die nodig is gelijk aan 600. De afstand d wordt gedefinieerd als de maximale toegestane afstand tussen de proportie P in de populatie en de geschatte proportie p in de steekproef (Cochran 1977).

Rekening houdende met een non-respons van 50 procent, heb ik gestreefd naar een minimum van 1200 potentiële respondenten. Dit betekent 300 in elke onderzoekssetting. Gedefinieerd op basis van land en plaats van bevallen krijgen we vier settings: Belgische ziekenhuizen, Nederlandse ziekenhuizen,

Belgische thuiscontexten en Nederlandse thuiscontexten. Om vrouwen met een ziekenhuisbevalling te kunnen vergelijken met vrouwen met een thuisbevalling, moesten vrouwen die een thuisbevalling planden oververtegenwoordigd worden in de steekproef, gezien zij binnen de populatie een kleinere groep uitmaken, vooral in Vlaanderen.

Er werden zoveel vroedvrouwen/verloskundigen gecontacteerd als nodig om dit aantal potentiële deelnemers te bereiken. In Tilburg stelde zich geen probleem en werd dat aantal ruimschoots bereikt met 6 verloskundige praktijken. In Vlaanderen echter doen zich jaarlijks slechts een 700-tal thuisbevallingen voor (SPE 2004). Op het grondgebied Gent alleen kon dus nooit het gewenste aantal bereikt worden. Vandaar dat we voor de thuisbevallingen het rekruteringsgebied hebben moeten uitbreiden tot heel Vlaanderen. Via de ledenlijst van de Vlaamse Organisatie voor Vroedvrouwen (VLOV), werd aan alle Vlaamse vroedvrouwen een brief met bijhorend onderzoeksvoorstel opgestuurd. Vervolgens werden ze allemaal opgebeld. Indien na drie pogingen geen telefonisch contact mogelijk bleek, werden geen verdere pogingen ondernomen. Op die manier kregen we de medewerking van 21 vroedvrouwen praktijken, of 32 van de 54 vroedvrouwen (59 %) gezien sommigen in dezelfde praktijk werkzaam waren. Vijftien (of 28 %) vroedvrouwen bleken onbereikbaar en 7 (of 13 %) deden geen thuisbevallingen meer. Deze groep van vroedvrouwen hadden samen ongeveer 330 thuisbevallingen gepland tijdens de voorziene inclusieperiode, namelijk 1 oktober 2004 tot 31 januari 2005.

De procedure bestond eruit dat de vroedvrouwen/verloskundigen en gynaecologen van de deelnemende praktijken en ziekenhuizen de prenatale vragenlijst, samen met een informatiebrochure meegaven aan vrouwen die minstens 30 weken zwanger waren, minstens 18 jaar oud waren, de Belgische of Nederlandse nationaliteit hadden en Nederlands konden lezen en schrijven. Deze respondenten vulden vervolgens de vragenlijst en het *informed consent* formulier in, dat door de vroedvrouwen/verloskundigen en artsen werd bijgehouden. De vragenlijst werd in Vlaanderen overhandigd aan de vroedvrouwen en artsen, terwijl ze door de Nederlandse respondenten in een geadresseerde en gefrankeerde omslag naar ons werden teruggestuurd. Binnen de twee weken na de geboorte, bezorgden de vroedvrouwen/verloskundigen en artsen de B vragenlijst, die eveneens ofwel door hen werd terug in ontvangst genomen (in gesloten omslag) ofwel aan ons werd teruggestuurd. Elk paar vragenlijsten (A en B) werd voorzien van eenzelfde rugnummer zodat duidelijk was, welke vragenlijsten door dezelfde

respondent waren ingevuld. Figuur 5.1 geeft een overzicht van het onderzoeksverloop.

Figuur 5.1: Tijdslijn van de dataverzameling

December 2003	Observaties ziekenhuisbevallingen
Februari 2004	Observatie thuisbevalling
Juni 2004	Verzending brieven aan Vlaamse ziekenhuizen en vroedvrouwen Aanvraag ethisch comité
Augustus 2004	Verzending brieven aan Nederlandse ziekenhuizen en verloskundigen
September 2004	Uitdelen vragenlijsten in Vlaanderen en Nederland
1 oktober 2004	Begin van de inclusieperiode in Vlaanderen en voor Nederlandse verloskundigen
31 januari 2005	Einde van de inclusieperiode in Vlaanderen en voor Nederlandse verloskundigen
1 februari 2005	Begin inclusieperiode voor Nederlandse ziekenhuizen
30 mei 2005	Einde inclusieperiode voor Nederlandse ziekenhuizen
September 2005	Afsluiting van de dataverzameling

5.3. Het ethisch comité

Het onderzoeksvorstel werd goedgekeurd door het ethisch comité van de Faculteit Politieke en Sociale Wetenschappen, evenals door het ethisch comité van het Universitair Ziekenhuis te Gent. Het laatstgenoemde fungeerde als centraal ethisch comité dat pas na overleg met de ethische comités van de andere deelnemende ziekenhuizen, een advies heeft uitgesproken in naam van de andere.

In Nederland was een aanvraag bij een ethisch comité niet nodig omdat er in deze studie geen sprake is van interventies.

5.4. De kwaliteit van de data

Uit de contacten met de artsen uit de verschillende ziekenhuizen bleek heel gauw dat het onderzoeksdesign moest gekneed worden in functie van de interne organisatie van elk ziekenhuis. Tegelijk moest de vergelijkbaarheid gegarandeerd blijven. Daarnaast legde ook het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis eisen op en moest het ook haalbaar zijn voor de zelfstandige vroedvrouwen/verloskundigen. De dataverzamelingsprocedure is dus het eindresultaat van veel geschipper en is de gemene deler die uit alle onderhandelingen is voortgekomen. Zonder twijfel heeft de kwaliteit van de dataverzameling geleden onder de beperkingen die op die manier werden opgelegd.

De vragenlijst werd voorgelegd aan alle diensthoofden van de deelnemende ziekenhuizen. Dus zowel Vlaamse als Nederlandse artsen hebben aanwijzingen gegeven tot het verbeteren van de vragenlijst. Daarnaast werd de vragenlijst vooraf getest op een groep van tien Vlaamse vrouwen met de bedoeling na te gaan of alle vragen duidelijk waren en of de vragenlijst binnen het half uur kon ingevuld worden.

Er werd aan alle deelnemende vroedvrouwen/verloskundigen en artsen gevraagd om potentiële respondenten te vragen een inclusieformulier in te vullen waarin door middel van vijf vraagjes een profiel moest duidelijk worden. Op die manier zou achteraf de non-respons en de reden voor non-respons gekwantificeerd kunnen worden. Echter dit inclusieformulier werd niet systematisch en niet door iedereen gehanteerd zoals het bedoeld was. Dit heeft tot gevolg dat we ons voor het berekenen van de non-respons moesten baseren op de schatting die de zorgverleners hebben gemaakt van het aantal potentiële respondenten. Vroedvrouwen/verloskundigen maakten deze schatting op basis van het aantal vrouwen dat bij hen een thuisbevalling plande op het moment dat we hen contacteerden. De diensthoofden van de afdeling gynaecologie van de deelnemende ziekenhuizen baseerden zich op het aantal bevallingen van het jaar voordien.

De geschatte respons varieert zeer sterk tussen ziekenhuizen en verloskundige praktijken (Tabel 5.2). Wat opvalt is dat de Vlaamse en de Nederlandse ziekenhuizen allebei een respons van ongeveer 42 procent halen voor de prenatale vragenlijst. Voor de postnatale vragenlijst is er een verschil van zes procent, met 23 procent voor de Vlaamse en 29 procent voor de

Nederlandse. Bij de verloskundige praktijken ligt de respons iets hoger, vooral in Nederland met 54 procent (versus 41 in Vlaanderen) voor de prenatale vragenlijst. De postnatale respons is zowel bij de Vlaamse als de Nederlandse praktijken ongeveer even hoog als de prenatale, met respectievelijk 43 en 45 procent.

Tabel 5.2: Geschatte non-response volgens kanaal van dataverzameling

Deelnemer	Potentiële N	Vragenlijst A (T ₀)		Vragenlijst B (T ₁)	
		Behaalde N	Respons (%)	Behaalde N	Respons (%)
Vlaamse ziekenhuizen					
Vl zh 1	200	135	68	62	31
Vl zh 2	150	46	31	24	16
Vl zh 3	200	57	29	43	22
Totaal	550	238	43	129	23
Nederlandse ziekenhuizen					
Nl zh 1	250	161	64	107	43
Nl zh 2	250	47	19	38	15
Totaal	500	208	42	145	29
Vlaamse zelfstandige vroedvrouwen					
Vl vp 1	20	19	95	19	95
Vl vp 2	6	6	100	6	100
Vl vp 3	15	2	13	2	13
Vl vp 4	10	8	80	8	80
Vl vp 5	5	4	80	4	80
Vl vp 6	10	5	50	11	110
Vl vp 7	33	25	76	25	76
Vl vp 8	10	0	0	0	0
Vl vp 9	3	0	0	0	0
Vl vp 10	36	18	50	17	47
Vl vp 11	35	1	3	1	3
Vl vp 12	2	1	50	1	50
Vl vp 13	15	11	73	11	73
Vl vp 14	40	0	0	0	0
Vl vp 15	12	5	41	5	41
Vl vp 16	10	0	0	0	0
Vl vp 17	30	14	47	14	47
Vl vp 18	5	1	20	1	20
Vl vp 19	15	7	47	7	47
Vl vp 20	15	6	40	6	40
Vl vp 21	5	4	80	4	80
Totaal	332	137	41	142	43
Nederlandse verloskundige praktijken					
Nl vp 1	100	92	92	83	83
Nl vp 2	100	44	44	30	30
Nl vp 3	50	19	38	15	30
Nl vp 4	140	55	39	44	31
Nl vp 5	10	8	80	7	70
Nl vp 6	50	26	52	22	44
Totaal	450	244	54	201	45

Uit Tabel 5.3 blijkt dat de respons voor het Nederlandse deel van de dataverzameling hoger ligt, zowel voor de prenatale als voor de postnatale vragenlijst, respectievelijk 47 en 36 procent, versus 43 en 30 procent in Vlaanderen.

Tabel 5.3: Geschatte non-response volgens regio

	Potentiële N	Behaalde N (T ₀)	Respons (%)	Behaalde N (T ₁)	Respons (%)
Vlaanderen	882	376	43	265	30
Nederland	950	451	47	346	36
N missing				6	
Totaal	1832	827	45	617	33

Twee bedenkingen kunnen de lage geschatte respons enigszins in perspectief plaatsen. Ten eerste, was er geen mogelijkheid om de deelnemende vrouwen een herinneringsbrief te sturen, gezien we niet beschikten over persoonsgegevens, teneinde de anonimiteit te garanderen. Ten tweede, is de potentiële N een heel ruwe indicator van het aantal vrouwen dat effectief aangesproken werd om deel te nemen aan de studie. De potentiële N komt overeen met het aantal vragenlijsten dat werd afgegeven in elk ziekenhuis en in iedere praktijk. We weten dat niet alle vragenlijsten werden uitgedeeld, en dat dus het echte aantal potentiële respondenten lager ligt dan de schatting die we hier hanteren. Derhalve, is de geschatte respons pessimistischer dan wat de werkelijkheid doet vermoeden.

Uiteindelijk hebben 827 vrouwen de prenatale vragenlijst ingevuld, en 617 de postnatale. Dit betekent een uitval van 210 vrouwen. We hebben de groep respondenten die beide vragenlijsten invulde vergeleken met de groep die enkel de eerste vragenlijst invulde. Er deden zich slechts enkele significante verschillen voor tussen beide groepen. Er deed zich meer uitval voor onder de vrouwen die een ziekenhuisbevalling plande dan onder de vrouwen die een thuisbevalling voor ogen hadden. Dit kan betekenen dat vrouwen die een thuisbevalling wensten, meer gemotiveerd waren om deel te nemen ofwel dat zelfstandige vroedvrouwen/verloskundigen de opvolging met de tweede vragenlijst beter hebben uitgevoerd dan de artsen in de ziekenhuizen. Onder de uitvallers zijn er meer vrouwen die pijnstillers verwachtten tijdens de arbeid, maar dit is vermoedelijk gerelateerd aan hun preferentie voor een ziekenhuisbevalling. Verder rapporteerden vrouwen die uitgevallen zijn een gemiddeld hogere mate van prenatale *distress*, vergeleken met de anderen. Postpartum tevredenheid is één van de *outcomes* die bevestigd werd in de

postnatale vragenlijst en waarover we dus geen gegevens hebben voor de uitgevallen respondenten. Echter, gezien de lage bivariante correlatie tussen prenatale distress en tevredenheid, kan verwacht worden dat de uitvallers niet lager zouden gescoord hebben op postpartum tevredenheid dan de anderen.

5.5. De kernbegrippen en schalen

Hoewel de relevante variabelen in elke paper van het empirisch gedeelte, afzonderlijk besproken worden in de methodologie sectie, lijkt het aangewezen om de kernvariabelen, postpartum tevredenheid en de pijnbeleving, hier bondig voor te stellen.

5.5.1. Postpartum tevredenheid

Voor de beschrijving van het begrip postpartum tevredenheid kan gerefereerd worden naar de literatuur met betrekking tot patiëntentevredenheid, gezien de context van zorgrelaties waarin postpartum tevredenheid ingebed is. In wat volgt wordt tevredenheid gedefinieerd. Er worden enkele assumpties geëxpliciteerd, samen met enkele methodologische problemen. Tot slot wordt de relevantie van de studie van tevredenheid geduid.

5.5.1a Veel geblaaf, weinig wol

De mening van patiënten over zorg, werd relevant doordat men steeds meer de effectiviteit van gezondheidszorg ging evalueren volgens zowel economische als klinische criteria (Sitzia & Wood 1997). In die zin is het een nevenverschijnsel van een groeiend consumentisme in de gezondheidszorg. Patiëntentevredenheid wordt heel vaak gebruikt als een maat voor de kwaliteit van zorgrelaties, hoewel het een problematisch concept is (Williams 1994; Sitzia & Wood 1997). Bovendien is het weinig theoretisch onderbouwd (Baker 1997). De meeste tevredenheidstudies zijn probleemgericht, eerder dan theorietoetsend (Linder-Pelz 1982).

In de meeste theorieën wordt tevredenheid gedefinieerd als het resultaat van een evenwicht tussen verwachtingen en de realiteit (Pascoe 1983). De belangrijkste zijn de discrepantietheorie, de *fulfilment* theorie of *expectancy disconfirmation* theorie, de *equity* theorie, en het *value-expectancy model* van Linder-Pelz (1982). De discrepantie theorie ziet tevredenheid als het resultaat van de gepercipieerde discrepantie tussen wens (W) en werkelijkheid (K) als proportie van de wens. De sterkte van de verwachting wordt met andere

woorden in rekening gebracht. Het discrepantie model wordt het meest gebruikt en vindt aansluiting bij de Parsoniaanse ziekenrol (Sitzia & Wood 1997). De *fulfillment theory* definieert tevredenheid eenvoudigweg als het verschil tussen wens (W) en realiteit (K). In de consumenten benadering wordt gesproken van het *expectancy disconfirmation model* (Baron-Epel et al. 2001). Beide argumenteren ze dat vervulde verwachtingen leiden tot een hogere tevredenheid. De theory voorspelt dat tevredenheid resulteert uit positieve ervaringen die positieve verwachtingen bevestigen of positieve ervaringen die negatieve verwachtingen weerleggen (Crow et al. 2002). Er is weinig empirische bevestiging voor de *fulfillment theory* (Linderpelz 1982; Bramadat & Driedger 1993; Thompson & Sunol 1995). De *equity theory*, introduceert de rol van sociale vergelijkingsprocessen. Tevredenheid is het resultaat van het evenwicht tussen in- en output van ruilrelaties (Linder-Pelz 1982). En tot slot, het *value-expectancy* model van Linder-Pelz (1982) levert de meest geciteerde definitie van tevredenheid, namelijk de positieve evaluatie van verschillende dimensies van gezondheidszorg.

5.5.1b Assumpties en conceptuele problemen

De meeste theorieën en modellen met betrekking tot patiënten tevredenheid zijn gebaseerd op een aantal assumpties. Er wordt verondersteld dat tevredenheid een functie is van verwachtingen, dat patiënten dus ook verwachtingen hebben over zorg en ten slotte dat tevredenheid een indicator is van de kwaliteit van zorg (Williams 1994).

A. Tevredenheid is een functie van verwachtingen

De uiteenlopende theoretische modellen stellen verschillende relaties voor tussen verwachtingen en tevredenheid. Empirisch onderzoek toont echter geen consistent effect van verwachtingen op tevredenheid. De meeste auteurs zijn het er over eens dat verwachtingen wel een effect hebben, maar dat het slechts een klein gedeelte van de variatie in tevredenheid verklaart (Linder-Pelz 1982). De associatie tussen verwachtingen en tevredenheid is problematisch doordat ze elkaar onderling beïnvloeden. Ervaringen kunnen zorgen dat verwachtingen aangepast worden en verwachtingen kunnen percepties veranderen (Crow et al. 2002).

In essentie associëren deze theorieën tevredenheid met het vervullen van positieve verwachtingen. Verwachtingen variëren echter volgens kennis en ervaring en veranderen dus voortdurend. Bovendien hebben Bond en Thomas

(1992) aangetoond dat toenemende kwaliteit van zorg, de verwachtingen doet stijgen. Door toenemende verwachtingen wordt een hogere kwaliteit geassocieerd met lagere tevredenheid. De relatie tussen tevredenheid en verwachtingen is dus verre van eenduidig. Williams (1994) stelt dat een positieve respons in een tevredenheidssurvey niet wil zeggen dat de zorg goed was, maar dat er zich niets extreem negatief heeft voorgedaan. Volgens Williams uiten patiënten immers enkel hun ontevredenheid wanneer extreem negatieve dingen gebeurd zijn. Sitzia en Wood (1997) stellen voor om meer aandacht te schenken aan ontevredenheid in plaats van tevredenheid, omwille van de scheve verdeling van tevredenheidsscores.

B. Patiënten hebben altijd verwachtingen

De klemtoon op verwachtingen veronderstelt dat patiënten verwachtingen hebben. Er zijn een aantal situaties denkbaar waarin er geen verwachtingen bestaan, bijvoorbeeld omwille van de vanzelfsprekendheid van bepaalde zorgaspecten. Voorbeelden van dergelijke situaties, door Williams (1994) geopperd, zijn het eerste contact, patiënten die zichzelf niet in staat achten om voornamelijk technische aspecten te evalueren (Baron-Epel et al. 2001) en de passiviteit van de ziekenrol. Het is – ons inziens – echter weinig waarschijnlijk dat patiënten geen verwachtingen hebben gevormd wanneer zij een bepaalde zorgrelatie voor het eerst mee maken. Ervaring is immers slechts één bron van verwachtingen, de ervaring van anderen is een andere. Individuen zijn geen geïsoleerde eilanden, maar wel interagerende actoren die van elkaar leren. Hetzelfde geldt voor de legitimiteit van verwachtingen. Het is niet omdat patiënten er van uit gaan dat de arts of zorgverlener het beter weet dan hij/zij-zelf, dat de patiënt geen verwachtingen kan koesteren. Of, anders gezegd, het is niet omdat patiënten hun verwachtingen niet legitiem vinden, dat ze er geen hebben. Ten slotte, is het een misvatting dat de ziekenrol passiviteit en dus de afwezigheid van verwachtingen impliceert (Shilling 2002).

C. Tevredenheid is een indicator van kwaliteit

Een laatste veronderstelling is dat tevredenheid resulteert uit evaluaties van zorg. Tevredenheid is wijdverspreid erkend als maat voor de kwaliteit van zorgrelaties (Williams 1994). Nochtans is de link verre van evident. Verschillende auteurs hebben reeds aangetoond dat de evaluaties van patiënten niet weerspiegeld worden in het concept patiëntentevredenheid (Staniszewska & Ahmed 1999). Door middel van kwalitatief onderzoek vonden

Staniszewska en Henderson (2004) dat negatieve en positieve evaluaties van zorg niet adequaat weerspiegeld worden in het tevredenheid-ontevredenheid continuüm. Negatieve evaluaties zijn veel complexer dan positieve en zijn conceptueel verschillend van ontevredenheid. Ontevredenheid en tevredenheid zouden overigens twee verschillende continua kunnen zijn in plaats van de uitersten van één continuüm (Lamonic et al. 1986). Patiënten hebben moeite om negatieve evaluaties uit te drukken en gebruiken strategieën om dit indirect duidelijk te maken, bijvoorbeeld door voorkeuren aan te geven. Het is mogelijk dat er een te optimistisch beeld geproduceerd wordt over de kwaliteit van zorg, door deze beperkingen van tevredenheidsonderzoek. Daarom stellen zij voor om het proces waarbij geoordeeld wordt over de kwaliteit van zorg te omschrijven als patiëntenevaluatie in plaats van patiëntentevredenheid.

Het meten van tevredenheid resulteert stelselmatig in een zeer optimistisch beeld, hoewel kwalitatieve studies (bijv. Avis et al. 1997) vaak gedetailleerde kritiek op medische zorg blootleggen. Volgens Williams et al. (1998) correleren ervaringen, beschreven in positieve of negatieve termen, niet noodzakelijk met evaluaties van de instellingen, diensten of personen die aanleiding waren tot de ervaring. Het rapporteren van een hoge mate van tevredenheid betekent dus niet noodzakelijk dat de patiënt een goede ervaring had met de dienst of persoon in kwestie. De uitdrukking van tevredenheid kan meer een reflectie zijn van attitudes zoals "ze hebben gedaan wat ze kunnen" (Williams et al. 1998).

De in het algemeen hoge niveaus van patiëntentevredenheid die gerapporteerd worden via gestandaardiseerde vragenlijsten, suggereren dat maten van patiëntentevredenheid tot hier toe niet voldoende kunnen discrimineren (Avis et al. 1995), ofwel dat er iets anders dan tevredenheid gemeten werd, ofwel dat patiënten effectief zo tevreden zijn. In het laatste geval moet rekening gehouden worden met een conceptueel onderscheid gemaakt tussen zorgervaringen, de evaluatie van personen of diensten die bij de ervaring betrokken waren en tevredenheid. Daarbij moet rekening gehouden worden met het feit dat evaluaties ook bepaald worden door factoren zoals dankbaarheid, loyaliteit, sociale vergelijkingen met anderen en overtuigingen zoals verwachtingen. Het proces om van een zorgervaring te komen tot tevredenheid is verre van eenduidig.

Ondanks de beperkingen verbonden met tevredenheid als manier om zorg te evalueren, wordt tevredenheid toch meestal daarvoor bestudeerd. Immers, als patiënten ontevreden zijn, impliceert dit dat ofwel de patiënt te hoge eisen

stelt, ofwel de zorg tekort schiet. Ongeacht de intentie houdt het in verband brengen van tevredenheid met twee vormen van verloskundige zorg, namelijk ziekenhuis en thuis enerzijds en twee zorgsystemen, namelijk het Vlaamse versus het Nederlandse, op zich een evaluatie in van respectievelijk de organisatie van zorg en zorgsystemen.

Ongeacht of tevredenheid een goede indicator is van de kwaliteit van zorg, is tevredenheid als studieonderwerp relevant. Immers tevredenheid is een uitkomst op zichzelf. Een andere visie die de relevantie buiten kijf stelt, is dat kwaliteitsvolle zorg alleen mogelijk is als de patiënt tevreden is (Donabedian 1988; Mahon 1996; Turris 2005). Patiëntentevredenheid is een noodzakelijke, maar niet een voldoende voorwaarde voor effectieve zorg (Avis et al. 1995).

5.5.1c Methodologische problemen

Postpartum tevredenheid bestuderen is best wel een uitdaging. Het is moeilijk meetbaar en het brengt methodologische problemen met zich mee, waarvan je je als onderzoeker moet bewust zijn. Cruciale vragen betreffen wie naar tevredenheid peilt, waar, wanneer en hoe (Lumley 1985). Bovendien rapporteren studies over postpartum tevredenheid consistent een hoge mate van tevredenheid. Verklaringen voor deze scheve frequentieverdelingen geven tegelijk een indicatie van de methodologische moeilijkheden bij het meten van postpartum tevredenheid.

Ten eerste, stelt zich een probleem van sociale wenselijkheid en dankbaarheid. Mogelijks worden sociaal wenselijke antwoorden in de hand gewerkt door de persoon die naar de tevredenheid vraagt en de plaats waar dat gebeurt. Vrouwen kunnen bijvoorbeeld uit dankbaarheid of loyaliteit ten opzichte van het medisch personeel of de instelling positievere gevoelens rapporteren (Robinson et al. 1998; van Teijlingen et al. 2003). Wanneer de onderzoeker ook in staat voor de zorgverlening kunnen kritische evaluaties een persoonlijke kritiek lijken. Bovendien kunnen vrouwen vrezen dat hun antwoorden gevolgen zullen hebben voor de zorgrelatie en de kwaliteit van zorg (Lumley 1985). Ten tweede, kunnen lage verwachtingen aanleiding geven tot hoge tevredenheid (van Teijlingen et al. 2003). Het is bovendien moeilijk om zorgverlening te evalueren als men geen zicht heeft op beschikbare alternatieven (Porter & Macintyre 1984; van Teijlingen et al. 2003). Een derde probleem is het tijdstip (Lumley 1985; Robinson et al. 1998). Om vertekening door het vervagen van de herinnering te voorkomen, wordt een gebeurtenis over het algemeen geëvalueerd onmiddellijk nadien. Maar in het geval van

geboorte kan hier een vertekening optreden door gevoelens van opwinding, overweldiging, opluchting, geluk als reactie op de spanning die werd opgebouwd tijdens de zwangerschap en bevalling en de geboorte van een gezonde baby. In de literatuur wordt hiernaar verwezen als het "halo"-effect (Morcos et al. 1989). Negatieve gevoelens komen vaak pas later tot uiting (Waldenstrom 2003; Waldenstrom 2004). Het uitdrukken van teleurstelling, frustratie en boosheid komt meer voor zeven tot twaalf maanden na de geboorte dan in de eerste zes maanden (Bennett 1985). Er zijn met andere woorden, empirische studies (bijv. Hildingsson et al. 2002) voorhanden die aantonen dat naarmate de tijd vordert, vrouwen kritischer de ervaring evalueren (Lumley 1985). Daartegenover staat de neiging van veel vrouwen om hun eigen bevalling achteraf te rationaliseren (Shearer 1983b; Porter & Macintyre 1984). Daarbij worden de voordelen gemaximaliseerd en de risico's verbonden met de gekozen zorg of bevallingswijze geminimaliseerd. De voordelen van de niet gekozen zorg worden geminimaliseerd en de nadelen gemaximaliseerd. De zorgverlening tijdens arbeid en bevalling blijkt zeer belangrijk te zijn voor de herinnering die vrouwen op lange termijn overhouden aan de geboorte (Waldenstrom 2004). Een sensitieve en ondersteunende zorg voorkomt dat vrouwen de geboorte op termijn gaan herevalueren van positief naar minder positief. Daarenboven helpt het vrouwen om hun initieel negatieve ervaring op termijn positiever te zien (Waldenstrom 2004). De belangrijkste risicofactor voor meer negatieve evaluaties na verloop van tijd was een spoedkeizersnede (Waldenstrom 2004). Ten vierde, de manier waarop naar tevredenheid gepeild wordt resulteert eveneens in verschillende reacties. Er is evidentie om aan te nemen dat gestandaardiseerde vragenlijsten resulteren in minder negatieve antwoorden, dan interviews met open vragen (Shearer 1983a). De complexiteit van de geboorte-ervaring en de daarbij ervaren emoties kan moeilijk gevat worden in gesloten vragen. Dit sluit aan bij het vijfde punt, namelijk het multidimensionele karakter van tevredenheid. Er wordt meer responsvariabiliteit gevonden bij vragen naar specifieke aspecten van zorg, dan bij algemene evaluaties (Williams & Calnan 1991). Een patiënt kan tevreden zijn met één aspect, maar ontevreden over een ander. Wanneer enkel algemene tevredenheid gemeten wordt, moeten tegenstrijdige evaluaties samengevat worden in één indicator (Baker 1997). Singh (1989) definieert patiënttevredenheid als een multidimensionele evaluatie van verschillende aspecten van gezondheidszorg binnen een bepaalde episode. Het is moeilijk om de dimensies van tevredenheid analytisch uit elkaar te halen. Dit geeft aanleiding tot een gebrek aan consensus over welke aspecten

van zorg relevant zijn voor tevredenheid (Avis et al. 1995). Afhankelijk van de specifieke zorgcontext zijn andere componenten adequaat (Sitzia & Wood 1997). Daarnaast is het ook onduidelijk welk gewicht iedere component moet krijgen, gezien patiënten in verschillende mate belang hechten aan de onderscheiden dimensies (Avis et al. 1995). Lumley besluit het volgende: *“Satisfaction with birth is a complex, subtle, and constantly changing collage of memories, reflections, beliefs, reactions and convictions, “remembered” by a series of active and even creative processes”* (Lumley 1985 p 144).

5.5.1d De relevantie van onderzoek naar postpartum tevredenheid

De aandacht voor patiënttevredenheid kan gesitueerd worden binnen een toenemend consumentisme binnen de gezondheidszorg. Het concept wordt veelvuldig gebruikt, gemeten, geanalyseerd, ondanks dat er weinig theoretische fundering voor ontwikkeld is. Sitzia en Wood (1997) besluiten dat de theorie zich heeft geconcentreerd op het ontwikkelen van modellen die de resultaten van tevredenheidsstudies verklaren, eerder dan het concept tevredenheid en de manier waarop het best kan gemeten worden, in vraag te stellen. Nochtans is het atheoretisch karakter van de tevredenheidsliteratuur enigszins verrassend gezien de veelheid aan maatschappelijke contexten waarin tevredenheid bestudeerd en gemeten wordt. Denk maar aan patiënttevredenheid (Speight 2005), consumenttevredenheid (Martinez & Martinez Garcia 2007), cliënttevredenheid (Alden et al. 2004), jobtevredenheid (Karasek 1979), huwelijks- en levens- tevredenheid (Veenhoven 1996), enzoverder. Men is het er over eens dat een volledige en definitieve conceptualisering van tevredenheid met gezondheidszorg nog moet ontwikkeld worden, en dat processen die resulteren in een tevreden of ontevreden patiënt onvoldoende gekend zijn (Crow et al. 2002).

Tevredenheid is geassocieerd met de effectiviteit van zorg. Hoe meer tevreden patiënten zijn, hoe meer ze hun behandeling trouw blijven (Mahon 1996), hoe beter het resultaat. Tevreden patiënten staan positiever tegenover hun situatie. Ze zijn meer therapietrouw en werken beter mee dan ontevreden patiënten (Crow et al. 2002).

Tevredenheid met de geboorte-ervaring kan onmiddellijke, maar ook langere termijn effecten hebben op de gezondheid van moeders hun gezondheid en de relatie met hun kind. Tevredenheid draagt bij tot een gevoel van voldoening

en zelfvertrouwen (Simkin 1991; Simkin 1992), en positieve verwachtingen met betrekking tot toekomstige geboorten (Slade et al. 1993; Waldenstrom et al. 1996). Een traumatische geboorte of een geboorte die geen voldoening of tevredenheid met zich mee brengt, kan leiden tot postpartum depressie of posttraumatische stress (Ballard et al. 1995), en de voorkeur voor keizersnede bij volgende geboorten (Ryding 1993; Hildingsson et al. 2002). De positieve perceptie van een bevalling is ook geassocieerd met positieve gevoelens ten opzichte van het kind en een vlotte aanpassing aan de moederrol (Simkin 1991; Simkin 1992).

In de vergelijking van de Vlaamse en Nederlandse organisatie van perinatale zorg, is tevredenheid op zich relevant, zonder het te beschouwen als een indicator van de kwaliteit van zorg. Andere instituties kunnen dezelfde functies vervullen. Het is met andere woorden mogelijk dat Vlamingen en Nederlanders even tevreden zijn met hun geboorte-ervaringen, vanuit de idee dat wat er is, als vanzelfsprekend wordt beschouwd, en derhalve als goed wordt gepercipieerd. Het wordt natuurlijk pas echt interessant als er wel crossnationale verschillen zijn in tevredenheid. In dat geval blijken de organisatie van zorg en tevredenheid gecorreleerd te zijn. Door vier zorgcontexten te onderscheiden – Belgische en Nederlandse ziekenhuis- en thuisbevallingen – vallen modellen van zorg niet samen met nationale grenzen, waardoor meer genuanceerde verklaringen gezocht kunnen worden.

5.5.1e Gewikt, gewogen en ... gemeten: de Mackey childbirth satisfaction rating scale

Tevredenheid werd gemeten in de postpartum vragenlijst door middel van de *Mackey Childbirth satisfaction rating scale*, die bestaat uit zes subdimensies: algemene tevredenheid (drie items), tevredenheid met zelfgerelateerde aspecten van de bevalling (negen items), babygerelateerde (drie items), tevredenheid met de zorg van de vroedvrouw/verloskundige (negen items), de arts (acht items), en de partner (twee items) (Tabel 5.4). Op die manier wordt rekening gehouden met de multidimensionaliteit van het begrip. De schaal is ontwikkeld door M. Mackey en P. Goodman om onderzoek te doen naar de determinanten van postpartum tevredenheid (Goodman et al. 2004). Deze schaal werd naar het Nederlands vertaald en in een pilootbevraging getest. Respondenten moeten hun tevredenheid met elk item scoren op een vijfpunten Likert schaal gaande van 'heel ontevreden' tot 'heel tevreden'.

Het gebruik van deze schaal kan op een aantal punten bekritiseerd worden. Zo bestaat elke subdimensie uit een verschillend aantal items. Aangezien in de analyses gewerkt wordt met gemiddelden per subdimensie, heeft dit weinig belang, tenzij een dimensie met negen items wel een preciezer instrument is dan een dimensie met slechts twee items. De Cronbach's alfa's variëren tussen 0,74 voor de babygerelateerde items en 0,96 voor de items over de vroedvrouw/verloskundige. Daarnaast werd de schaal door Mackey en Goodman gebruikt bij vrouwen met normale vaginale bevallingen, terwijl dat in deze studie uitgebreid wordt naar alle soorten bevallingen. De items zijn evenwel ruim genoeg geformuleerd, en kunnen dus ook door vrouwen met bijvoorbeeld een keizersnede ingevuld worden, maar vragen naar die specifieke situatie ontbreken in de vragenlijst. Verder moet ook opgemerkt worden dat vrouwen die niet door een arts werden begeleid, maar enkel door een vroedvrouw/verloskundige, de items die betrekking hadden op de arts niet konden invullen. Tenslotte, in een ziekenhuiscontext zien vrouwen vaak verschillende hulpverleners, vroedvrouwen/verloskundigen, verplegend personeel, stagiaires, artsen. Daarbij stellen zich twee problemen: ten eerste is niet duidelijk in hoeverre vrouwen weten wie welke functie heeft, ten tweede is het mogelijk dat ze de items met betrekking tot de vroedvrouw/verloskundige ingevuld hebben verwijzend naar één persoon, of als een soort van gemiddelde van de verschillende personen. Immers een bevalling strekt zich vaak uit over de ploegen van het personeel heen. Deze zaken komen niet tot uiting in de schaal en kunnen de scores enigszins vertroebelen.

Tabel 5.4: Items van de Mackey childbirth satisfaction rating scale

Items	Algemeen	Zelf	Baby	Vroedvrouw	Arts	Partner
De geboorte in het algemeen	•					
De mate waarin u mee beslissingen kon nemen tijdens de geboorte		•				
De mate van comfort tijdens de geboorte		•				
De mate waarin u controle had over uw gevoelens tijdens de geboorte		•				
De mate waarin u controle had over uw handelingen tijdens de geboorte		•				
De gezondheidstoestand van uw baby bij de geboorte			•			
De tijd die verstreek totdat u uw baby voor het eerst kon vasthouden			•			
De tijd die verstreek totdat u uw baby voor het eerst kon voeden			•			
De verzorging die u kreeg van de vroedvrouw ¹ tijdens de bevalling				•		
De verzorging die u kreeg van de arts(en) tijdens de bevalling					•	
De technische kennis, capaciteiten en de bekwaamheid van de vroedvrouw tijdens de bevalling				•		
De technische kennis, capaciteiten en de bekwaamheid van de arts(en) tijdens de bevalling					•	
De hoeveelheid uitleg en informatie die u kreeg van de vroedvrouw tijdens de bevalling				•		
De hoeveelheid uitleg en informatie die u kreeg van de arts(en) tijdens de bevalling					•	
De belangstelling en aandacht die u kreeg van de vroedvrouw tijdens de bevalling				•		
De belangstelling en aandacht die u kreeg van de arts(en) tijdens de bevalling					•	
De hulp en steun bij het ademen en ontspannen die u kreeg van de vroedvrouw tijdens de bevalling				•		
De hulp en steun bij het ademen en ontspannen die u kreeg van de arts(en) tijdens de bevalling					•	
De houding van de vroedvrouw tijdens de bevalling				•		
De houding van de arts(en) tijdens de bevalling					•	
Het aanvoelen van uw behoeften door vroedvrouw tijdens de bevalling				•		
Het aanvoelen van uw behoeften door de arts(en) tijdens de bevalling					•	
De zorg in het algemeen, die u kreeg tijdens de bevalling				•		
Hoe tevreden of ontevreden bent u over het algemeen met uw bevalling	•					
Uw weeën in het algemeen	•					
De mate waarin u mee beslissingen kon nemen tijdens de weeën		•				
De mate waarin u de weeën de baas kon		•				
De mate van comfort tijdens de weeën		•				
De mate waarin u controle had over uw gevoelens tijdens de weeën		•				
De mate waarin u controle had over uw handelingen tijdens de weeën		•				
De mate waarin u gesteund werd door uw partner tijdens de weeën						•
De mate waarin u gesteund werd door uw partner tijdens de geboorte						•
De tijd die de verloskundige aan u spendeerde tijdens de weeën				•		
De tijd die de arts(en) aan u spendeerde(n) tijdens de weeën					•	

¹ In de Nederlandse vragenlijst werd 'vroedvrouw' vervangen door 'verloskundige'

5.5.2. De pijnperceptie

Pijn is meer dan een fysiologisch proces, het is emotioneel en meer bepaald gerelateerd aan gevoelens, zoals voldoening (Salmon et al. 1990) en angst, en cognities, zoals verwachtingen en attitudes. Nochtans wordt pijn vaak vernauwd tot haar lichamelijke dimensie. Een ruimer pijnbegrip echter neemt de sociale en culturele context mee in beschouwing (Bendelow & Williams 1995). Pijn situeert zich op *"the intersection of bodies, minds and cultures"* (Morris, 1991 p. 1, in Bendelow & Williams 1995). De psychosociale invloeden op pijnperceptie zijn pas erkend sinds Melzack en Wall in 1965 de *"gate-control theory"* ontwikkelden. Deze theorie heeft binnen de biomedische wetenschappen een paradigma verschuiving teweeg gebracht. Concreet stelt de theorie een poortwachtersysteem voor: fysieke, emotionele en cognitieve condities kunnen de ervaring van pijn verminderen of doen toenemen (Melzack 1996). Pijn wordt, met andere woorden, beïnvloed door sociale context. Nochtans is er weinig sociologische theorie over pijn voorhanden en beperkt bestaand onderzoek zich voornamelijk tot pijnreacties en de manier waarop die sociaal variëren. Op dit moment wordt het meeste pijnonderzoek gedaan in de psychologie en de geneeskunde. Pijn en pijnbeleving heeft tot nu toe op slechts weinig interesse kunnen rekenen van sociologen. Freund (1990) schrijft dit toe aan *"the Durkheimian legacy of the non-reducibility of 'social facts' to 'biological facts'"*. Nochtans is ook biologie onderhevig aan sociologische processen. Het domein binnen de sociologie dat hier vrij recentelijk het meest op gewerkt heeft, is de sociologie van het lichaam.

Vertrekkende van de engste, maar wel meest gebruikte definitie van pijn, namelijk een ongewenste lichaamstoestand, is de link met de sociologie van het lichaam voor de hand liggend. De sociologie van het lichaam verrijkt de sociologie van ziekte en gezondheid in zoverre dat het inzicht verschaft in zaken zoals pijn, lijden en lichamelijk (dis)functioneren. Het lichaam is een existentieel gegeven, een noodzakelijke voorwaarde om te kunnen functioneren binnen een sociaal geconstrueerde wereld (Bendelow & Williams 1995). Nochtans is het lichaam in normale omstandigheden fenomenologisch afwezig (Leder 1990). Dit wil zeggen dat het lichaam meestal louter aanwezig is en vanzelfsprekend, waardoor het niet op het voorplan treedt van ons bewust sociaal handelen. Deze vanzelfsprekendheid valt weg wanneer zich een ongemak of pijn manifesteert. Dit idee van het "afwezige" lichaam is bijzonder relevant met betrekking tot zwangerschap en bevalling. Zwangerschap gaat immers gepaard met zoveel fysieke veranderingen, dat

het lichaam vanzelf naar de voorgrond wordt geduwd, zonder dat het daarom ongemakkelijk of pijnlijk hoeft te zijn. Dit impliceert dat de vanzelfsprekendheid van het lichaam ook doorbroken kan worden door positieve gewaarwordingen. In elk geval, zwanger zijn en bevallen, vraagt een minimum van fysiek bewustzijn.

In dit onderzoek wordt de perceptie van pijn, of de pijnbeleving gemeten. In die context is het onderscheid tussen de drempel- en de tolerantiewaarde zoals beschreven door Weisenberg (1977) relevant. De drempelwaarde is het punt vanaf waar een stimulus gedefinieerd wordt als pijnlijk. Als het ware de ondergrens van het pijnspectrum. De tolerantiewaarde daarentegen is de bovengrens, dat wil zeggen het punt vanaf waar het individu de pijn niet langer als acceptabel percipieert. Weisenberg (1977) wijst er ook op dat terwijl de drempelwaarde voornamelijk fysiologisch bepaald wordt, de tolerantiewaarde geassocieerd is met attitudes en motivationele variabelen. Als ik hier spreek over het meten van pijnperceptie heb ik het voornamelijk over de tolerantie van pijn. Immers anderen (Waldenstrom & Irestedt 2006) hebben aangetoond dat vrouwen na de bevalling vooral de pijnpiek onthouden. Waardoor we kunnen veronderstellen dat het ook de piek is die ze rapporteren.

Zowel de pijnperceptie als de verwachte pijn werden gemeten, de eerste in de postnatale en de tweede in de prenatale vragenlijst. De gekozen meetmethode is het gebruik van twee *visual analogue scales* (VAS), één over de pijn tijdens de arbeid en één over de pijn tijdens de bevalling of uitdrijvingsfase.

Figuur 5.2: *Visual analogue scales* om pijnperceptie te meten

a) Hoeveel pijn had u tijdens de weeën?

Helemaal geen pijn _____ Ondraaglijke pijn

b) Hoeveel pijn had u bij de geboorte?

Helemaal geen pijn _____ Ondraaglijke pijn

Deze methode, zoals in Figuur 5.2 getoond wordt, bestaat eruit dat respondenten werden gevraagd een streepje te trekken op een lijn van tien

centimeter lang die aan het ene uiteinde benoemd werd met "helemaal geen pijn" en aan andere uiteinde "ondraaglijke pijn". Tijdens de data-input werd vervolgens gemeten hoeveel millimeter naar rechts de lijn getrokken werd. Dat getal is de gerapporteerde pijnscore. Om de score met betrekking tot de arbeid en de bevalling samen te vatten, werd een gemiddelde score berekend als indicator van verwachte (prenatale vragenlijst) en ervaren (postnatale vragenlijst) pijnintensiteit.

Visual analogue scales worden courant gebruikt om pijn te meten in geboorte onderzoek (Ip 2000; Kabeyama K. & Miyoshi M. 2001; Stockman & Altmaier 2001) en gelden als een betrouwbare manier om de pijnintensiteit te schatten. In vergelijking met andere meer complexe methoden (bijv. McGill pain questionnaire, (Niven & Gijsbers 1984)) krijgt de VAS de voorkeur (Jenkinson et al. 1995; Scrimshaw & Maher 2001). Hoewel we de *McGill pain questionnaire* overwogen hebben, hebben we ze niet gekozen omwille van de grote complexiteit en de plaats die ze zou ingenomen hebben in de vragenlijst.

Een bedenking bij de pijnscores is dat we niet weten of vrouwen bij het scoren het effect van pijnstillers in rekening hebben gebracht of niet. Het is met andere woorden onduidelijk of ze de pijnpiek voor of na de toediening van pijnstillers hebben gerapporteerd.

Afgezien van de pijnperceptie werd ook aan de respondenten gevraagd om aan te geven of ze gebruik hebben gemaakt van pijnstillers tijdens de arbeid. Men kon antwoorden met "ja", "neen" of "ik weet het niet". De laatste categorie werd als missing gecodeerd.

REFERENTIELIJST

- Alden, D.L., Hoø, D.M. & Bhawuk, D. (2004) Client satisfaction with reproductive health-care quality: integrating business approaches to modeling and measurement. *Social Science & Medicine* 59, 2219-2232.
- Avis, M., Bond, M. & Arthur, A. (1995) Satisfying solutions - A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *Journal of Advanced Nursing* 22, 316-322.
- Avis, M., Bond, M. & Arthur, A. (1997) Questioning patient satisfaction: an empirical investigation in two outpatient clinics. *Social Science & Medicine* 44, 85-92.
- Baker, R. (1997) Pragmatic model of patient satisfaction in general practice: progress towards a theory. *Quality in Health Care* 6, 201-204.
- Ballard, C.G., Stanley, A.K. & Brockington, I.F. (1995) Posttraumatic-stress-disorder (Ptsd) after childbirth. *British Journal of Psychiatry* 166, 525-528.
- Baron-Epel, O., Dushenat, M. & Friedman, N. (2001) Evaluation of the consumer model: relationship between patients' expectations, perceptions and satisfaction with care. *International Journal for Quality in Health Care* 13, 317-323.
- Bendelow, G.A. & Williams, S.J. (1995) Transcending the dualisms - Towards a sociology of pain. *Sociology of Health & Illness* 17, 139-165.
- Bennett, A. (1985) The birth of a first child: do women's reports change over time? *Birth* 12, 153-158.
- Bond, S. & Thomas, L.H. (1992) Measuring patients satisfaction with nursing-care. *Journal of Advanced Nursing* 17, 52-63.
- Bramadat, I.J. & Driedger, M. (1993) Satisfaction with childbirth - Theories and methods of measurement. *Birth-Issues in Perinatal Care* 20, 22-29.
- Cochran, W. G. (1977) *Sampling techniques*. New York: John Wiley and Sons.
- Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L. et al. (2002) The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment* 6, 1-75.
- Donabedian, A. (1988) The quality of care - How can it be assessed. *Jama-Journal of the American Medical Association* 260, 1743-1748.
- Freund, P.E.S. (1990) The expressive body - A common ground for the sociology of emotions and health and illness. *Sociology of Health & Illness* 12, 452-477.
- Goodman, P., Mackey M.C. & Tavakoli A.S. (2004) Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing* 46, 212-219.

- Hildingsson, I., Rådestad, I., Rubertsson, C. & Waldenstrom, U. (2002) Few women wish to be delivered by caesarean section. *Bjog-An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 109, 618-623.
- Ip, W.Y. (2000) Relationships between partner's support during labour and maternal outcomes. *Journal of Clinical Nursing* 9, 265-272.
- Jenkinson, C., Carroll, D., Egerton, M., Frankland, T., Mcquay, H. & Nagle, C. (1995) Comparison of the sensitivity to change of long and short-form pain measures. *Quality of Life Research* 4, 353-357.
- Kabeyama, K. & Miyoshi M. (2001) Longitudinal study of the intensity of memorized labour pain. *International Journal of Nursing Practice* 7, 46-53.
- Karasek, R.A. (1979) Job demands, job decision latitude, and mental strain - Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly* 24, 285-308.
- Lamonica, E.L., Oberst, M.T., Madea, A.R. & Wolf, R.M. (1986) Development of a patient satisfaction scale. *Research in Nursing & Health* 9, 43-50.
- Leder, D. (1990). *The absent body*. Chicago: Chicago University Press.
- Linder-Pelz, S. (1982) Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science & Medicine* 16, 577-582.
- Linderpelz, S. (1982) Social psychological determinants of patient satisfaction - A test of 5 hypotheses. *Social Science & Medicine* 16, 583-589.
- Lumley, J. (1985) Assessing satisfaction with childbirth. *Birth-Issues in Perinatal Care* 12, 141-145.
- Mahon, P.Y. (1996) An analysis of the concept 'patient satisfaction' as it relates to contemporary nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 24, 1241-1248.
- Martinez, C.L. & Martinez Garcia, J.A. (2007) Cognitive-affective model of consumer satisfaction. An exploratory study within the framework of a sporting event. *Journal of Business Research* 60, 108-114.
- Melzack, R. (1996) Gate control theory - On the evolution of pain concepts. *Pain Forum* 5, 128-138.
- Morcos, F.H., Snart, F.D. & Harley, D.D. (1989) Comparison of parents expectations and importance ratings for specific aspects of childbirth. *Canadian Medical Association Journal* 141, 909-914.
- Niven, C. & Gijsbers, K. (1984) A study of labor pain using the McGill pain questionnaire. *Social Science & Medicine* 19, 1347-1351.
- Pascoe, G.C. (1983) Patient satisfaction in primary care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning* 6, 185-210.
- Porter, M. & Macintyre, S. (1984) What is, must be best - A research note on conservative or deferential responses to antenatal care provision. *Social Science & Medicine* 19, 1197-1200.

- Robinson, P.N., Salmon, P. & Yentis, S.M. (1998) Maternal satisfaction. *International Journal of Obstetric Anesthesia* 7, 32-37.
- Ryding, E.L. (1993) Investigation of 33 women who demanded a cesarean-section for personal reasons. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 72, 280-285.
- Salmon, P., Miller, R. & Drew, N.C. (1990) Women's anticipation and experience of childbirth - The independence of fulfillment, unpleasantness and pain. *British Journal of Medical Psychology* 63, 255-259.
- Schutz, A. (1966) *Collected papers Vol. I*. The Hague: Martinus Nijhoff Publishers.
- Scrimshaw, S.V. & Maher, C. (2001) Responsiveness of visual analogue and McGill pain scale measures. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* 24, 501-504.
- Shearer, E.C. (1983a) How do parents really feel after cesarean birth. *Birth-Issues in Perinatal Care* 10, 91-92.
- Shearer, M.H. (1983b) The difficulty of defining and measuring satisfaction with perinatal-care. *Birth-Issues in Perinatal Care* 10, 77.
- Shilling, C. (2002) Culture, the 'sick role' and the consumption of health. *British Journal of Sociology* 53, 621-638.
- Simkin, P. (1991) Just another day in a woman's life - Women's long-term perceptions of their 1st birth experience .1. *Birth-Issues in Perinatal Care* 18, 203-210.
- Simkin, P. (1992) Just another day in a woman's life - Nature and consistency of women's long-term memories of their 1st birth experiences. *Birth-Issues in Perinatal Care* 19, 64-81.
- Singh, J. (1989) The patient satisfaction concept - A review and reconceptualization. *Advances in Consumer Research* 16, 176-179.
- Sitzia, J. & Wood, N. (1997) Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science & Medicine* 45, 1829-1843.
- Slade, P., Macpherson, S.A., Hume, A. & Maresh, M. (1993) Expectations, experiences and satisfaction with labor. *British Journal of Clinical Psychology* 32, 469-483.
- Speight, J. (2005) Assessing patient satisfaction: concepts, applications, and measurement. *Value in Health* 8, S6-S8.
- Staniszewska, S. & Ahmed, L. (1999) The concepts of expectation and satisfaction: do they capture the way patients evaluate their care? *Journal of Advanced Nursing* 29, 364-372.
- Staniszewska, S. & Henderson, L. (2004) Patients evaluations of their health care: the expression of negative evaluation and the role of adaptive strategies. *Patient Education and Counseling* 55, 185-192.

- Stockman, A.F. & Altmaier, E.M. (2001) Relation of self-efficacy to reported pain and pain medication usage during labor. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 8, 161-166.
- Thompson, A.G.H. & Sunol, R. (1995) Expectations as determinants of patient satisfaction - Concepts, theory and evidence. *International Journal for Quality in Health Care* 7, 127-141.
- Turris S.A. (2005) Unpacking the concept of patient satisfaction: a feminist analysis. *Journal of Advanced Nursing* 50, 293-298.
- van Teijlingen, E., Hundley, V., Rennie, A.M., Graham, W. & Fitzmaurice, A. (2003) Maternity satisfaction studies and their limitations: "What is, must still be best". *Birth-Issues in Perinatal Care* 30, 75-82.
- Veenhoven, R. (1996) Developments in satisfaction-research. *Social Indicators Research* 37, 1-46.
- Waldenstrom, U. (2003) Women's memory of childbirth at two months and one year after the birth. *Birth-Issues in Perinatal Care* 30, 248-254.
- Waldenstrom, U. (2004) Why do some women change their opinion about childbirth over time? *Birth-Issues in Perinatal Care* 31, 102-107.
- Waldenstrom, U., Borg, I.M., Olsson, B., Skold, M. & Wall, S. (1996) The childbirth experience: a study of 295 new mothers. *Birth-Issues in Perinatal Care* 23, 144-153.
- Waldenstrom, U. & Irestedt, L. (2006) Obstetric pain relief and its association with remembrance of labor pain at two months and one year after birth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 27, 147-156.
- Weisenberg, M. (1977) Pain and pain control. *Psychological Bulletin* 84, 1008-1044.
- Williams, B. (1994) Patient satisfaction - A valid concept. *Social Science & Medicine* 38, 509-516.
- Williams, B., Coyle, J. & Healy, D. (1998) The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Social Science & Medicine* 47, 1351-1359.
- Williams, S.J. & Calnan, M. (1991) Convergence and divergence - Assessing criteria of consumer satisfaction across general-practice, dental and hospital-care settings. *Social Science & Medicine* 33, 707-716

Hoofdstuk 6: CHILDBIRTH EXPECTATIONS AND EXPERIENCES IN BELGIAN AND DUTCH MODELS OF MATERNITY CARE

Abstract

Objective: to gain insight in how the experience of childbirth reflects the expectations Belgian and Dutch women have during pregnancy. The Belgian and the Dutch societies show many similarities but differ with regard to the organisation of maternity care. The Dutch way of giving birth is well-known for its high percentage of home births and its low medical intervention rate. In contrast, home births in Belgium are uncommon and the medical model is taken for granted. We expect that diverging models of maternity care do not only give rise to different experiences, but also different patterns of expectations. However different expectations do not necessarily imply differences in the degree to which expectations are fulfilled.

Design: quantitative comparative study using questionnaires to assess expectations about and the experience of childbirth

Setting: hospitals and independent midwifery practices in two comparable cities in Belgium and the Netherlands.

Participants: two questionnaires were filled out by 605 women, one at 30 weeks of pregnancy and one within the first two weeks after childbirth, at home or in hospital. The women were invited to participate in the study by independent midwives and obstetricians during prenatal visits in 2004-2005.

Measurements and findings: expectations about and the experience of childbirth have been assessed with the Wijma delivery expectancy/experience questionnaire, which is a prospective and retrospective version enabling repeated measurement. A linear mixed model, with three fixed factors, time, country and place of birth, shows that expectations and experiences diverge. Dutch women have more negative expectations and experiences compared to Belgian women and women intending to give birth at home have more positive expectations and experiences than women who planned a hospital birth. The discrepancy between expectations and experiences is largest for home births. Women who had a home birth had slightly more optimistic expectations compared to women who had a hospital birth, but they rated their experiences as more positive, which results in a positive discrepancy.

Key words: childbirth, expectations, experiences, models of care

6.1. Introduction

During pregnancy women anticipate childbirth and adjust to their new parenting role. Expectations and anxieties about the birth develop and are shaped by the mothers' personal experiences, birth stories of significant others (Luyben & Fleming 2005), messages of the obstetrician and midwife

(Hildingsson et al. 2002). These expectations are continuously redefined as new information is gathered (Ayers & Pickering 2005). There is a substantial body of sociological theory about the expectation formation processes. It is presumed that *"an actor receives information about self and other(s), filters this information through an evaluation process, and forms an expectation for future behavior of self and others"* (Shelly 2001 p 72). Sociologists are interested to see how actors with different patterns of expectations, behave differently. Although giving birth is not an example of intentional behaviour, the choice for maternity care is. In this paper we will study the association between expectations and the experience of birth as determined by the kind of care and the type of caregiver chosen within a national context.

The influence of expectations on the birthing experience is acknowledged and documented. Ayers and Pickering (2005) noted that antenatal classes are partly driven by the assumption of this causal relationship. Stolte (1987) searched for the aspects of labour and delivery women describe as different from or the same as their expectations. Gibbins and Thomson (2001) describe women's expectations and experiences of childbirth and how they affect how women look back at labour and birth. Both studies chose a qualitative approach. Ayers and Pickering (2005) quantified the relationship between expectations of birth and subsequent experience for different aspects of birth and examined the effect of parity. The imbalance between expectations and experiences is often linked to fear of childbirth and antenatal classes. Fear during pregnancy is associated with expecting more negative and less positive events during childbirth (Ayers & Pickering 2005) and with a more eventful childbirth (Andersson et al. 2004). Expectations are found to differ according to attendance of antenatal classes (Skevington & Wilkes 1992), with women attending classes reporting more positive expectations compared to those who do not attend classes (Heaman et al. 1992). The association between expectations and experiences is also influenced by parity. Multigravids' expectations were more in accordance with the actual event, than nulligravids' expectations, which is not surprising since they have a past experience to rely upon (Stolte 1987).

Expectations affect how women respond to their birth experience during the postpartum period (Crowe & Vonbaeyer 1989; Green 1993). Previous research found that the more expectations are met, the more women were satisfied (Slade et al. 1993). These results affirm satisfaction theories such as the value-expectancy model (Linder-Pelz 1982), the discrepancy (Baron-Epel et al. 2001)

and the fulfilment theory (Bramadat & Driedger 1993). In addition, authors (Gibbins & Thomson 2001; Tammentie et al. 2004) pointed to the increased risk for postpartum distress in case expectations were not met, since the imbalance between expectations and reality generates fear (Ayers & Pickering 2005). Therefore it is important to study which social context or model of maternity care results in the best match between expectations and the postnatal perception of childbirth.

Belgium and the Netherlands are characterised by different models of maternity care. We briefly compare the organisation of antenatal care in Belgium and the Netherlands following the criteria proposed by Hemminki and Blondel (2001).

First, the models of care in the two countries are classified as dominant or parallel systems and the main care provider is identified. A dominant system is defined as at least 80 percent of all pregnant women making use of one source of care. Although Hemminki and Blondel classify maternity care in both Belgium and the Netherlands as a parallel system, we think of the Belgium maternity care as a dominant system with more than 98 percent of the pregnant women having at least one antenatal visit with an obstetrician, 76 percent with a general practitioner and only 16 percent with a midwife (De Gauquier et al. 2006). Less than 2 percent of all pregnant women have a home birth (Gilleir 2007). In the Netherlands 80 percent of all women starts prenatal care with a midwife, 6.5 percent with a general practitioner and only 14.3 percent with an obstetrician. Still we characterise the Dutch model as an example of a parallel system because 45.1 percent is referred to specialist care during pregnancy or labour (Wiegers & Janssen 2006). In sum, most Belgian women rely on specialist care, most Dutch women initially on primary care providers, but many switch to specialist care.

The second criterion is the organisational integration of antenatal care with health services in general. Obstetricians, the main care providers in Belgium, provide antenatal, intrapartum and postnatal care, but they also take care of other female health problems. This suggests a high degree of continuity of care. The care tasks of midwives, the main care providers in the Netherlands, are mostly limited to maternity care. They do not provide other health services. This division of labour between midwives and obstetricians is about the same in both countries, but due to the free access system Belgian obstetricians have more routine primary care tasks, such as check-ups than Dutch obstetricians.

Third, to what extent is continuity of care realised? A pregnant women may receive prenatal care from several care providers, be delivered by another

and be followed postnatally by yet a different health professional. In Belgium women are cared for by the same obstetrician throughout the prenatal, intrapartum and postnatal period, with exception of labour which is taken care of by a hospital midwife. In the Netherlands most midwives work together in teams, which means most women see several team members in the course of pregnancy, birth and postpartum. A referral during pregnancy brings about a switch in care provider, while a referral during labour does not necessarily, since midwives can accompany women to the hospital.

Finally, financing of maternity care happens in both countries by public insurance. In Belgium this is complemented by partly out-of-pocket payment. In the Netherlands public insurance compensates only for a hospital delivery in case of medical indications. Primary care providers function as gatekeepers in the system. Belgium in contrast, is characterised by an open access system, since both hospital and home births are always reimbursed.

Regarding birth outcomes, we should note that Belgium has lower perinatal mortality rates compared to the Netherlands, respectively 6.8 (SPE 2003) and 10.6 (SPRN 2003) per thousand live births in 2003. The Netherlands lost their leading position of the lowest perinatal mortality in the world, together with Sweden and Finland, and is now situated in the middle of the European countries (Achterberg & Kramers 2001). The Dutch perinatal mortality rates stagnated in the mid eighties, while they kept decreasing in other countries (Achterberg & Kramers 2001).

However, the Netherlands are well known for its low obstetric intervention rates in comparison to other western industrialised countries such as Belgium (Kerssens 1994; Wiegers et al. 1998; DeVries 2001). For example, in 2003 the programmed caesarean section rate was 10.7 in Belgium and 6.7 in the Netherlands, the percentage of epidurals is 64.4 in Belgium and 5.4 in the Netherlands and the percentage induced labours is 30.0 and 28.8 respectively (SPE 2003; SPRN 2003; SPRN 2005).

Literature about the effectiveness of different programmes of antenatal visits and type of care providers, suggests that there are no differences in various clinical outcomes for low-risk women, e.g. Caesarean section and anaemia (Khan-Neelofur et al. 1998; Waldenstrom & Turnbull 1998). However, there is evidence for lower obstetric intervention rates (Waldenstrom & Turnbull 1998) and lower perinatal mortality in midwife and general practitioner-managed care (Tew & Damstra-Wijmenga 1991; Khan-Neelofur et al. 1998). In addition there were no differences in women's satisfaction, except that midwife's antenatal

care was favoured in terms of continuity of care (Khan-Neelofur et al. 1998). From the perspective of health economics, there is evidence of cost-reduction in case of midwife-managed programs (Khan-Neelofur et al. 1998).

Because of the listed differences in the way maternity care is organised in both countries, we expect that Belgian and Dutch pregnant women not only have diverging birth experiences, but also develop different patterns of expectations during pregnancy. This reasoning is consistent with the finding of van der Hulst et al. (2004) that women who chose a home birth have different expectations, especially in regard to obstetric technology.

Luyben and Fleming (2005) found that women feel unsure because of the changes they experience in their physical and mental health during, compared to before pregnancy. During pregnancy this uncertainty is reduced by means of new information, relationships with others to share the experience of being pregnant and knowledge about the health and condition of the child. The aim of antenatal care is to resolve the need for reassurance and information. The process of gaining confidence gives rise to expectations and wishes (Luyben & Fleming 2005).

Let us consider the role of information first. Antenatal care is an important source of knowledge during pregnancy and depending on the care provider different kinds of information are provided, hence different expectations are created (Hildingsson et al. 2002). Decisions about care are limited by the availability of choices as determined by the health-care system of the country and the information provided by the care provider (Luyben & Fleming 2005). Luyben and Fleming conclude that even though women want something different, they fell back on what they knew instead of creating new solutions outside the familiar system.

Secondly, the care provider has an important reassuring function (Luyben & Fleming 2005). Given the fact that midwives emphasise the normality of childbirth, while physicians are trained to discover the abnormalities, it can be expected that midwives are more able to reassure and to induce confidence than physicians. The more because the three C's, control, choice (i.e. involvement in decision making) and continuity of care, are more associated with midwifery than obstetric practice (van der Hulst 1999; Longworth et al. 2001; Carolan & Hodnett 2007). Luyben and Fleming report that "reassurance included a degree of 'content', and also an 'attitude (behaviour)', which meant health professionals being interested, giving encouragement and reducing anxieties and worries through sharing them and simply 'being with' the women" (p. 221). Since midwives take more time during antenatal visits and

spend more time with the women during labour and birth or at least favour the 'being-with-women' philosophy (Carolan & Hodnett 2007), it can be expected that they are more reassuring. However, the opposite can also be argued. Physicians could be more reassuring because of their authority and the conviction of most women that "the doctor knows best".

Thirdly, in the team midwifery model, dominant in the Netherlands, antenatal-to-intrapartum continuity of carer is high, but during pregnancy women are cared for by the different team members. Obstetric practice in contrast is characterised by antenatal and antenatal-to-intrapartum care. However Davey et al. (2005) have shown that seeing the same care giver at every visit is less important than continuity of care, this personal contact and quality interactions are more valued. Khan-Neelofur et al. (1998) found that regarding continuity of care, midwife-led care is more favoured.

Given the dominance of midwife-led care in the Netherlands and obstetric care in Belgium, the positive responses to the midwifery model in several studies (Harvey et al. 2002), the women-centeredness of midwifery care (van der Hulst 1999) and the fact that the Dutch emphasise normalcy of childbirth (DeVries 2004), we expect Dutch women to have more positive expectations regarding childbirth than Belgian women. Since optimistic expectations make positive experiences more likely (Green 1993; Slade et al. 1993), we expect the same result for the birth experience. Regarding the match between expectations and experiences, we expect no differences between the Netherlands and Belgium, because we believe expectations are function of the mainstream maternity system through socialisation processes. Only in case of a referral, a mismatch between expectations and reality can be expected and this accounts for both countries.

To avoid that findings are function of the experiences women had with birth, Spurgeon et al. (2001) recommend the prospective comparison of different models of care practices. The cognitive dissonance theory (Festinger 1957) suggests that if our perceptions of an event diverge only a little from our expectations, we tend to adjust our perception to fit with our expectations (assimilation). If, however, the difference between expectations and the perception of the event is too large, the discrepancy is enlarged (contrast) (Thompson & Sunol 1995). This means women may reconstruct their experience in order to justify the birth choices they have made. Also expectations reported retrospectively can be reconstructed in the light of the birth experience (Oakley 1992; Ranta et al. 1995).

By our repeated measures cross-national design and the inclusion of both women intending to give birth at home and in hospital, we assess in which context (1) expectations are most positive and (2) expectations are most fulfilled. However, it is not possible to tell from our data whether this is due to the type of care provider or other characteristics of the compared models of maternity care.

6.2. Methods

6.2.1. Selection of method

The purpose of the study was to compare childbirth expectations and experiences between four groups of women: Belgian and Dutch women with a hospital or home birth. The study had to fit in the busy work schedules of obstetricians and midwives. To contact as many women as possible in a short period of time, a survey by two questionnaires—one at 30 weeks of pregnancy and one within two weeks postpartum—was appropriate. Within two weeks postpartum was chosen to minimise the effect of inaccurate recall on women's reports of the birth experience, following Ayers and Pickering (2005). Women have been invited to participate during approximately three months. Five to eight months had already passed by from the invitation to participate to the completion of the last questionnaire. Since the data collection was not simultaneously organised in each hospital/midwifery practice, one year was necessary to gather the data: from September 2004 to September 2005. At 30 weeks of pregnancy, 827 women filled out approximately the same questionnaire, of which 613 also participated in the study in the first two weeks after delivery and completed a second questionnaire.

6.2.2. Measurement

The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ version A and B) was developed to assess feelings of uncertainty and anxiousness accompanying the subjective experience of the anticipated delivery as unknown, uncontrollable and unavoidable. Instruments measuring anxiety are less suitable, since childbirth brings about a specific social and psychological context. This instrument focuses on fear in the specific situation of childbirth by means of women's appraisal in the form of expectations and experiences

(Wijma et al. 1998). Expectations are what women think will happen, not what women hope for. The scale is designed by K. Wijma in Dutch. The 33 items are "statements concerning intensities of emotions and magnitude of cognitions regarding the delivery" (Wijma et al. 1998 p 85). The author relied on his clinical experience of women with fear of childbirth to construct the items (Wijma et al. 1998). Originally scores range between 0 and 5, but we chose to include a neutral answer in the middle by providing an uneven number. Adding a response category does not diminish, but rather increase the validity or reliability of the resulting scores (Preston & Colman 2000). The higher the score, the more negative the appraisal and thus the more the respondent feels uncertain and anxious. The internal consistency reliability coefficient for this study (Cronbach's $\alpha_A = 0.92$; Cronbach's $\alpha_B = 0.94$) is similar to those established by Wijma et al. (Cronbach's $\alpha_A = 0.93$; Cronbach's $\alpha_B = 0.93$).

In this study the planned place of birth is considered a proxy of antenatal care provider. Women intending to give birth at home, are cared for by primary care givers, i.e. midwives and general practitioners, while women planning for a hospital birth are cared for by obstetricians. The effective place of birth however, provides us with less information about the health professional attending the birth. For home births this will be the same primary care providers, but in case of a hospital birth, both midwives and obstetricians are possible carers.

We asked for the intended place of birth in the antenatal questionnaire using the following question: *Where would you like to give birth?* This variable consists of two broad categories, the *home* (= 0) versus the *hospital* (= 1), as intended place of birth. Women planning for a birth in a birth clinic are considered primary care clients, because a birth clinic is a substitution for the home and is not considered a medically sophisticated environment. Planning for a short stay is coded as a hospital birth, notwithstanding that in some cases only midwives provide care.

In the postnatal questionnaire we asked where the delivery took place (*Where did you give birth?*), as this may diverge from the planned place of birth. We provided the same answer categories as for the planned place of birth and the same coding has been applied as described above.

The two countries, Belgium and the Netherlands, represent two different models of maternity care. Within each model, both home and hospital births

are represented. Possibly the model of care influences childbirth expectations and experiences, independent of the place where women give birth or intent to give birth. The model of maternity care within a national context is taken for granted through socialisation processes and brings about certain structural and cultural factors, constraining some and enabling other birth choices, expectations and experiences.

6.2.3. Population and sample

Our study concerns two comparable cities in the Belgian and Dutch regions, Ghent and Tilburg, respectively. To enhance the readability of the paper we will refer to Belgium and the Netherlands and the Belgian and the Dutch. However, the Belgian part of the study is limited to the Flemish region, which is the northern, Dutch-speaking part of Belgium.

We approached all hospitals in both cities. Since the population of pregnant women is unknown, we had to rely on a convenience sample. In Ghent there are four hospitals, of which three agreed to participate. We have no reasons to believe that the population of the missing hospital differs from the population in the participating hospitals. In Tilburg both hospitals agreed to cooperate. Since there are more hospital than home births in both countries, we needed to over sample the home deliveries. In Tilburg we contacted six midwifery practices to reach enough women planning a delivery in primary care. Ghent does not count enough midwifery practices to attain the same number of home births. Therefore, we went beyond the city borders of Ghent and contacted 21 midwifery practices spread out over Flanders. This was necessary to be able to compare the four kinds of birth settings determined by country (Belgium versus the Netherlands) and place of birth (home versus hospital).

6.2.4. Procedure

Women were asked by their midwife (primary care) or their obstetrician (secondary care) to participate in the research project. They had to speak and understand Dutch and had to be 18 years or older. Questionnaires were returned to the midwife or obstetrician in a closed envelope. For practical reasons the Dutch women with a home birth sent the questionnaires straight to the researcher by mail. Women who delivered in a hospital for the most part completed the second questionnaire during their postpartum stay on the maternity ward. Women with a short stay, however, responded by direct mail

instead. A written informed consent has been asked of all respondents. Anonymity was ensured as no personally identifiable data was collected. The Committee for Ethics of the University Hospital has approved the study.

We had to rely on the goodwill of obstetricians and midwives for the recruitment of respondents. Therefore, we had little control over the inclusion process and by consequence the response rate. Although we asked to register women who refused to participate, this was not systematically done by everybody. By consequence we can only give a minimum and maximum estimation of the response rate. During the preparation of the study, midwives and obstetricians gave an estimation of the eligible women within the provided three-month time frame. This estimation is reflected in the number of provided questionnaires. The response rate is calculated by dividing the number of respondents by the number of provided questionnaires. The estimations ranged between 68 and 19 percent for the hospitals, and between 100 and 38 percent for the midwifery practices. However, not all questionnaires have been distributed.

6.2.5. Data analysis

Longitudinal data can be viewed as multilevel data, with repeated measurements nested within individuals (Hox 2002; West et al. 2007). For our data, this leads to a two-level model, with the series of repeated measures at the lowest level, and the individuals at the highest level. Since multilevel modelling does not require balanced data, the differing numbers of respondents on each time point are not a problem (Hox 2002).

Repeated measures analysis of variance is no alternative, because in our data occasions are varying (Hox 2002). We have the same set of measures taken at different points in time for the same individuals. The exact moment of data collection differs between individuals. For example, the postnatal data is collected within two weeks after birth. This could be on the first day, but also on the eleventh day after birth. Linear mixed models (LMM) allow the time points when measurements are collected, to vary for different subjects (West et al. 2007).

Our data are in fact an example of a clustered repeated-measures dataset, which combines features of both clustered and repeated measures data. More specifically, the units of analysis (women) are nested within clusters

(countries), and each unit is measured more than once (before and after birth) (West et al. 2007):

Level 1: the repeated measures made on the same unit of analysis (time points);

Level 2: the units of analysis (women);

Level 3: clusters of units in clustered longitudinal data sets (countries).

The general form of the estimated model is the following regression equation:

$$\begin{aligned}
 W - DEQ_{it} &= \beta_0 + \beta_1 * Time_t \\
 &+ \beta_2 * parity + \beta_3 * age + \beta_4 * education + \beta_5 * employment \\
 &+ \beta_6 * country + \beta_7 * placeofbirth \\
 &+ \beta_8 (time_t * country) + \beta_9 (time_t * placeofbirth) + \beta_{10} (country * placeofbirth) \\
 &+ \mu_{0j} + \mu_{1j} * time_t + \mu_{0i/1j} + \epsilon_{ij}
 \end{aligned}
 \left. \begin{array}{l} \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \end{array} \right\} \begin{array}{l} \text{Fixed} \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \text{Random} \end{array}$$

with W-DEQ the outcome variable, attitude toward childbirth, which we call expectations at t_0 and experiences at t_1 of an individual i measured at time point t_0 and t_1 . Time is the time variable that indicates the time point.

6.3. Results

6.3.1. Descriptives

Within the first two weeks after delivery, 611 women, of whom 265 are Belgian and 346 are Dutch, filled out a questionnaire.

The age of participating women ranged between 19 and 44 years, with a mean of 31.2 years, 30.4 for Belgian and 31.9 for Dutch women. Those having their first baby made up 54.2% of all respondents, with 42.2% in Belgium and 51.8% in the Netherlands. Both in Belgium and the Netherlands 50% attended an antenatal course. Approximately 98.0% of the respondents were married or living as married in both Belgium and the Netherlands. More Belgian (76.9%) than Dutch (40.5%) women completed higher education, and 85.3% of all women were employed, with 85.3% in Belgium and 84.8% in the Netherlands (Table 6.1). This means parity and educational level may confound the comparison between Belgium and the Netherlands. Therefore these variables were controlled for in the hierarchical linear model.

Table 6.1: Descriptive statistics in total and for Belgian and Dutch women separately

		TOTAL	BELGIUM	THE NETHERLANDS
Higher education	%	57.11	76.99	40.50
	n	329	194	135
	CI	0.55 – 0.59	0.75 - 0.79	0.38 - 0.43
Primiparae	%	54.20	48.20	51.80
	n	276	133	143
	CI	0.51 - 0.55	0.45 - 0.51	0.48 - 0.54
Employed	%	85.28	85.23	84.82
	n	517	221	296
	CI	0.84 - 0.87	0.84 - 0.88	0.83 - 0.87
Age	Mean	31.21	30.41	31.87
	SD	4.17	4.09	4.14
	n	816	372	444
	CI	31.06 - 31.36	30.20 - 30.62	31.68 - 32.07
Antenatal course	%	50.8	50.4	51.1
	n	838	378	460
	CI	0.50-0.52	0.48-0.52	0.49-0.53

The observed mean of the total W-DEQ before childbirth is 2.11 (SD = 0.72, max = 6), which is rather low. After birth this is 1.84 (SD = 0.91). In both countries expectations (Belgium = 2.04; SD = 0.73 and the Netherlands = 2.17; SD = 0.70) were more negative than experiences (Belgium = 1.71; SD = 0.84 and the Netherlands = 1.94; SD = 0.94). Differences between expectations (mean = 2.11; SD = 0.72) and experiences (mean = 1.83; SD = 0.91) are significant ($t = 6.15$; $P < 0.001$), but small. The same accounts for differences between countries (Expectations: $t = -2.63$; $P = 0.009$ and Experiences: $t = -3.04$; $P = 0.002$) (Table 6.2 and Figure 6.1). We also assessed the differences between expectations and experiences item per item to be sure that positive and negative discrepancies did not compensate for each other in the mean scores of the scale (no table). The postnatal assessment is consistently more positive than the antenatal scores across items, except for four items: feeling glad, proud and happy and longing for the child. Also in the comparison of Belgium and the Netherlands, responses appear to be consistent across items. Only two items, behaving badly and losing control, were anomalous with Belgians having higher instead of lower scores than the Dutch.

Table 6.2: Observed means and F-test

	Country	Mean	SD	N	t	P
Expectations	Belgium	2.04	0.73	376	-2.630	.009
	the Netherlands	2.17	0.70	451		
Experiences	Belgium	1.71	0.84	262	-3.040	.002
	the Netherlands	1.94	0.94	343		
Totals for country	Belgium	1.91	0.80	638	-7.053	.000
	the Netherlands	2.07	0.82	794		
Totals for time	Expectations (T0)	2.11	0.72	827	6.15	.000
	Experiences (T1)	1.84	0.91	611		

Expectations and experiences are positively associated ($r = 0.528$; $P < 0.001$) and the relation is rather strong. In other words, expectations are a strong predictor of the reality of childbirth.

6.3.2. Hierarchical linear regression

In general, the experience of childbirth was more positive than women had been expecting during pregnancy (model 1: $B = -0.232$; $P < 0.001$; model 2: $B = -0.357$; $P < 0.001$) after controlling for parity, age, level of education, employment and antenatal courses. We estimated two models: in the first, the regression equation includes planned place of birth, while in the second, it is replaced by effective place of birth. This strategy was chosen because we expect the actual and planned place of birth to relate differently to birth expectations and experiences. We present the most parsimonious models in Table 6.3. The time variable provides us with an indication of the imbalance between expectations and experiences.

Table 6.3: Coefficients for expectations about and the experience of childbirth

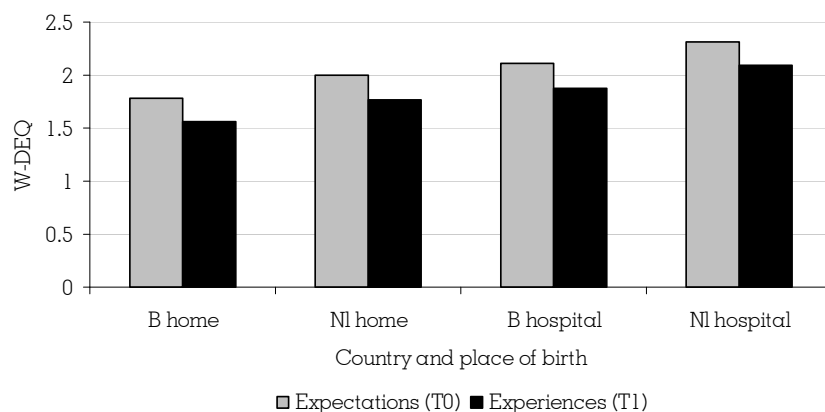
	MODEL 1 (planned place of birth)				MODEL 2 (actual place of birth)			
	B	SE	P	95% CI	B	SE	P	95% CI
Intercept	1.783	0.191	0.000	1.408 2.158	1.605	0.222	0.000	1.168 2.041
Parity	-0.171	0.056	0.002	-0.280 -0.061	-0.098	0.064	0.126	-0.224 0.028
Age	0.005	0.006	0.428	-0.007 0.017	0.009	0.007	0.233	-0.006 0.023
Education	-0.093	0.056	0.097	-0.202 0.017	-0.064	0.063	0.308	-0.188 0.059
Employment	-0.018	0.071	0.796	-0.158 0.122	-0.036	0.082	0.659	-0.198 0.125
Antenatal course	0.009	0.054	0.868	-0.097 0.115	0.069	0.061	0.259	-0.051 0.188
Time	-0.232	0.033	0.000	-0.297 -0.167	-0.357	0.061	0.000	-0.478 -0.236
Country	0.210	0.056	0.000	0.101 0.319	0.174	0.061	0.005	0.054 0.294
Place of birth	0.322	0.052	0.000	0.221 0.423	0.272	0.064	0.000	0.146 0.398
Time*place of birth					0.171	0.073	0.019	0.028 0.315
-2 LL			3007.71				2580.93	

6.3.2a The meaning of planned place of birth for birth expectations and experiences

Controlled for parity, age, education, employment and antenatal courses, the experience of childbirth exceeded women’s prenatal expectations (B = -0.232; SE = 0.033; $P < 0.001$). The gap between expectations and experiences turned out to be stable relative to country and planned place of birth, since the interaction terms ‘time*country’ and ‘time*planned place’ were insignificant (Figure 6.1). However, Belgian women proved to report more positive expectations (B = 0.21; $P < 0.001$), in comparison to Dutch women. Moreover, women planning to give birth at home had lower W-DEQ scores, hence anxiety, compared to women planning for a hospital birth (B = 0.322; $P < 0.001$).

Regarding the control variables, only parity was significant. Multiparous women had more positive expectations and experiences. However the difference (B = -0.203, $P = 0.003$) between expectations and experiences was the same for multiparous and primiparous women, since the interaction term time*parity was not significant (B = 0.02; $P = 0.767$) (no Table).

Figure 6.1: Estimated mean W-DEQ scores for primiparous women and planned place of birth

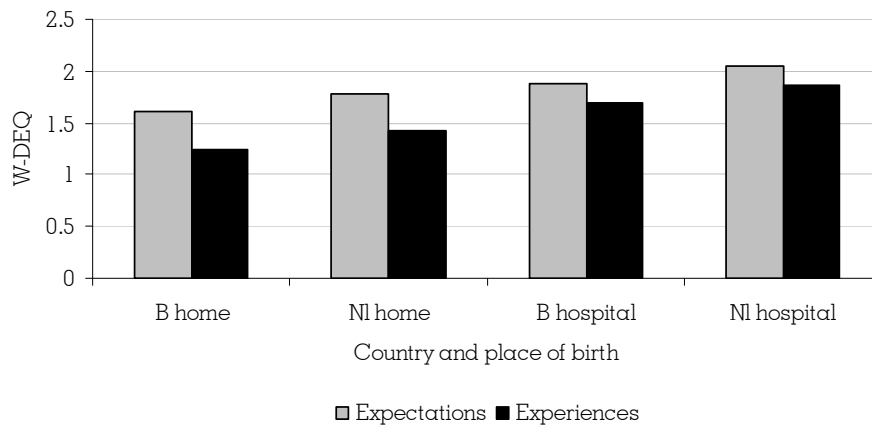


6.3.2b The meaning of actual place of birth for birth expectations and experiences

Overall, the findings resulting from the regression equation including the actual place of birth are similar to the equation containing the planned place of birth. Taking into account the same control variables, the childbirth experience turned out to be more positive than women's antenatal expectations ($B = -0.357$; $SE = 0.061$; $P < 0.001$). However, the discrepancy between birth expectations and experiences was bigger for home, than hospital births ($B = 0.17$; $P = 0.019$), as can be seen in Figure 6.2. In both countries the discrepancy between what was expected and what was experienced was larger for women with a home birth than for women with a hospital birth. In other words, although women with a home birth had already more optimistic expectations, their birth experience was even more positive than expected. The discrepancy between expectations and reality is smallest for Dutch women having birth in hospital, but this does not significantly differ from the one for Belgian women with a hospital birth.

Among the control variables, parity was no longer significant, meaning that expectations and experiences of primiparous and multiparous women proved to be similar.

Figure 6.2: Estimated mean W-DEQ scores for effective place of birth



By running the same analysis for planned and effective place of birth separately, it is shown that women who did not have birth at the expected place, bias the analysis including planned place of birth. They increase the postnatal appraisal score of women planning a home birth and decrease the postnatal score of women intending to have a hospital birth, which results in the same (im)balance for every birth setting. Taking the actual instead of the planned place of birth into account, lowers the postnatal W-DEQ score for women who actually had a home birth and heightens the postnatal scores for women who had a hospital birth, resulting in a larger discrepancy between expectations and reality for home births and a smaller one for hospital births. In other words, women who did not have birth at the planned place had a more negative experience. In an additional analysis we regressed the influence of being referred on the antenatal and postnatal appraisal of childbirth. This analysis confirms our suspicions ($B_{\text{referral}} = -0.03$; $P = 0.716$; $B_{\text{time*referral}} = 0.31$; $P < 0.001$). We can conclude that within each specific social setting expectations match with reality to the same degree, except for women who did not have birth at the planned place.

6.3.2c What about country differences?

In both models the expectations in each country did not differ with place of birth, since the interaction term country*place of birth was not significant (model 1: $B = -0.08$; $P = 0.457$; model 2: $B = 0.09$; $P = 0.482$). In other words the expectations of Belgian and Dutch women planning a home birth did not differ, neither did the expectations of Belgian and Dutch women planning a

hospital birth. The same accounted for the postnatal appraisals (Time*country*place: $B = -0.06$; $P = 0.705$, no table).

To summarise, Belgian women intending to give birth at home and multigravids have more positive expectations and experiences of childbirth, but the (im)balance between birth expectations and experiences is the same for Belgian versus Dutch women, intended home births versus intended hospital births and multigravids versus nulligravids. When planned place of birth is replaced by effective place of birth discrepancy between experiences and expectations proves to be larger in case of a home birth, compared to hospital births. The home birth experience is even more positive than women expected in advance.

6.4. Conclusion and discussion

By comparing expectations and experiences of Belgian and Dutch women we attempted to assess whether the model of maternity care typified by country (Belgium versus the Netherlands) and place of birth (home versus hospital), influences expectations regarding childbirth, childbirth experiences and the discrepancy between them. The lack of balance between expectations and experiences is indicative of postnatal reactions to childbirth, more specifically postpartum satisfaction (Slade et al. 1993). Since the imbalance between expectations and experiences is the same for both countries, we do not expect differences in childbirth satisfaction in Belgium and the Netherlands. However, other determinants related to the experience 'an sich', can be more decisive in the evaluation of birth. If this is the case, differences in postpartum satisfaction are likely, because Dutch and Belgian women report a different evaluation of the birth experience.

Five main findings arise from this investigation. First, expectations are positively associated with experiences, which means that negative antenatal appraisals of childbirth make a negative experience more likely. Although Slade et al. (1993) made a distinction between positive and negative ante- and postnatal assessments of childbirth, they found the same association. They concluded that positive emotional expectations predicted positive experiences and were unrelated to the negative expectations. Expectations were positively related to reality, but the association was weak. Ayers and Pickering (2005) concluded from their study that anxiety during pregnancy accounts for

differences between expectations and experience. Additional analyses on our data can not confirm this finding.

Second, women's experiences turned out to be more positive than they expected in advance, but the discrepancy is rather small. This finding accounts for every birth setting. Green (1993) in contrast found that in general women tended to get what they expected, but her results were limited to labour pain.

Third, women planning a home birth were more optimistic during pregnancy and had more positive experiences, in comparison to women intending the give birth in hospital. The same accounts for actual place of birth. This is in accordance with our hypothesis and previous research showing that midwifery care is more satisfactory than care by doctors (Harvey et al. 2002). This result is not surprising since there is evidence that women choose a birth attendant in function of their definition of childbirth. Women defining birth as a natural and normal process, which is a positive attitude opposed to fearful and risky, are more likely to opt for the care of a midwife (Howell-White 1997).

Fourth, we were surprised to find that Belgian women had more positive expectations and experiences regarding childbirth than Dutch women, regardless of place of birth. Dutch women with home births are less optimistic than Belgian women having a home birth. The same accounts for women with hospital births. The higher optimism of Belgian women with a home birth could be the result of the enormous enthusiasm of the Belgian independent midwives. As one Belgian midwife said "We have to fight against established values and have to prove ourselves. This brings up the best in us". The more negative appraisals of the Dutch compared to Belgian women with a hospital birth, can be explained by the motivation to give birth in hospital: medical reasons for the Dutch (except policlinical births), and habit or tradition for the Belgians. Medical problems may be accompanied by anxiety, giving rise to less positive birth experiences.

Although expectations and experiences are more positive for Belgian, compared to Dutch women, the fit between what is expected and what is experienced is as good in Belgium, as in the Netherlands. We could conclude from this finding that Luyben and Fleming (2005) are right about women not tending to create new solutions, but adhering and adapting to what is familiar within the system. However, this is not necessarily the case, because we asked our respondents about their *predicted expectations*, not their *ideal expectations* (Thompson & Sunol 1995). Predicted expectations take practical and situational restrictions into account, while ideal expectations refer to aspirations, preferences, desires in an ideal world. Since respondents took the

characteristics of the system in which they were about to give birth into account, the fit between expectations and experiences could not diverge between the two countries. In case we had been asking for ideal expectations, context was not taken into account, the gap between expectations and experiences would widen and allow variation between countries. This could be of interest for further research.

In general, our findings suggest that Dutch midwife-led or obstetric care differs in some way or another from Belgian midwifery or obstetric practice. Clearly national cultural and structural factors influence the way care is organised, and experienced. However, further research is necessary to find out which factors are crucial, and whether it is more a matter of culture or social structure. Also a cultural bias toward more pessimistic scoring of questionnaires on the part of the Dutch, should not be excluded.

Attention should be drawn to three limitations in our research. These weaknesses in the research design relate to the timing and place of the assessment of ante- and postnatal appraisals of childbirth. First, respondents filled out questionnaires within two weeks after childbirth for practical reasons. This soon after delivery, women might have answered less critically than they would have answered later on (van Teijlingen et al. 2003). Thus the discrepancy between expectations and reality is expected to become larger with passing time. However, the two-week time frame applied to all respondents, and therefore does not affect the differences between the groups compared.

Second, the place where questionnaires were filled in, may be problematic, because it differs for women who had a home birth and women who delivered in hospital. The former answered the questionnaires at home, the latter at hospital. Studies have shown that women answering at home are more critical compared with women who fill in the questionnaire at hospital, due to loyalty to the institution (Lumley 1985). However, if this is the case, this means that, taking into account place of measurement, the difference between women with a home birth and women with a hospital birth would be even larger.

Third, lack of information about non-response may conceal selection biases. For example, the Belgian sample counts more higher-educated women than the Dutch sample. This may indicate a selection bias which may affect the results. Zadoroznyj (1999) has shown that women's orientation to control of their first birth is affected by their social class, and Goodman et al. (2004) found that women with a higher level of education had higher global

satisfaction with the childbirth experience. Our analyses, however, are adjusted for level of education and do not confirm the finding of Goodman et al. (2004).

A final shortcoming is that we can not differentiate between the several aspects of the birth experience. Our study provided information regarding the expectation and experience of labour pain, which will be assessed in a future paper.

Our findings have some implications for (1) sociological thinking about the linkage between macro and micro level phenomena and (2) health policy.

Expectations are guided by collective and individual beliefs, based on information from previous experiences or the experiences of others. Belgian and Dutch women can be expected to have different sets of expectations regarding childbirth, because childbirth is associated with risk in the first and normalcy in the second context. Social behaviour, or the selection of a type of maternity care, is driven by expectations. The diverging expectations of Belgian and Dutch women should give rise to other selections of types of care, even if the same types of care were provided in both countries. However, the two countries are characterised by a different organisation of maternity care. Hence, individual women's choices are restricted to different supplies of care. At this point micro and macro level of reality meet: existing social structures (i.e. the range of possible care arrangements) restrict and enable individual social action (i.e. the selection of the care arrangement which maximises the match between expectations and experiences). Social action is constrained by the way care is organised within national boundaries. Within these boundaries women are motivated to select the type of care that maximises satisfaction, and balances expectations and experiences, as predicted by the fulfilment (Bramadat & Driedger 1993), the value expectancy (Linder-Pelz 1982) and the discrepancy theory (Baron-Epel et al. 2001). As an imbalance enhances the probability of distress and fear, it is important to know which constellation of expectations and type of care, gives rise to the best match, within national boundaries. According to our findings, one would be inclined to favour hospital births. However, although expectations and experiences are better attuned in case of a hospital birth, they are less positive. To give a proper answer we should know what is most important to postpartum satisfaction, positive expectations and experiences, or a nice fit between them. Further research is necessary to clarify this matter.

Our findings are relevant to health policy and the organisation of maternity care in several ways. First, since expectations predict experiences, the development of optimistic expectations may be used as a prevention strategy to reduce negative outcomes. However, this antenatal preparation should take other forms than antenatal courses, since these are not associated with expectations, nor experiences, at least not in our dataset. Hence, we could not confirm the finding of Heaman et al. (1992) that women attending antenatal classes have more positive expectations, compared to women who do not. Further research should concentrate on the determinants of positive expectations in order to design effective interventions. Second, our findings show that the actual organisation of care in Belgium and the Netherlands leads to experiences that are more positive than what was expected before birth. This could mean two things: or expectations are too pessimistic, or the provided care is of good quality. Third, referrals are problematic as they widen the gap between antenatal expectations and the birth experience. In short, to come to the best organisation of maternity care, we need to know whether postpartum satisfaction is function of expectations, experiences or the fit between them. The fulfilment, value expectancy and discrepancy theory emphasise the fit, but empirical tests have not come to decisive conclusions until now.

REFERENCES

- Achterberg, P.W. & Kramers, P.G.N. (2001) *Een gezonde start? Sterfte rond de geboorte in Nederland: trends en oorzaken vanuit internationaal perspectief*. Bilthoven: RIVM.
- Andersson, L., Sundstrom-Poromaa, I., Wulff, M., Astrom, M. & Bixo, M. (2004) Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstetrics and Gynecology* 104, 467-476.
- Ayers, S. & Pickering, A.D. (2005) Women's expectations and experience of birth. *Psychology & Health* 20, 79-92.
- Baron-Epel, O., Dushenat, M. & Friedman, N. (2001) Evaluation of the consumer model: relationship between patients' expectations, perceptions and satisfaction with care. *International Journal for Quality in Health Care* 13, 317-323.
- Bramadat, I.J. & Driedger, M. (1993) Satisfaction with childbirth--Theories and methods of measurement. *Birth-Issues in Perinatal Care* 20, 22-29.
- Carolan, M. & Hodnett, E. (2007) 'With woman's philosophy: examining the evidence, answering the questions. *Nursing Inquiry* 14, 140-152.
- Crowe, K. & Vonbaeyer, C. (1989) Predictors of a positive childbirth experience. *Birth-Issues in Perinatal Care* 16, 59-63.
- Davey, M.A., Brown, S. & Bruinsma, F. (2005) What is it about antenatal continuity of caregiver that matters to women? *Birth-Issues in Perinatal Care* 32, 262-271.
- De Gauquier, K., Remacle, A., & Lucet, C. (2006) *Prenatale zorg in België in 2002*. Brussel: IMA.
- DeVries, R. (2001) Midwifery in the Netherlands: vestige or vanguard? *Medical Anthropology* 20, 277-311.
- DeVries, R. (2004) *A pleasing birth. Midwives and maternity care in the Netherlands*. Philadelphia: Temple University Press.
- Festinger, L. (1957) *A theory of cognitive dissonance*.
- Gibbins, J. & Thomson, A.M. (2001) Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery* 17, 302-313.
- Gilleir, C. (2007) Thuis bevallen in Vlaanderen: een kwestie van reflexiviteit. *Tijdschrift voor Sociologie* 28, 25-51.
- Green, J.M. (1993) Expectations and experiences of pain in labor--Findings from a large prospective study. *Birth-Issues in Perinatal Care* 20, 65-72.
- Harvey, S., Rach, D., Stainton, M.C., Jarrell, J. & Brant, R. (2002) Evaluation of satisfaction with midwifery care. *Midwifery* 18, 260-267.
- Heaman, M., Beaton, J., Gupton, A. & Sloan, J. (1992) A comparison of childbirth expectations in high-risk and low-risk pregnant women. *Clinical Nursing Research* 1, 252-265.

- Hemminki, E. & Blondel, B. (2001) Antenatal care in Europe: varying ways of providing high-coverage services. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology* 94, 145-148.
- Hildingsson, I., Waldenström, U. & Radestad, I. (2002) Women's expectations on antenatal care as assessed in early pregnancy: number of visits, continuity of caregiver and general content. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 81, 118-125.
- Howell-White, S. (1997) Choosing a birth attendant: The influence of a woman's childbirth definition. *Social Science & Medicine* 45, 925-936.
- Hox, J. (2002) *Multilevel analysis. Techniques and applications*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Kerssens, J.J. (1994) Patient satisfaction with home-birth care in the Netherlands. *Journal of Advanced Nursing* 20, 344-350.
- Khan-Neelofur, D., Gulmezoglu, M. & Villar, J. (1998) Who should provide routine antenatal care for low-risk women, and how often? A systematic review of randomised controlled trials. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 12, 7-26.
- Linder-Pelz, S. (1982) Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science & Medicine* 16, 577-582.
- Longworth, L., Ratcliffe, J. & Boulton, M. (2001) Investigating women's preferences for intrapartum care: home versus hospital births. *Health and Social Care in the Community* 9, 404-413.
- Luyben, A.G. & Fleming, V.E.M. (2005) Women's needs from antenatal care in three European countries. *Midwifery* 21, 212-223.
- Oakley, A. (1992). *Social support and motherhood. The natural history of a research project*. Oxford: Blackwell.
- Preston, C.C. & Colman, A.M. (2000) Optimal number of response categories in rating scales: reliability, validity, discriminating power, and respondent preferences. *Acta Psychologica* 104, 1-15.
- Ranta, P., Spalding, M., Kangassaarela, T., Jokela, R., Hollmen, A., Jouppila, P. et al. (1995) Maternal expectations and experiences of labor pain options of 1091 Finnish parturients. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 39, 60-66.
- Shelly, R.K. (2001) How performance expectations arise from sentiments. *Social Psychology Quarterly* 64, 72-87.
- Skevington, S. & Wilkes, P. (1992) Choice and control: a comparative study of childbirth preparation classes. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 10, 19-28.
- Slade, P., Macpherson, S.A., Hume, A. & Maresh, M. (1993) Expectations, experiences and satisfaction with labor. *British Journal of Clinical Psychology* 32, 469-483.
- Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE) (2003) *Jaarrapport perinatale activiteiten in Vlaanderen 2003*. Brussel: SPE.

- Stichting Perinatale Registratie Nederland (SPRN) (2003) *Perinatale Zorg in Nederland*. Bilthoven: SPRN.
- Stichting Perinatale Registratie Nederland (SPRN) (2005) *Verloskunde in Nederland: grote lijnen 1995-1999*. Bilthoven: SPRN.
- Spurgeon, P., Hicks, C. & Barwell, F. (2001) Antenatal, delivery and postnatal comparisons of maternal satisfaction with two pilot Changing Childbirth schemes compared with a traditional model of care. *Midwifery* 17, 123-132.
- Stolte, K. (1987) A comparison of women's expectations of labor with the actual event. *Birth-Issues in Perinatal Care* 14, 99-103.
- Tammentie, T., Paavilainen, E., Astedt-Kurki, P. & Tarkka, M.T. (2004) Family dynamics of postnatally depressed mothers - Discrepancy between expectations and reality. *Journal of Clinical nursing* 13, 65-74.
- Tew, M. & Damstra-Wijmenga, S.M.I. (1991) Safest birth attendants: recent Dutch evidence. *Midwifery* 7, 55-63.
- Thompson, A.G.H. & Sunol, R. (1995) Expectations as determinants of patient satisfaction - Concepts, theory and evidence. *International Journal for Quality in Health Care* 7, 127-141.
- van der Hulst, L.A.M. (1999) Dutch midwives: relational care and birth location. *Health & Social Care in the Community* 7, 242-247.
- van der Hulst, L.A.M., van Teijlingen, E., Bonsel, G.J., Eskes, M. & Bleker, O. (2004) Does a pregnant woman's intended place of birth influence her attitudes toward and occurrence of obstetric interventions? *Birth-Issues in Perinatal Care* 31, 28-33.
- Waldenstrom, U. & Turnbull, D. (1998) A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 105, 1160-1170.
- West, B. T., Welch, K. B., & Gatecki, A. T. (2007) *Linear mixed models. A practical guide using statistical software*. New York: Chapman & Hall/CRC.
- 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, 190-197.
- Wijma, K., Wijma, B. & Zar, M. (1998) Psychometric aspects of the W-DEQ: a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 19, 84-97.

Hoofdstuk 7: PLACE OF BIRTH AND SATISFACTION WITH CHILDBIRTH¹

Abstract

Objective: to gain insight into the association between satisfaction with childbirth and place of birth, in the context of two maternity care systems, Belgium and the Netherlands. The Belgian and the Dutch societies show many similarities but differ with regard to the organisation of maternity care. The Dutch way of giving birth is well-known for its high percentage of home births and its low medical intervention rate. In contrast, home births in Belgium are uncommon and the medical model is taken for granted.

Design: quantitative comparative study using questionnaires to assess satisfaction with childbirth.

Setting: hospitals and independent midwifery practices in two comparable cities in Belgium and the Netherlands.

Participants: two questionnaires were filled out by 611 women, one at 30 weeks of pregnancy and one within the first two weeks after childbirth, at home or in a hospital. The women were invited to participate in the study by independent midwives and obstetricians during prenatal visits in 2004-2005.

Measurements and findings: satisfaction with childbirth was measured by the Mackey Satisfaction with Childbirth Rating Scale, which takes into account the multidimensional nature of the concept. An analysis of variance with two fixed factors, planned place of birth and maternity care system, shows that women who had planned for a home birth were more satisfied than women who had planned for a hospital birth. This was true in every subdimension of satisfaction. Belgian women were more satisfied with childbirth than their northern neighbours, in every subdimension. The higher satisfaction scores of the Belgian women accounted for both home and hospital births.

Key conclusions: on the one hand, women with a planned home birth were the most satisfied (in both countries), on the other hand, Belgian women had higher satisfaction scores than did Dutch women. This is a paradoxical finding to the extent that a non-medical home context has a beneficial effect on satisfaction, whereas the Dutch non-interventionist approach in maternity care does not yield the same effect.

Implications for practice: medicalisation critics may be right regarding the iatrogenic effects of the medical approach on the individual level, but other social forces are operating on the level of maternity care systems.

Keywords: satisfaction with childbirth; place of birth; maternity care system; cross-national

¹ This chapter is accepted for publication in *Midwifery*:
Christiaens, W., Bracke, P. (2007) Place of birth and satisfaction with childbirth in
Belgium and the Netherlands, *Midwifery*, doi:10.1016/j.midw.2007.02.001.

7.1. Introduction

Cross-national comparisons on satisfaction with childbirth are rare and childbirth satisfaction research is often characterised by an ethnographic design. We attempted to quantify the differences in satisfaction with childbirth between two similar countries, the Netherlands and the Dutch-speaking part of Belgium. The comparison may clarify the role of maternity care systems in satisfaction with childbirth, as no other region resembles the Dutch society more closely than Belgium does. They have comparable geographical and demographical characteristics, share a common history, and have comparable political systems and welfare state regimes (Van Kersbergen 1991). However, they differ with regard to the organisation of health care in general and maternity care in particular.

Both countries distinguish between primary and secondary care, but only the Netherlands sets clear boundaries. In the Netherlands primary care functions as gate keeper: women expecting a healthy birth are directed into primary care, while women facing some kind of risk are referred to secondary care (DeVries 2004). In Belgium women do not need preauthorisation to gain access to specialist care because there is no formal boundary between primary and secondary care. Consequently more than 98 percent of the Belgian women consult an obstetrician, and only 1 percent of the Belgian births take place at home, compared to 30 percent in the Netherlands (Wiegers et al. 1998b).

The high percentage of home births, and the relatively low rate of medical intervention compared to other industrialised countries (Kerssens 1994; Wiegers et al. 1998a; DeVries 2001) such as Belgium are two distinctive features of the Dutch maternity care system. Home births under care of a midwife or GP are actively promoted by the Dutch government through legislation, by a health insurance system that favours the midwife as the first health care professional choice, by policies preserving the conditions of midwife practice, and research funding on the Dutch maternity services (Benoit et al. 2005).

The well-established position of Dutch midwives contributes to a low degree of medicalisation in the Dutch maternity care system, whereas on the other side of the border medicalisation flourishes. As Conrad (1992) asserts, medicalisation is not an either/or situation, but rather a matter of degree.

Factors affecting the degree of medicalisation are (1) the support of the medical profession, (2) the existence of competing definitions, (3) the availability of interventions, (4) coverage by medical insurance, and (5) the presence of groups challenging the medical definition (Conrad 1992).

In regard to the first two factors, two ideologies are identified—the bio-medical and the women-centred ideology (van Teijlingen 2005). Ideology is one of the three levels of analysis of maternity care systems distinguished by van Teijlingen (2005). It refers to “a system of values and attitudes through which mothers and doctors view pregnancy” (van Teijlingen 2005). The bio-medical and women-centred ideologies are translated into the medical and the social model on the analytical level. Place of birth is situated on the practical level, translating the bio-medical ideology into obstetrical practice and the women-centred ideology in midwifery practice. Obstetrical practice is situated in secondary care or the everyday reality of the hospital, while midwifery practice represents the way practitioners work in the homes and small community hospitals (van Teijlingen 2005). In Belgium and the Netherlands both obstetrical and midwifery practice are present giving rise to four models of care (Figure 7.1): (1) obstetrical practice (hospital birth) in a women-centred ideology (the Netherlands), (2) obstetrical practice in a bio-medical-oriented system (Belgium), (3) midwifery practice (home births) in a women-centred approach (the Netherlands), and (4) midwifery practice (home births) in a bio-medical ideology (Belgium). The second model is mainstream in Belgium, while the third is typical for the Netherlands. In the Netherlands mainstream obstetric science regards pregnancy and labour as normal physiological events, although there is also support for the medical definition of childbirth. The Netherlands has two obstetric sciences, one advocating and one opposing home birth, which encompass both positions (DeVries 2004). In Belgium there is no such ambiguity in childbirth ideology since everybody—except for a small group of independent midwives doing home births and the women they care for—agrees about childbirth being normal only in retrospect. In Belgium women are free to choose the place of birth; however most women are unaware that home birth is an available and safe alternative. So the free choice is constrained by lack of information about alternative models of care. Women go straight to an obstetrician for prenatal care, resulting in information limited to secondary care. Only women consulting a GP or independent midwife are exposed to information about short stay and home births.

Figure 7.1: Four models of maternity care

		Care practice	
		Midwifery practice	Obstetric practice
Care ideology	Bio-medical ideology	Home births in Belgium	Hospital births in Belgium
	Women-centred ideology	Home births in the Netherlands	Hospital births in the Netherlands

Regarding the third factor – the availability of interventions – the most advanced obstetric technology is as available in the Netherlands as in Belgium, but the medical-technological developments in maternity care had a smaller impact, resulting in lower intervention rates in the Netherlands (Scherjon 1986; Kwee et al. 2006).

In both Belgium and the Netherlands health care is free and access is universal. Both have a national health insurance system with a mixture of collective health insurance organisations and commercial health insurers (Benoit et al. 2005). In the Netherlands women with normal pregnancies and births are not reimbursed for specialist care. In Belgium both hospital and home births are reimbursed, but information concerning the latter is hard to find.

Today there is not a strong consumer movement expressing the concerns about the choice of maternity care and birthplace in either country. However when the Dutch policies did not support pregnant women’s or midwifery’s interests, short-lived consumer groups arose (Benoit et al. 2005). In Belgium such consumer movements have never existed.

In summary, the Netherlands have a less medicalised, and in many ways more women-friendly, approach to maternity care (Benoit et al. 2005), while in Belgium market principles and safety have been emphasised, making women consumers of what is assumed to be the best care, with hospitals offering the full range of medico-technological assistance and a good hotel service.

It was the purpose of our study to examine how maternity care systems with different positions towards medicalisation, translate into women's behaviour, birth choices and the evaluation of their birth experiences. The goal of this paper is twofold. First, we wanted to gain insight into the association between satisfaction with childbirth and place of birth, in the context of two maternity care systems. Second, we tested whether the association between place of birth and satisfaction is similar in each system. Both place of birth and the maternity care system are manifestations of the medical versus the social approach to childbirth, but on a different level of analysis. Therefore we referred to van Teijlingen's distinction between the practical, the ideological, and the analytical level (2005).

We expect to find higher satisfaction scores for women having a home birth than for women having a hospital birth, because midwifery practice aims at stimulating continuity of care, involvement in decision making, and feelings of control (Hyde & Roche-Reid 2004). The three Cs (continuity, choice, and control) have been identified as the most important determinants of a pleasing birth (Hundley et al. 1997). It is likely that in the setting of the home, control, continuity, and choice are easier to achieve in the absence of pathology and structures of constraint such as changing shifts of hospital staff, hospital routines, continuous monitoring and other medical technologies. Medical technology offers options for women who experience difficulties during labour and delivery; in such cases erosion of control, continuity, and choice is considered a price worth paying in exchange for more safety (Cahill 2001). However, in cases of normal spontaneous birth the machinery limits options such as moving around, thereby constraining the freedom of the labouring woman (Rothman 1984). In short, with home births there is less opportunity and fewer temptations to use technology, and the risk of iatrogenesis is therefore reduced.

One of the critiques of medicalisation is that medical interventions during childbirth take away the empowering effect of childbirth (Davis-Floyd 1994; Wagner 2001) hence we expected to find higher satisfaction scores in the women-centred model of the Netherlands. Oakley (1983) stated that the core question is about mastery. Women must feel actively in control of their labour and delivery, and this may be compatible with limited technological intervention.

7.2. Methods

7.2.1. Selection of method

The purpose of the study was to compare childbirth expectations and experiences between four groups of women: Belgian and Dutch women with a hospital or home birth. The study had to fit in the busy work schedules of obstetricians and midwives. To contact as many women as possible in a short period of time, a survey by two questionnaires—one at 30 weeks of pregnancy and one within two weeks postpartum—was appropriate. Women have been invited to participate during approximately three months. Five to eight months had already passed by from the invitation to participate to the completion of the last questionnaire. Since the data collection was not simultaneously organised in each hospital/midwifery practice, one year was necessary to gather the data: from September 2004 to September 2005. At 30 weeks of pregnancy, 833 women filled out approximately the same questionnaire, of which 611 also participated in the study in the first two weeks after delivery and completed a second questionnaire.

7.2.2. Measurement

Satisfaction was measured in the second questionnaire by the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale, which consists of 6 subdimensions—general satisfaction (3 items) and satisfaction with self (9 items), baby (3 items), nurse (9 items), physician (8 items), and partner (2 items)—thus reflecting the multidimensional nature of the concept. The scale was designed by M. Mackey and P. Goodman who examined multiple factors for childbirth satisfaction (Goodman P. et al. 2004). We translated and pilot-tested the scale for Belgian and Dutch women. The sample Goodman et al used was limited to low-risk postpartum women with uneventful vaginal deliveries, whereas our sample extends the scope to women with instrument deliveries. Respondents indicate their degree of satisfaction with each item on a 5-point Likert scale. Internal consistency reliability coefficients for this study (total scale, .95; self, .84; baby, .74; midwife, .96; physician, .94; partner, .85; and, general, .71) are similar to those established by Goodman et al (2004) (total scale, .94; self, .90; baby, .70; midwife, .97; physician, .83; partner, .97; and, general, .93). For each subscale, means are calculated.

We asked for the intended place of birth in the antenatal questionnaire using the following question: *Where would you like to give birth?* This variable consists of two broad categories, the *home* (= 0) versus the *hospital* (= 1), as intended place of birth. Women planning for a birth in a birth clinic are considered primary care clients, because a birth clinic is a substitution for the home and is not considered a medically sophisticated environment. Planning for a short stay is coded as a hospital birth, notwithstanding that in some cases only midwives provide care. Following DeVries and Lemmens (2006) we based the analysis on planned rather than actual place of birth, because the most complicated births end up in a hospital. This strategy avoids a positive bias towards home births and a negative bias towards hospital births.

7.2.3. Population and sample

Our study concerns two comparable cities in the Belgian and Dutch regions, Ghent and Tilburg, respectively. To enhance the readability of the paper we will refer to Belgium and the Netherlands and the Belgian and the Dutch. However, the Belgian part of the study is limited to the Flemish region, which is the northern, Dutch-speaking part of Belgium.

We approached all hospitals in both cities. Since the population of pregnant women is unknown, we had to rely on a convenience sample. In Ghent there are four hospitals, of which three agreed to participate. We have no reasons to believe that the population of the missing hospital differs from the population in the participating hospitals. In Tilburg both hospitals agreed to cooperate. Since there are more hospital than home births in both countries, we needed to over sample the home deliveries. In Tilburg we contacted six midwifery practices to reach enough women planning a delivery in primary care. Ghent does not count enough midwifery practices to attain the same number of home births. Therefore, we went beyond the city borders of Ghent and contacted 21 midwifery practices spread out over Flanders. This was necessary to be able to compare the four kinds of birth settings determined by country (Belgium versus the Netherlands) and place of birth (home versus hospital).

7.2.4. Procedure

Women were asked by their midwife (primary care) or their obstetrician (secondary care) to participate in the research project. They had to speak and understand Dutch and had to be 18 years or older. Questionnaires were

returned to the midwife or obstetrician in a closed envelope. For practical reasons the Dutch women with a home birth sent the questionnaires straight to the researcher by mail. Women who delivered in a hospital completed the second questionnaire mostly during their postpartum stay on the maternity ward, except women with a short stay. A written informed consent has been asked of all respondents. Anonymity was ensured as no personally identifiable data was collected. The Committee for Ethics of the University Hospital has approved the study.

We had to rely on the goodwill of obstetricians and midwives for the recruitment of respondents. Therefore, we had little control over the inclusion process and by consequence the response rate. Although we asked to register women who refused to participate, this was not systematically done by everybody. By consequence we can only give a minimum and maximum estimation of the response rate. During the preparation of the study, midwives and obstetricians gave an estimation of the eligible women within the provided three-month time frame. This estimation is reflected in the number of provided questionnaires. The response rate is calculated by dividing the number of respondents by the number of provided questionnaires. The estimations ranged between 68 and 19 percent for the hospitals, and between 100 and 38 percent for the midwifery practices. However, not all questionnaires have been distributed. So, our estimations are in fact too pessimistic.

7.3. Results

Within the first two weeks after delivery, 611 women, of which 265 are Belgian and 346 are Dutch, filled out a questionnaire. In our analysis we focus on this follow-up data. The number of cases in the analysis was reduced to 580, because 31 women provided no information on the planned place of birth or on control variables parity, age, or level of education.

The age of participating women ranged from 19 through 44 years, with a mean of 31 years. Dutch women were on the average slightly older. Those having their first baby made up 45.8 percent of the population, and 98.7 percent were married or living as married. In the Belgian group there were 10 percent more primigravids. More Belgian (71.1 percent) than Dutch (40.8 percent) women received higher education, and 85.9 percent of all women were employed, with 84.7 percent in Belgium and 86.8 percent in the Netherlands (Table 7.1). In

Belgium home births represented 24.1 percent of our sample; in the Netherlands, 48.0 percent.

Table 7.1: Descriptive statistics of socio-demographic variables in total and for Belgian and Dutch women

	TOTAL		BELGIUM		THE NETHERLANDS	
	n	%	n	%	n	%
Higher education	329	56.1	194	76.1	135	40.8
Married/cohabitating	596	98.7	257	98.4	339	98.8
Primiparae	276	45.8	133	51.0	143	41.9
Employed	517	85.9	221	84.7	296	86.8
	n	Mean (SD)	n	Mean (SD)	n	Mean (SD)
Age	816	31.21 (4.17)	372	30.41 (4.09)	444	31.87 (4.14)

The mean of the total Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale is 4.21 (st. dev. = .53), which is equal to the mean (4.18) reported in the study of Goodman et al (2004). In both countries women were least satisfied with self-related aspects of birth, with 48.1 percent on the Belgian side and 30.4 percent on the Dutch side. In Belgium support of the midwife accounted for the largest percentage of satisfied women (85.5 percent), and in the Netherlands support of the partner (69.0 percent). Note that in both Belgium and the Netherlands more women reported being (very) satisfied with the support and skills of the midwife (85.5 percent and 66.1 percent respectively) than with the doctor (71.7 percent and 47.9 percent) (Table 7.2).

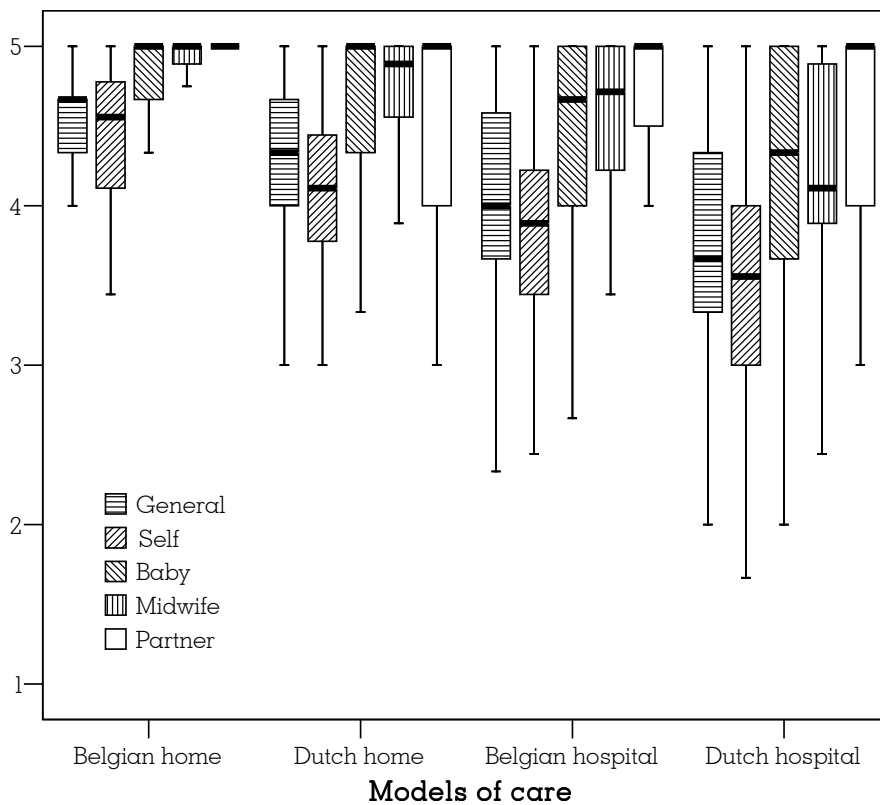
Table 7.2: Percentages of both satisfied and very satisfied on the Mackey Satisfaction with Childbirth Rating Scale (N = 611)

	TOTAL %	BELGIUM %	THE NETHERLANDS %
General	47.3	56.1	40.8
Self	38.0	48.1	30.4
Baby	69.7	75.1	65.6
Midwife	74.6	85.5	66.1
Physician	61.9	71.7	47.9
Partner	74.6	81.5	69.0

In general, the percentage of satisfied or very satisfied women was larger in Belgium compared with the Netherlands. This finding held for each subdimension of satisfaction with childbirth (Table 7.2). To discover whether

this finding remained the same after adjustment for planned place of birth, parity, age, and level of education, we ran an analysis of variance. In the full model we tested the main effects of country and planned place of birth, adjusted for parity, age, and level of education. We added an interaction term to estimate whether the differences between intended home and hospital births with regard to satisfaction differed according to country. The exact means and F-values are shown in Table 7.3 and illustrated in Figure 7.2.

Figure 7.2: Satisfaction with childbirth in four models of care



For general satisfaction and satisfaction with self-related aspects of birth, the added interaction term country*planned place of birth yielded a significant effect ($F = 7.775, P < .01$; $F = 12.606, P < .001$, in that order). Therefore we performed a Scheffe-test for a variable combining country and planned place of birth. The Scheffe-test for both satisfaction with childbirth in general and satisfaction with the self indicated that the Belgian women planning for a home birth were more satisfied than the others (Belgian women planning for a hospital birth, Dutch women planning for a home birth, and Dutch women planning for a hospital birth) at the 1 percent significance level. In other words, the Dutch women planning for a home birth lagged behind in comparison with the Belgian women planning for a home birth. This is a rather peculiar finding,

since one should expect the same levels of satisfaction for women planning for a home birth irrespective of their nationality.

For the other subdimensions of satisfaction with childbirth (the baby, the midwife, and the partner) the Belgian show significantly higher means compared with the Dutch women (baby: $F = 13.542$, $P < .001$; midwife: $F = 36.428$, $P < .001$; partner: $F = 10.664$, $P < .01$, in that order).

Table 7.3: Mean scores and F-values for the full model (adjusted for parity, age, and level of education)

Variables	Country		F	Place of birth		F	Country*place
	Belgium	the Netherlands		home	hospital		of birth
Satisfact. in/with:							F
General	4.139	3.929	18.178***	4.082	3.973	8.652**	7.775**
Self	3.992	3.663	47.829***	3.942	3.698	37.176***	12.606***
Baby	4.487	4.337	13.542***	4.516	4.313	13.946***	
Midwife	4.624	4.325	36.428***	4.558	4.377	20.396***	
Physician	4.365	4.046	19.382***				
Partner	4.737	4.590	10.664**	4.692	4.625	5.426*	

*** $P < .001$

** $P < .01$

* $P < .05$

In regard to planned place of birth, it is clear that home births brought about higher satisfaction scores compared with hospital births (baby: $F = 13.946$, $P < .001$; midwife: $F = 20.396$, $P < .001$; partner: $F = 5.426$, $P < .05$).

With regard to the control variables, only parity yielded significant results. Multiparous women were more satisfied with childbirth in general ($F = 25.206$, $P < .001$) and with regard to the self ($F = 8.860$, $P < .01$) and the baby ($F = 37.197$, $P < .001$). There were no significant differences in satisfaction about the midwife ($F = 3.537$, $P > .05$) or partner ($F = 3.385$, $P > .05$).

To summarize, Belgian women were more satisfied with childbirth compared with their northern neighbours regarding the baby and the support of the midwife, doctor and partner. With regard to satisfaction with childbirth in general and satisfaction with the self, the Belgian home births accounted for the difference between the two countries. Women planning for a home birth were more satisfied compared with women planning for a hospital birth, and the same applied to multigravids compared with nulligravids.

7.4. Conclusion and discussion

By comparing Belgian and Dutch women intending to give birth either at home or in hospital, we attempted to quantify the differences in childbirth satisfaction between two similar countries with divergent maternity care systems. On the ideological level of analysis the Belgian maternity care system is an example of the biomedical model, whereas the Dutch system illustrates the women-centred model (van Teijlingen 2005). By comparing women intending to give birth at home on the one hand, or in hospital on the other, we assessed differences in satisfaction on the level of practice. Combining both levels in one analysis revealed that satisfaction with childbirth was associated with place of birth (or the level of practice), but also with the ideology of maternity care systems, even after adjustment for place of birth. The merits of this research lie in the comparison of both maternity care systems and places of birth in one analysis of satisfaction with childbirth, measured in a the multi-dimensional way.

Three important findings arise from this investigation. First, women who had planned for a home birth were more satisfied than women who had planned for a hospital birth. This was true in every subdimension of satisfaction. Cunningham (1993) came to the same conclusion regarding Australian women, as did Janssen et al. (2006) regarding Canadian women. Second, Belgian women were more satisfied with childbirth than their northern neighbours, in every subdimension. Third, the higher satisfaction scores of the Belgian women accounted for both home and hospital births.

When translating these findings to the level of practice, the non-medical home context clearly had a beneficial effect on satisfaction. Moreover, Belgian as well as Dutch women were more satisfied with the midwives' support than with the doctors'. This is especially surprising in the Belgian cases because the doctors build a doctor-patient relationship during pregnancy, while the midwife is unknown until the day of birth. The explanation may be found in the key determinants of childbirth satisfaction emphasised in the Anglo-Saxon literature. Continuity of care and carer, involvement in decision making, and control are especially associated with midwifery practice, more so than with obstetric practice (van der Hulst 1999; Longworth et al. 2001).

Similarly, on the ideological level, the logic of medicalisation critiques made us expect higher satisfaction scores in the Dutch non-interventionist approach,

compared to the more medicalised Belgian maternity care. However, our findings contradict this hypothesis. These paradoxical findings lead us to suspect that medicalisation critics may be right regarding the iatrogenic effects of the bio-medical approach on the individual level, but this may not apply on the level of the organisation of care. Clearly other social forces are operating on the level of maternity care systems, since the Belgian medicalised maternity care system does not result in less satisfaction than the Dutch system.

Should we therefore conclude that the Belgian maternity care system is more favourable in spite of the higher degree of medicalisation and a less women-centred approach? Several factors may contribute to the divergence of satisfaction scores for Belgian and Dutch home births. The lighter workload of Belgian independent midwives might offer an explanation. Midwives can spend more time per woman during and after pregnancy, and during labour and delivery, which may be preferable in terms of continuity.

Diverging hospital practices and routines within and between countries, together with different associations attached to the hospital setting, might explain the divergence of satisfaction scores for Belgian and Dutch women giving birth in hospital. Although hospital births have been rising since the introduction of the short stay in 1965 (Wiegers et al. 1998a), women in the Netherlands still associate the hospital with birth difficulties, with things going wrong or worse than expected. In contrast, in Belgium the hospital is believed to be the safest and most comfortable place to give birth. In addition, the majority of Belgian women may have expectations that are met and therefore get what they want, whereas Dutch women may often not get what they expect. Some end up in hospital as a result of a referral, not by choice, and some want the full medical approach but find it is not provided or is not as satisfactory as they thought it would be. Perhaps Dutch women have higher expectations about continuity, decision-making, and control, which are not easily attained in the context of the hospital. In contrast, Belgian women with a hospital birth may not expect continuity of carer, nor involvement in decision-making, because they believe the doctor knows best.

Comparing two similar countries restricts the search for explanations to the points of difference and enables us to gain deeper insight into the processes at work. However, an in-depth study of the meanings associated with place of birth, control, continuity, and choice, is needed to fully explain our findings. We tend to agree with Walker et al. (2004) that the existence of cultural norms

regarding birth practices influences expectations. The focus should shift from the individual to a broader socio-environmental model incorporating the individual-based approach. These models, as Walker et al. (2004) stated, are widely accepted for most health promotion activities, and should receive equal attention regarding childbirth practices.

Attention should be drawn to three limitations in our research. These weaknesses in research design relate to the time and to the place of the measurement of satisfaction with childbirth. First, there was no ideal time or place to measure satisfaction. In our study, respondents filled out questionnaires within two weeks after childbirth for practical reasons. This soon after delivery, women might have answered less critically than they would have answered later on (van Teijlingen et al. 2003). However, the two-week time frame applied to all respondents and therefore does not affect the differences between the groups compared.

Second, the place where satisfaction is measured may be problematic, because it differs for women who had a home birth and women who delivered in hospital. The former answered the questionnaires at home, the latter at hospital. Studies have shown that women answering at home are more critical compared with women who fill in the questionnaire at hospital, due to loyalty to the institution (Lumley 1985). However, if this is the case, this means that, taking into account place of measurement, the difference between women with a home birth and women with a hospital birth would be even larger.

Finally, lack of information about non-response may conceal selection biases. For example, the Belgian sample counts more higher-educated women than the Dutch sample. This may indicate a selection bias which may affect the results. Zadoroznyj (1999) has shown that women's orientation to control of their first birth is affected by their social class, and Goodman et al. (2004) found that women with a higher level of education had higher global satisfaction with the childbirth experience. Our analyses, however, are adjusted for level of education and do not confirm the finding of Goodman et al. (2004).

To understand satisfaction with childbirth, the level of practice (home versus hospital birth practices) and ideology (bio-medical versus women-centred maternity care) should both be taken into consideration. The way the Dutch model of maternity care differs from the rest of Europe is not limited to the

practice of obstetrics, as DeVries and Lemmens (2006) note. Dutch maternity care also differs from maternity care in other European countries, and especially Belgium, on the ideological level. We must indeed “look to the social structures that give rise to its maternity care system and to the cultural values that generated and sustain those structures” (DeVries & Lemmens 2006). We believe that insight into the cultural ideas and the structural properties of the organisation of care are of importance in understanding the dynamics between ideology, practice, and individual experience.

REFERENCES

- Benoit, C., Wrede, S., Bourgeault, I., Sandall, J., DeVries, R. & van Teijlingen, E. (2005) Understanding the social organisation of maternity care systems: midwifery as a touchstone. *Sociology of Health & Illness* 27, 722-737.
- Cahill, H.A. (2001) Male appropriation and medicalization of childbirth: an historical analysis. *Journal of Advanced Nursing* 33, 334-342.
- Conrad, P. (1992) Medicalization and social-control. *Annual Review of Sociology* 18, 209-232.
- Cunningham, J.D. (1993) Experiences of Australian mothers who gave birth either at home, at a birth centre, or in hospital labour wards. *Social Science & Medicine* 36, 475-483.
- Davis-Floyd, R.E. (1994) The technocratic body - American childbirth as cultural expression. *Social Science & Medicine* 38, 1125-1140.
- DeVries, R. (2001) Midwifery in the Netherlands: vestige or vanguard? *Medical Anthropology* 20, 277-311.
- DeVries, R. (2004) *A Pleasing birth. Midwives and maternity care in the Netherlands*. Philadelphia: Temple University Press.
- DeVries, R. & Lemmens, T. (2006) The social and cultural shaping of medical evidence: case studies from pharmaceutical research and obstetric science. *Social Science & Medicine* 62, 2694-2706.
- Goodman P., Mackey M.C. & Tavakoli A.S. (2004) Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing* 46, 212-219.
- Hundley, V.A., Milne, J.M., Glazener, C.M.A. & Mollison, J. (1997) Satisfaction and the three C's: continuity, choice and control. Women's views from a randomised controlled trial of midwife-led care. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 104, 1273-1280.
- Hyde, A. & Roche-Reid, B. (2004) Midwifery practice and the crisis of modernity: implications for the role of the midwife. *Social Science & Medicine* 58, 2613-2623.
- Janssen, P.A., Carty, E.A. & Reime, B. (2006) Satisfaction with planned place of birth among midwifery clients in British Columbia. *Journal of Midwifery & Womens Health* 51, 91-97.
- Kerssens, J.J. (1994) Patient satisfaction with home-birth care in the Netherlands. *Journal of Advanced Nursing* 20, 344-350.
- Kwee, A., Elferink-Stinkes, P.M., Reuwer, P.J.H.M. & Bruinse, H.W. (2006) Trends in obstetric interventions in the Dutch obstetrical care system in the period 1993-2002. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*.
- Longworth, L., Ratcliffe, J. & Boulton, M. (2001) Investigating women's preferences for intrapartum care: home versus hospital births. *Health and Social Care in the Community* 9, 404-413.

- Lumley, J. (1985) Assessing satisfaction with childbirth. *Birth-Issues in Perinatal Care* 12, 141-145.
- Oakley, A. (1983) Social-consequences of obstetric technology - The importance of measuring soft outcomes. *Birth-Issues in Perinatal Care* 10, 99-108.
- Rothman, B. K. (1984) The meaning of choice in reproductive technology. In R. Arditti, R. Duelli Klein, & S. Minden (Eds.), *Test-tube women: what future for motherhood?* (pp. 23-33). London: Routhledge and Kegan Paul, Ltd.
- Scherjon, S. (1986) A comparison between the organization of obstetrics in Denmark and the Netherlands. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 93, 684-689.
- van der Hulst, L.A.M. (1999) Dutch midwives: relational care and birth location. *Health & Social Care in the Community* 7, 242-247.
- Van Kersbergen, K. (1991) *Social capitalism: a study of Christian democracy and the post-war settlement of the welfare state*. Florence, Italy: European University Institute.
- van Teijlingen, E. (2005) A critical analysis of the medical model as used in the study of pregnancy and childbirth. *Sociological Research Online* 10, www.socresonline.org.uk/10-2/teijlingen.html.
- van Teijlingen, E., Hundley, V., Rennie, A.M., Graham, W. & Fitzmaurice, A. (2003) Maternity satisfaction studies and their limitations: "What is, must still be best". *Birth-Issues in Perinatal Care* 30, 75-82.
- Wagner, M. (2001) Fish can't see water: the need to humanize birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75, S25-S37.
- Walker, R., Turnbull, D. & Wilkinson, C. (2004) Increasing cesarean section rates: exploring the role of culture in an Australian community. *Birth-Issues in Perinatal Care* 31, 117-124.
- Wiegers, T.A., van der Zee, J. & Keirse, M.J.N.C. (1998a) Maternity care in the Netherlands: the changing home birth rate. *Birth-Issues in Perinatal Care* 25, 190-197.
- Wiegers, T.A., van der Zee, J., Kerssens, J.J. & Keirse, M.J.N.C. (1998b) Home birth or short-stay hospital birth in a low risk population in the Netherlands. *Social Science & Medicine* 46, 1505-1511.
- Zadoroznyj Maria. (1999) Social class, social selves and social control in childbirth. *Sociology of health and illness* 21, 267-289.

Hoofdstuk 8: REFERRALS FROM HOME TO HOSPITAL AND SATISFACTION WITH CHILDBIRTH¹

Abstract

Background: The Belgian and Dutch societies present many similarities but differ with regard to the organisation of maternity care. The Dutch way of giving birth is well known for its high percentage of home births and its low medical intervention rate. In contrast, home births in Belgium are uncommon and the medical model is taken for granted. Dutch and Belgian maternity care systems are compared with regard to the influence of being referred to specialist care during pregnancy or intrapartum while planning for a home birth. We expect that a referral will result in lower satisfaction with childbirth, especially in Belgium.

Methods: Two questionnaires were filled out by 605 women, one at 30 weeks of pregnancy and one within the first two weeks after childbirth, either at home or in a hospital. Of these, 563 questionnaires were usable for analysis. Women were invited to participate in the study by independent midwives and obstetricians during prenatal visits in 2004-2005. Satisfaction with childbirth was measured by the Mackey Satisfaction with Childbirth Rating Scale, which takes into account the multidimensional nature of the concept.

Results: Belgian women are more satisfied than Dutch women and home births are more satisfying than hospital births. Women who are referred to the hospital while planning for a home birth are less satisfied than women who planned to give birth at hospital and did. A referral has a greater negative impact on satisfaction for Dutch women.

Conclusions: There is no reason to believe Dutch women receive hospital care of lesser quality than Belgian women in case of a referral. Belgian and Dutch attach different meaning to being referred, resulting in a different evaluation of childbirth. In the Dutch maternity care system home births lead to higher satisfaction, but once a referral to the hospital is necessary satisfaction drops and ends up lower than satisfaction with hospital births that were planned in advance. We need to understand more about referral processes and how women experience them.

Key words: referral from home to hospital, satisfaction with childbirth, cross-national comparison

8.1. Background

Since the Netherlands are characterized by a unique system encouraging home births, referrals to specialist care are a typically Dutch phenomenon.

¹ This chapter has been published in *BMC Health Services Research*: Christiaens, W., Gouwy, A., & Bracke, P. (2007) Does a referral from home to hospital affect satisfaction with childbirth? A cross-national comparison, *BMC Health Services Research* 7. 109. See: www.biomedcentral.com/1472-6963/7/109

Recent research found that Dutch women are less satisfied with childbirth than Belgian women (Christiaens & Bracke 2007). Transfer to the hospital when planning for a home birth could be one of the explanations for this finding. Research on the impact of being referred to specialist care while planning for a home birth, is rare and seldom cross-national. It was our purpose to examine the impact of referrals on childbirth satisfaction in two similar countries. No other region resembles the Dutch society more closely than Belgium does. However, they differ with regard to the organisation of health care in general and maternity care in particular.

8.1.1. Maternity care in Belgium and the Netherlands

The Dutch government encourages home births by directing women expecting a normal birth into primary care (DeVries 2001). In case of difficulties during pregnancy or labour, women are referred to the hospital (Wiegiers et al. 1998b). If pregnancy and labour take a normal course, women can give birth at home, accompanied by a midwife and/or general practitioner or they may choose to have a short stay under supervision of the same primary caregivers (Wiegiers et al. 1998a). In the latter case childbirth takes place in a birth clinic, or more often in a hospital (short stay). Normal course of pregnancy and labour is defined by the VIL (Verloskundige Indiatelijst) list of obstetric indications (2007), which defines the conditions that require a referral from primary to secondary care. Dutch women expecting a normal birth are not free to choose specialist care. A drawback of the Dutch birth system is the high referral rate: 70% of Dutch women start with prenatal care in primary care, but only 30% actually have a home birth (Anthony et al. 2005). Even so Reuwer and Bruinse (Reuwer & Bruinse 2002) state that one third of all planned home deliveries end up in hospital. For nulliparous women this percentage is even as high as 50%. The authors (Reuwer & Bruinse 2002) use the high referral rate to criticize the Dutch maternity care system for the lack of continuity of care, which is due to the work overload of the Dutch midwives and nurses.

Generally, maternity care is more women-centred in the Netherlands (Reuwer & Bruinse 2002). It is close to the ideal type of the midwifery model (van Teijlingen 2005) or the humanistic approach described by Davis-Floyd (2001). This ideal type is characterised by e.g., the conceptualisation of birth as a normal physiological process. Risk selection is one of the key ideas of the Dutch system. The midwifery model emphasises observation instead of intervention, the private

instead of the public sphere, and has an individual psycho-social approach instead of a statistical biological focus (van Teijlingen 2005).

In Belgium there is no formal boundary between primary and secondary care. Women do not need a preauthorisation to gain access to specialist care. In consequence the majority of Belgian women go straight to an obstetrician for prenatal care. To most Belgian women the hospital is the obvious and safest place to give birth (Gilleir 2007). This is reflected in a percentage of hospital births that is as high as approximately 99% (SPE 2005). Maternity care is hierarchically organised and highly standardized. Medical intervention rates are high in comparison to the Netherlands. Corresponding to the ideology of the bio-medical (van Teijlingen 2005) or technocratic (Davis-Floyd 2001) model, birth is considered normal only in retrospect.

8.1.2. Referral from home to hospital in Belgium and the Netherlands

The Belgian and Dutch systems differ especially in case of referral to specialist care. In the Netherlands the community-based midwife is allowed to continue care in the hospital unless specialist care is necessary (Wiegers et al. 1998a). Thus, antenatal-to-intrapartum continuity as well as intrapartum continuity is mostly guaranteed, unless interventions are necessary and the obstetrician has to take over. Wiegers et al. (1998b) found that Dutch women who wanted to give birth at home but were transferred to hospital were as positive about the birth and the attendance of the midwife as the women who wanted to give birth in hospital. Most of the time Belgian independent midwives cannot accompany their client to the hospital. Because of the low number of women planning for a home birth, most hospitals do not have special arrangements with independent midwives for women who are referred to the hospital. So referred women are handed over to the hospital staff. Hence being referred usually implies that antenatal-to-intrapartum continuity will be lost. However, Green et al. (2000) found that being cared for by one carer during labour and delivery (intrapartum continuity) seems to be more important than being cared for by a known carer. In consequence the importance of lack of antenatal-to-intrapartum continuity should not be exaggerated. Being referred from one place to another, however, leads to a gap between expectations and reality. Literature concerning satisfaction, either consumer or patient satisfaction, refers to the discrepancy between expectations and experiences as a major cause of dissatisfaction (Cleary & McNeil 1988; Sitzia & Wood 1997; Staniszewska & Ahmed 1999).

Research shows that women whose expectations for childbirth were met, are more satisfied (Green 1993; Slade et al. 1993; Goodman et al. 2004). The discrepancy theory emphasizes the evaluative aspect of satisfaction (Bramadat & Driedger 1993). If expectations are met, the corresponding values and beliefs are affirmed. If not, disappointment may bring about dissatisfaction.

This study was designed to assess the well-being of Dutch and Belgian women before and after childbirth. In this paper we assess the influence of the discrepancy between expected and actual place of delivery on satisfaction with childbirth. A Dutch study (Wiegers et al. 1998b) showed that being transferred from one place to another (during labour) does not influence satisfaction with childbirth. Can we confirm this finding for the Netherlands, as well as for Belgium? Belgium and the Netherlands are characterised by different birth practices and ideology, resulting in diverging care trajectories. Because of the striking discontinuity of care(r), in a case of referral in the Belgian system, we expect women to be more disappointed, hence less satisfied than, their northern neighbours.

8.2. Methods

8.2.1. Selection of method

With this study we focused on comparing childbirth expectations and experiences between four groups of women: Belgian and Dutch women with a hospital or home birth. To contact as many women as possible in a short period of time, a survey by two questionnaires—one at 30 weeks of pregnancy and one within two weeks postpartum—was considered to be appropriate. From the time the invitation to participate was issued to the completion of the last questionnaire, five to eight months passed. Since the data collection was not simultaneously organised in each hospital/midwifery practice, one year—from September 2004 to September 2005—was necessary to gather the data. At 30 weeks of pregnancy, 827 women filled out the same questionnaire; 613 of those women also participated in the study in the first two weeks after delivery and completed a second questionnaire.

8.2.2. Measurement

Satisfaction was measured in the second questionnaire by the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale, which consists of 6 subdimensions—general satisfaction (3 items), and satisfaction with self (9 items), baby (3 items), nurse (9 items), physician (8 items), and partner (2 items)—thus reflecting the multidimensional nature of the concept. We did not assess satisfaction with physician-related aspects of birth because women with a home birth did not see a physician. The scale was designed by M. Mackey and P. Goodman who examined multiple factors for childbirth satisfaction (Goodman et al. 2004). We translated and pilot-tested the scale for Belgian and Dutch women. A linguistic specialist translated the instrument into Dutch (for Belgian as well as Dutch women). A copy of the instrument is available from the first author. The sample Goodman et al. (Goodman et al. 2004) used was limited to low-risk postpartum women with uneventful vaginal deliveries, whereas our sample extends the scope to women with instrument deliveries. Respondents indicate their degree of satisfaction with each item on a 5-point Likert scale. Internal consistency reliability coefficients for this study (total scale, 0.94; self, 0.84; baby, 0.74; midwife, 0.96; partner, 0.85; and, general, 0.71) are similar to those established by Goodman et al. (Goodman et al. 2004) (total scale, 0.94; self, 0.90; baby, 0.70; midwife, 0.97; partner, 0.97; and, general, 0.93). For each subscale, means are calculated.

We asked for the intended place of birth in the antenatal questionnaire using the following question: *Where would you like to give birth?* This variable consists of two broad categories, the *home* versus the *hospital*, as intended place of birth. In the postpartum questionnaire we asked for the actual place of delivery, retaining the same two categories. Women planning for a birth in a birth clinic are considered primary care clients, because a birth clinic is a substitution for the home and is not considered a medically sophisticated environment. Planning for a short stay is coded as a hospital birth, notwithstanding that in the Netherlands this is considered to be primary care. In Belgium a short stay proceeds the same way as other secondary care deliveries. Moreover we merged short stays with the hospital births' category, because in both environments medical expertise and technology are nearby in case of emergency. By comparing the intended and the actual place of birth we constructed four groups of respondents: women who planned to give birth at home and did, women who planned to give birth in hospital and did, women who planned to give birth at home, but ended up in hospital, and women who

experienced other kinds of discrepancy between planned and actual place of birth (e.g., hospital to home, short stay to hospital, hospital to short stay, etc.). Country is the second independent variable in our model. It consists of two categories, Belgium and the Netherlands.

Control variables are age, level of education (0 = no higher education; 1 = higher education), and parity (0 = nulliparous; 1 = multiparous). Finally, we included method of delivery in the analysis, which consists of two categories: vaginal deliveries (0 = without interventions) versus births involving medical intervention, such as forceps, vacuum extraction or caesarean section (1 = with interventions). Women giving birth in a clinical setting, including women who have been referred, are more likely to experience a medical intervention. By taking method of delivery into account we want to make sure that the effect on satisfaction of being referred cannot be reduced to the effect of intervening during birth.

8.2.3. Population and sample

Our study was conducted in Ghent and Tilburg, two comparable cities in the Belgian and Dutch regions respectively. To enhance the readability of the paper we will refer to Belgium and the Netherlands, and the Belgian and the Dutch.

In both cities all hospitals were asked to participate in the study. In Ghent there are four hospitals, of which three agreed to participate. We have no reason to believe that the population of the missing hospital differs from the population of the participating hospitals. In Tilburg both hospitals agreed to cooperate. We needed to over sample the home deliveries, since there are more hospital than home births in both countries. In Tilburg we contacted six midwifery practices to reach enough women planning a delivery in primary care. Because Ghent does not count enough midwifery practices to attain the same number of home births, we contacted 21 midwifery practices spread out over Flanders, the Dutch-speaking, northern part of Belgium. This enabled us to compare the four kinds of birth settings determined by country (Belgium versus the Netherlands) and place of birth (home versus hospital).

8.2.4. Procedure

Women were asked by their midwife (primary care) or their obstetrician (secondary care) to participate in the research project. In both Belgium and

the Netherlands, participants had to speak and understand Dutch and had to be 18 years or older. Questionnaires were returned to the midwife or obstetrician in a closed envelope. For practical reasons the Dutch women with a home birth sent the questionnaires straight to the researcher by mail. Women who delivered in a hospital for the most part completed the second questionnaire during their postpartum stay on the maternity ward. Women with a short stay, however, responded by direct mail instead. A written informed consent has been asked of all respondents, without connection to the questionnaire. No other personally identifiable data was collected. Hence, anonymity was ensured. The Committee for Ethics of the Ghent University Hospital has approved the study.

We had little control over the inclusion process and therefore the response rate, because obstetricians and midwives recruited respondents. Although we asked that women who refused to participate be registered, not everybody did this systematically. In consequence we can only give a minimum and maximum estimation of the response rate. During the preparation of the study, midwives and obstetricians gave an estimation of the eligible women within the three-month time frame provided. This estimation is reflected in the number of provided questionnaires. The response rate is calculated by dividing the number of respondents by the number of provided questionnaires. The estimations ranged between 19% and 68% for the hospitals, and between 38% and 100% for the midwifery practices. Midwives and physicians may have been selective about who they asked to participate in the study.

8.3. Results

Within the first two weeks after delivery, 613 women, of which 261 are Belgian and 344 are Dutch, filled out a questionnaire. In our analysis we focus on this follow-up data. The number of cases in the analysis was reduced to 563, because 19 women left the planned place of delivery blank. Due to missing information on the control variables method of delivery and level of education, another 23 women dropped out of the analysis.

8.3.1. Descriptives

In our sample the age of women ranges between 19 and 44 years, with a mean of 31 years. Dutch women were on the average slightly older at first birth (29.7 versus 28.05 years). Those having their first baby made up 45.8% of the

population, and 98.7% were married or living as married. In the Belgian group there were 10% more primigravids. More Belgian (71.1%) than Dutch (40.8%) women received a higher education, and 85.9% of all women were employed, with 84.7% in Belgium and 86.8% in the Netherlands. Of our respondents, 22.5% had a medically assisted delivery (forceps, vacuum extraction or C-section), with 20.8% in Belgium, compared to 23.9% in the Netherlands. A home birth was planned for 37.0% of our respondents. In the Belgian region planned home births represent 24.0% in our sample, compared to 48.0% in the Netherlands. We remind the reader of the over sampling of home births (Table 8.1).

Table 8.1: Descriptive statistics of socio-demographic variables in total and for Belgian and Dutch women

		TOTAL	BELGIUM	THE NETHERLANDS	P
Higher education	%	56.1	76.1	40.8	<.001
	n	329	194	135	
Married/cohabitating	%	98.7	98.4	98.8	.239
	n	596	257	339	
Primiparae	%	45.8	51.0	41.9	.006
	n	276	133	143	
Employed	%	85.9	84.7	86.8	.685
	n	517	221	296	
Medical intervention	%	22.5	20.8	23.9	.361
	n	133	54	79	
Planning for a home birth	%	37.0	24.0	48.0	<.001
	n	301	90	211	
Age at first birth mean	mean	28.99	28.05	29.7	<.001
Age mean	mean	31.21	30.41	31.87	<.001

In the Belgian sample 87 (34.3%) women wanted a home birth versus 167 (65.7%) a hospital birth (Table 8.2). In the Dutch sample 176 (63.5%) women intended to give birth at home versus 101 (36.5%) who preferred to be taken care of in hospital. In some cases things didn't work out as planned: 18 (7.1%) Belgian women planned a home delivery, but in fact gave birth in a hospital; 82 (29.6%) Dutch women planning for a home birth had a referral to the hospital (Table 8.2).

Table 8.2: Number of respondents according to planned and actual place of birth, country and parity

Expected place	Actual place	BELGIUM		THE NETHERLANDS		TOTAL	
		primi	multi	primi	multi	primi	multi
Home	Home	21 (15.8%)	48 (37.8%)	26 (19.0%)	68 (34.9%)	47 (17.4%)	116 (36.0%)
Home	Hospital	13 (9.8%)	5 (3.9%)	51 (37.2%)	31 (15.9%)	64 (23.7%)	36 (11.2%)
Hospital	Hospital	95 (71.4%)	72 (56.7%)	39 (28.5%)	62 (31.8%)	134 (49.6%)	134 (41.6%)
Other referrals		4 (3.0%)	2 (1.6%)	21 (15.3)	34 (17.4)	25 (9.3)	36 (11.2)
Total		133 (100.0%)	127 (100.0%)	137 (100.0%)	195 (100.0%)	270 (100.0%)	322 (100.0%)

The mean of the total Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale is 4.18 (st. dev. = 0.53), which is equal to the mean (4.18) reported in the study of Goodman et al. (Goodman et al. 2004), although we omitted the physician-related items. The means of the subdimensions compare as follows (Goodman et al. versus our means): general: 4.2 versus 4.3; self: 3.8 versus 3.8; baby: 4.1 versus 4.4; midwife: 4.5 versus 4.5; partner: 4.3 versus 4.7. In both countries women were the least satisfied with self-related aspects of birth, with 48.1% on the Belgian side and 30.4% on the Dutch side. In Belgium support of the midwife accounted for the largest percentage of satisfied women (85.5%), and in the Netherlands support of the partner (69.0%). Note that in both Belgium and the Netherlands more women reported being (very) satisfied with the support and skills of the midwife (85.5% and 66.1% respectively) than with the doctor (71.7% and 47.9%) (Table 8.3).

 Table 8.3: Percentages of (very) satisfied women, means, standard deviations and *P*-values for each subdimension of childbirth

	TOTAL			BELGIUM			THE NETHERLANDS			<i>P</i>
	%	Mean ¹	SD.	%	Mean ¹	SD.	%	Mean ¹	SD	
Total	66.3	4.18	.53	78.2	4.35	.46	57.1	4.06	.56	<.001
General	47.3	4.03	.72	56.1	4.15	.67	40.8	3.93	.74	<.001
Self	38.0	3.81	.71	48.1	3.99	.66	30.4	3.67	.72	<.001
Baby	69.7	4.39	.77	75.1	4.49	.76	65.6	4.32	.77	<.008
Midwife	74.6	4.46	.66	85.5	4.62	.55	66.1	4.34	.72	<.001
Physician	61.9	4.20	.75	71.7	4.36	.71	47.9	4.06	.75	<.001
Partner	74.6	4.66	.53	81.5	4.73	.46	69.0	4.59	.57	<.001

¹ minimum = 1 and maximum = 5

8.3.2. Linear regression model

We estimated a regression model for five subdimensions (general, self, baby, midwife, partner) and total satisfaction with childbirth. The model consists of two independent variables: the first is actual versus preferred, or planned, place of birth which is a categorical variable with four groups: women intending to give birth at home who did, women planning to give birth at the hospital who did (reference group), women who were referred from home to hospital, and women who gave birth at another, unexpected place (e.g., home instead of hospital). The second independent variable is country, Belgium versus the Netherlands (reference group). Age, parity, education and method of delivery are controlled for. Results are shown in Table 8.4. Note that the reference groups are the Dutch and women who wanted to give birth at hospital and did.

Table 8.4: Coefficients for satisfaction with childbirth (adjusted for method of delivery, parity, education and age) (N=563)

	TOTAL ¹			SUBDIMENSIONS															
				GENERAL			SELF			BABY			MIDWIFE			PARTNER			
	B	Std. Error	Sig.	B	Std. Error	Sig.	B	Std. Error	Sig.	B	Std. Error	Sig.	B	Std. Error	Sig.	B	Std. Error	Sig.	
(Constant)	3.757	.165	<.001	3.559	.235	<.001	3.244	.228	<.001	4.026	.242	<.001	4.185	.223	<.001	4.850	.190	<.001	
Country	.309	.047	<.001	.123	.070	.082	.287	.068	<.001	.183	.069	.008	.339	.063	<.001	.161	.054	.003	
Place of birth																			
	Hospital (reference group)																		
	Home	.427	.051	<.001	.296	.073	<.001	.546	.071	<.001	.223	.076	.003	.444	.069	<.001	.154	.058	.009
	Hospital after referral	-.074	.059	.217	-.327	.095	.001	-.166	.092	.072	-.091	.087	.298	.058	.081	.473	.055	.068	.422
	Other referrals	.034	.071	.632	-.068	.102	.504	-.001	.099	.990	-.059	.104	.569	.151	.096	.116	.080	.083	.334
Country*hospital after referral				.460	.189	.015	.374	.182	.041										
Adjusted R ²		.24			.16			.20			.23		.15		.04				

¹ Total over all subdimensions, except satisfaction with the physician.

Legend

Hospital: women who expected to give birth at hospital, and did.

Home : women who expected to give birth at home, and did.

Hospital after referral: women who expected to give birth at home, but were referred to the hospital.

Other referrals: women with other discrepancies between expected and actual place of b

The two countries, Belgium and the Netherlands, are characterised by diverging satisfaction scores. Belgian women are more satisfied with childbirth in total ($B = 0.31$; $s.e. = 0.05$; $P < 0.001$) and for all but one subdimension (self: $B = 0.29$; $s.e. = 0.07$; $P < 0.001$; baby: $B = 0.18$; $s.e. = 0.07$; $P = 0.008$; midwife: $B = 0.34$; $s.e. = 0.07$; $P < 0.001$; partner: $B = 0.16$; $s.e. = 0.05$; $P = 0.003$). Note that the Belgian women have an advantage over the Dutch especially in terms of the midwife's support.

Regarding place of birth, we compared women who intended to give birth at home and did, women who planned a home birth but were referred to the hospital, and women with other discrepancies between plan and reality, with women who intended to give birth in hospital and did. When comparing women who gave birth at the place they intended to, it is clear that home births are consistently (total: $B = 0.43$; $s.e. = 0.05$; $P < 0.001$; general: $B = 0.30$; $s.e. = 0.07$; $P < 0.001$; self: $B = 0.55$; $s.e. = 0.07$; $P < 0.001$; baby: $B = 0.23$; $s.e. = 0.08$; $P = 0.003$; midwife: $B = 0.44$; $s.e. = 0.07$; $P < 0.001$; partner: $B = 0.15$; $s.e. = 0.06$; $P = 0.009$) more satisfying than hospital births, especially regarding the self- and midwife-related aspects. Women who have been referred from home to the hospital report lower general satisfaction scores ($B = -0.33$; $s.e. = 0.10$; $P = 0.001$) compared to women who planned and had a hospital birth. However a referral from home to hospital is inconsequential in terms of the other subdimensions of satisfaction (self: $B = -0.17$; $s.e. = 0.09$; $P = 0.072$; baby: $B = -0.091$; $s.e. = 0.09$; $P = 0.298$; midwife: $B = -0.058$; $s.e. = 0.08$; $P = 0.473$; partner: $B = 0.055$; $s.e. = 0.07$; $P = 0.422$). The satisfaction of women who gave birth at other, unplanned for places, (e.g., home instead of hospital or hospital instead of short stay) did not diverge from that of women who intended to give birth at hospital and did (total: $B = 0.034$; $s.e. = 0.07$; $P = 0.63$; general: $B = -0.068$; $s.e. = 0.10$; $P = 0.504$; self: $B = -0.001$; $s.e. = 0.10$; $P = 0.990$; baby: $B = -0.059$; $s.e. = 0.10$; $P = 0.569$; midwife: $B = -0.151$; $s.e. = 0.10$; $P = 0.116$; partner: $B = 0.080$; $s.e. = 0.08$; $P = 0.334$).

To test whether place of birth is associated differently with satisfaction in the two countries, we included three interaction terms, one for each dummy, in our analysis but retained only the significant term, which is "hospital after referral*country". The benefits of a home birth are equal in Belgium and the Netherlands (in total and for every subdimension), but the disadvantage of being referred to the hospital when a home birth was expected is smaller in Belgium. Regarding general satisfaction ($B_{\text{country*place}} = 0.46$; $s.e. = 0.19$; $P = 0.015$) and satisfaction with self-related aspects ($B_{\text{country*place}} = 0.37$; $s.e. = 0.18$;

$P = 0.041$) of birth, Belgian referred women are more satisfied than Dutch women. The coefficients show that when comparing women who had a hospital birth they had planned for with women who had a hospital birth after referral, Dutch referred women are the least satisfied with their birth experience, while Belgian referred women are the most satisfied. Women who had a hospital birth they had planned for fell somewhere in between and their scores did not differ in Belgium and the Netherlands. In other words, Belgian women who have been referred to the hospital during pregnancy or labour have higher satisfaction scores than Belgian women who planned to give birth in hospital and did. The reverse is true in the Netherlands.

Regarding the control variables, it is clear that multiparous women are generally more satisfied about the birth experience (general: $B = 0.20$; $s.e. = 0.06$; $P = 0.002$) and about the baby-related aspects (baby: $B = 0.18$; $s.e. = 0.06$; $P = 0.005$), but less satisfied about the partners' support ($B = -0.12$; $s.e. = 0.05$; $P = 0.017$). Method of delivery is important for most of the dimensions of satisfaction with childbirth (total: $B = -0.18$; $s.e. = 0.05$; $P = 0.001$; general: $B = -0.19$; $s.e. = 0.07$; $P = 0.011$; baby: $B = -0.66$; $s.e. = 0.08$; $P < 0.001$; midwife: $B = -0.14$; $s.e. = 0.07$; $P = 0.047$), even after introducing place of birth, except for satisfaction with self- ($B = -0.07$; $s.e. = 0.07$; $P = 0.342$) and partner ($B = -0.07$; $s.e. = 0.06$; $P < 0.289$) related aspects. Medical interventions during birth are especially relevant for satisfaction concerning the baby, which is not surprising.

To conclude, results show that place of birth, more specifically being able to give birth at an expected place, determines how mothers evaluate the birth experience. Moreover this feature operates in a different way in Belgium and the Netherlands. The finding that Belgian referred women are more satisfied than Belgian women who planned to give birth at hospital birth and did, the opposite of which is true for the Dutch, is most remarkable. Place of birth, one of the central differences between the Belgian and Dutch maternity care system, explains part of the diverging satisfaction scores of Dutch and Belgian women.

8.4. Discussion

Advocates of hospital births often use referrals as an argument against home birthing, assuming that it is a disappointing experience (Wiegers et al. 1998b) resulting in a lowered satisfaction with childbirth. We have addressed the impact on postpartum satisfaction of being referred in both a maternity care

system favouring home births (the Netherlands), and one that predominantly labels home births as a risky business and advocates hospital births (Belgium). Because of the lack of continuity of care in case of referral, we expected that a referral would have the greatest negative effect in Belgium.

Before further discussing the findings, we want to briefly list some of the shortcomings and merits of the study. First, our data consists of a convenience sample limited to two comparable Belgian and Dutch cities. This makes generalisability to the Belgian and the Dutch population uncertain. Second, there is no ideal time to measure satisfaction. In our study, respondents filled out questionnaires within two weeks after childbirth for practical reasons. This close to the birthing experience, women might have answered less critically than they would have later on (van Teijlingen et al. 2003). However, the two-week time frame applied to all respondents and therefore does not affect the differences between the groups compared. Third, place of measuring satisfaction might be problematic, because it differs for women who had a home birth and women who delivered in hospital. The former answered the questionnaires at home, the latter at hospital. Studies have shown that women answering at home are more critical compared with women who fill in the questionnaire at hospital, due to loyalty to the institution (Lumley 1985). We find that women giving birth at home are more satisfied than women giving birth at hospital. If the former answered the questionnaires more critically, this finding is even more salient. Fourth, comparability of the Dutch and Belgian sample can be questioned: Belgian women are on the average more highly educated, younger at first birth and more likely to give birth for the first time in comparison to the Dutch. The higher education of the Belgian sample can be explained by the over sampling of home births, since in Belgium women preferring a home birth are on the average more highly educated (Gilleir 2007). In the Netherlands women are on the average older at first birth in comparison to Belgium and the rest of Europe (Beets 2004). Age and education are controlled for in the analysis. Next, the response rate of some hospitals was rather low. We examined the impact by running the analysis with and without the respondents from these hospitals. By eliminating the respondents who gave birth in a low-response hospital, the total number of respondents in the restricted sample decreased to 466, compared to 563 in the full sample. In general the main country effect increased a little, but there were no substantial changes. Finally, we did not distinguish between women who have been referred during the last eight to ten weeks of pregnancy and women with an intrapartum referral. The group of women who have been referred (N =

100) consists half of women being referred during pregnancy and half of women referred during labour; 82 are Dutch and 18 Belgian. These small numbers make inclusion in a regression analysis inappropriate. In addition, we did not find significant differences in satisfaction between women with a referral during pregnancy and those with a referral during labour. Moreover, we were especially interested in the effect of the discrepancy between expected and actual place of birth on satisfaction, no matter when this discrepancy occurred.

The merits of this research lie in the cross-national comparison and the conceptualisation of satisfaction with childbirth. Cross-national comparison in midwifery literature is often of a qualitative rather than a quantitative design. Moreover cultural differences are often the major focus. We concentrate on structural differences between birth practices and maternity care systems. Referrals are a typically Dutch phenomenon, since the Netherlands are characterized by a unique system encouraging home births. Research on the impact of a referral to specialist care is rare and often limited to the Dutch population, since home births are a rare phenomenon outside the Netherlands. In addition, the analysis for each subdimension (general, self, baby, midwife, partner) separately, shows variation in outcomes across subdimensions. This finding affirms the importance of narrowing down the construct of satisfaction with childbirth to its subdimensions.

8.5. Conclusion

The main finding arising from this investigation is about the negative effect of being referred to hospital when a home birth was planned on satisfaction in general, and in regard to self-related aspects of birth. Since self-related items in the questionnaire focus on personal control, this could indicate a sense of a lack of control in cases of referral. Note that the negative effect of being referred does not affect satisfaction related to the baby, the midwife or the partner. Regarding the satisfaction with midwife's support, the conclusions of Wieggers et al. (1998b) are affirmed: Dutch women who intended to give birth at home but were referred to hospital were as positive about the attendance of the midwife as the women who had the hospital birth they planned for.

The disadvantage of being referred is especially true in the Netherlands. An explanation for the differing impact of being referred to specialist care in Belgium versus the Netherlands could be sought in the diverging quality of care

after referral. However, we have two reasons to believe this is not the case. First, a referral does not affect satisfaction with birth attendants, but is limited to general and self-related satisfaction. Second, if differences in quality of care occur, we would expect Dutch maternity care to do a better job than the Belgian system, which does not provide procedures to take care of referred women. In the Netherlands community midwives can accompany their client to the hospital, but a reviewer pointed out that continuity of care depends on the stage of labour and on the midwife. A Dutch referral often ends up in a short stay, which is still closer to the ideal type of the midwifery/social model than the Belgian hospital births. In other words, continuity of care is more likely in the Netherlands, in practice as well as ideology. Thus far, there is no reason to believe Dutch women receive poorer quality hospital care than Belgian women after transfer.

The reference group theory provides a post hoc explanation, taking the subjective situation of Belgian and Dutch women into account. Merton (1968) introduced the concept of relative deprivation to explain feelings of dissatisfaction in cases where the objective situation does not seem to account for such feelings. In the Netherlands home births are the point of reference for most women, since 70% (Anthony et al. 2005) start prenatal care with primary caregivers, corresponding with the national strategy encouraging home births. In other words (most) Dutch women believe that home births are the most desirable. In consequence, in case of a referral to specialist care, they will feel relatively deprived in comparison with the reference group of women with positive home birth experiences. Although we make the assumption that home births are preferred, it is in fact unclear to what extent Dutch women personally prefer home births or are merely constrained by the system. In contrast, we know that Belgian women who choose a home birth have an actual preference for giving birth at home. These women consciously question the dominant biomedical approach and encounter disapproval from family or friends. The Belgian women planning for a home birth will never find a consensus about home birthing in their direct social network. In case of conflicting expectations in the direct social environment, Merton (1968) theorises that individuals do not take significant others as point of reference, but rely on the norms and expectations of the broader societal context. Consequently, Belgian women planning for a home birth will not experience relative deprivation; hence their satisfaction scores will not drop in the same way as the Dutch satisfaction scores. Being referred to a hospital in Belgium is being obliged to conform to the normative way of giving birth.

In sum, home births lead to higher satisfaction, but once a referral to the hospital is necessary satisfaction drops and ends up lower than for hospital births planned in advance. At least this is true for the Netherlands. In Belgium referred women are more satisfied than women who had the hospital birth they planned, but less satisfied than women who had the home birth they wished for. We need to understand more about referral processes in national contexts of the organisation of maternity care and how women experience them.

REFERENCES

- europa.obgyn.net/nederland/default.asp?page=/nederland/richtlijnen/vadem
ecum_eng. 4-4-2007.
- Anthony, S., Amelink-verburg, M. P., Jacobusse, G. W., & van der Pal-de Bruin, K. M. (2005). *De thuisbevalling in Nederland 1995-2002. Rapportage over de jaren 2001-2002*. PRN/TNO rapport KvL/JPB 2005.083.
- Beets, G. (2004) De timing van het eerste kind: een overzicht. *Bevolking en Gezin* 33, 115-142.
- Bramadat, I.J. & Driedger, M. (1993) Satisfaction with childbirth--Theories and methods of measurement. *Birth-Issues in Perinatal Care* 20, 22-29.
- Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE) (2005). *Jaarrapport perinatale activiteiten in Vlaanderen 2005*. Brussel: SPE.
- Christiaens, W. & Bracke, P. (2007) Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. *Midwifery* doi:10.1016/j.midw.2007.02.001, (in press).
- Cleary, P.D. & McNeil, B.J. (1988) Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry-the Journal of Health Care Organization Provision and Financing* 25, 25-36.
- Davis-Floyd, R. (2001) The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75, S5-S23.
- DeVries, R. (2001) Midwifery in the Netherlands: vestige or vanguard? *Medical Anthropology* 20, 277-311.
- Gilleir, C. (2007) Thuis bevallen in Vlaanderen: een kwestie van reflexiviteit. *Tijdschrift voor Sociologie* 28, 25-51.
- Goodman, P., Mackey, M.C. & Tavakoli, A.S. (2004) Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing* 46, 212-219.
- Green, J.M. (1993) Expectations and experiences of pain in labor--Findings from a large prospective study. *Birth-Issues in Perinatal Care* 20, 65-72.
- Green, J.M., Renfrew, M.J. & Curtis, P.A. (2000) Continuity of carer: what matters to women? A review of the evidence. *Midwifery* 16, 186-196.
- Lumley, J. (1985) Assessing satisfaction with childbirth. *Birth-Issues in Perinatal Care* 12, 141-145.
- Merton, M. K. (1968). *Social theory and social structure*. New York: Free Press.
- Reuwer, P.J.H.M. & Bruinse, J.W. (2002). *Preventive support of labour, een uitdaging voor verloskundigen, gynaecologen en beleidsmakers*. Alphen aan de Rijn: Van Zuiden Communications BV.
- Sitzia, J. & Wood, N. (1997) Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science & Medicine* 45, 1829-1843.

- Slade, P., Macpherson, S.A., Hume, A. & Maresh, M. (1993) Expectations, experiences and satisfaction with labor. *British Journal of Clinical Psychology* 32, 469-483.
- Staniszewska, S. & Ahmed, L. (1999) The concepts of expectation and satisfaction: do they capture the way patients evaluate their care? *Journal of Advanced Nursing* 29, 364-372.
- van Teijlingen, E. (2005) A critical analysis of the medical model as used in the study of pregnancy and childbirth. *Sociological Research Online* 10, www.socresonline.org.uk/10-2/teijlingen.html.
- van Teijlingen, E., Hundley, V., Rennie, A.M., Graham, W. & Fitzmaurice, A. (2003) Maternity satisfaction studies and their limitations: "What is, must still be best". *Birth-Issues in Perinatal Care* 30, 75-82.
- Wiegers, T.A., van der Zee, J. & Keirse, M.J.N.C. (1998a) Maternity care in the Netherlands: the changing home birth rate. *Birth-Issues in Perinatal Care* 25, 190-197.
- Wiegers, T.A., van der Zee, J. & Keirse, M.J.N.C. (1998b) Transfer from home to hospital: what is its effect on the experience of childbirth? *Birth-Issues in Perinatal Care* 25, 19-24.

Hoofdstuk 9: ASSESSMENT OF SOCIAL- PSYCHOLOGICAL DETERMINANTS OF SATISFACTION WITH CHILDBIRTH¹

Abstract

Background: The fulfilment of expectations, labour pain, personal control and self-efficacy determine the postpartum evaluation of birth. However, researchers have seldom considered the multiple determinants in one analysis. To explore to what extent the results can be generalised between countries, we analyse data of Belgian and Dutch women. Although Belgium and the Netherlands share the same language, geography and political system and have a common history, their health care systems diverge. The Belgian maternity care system corresponds to the ideal type of the medical model, whereas the Dutch system approaches the midwifery model. In this paper we examine multiple determinants, the fulfilment of expectations, labour pain, personal control and self-efficacy, for their association with satisfaction with childbirth in a cross-national perspective.

Methods: Two questionnaires were filled out by 613 women, one at 30 weeks of pregnancy and one within the first 2 weeks after childbirth either at home or in a hospital. Of these, 560 questionnaires were usable for analysis. Women were invited to participate in the study by independent midwives and obstetricians during antenatal visits in 2004–2005. Satisfaction with childbirth was measured by the Mackey Satisfaction with Childbirth Rating Scale, which takes into account the multidimensional nature of the concept. Labour pain was rated retrospectively using Visual Analogue Scales. Personal control was assessed with the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire and Pearlin and Schooler's mastery scale. A hierarchical linear analysis was performed.

Results: Satisfaction with childbirth benefited most consistently from the fulfilment of expectations. In addition, the experience of personal control buffered the lowering impact of labour pain. Women with high self-efficacy showed more satisfaction with self-, midwife- and physician-related aspects of the birth experience.

Conclusions: Our findings focus the attention toward personal control, self-efficacy and expectations about childbirth. This study confirms the multidimensionality of childbirth satisfaction and demonstrates that different factors predict the various dimensions of satisfaction. The model applies to both Belgian and Dutch women. Cross-national comparative research should further assess the dependence of the determinants of childbirth satisfaction on the organisation of maternity care.

Key words: satisfaction with childbirth, social-psychological determinants, Belgium, the Netherlands

¹ This chapter has been published in *BMC Pregnancy and Childbirth*:

Christiaens, W., & Bracke, P. (2007) Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective, *BMC Pregnancy and Childbirth* 7:26. doi:10.1186/1471-2393-7-26. See: www.biomedcentral.com/bmcpregnancychildbirth

9.1. Background

In previous research some determinants of childbirth satisfaction have been proposed, but only a few authors (Doering S.G. et al. 1980; Brown & Lumley 1994; Goodman P. et al. 2004) considered the multiple determinants within a single study. Social psychological determinants most authors agree about—expectations about childbirth, labour pain, personal control and self-efficacy—are assessed in relation to satisfaction with childbirth in one analysis. In addition, most of the research focuses on single countries. The question of course is, to what extent the results can be generalised between countries, despite huge variation in childbirth delivery practices.

Although Belgium and the Netherlands share a common history, geography and language, health care in general and maternity care in particular are differently organised. The birth systems can be placed in an international context wherein Belgium represents the mainstream obstetric practice characterised by a highly medicalised approach. The Dutch childbirth system, however, is well known for the high rate of home births. Approximately 30% of Dutch pregnant women have a home birth (Coffie et al. 2003) versus less than 2% of Belgian women (Gilleir 2007). In both countries women can attend primary or secondary caregivers. In the primary care system women deliver at home with a midwife, sometimes accompanied by a general practitioner. In secondary care, childbirth takes place in a hospital under supervision of an obstetrician. In the Netherlands, however, primary caregivers function as gatekeepers (Wiegers et al. 1998). They refer women to secondary care in cases of a reduced chance of a normal birth. In Belgium the great majority (more than 98%) of women consult an obstetrician immediately.

The analytical typology of van Teijlingen (2005), enables us to characterise diverging maternity care systems. The medical model is the dominant paradigm in modern health care and emphasises the body-mind dualism (Bendelow & Williams 1995) and the risky nature of childbirth. This biomedical focus is doctor-centred and pregnant women are regarded as passive patients, lacking the knowledge or authority to decide on medical treatment. The social model embraces the holistic approach and views birth as a normal physiological process. The medical status of women having children is not the only relevant information, their social roles and status are also taken into account (van Teijlingen 2005). Manifestations of the social model in the Netherlands are the strong independent midwifery profession (McKay 1993),

the belief in the normality of childbirth (McKay 1993), the positive attitude towards home births (Benoit et al. 2005), and the low obstetric intervention rates (Scherjon 1986; DeVries R. 2004) compared to other European countries. However, this does not mean that the medical model is completely absent from Dutch maternity care. DeVries (2004) points to two sciences of obstetrics in the Netherlands, one in favour of and one against home births. In Belgium the medicalisation of childbirth and the absence of a strong independent midwifery profession (Gooris & Hingstman 1985) translates to the discouragement of home birth practices (Gilleir 2007) and high intervention rates. Belgian maternity care, however, does not result in lowered average satisfaction scores in comparison to the Dutch (Christiaens & Bracke 2007).

We assessed four social psychological features—expectations about childbirth, the labour pain, personal control and self-efficacy—associated with childbirth satisfaction in one explanatory model, taking the subdimensions of satisfaction with childbirth into account. Through the use of a Belgian and Dutch sample the applicability of the model in divergent maternity care systems is explored.

9.1.1. Literature review

Despite a considerable amount of research, satisfaction is poorly defined (Bramadat & Driedger 1993). Theoretical models regarding patient satisfaction, such as the discrepancy and fulfilment theory (Bramadat & Driedger 1993) and the value-expectancy model (Linder-Pelz 1982), are relied on. Following Linder-Pelz (Linder-Pelz 1982), we define satisfaction as positive evaluations of distinct dimensions of childbirth. It is generally agreed that satisfaction is a multidimensional concept, influenced by a variety of factors (Williams 1994). This means that women can be satisfied with some aspects of childbirth and dissatisfied with others (Hodnett 2002). A review of the literature indicates four main determinants of childbirth satisfaction: labour pain (Green 1993; Slade et al. 1993; Waldenstrom et al. 1996; Brown & Lumley 1997; Lavender et al. 1999), personal control (Simkin 1991; Bramadat & Driedger 1993; Slade et al. 1993; Waldenstrom et al. 1996; Lavender et al. 1999), self-efficacy (Lowe 1993; Larsen et al. 2001) and expectations for labour and birth (Green 1993; Slade et al. 1993; Waldenstrom et al. 1996).

9.1.2. Labour pain

Reports about the relationship between the intensity of pain and satisfaction seem to provide mixed results. Some researchers found that painful experiences result in lowered satisfaction (Doering S.G. et al. 1980; Green 1993; Kannan et al. 2001; Lowe 2002; Dickinson et al. 2003), others pointed out that the experience of high levels of pain does not necessarily bring about a dissatisfied mother (Humenick 1981; Goodman P. et al. 2004). In a longitudinal study assessing the quality of women's birth experience, Doering *et al.* (1980) reported that pain does reduce the quality of the birth experience, but even so, remaining in control is more important to a pleasurable experience. In a systematic review Hodnett (Hodnett 2002) concluded that pain and pain relief do not play a major role in childbirth satisfaction, unless expectations regarding either are unmet. Apparently, if the question about the influence of the experience of labour pain on satisfaction with childbirth is rigorously reviewed a considerable consensus is reached. Associations between pain intensity and other determinants of satisfaction, e.g., control and the fulfilment of expectations, are suggested.

9.1.3. Expectations about childbirth

Many authors pointed to the evaluative aspect of childbirth satisfaction (Linder-Pelz 1982; Pascoe 1983; Bramadat & Driedger 1993; Hodnett 2002). Janzen *et al.* (2006) defined satisfaction, corresponding with the "discrepancy" model (Carr-Hill 1992; Williams 1994), as "the experience which results from the subjective evaluation of the distinction between what actually occurred and what the individual thinks should have" (2006, p. 44).

Expectation as a determinant of satisfaction is related to the need for the familiar, which means that socially created expectations influence satisfaction (Sitzia & Wood 1997). Expectations refer to a role system. The role of a labouring woman involves a set of expectations concerning her own behaviour and of people in other roles such as the midwife, the partner, or the physician. By demanding the expected of one's self and each person present, a workable order is created. Violation of expectations disturbs this order and threatens both self-evaluations and relationships with others. In other words, the deviation from what is normal or expected creates distress (Mirowsky & Ross 1986). Satisfaction is a state of mind reflecting the evaluation of the birth experience as a whole compared with several antenatal values and

expectations. If expectations are met, the corresponding values and beliefs are affirmed. If not, conflicts arise, which may bring about distress. However, as Pearlin (1989) stated, mediating factors can play a buffering role between the discrepancy and the reaction to it. Personal control is one of those mediators.

Many conceptualisations of satisfaction refer to expectations as a major determining factor of satisfaction (Cleary & McNeil 1988; Mahon 1996; Sitzia & Wood 1997; Staniszewska & Ahmed 1999). Researchers have shown that women whose expectations for childbirth are met are more satisfied than those whose expectations are not (Green 1993; Slade et al. 1993; Goodman P. et al. 2004). Expectations related to several aspects of labour and delivery, such as emotions (Booth & Meltzoff 1984; Slade et al. 1993), the length of labour (Gibbins & Thomson 2001), the need for interventions (Booth & Meltzoff 1984; Slade et al. 1993), the condition of the child (Gibbins & Thomson 2001), and the support of the partner and the medical staff (Booth & Meltzoff 1984), have been researched. Although the fulfilment of expectations received some attention in the childbirth satisfaction literature, it has not yet been included in a model with multiple determinants, except by Goodman *et al.* (Goodman P. et al. 2004).

9.1.4. Personal control and self-efficacy

Personal control has been shown to be the strongest predictor of satisfaction with childbirth (Goodman P. et al. 2004). Many authors point to the perception of control during birth as essential to feeling satisfied and empowered (Doering S.G. et al. 1980; Humenick 1981; Bramadat & Driedger 1993; Green 1993; Slade et al. 1993; Kabakian-Khasholian et al. 2000; Gibbins & Thomson 2001), even if expectations are violated. Although pain management is the best short-term solution to help women cope with childbirth, personal control provides a long-term benefit (Humenick 1981). If women participate actively, they are empowered by the experience of control (Davenport-Sleck & Boylan 1974). Moreover this empowering experience has a cumulative effect, increasing self-efficacy for the next birth (Slade et al. 1993). We distinguished between perceived personal control and self-efficacy. The latter reflects a personality characteristic of confidence in the ability to cope with any stressful situation (Thoits 1995), which predicts a positive childbirth experience (Crowe & Vonbaeyer 1989). Self-efficacy is also related to lower levels of pain (Lowe 1989; Larsen et al. 2001) and method of delivery (Dilks & Beal 1997). Personal

control refers to the opposite of powerlessness, which is a type of alienation (Seeman 1959). Alienation is thought to be a consequence of the medicalisation of childbirth (Williams & Umberson 1999). The degree of women-centeredness and medicalisation of care varies according to place of birth (van der Hulst 1999) and the maternity care system (van Teijlingen 2005).

Determinants such as childbirth expectations (Longworth et al. 2001) and personal control (Fleming et al. 1988) have been shown to be strongly related to the birth environment. The results of these studies suggest that the influence of childbirth expectations and personal control can be context specific, hence different for Dutch and Belgian women.

The purpose of our study is to assess the influence of expectations about childbirth, labour pain, personal control and self-efficacy on Belgian and Dutch women’s satisfaction with childbirth.

9.2. Methods

9.2.1. Selection of method

This study modelled the relationships between satisfaction with childbirth and labour pain, expectations about childbirth, personal control and self-efficacy, using data collected from a self-reported survey. To contact as many women as possible in a short period of time, a survey by two questionnaires—one at 30 weeks of pregnancy and one within 2 weeks postpartum—was considered to be appropriate. Because of the longitudinal design the same concepts were measured before and after birth, hence the antenatal and postnatal questionnaires were similar. From the time the invitation to participate was issued, to the completion of the last questionnaire, five to eight months passed. Since the data collection was not simultaneously organised in each hospital/midwifery practice, one year—from September 2004 to September 2005—was necessary to gather the data.

9.2.2. Settings

Satisfaction with childbirth was studied in two different health care contexts, namely Belgium and the Netherlands. The Netherlands are well-known as an important exception to the worldwide trend of institutionalisation and

medicalisation of childbirth (Torres & Reich 1989). No other region resembles the Dutch society more closely than Belgium does. Still, Belgian maternity care is strikingly different. The study concerned two comparable cities in the Belgian and Dutch regions, respectively. To enhance the readability of the paper we will refer to Belgium and the Netherlands, and the Belgians and the Dutch. Both hospital and home births are included, because it has been shown that place of birth influences satisfaction with childbirth (Fleming et al. 1988).

9.2.3. Sample size

Since the population of pregnant women is unknown, we had to rely on a convenience sample. With regard to the hospital births all hospitals in both cities were approached. In Ghent there are four hospitals of which three agreed to participate. We have no reasons to believe that the population of the missing hospital differs from the population in the participating hospitals. In Tilburg both hospitals agreed to cooperate. Since there are more hospital than home births in both countries, we needed to over sample the home deliveries. In Tilburg six midwifery practices were contacted to reach enough women planning a home delivery. Ghent does not count enough midwifery practices to attain the same number of home births. Therefore, the city borders of Ghent were exceeded and 21 midwifery practices spread out over Flanders were contacted. This was necessary to compare the four kinds of birth settings determined by country (Belgium versus the Netherlands) and place of birth (home versus hospital births). Sample size calculations based on a 0.95 confidence interval suggested that 600 study participants were needed for a reliable statistical analysis. At 30 weeks of pregnancy, 827 women filled out the antenatal questionnaire; 613 of those women also participated in the study in the first 2 weeks after delivery and completed a second questionnaire.

9.2.4. Recruitment and data collection

During antenatal visits, women were asked by their midwife or obstetrician to participate in the research project. Inclusion criteria were wide: both Belgian and Dutch women had to speak and understand Dutch, and had to be 18 years or older. The antenatal questionnaire was handed out during an antenatal visit at 30 weeks of pregnancy together with a prepaid envelope and an information sheet. It was returned to the obstetrician or midwife during one of the following antenatal visits. Within a few days after delivery, women received the postnatal questionnaire from the medical staff in case of a

hospital birth, or from the midwife in case of a home birth. Women who delivered in a hospital completed the postnatal questionnaire during their postpartum stay on the maternity ward. Women with a short stay or home birth, however, responded by direct mail instead. Ante- and postnatal questionnaires were given a code, to facilitate the merging of the ante- and postnatal information belonging to the same respondent.

Women were recruited during antenatal visits to their obstetricians and midwives. Therefore, we had little control over the inclusion process and, consequentially, the response rate. Although we asked that women who refused to participate be registered, this was not systematically done in every hospital. As a result, we do not know the exact number of women invited to participate in this study. To calculate the response rate we used the number of provided questionnaires, which is based on an estimate of eligible women made by midwives and obstetricians acting as proxy. The response rate is calculated by dividing the number of respondents by the number of provided questionnaires. This calculation resulted in an average of 43% (n = 238) for all Belgian hospitals, 41% (n = 137) for Belgian midwifery practices, 42% (n = 208) for Dutch hospitals, and 54% (n = 244) for Dutch midwifery practices. The smallest response rate for the hospitals was 19%, the highest 68%. For the midwifery practices the response rate was 38% and 100% respectively.

9.2.5. Ethical considerations

A written informed consent was asked of all respondents. Anonymity has been guaranteed, since the researchers have no information about the identity of the respondent. The Committee for Ethics of the University Hospital has approved the study. Ethical approval was gained in Ghent only. In the Netherlands, approval from a research Ethics committee is not required if no interventions take place during the research. It has been explained to potential participants that they were free to participate and that their privacy was guaranteed.

9.2.6. Measurement

9.2.6a *Dependent variables*

Satisfaction is measured by the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale, which consists of six subdimensions—general satisfaction (three items) and satisfaction with self (nine items), baby (three items), midwife (nine items), physician (eight items), and partner (two items)—thus reflecting the multidimensional nature of the concept. Each dimension corresponds to a separate dependent variable in our analysis. The scale was designed by M. Mackey and P. Goodman (Goodman P. et al. 2004). The scale was translated for Belgian and Dutch women. Pilot testing demonstrated that the instrument was valid. The sample Goodman *et al.* (Goodman P. et al. 2004) used was limited to low-risk postpartum women with uneventful vaginal deliveries, whereas our sample extends the scope to women with instrument deliveries. Respondents indicate their degree of satisfaction with each item on a 5-point Likert scale. Internal consistency reliability coefficients (Cronbach's alpha for $N = 613$) for this study (total scale: $\alpha = 0.95$; self: $\alpha = 0.84$; baby: $\alpha = 0.74$; midwife: $\alpha = 0.96$; physician: $\alpha = 0.94$; partner: $\alpha = 0.85$; general: $\alpha = 0.71$) are similar to those established by Goodman *et al.* (Goodman P. et al. 2004) (total scale: $\alpha = 0.94$; self: $\alpha = 0.90$; baby: $\alpha = 0.70$; midwife: $\alpha = 0.97$; physician: $\alpha = 0.83$; partner: $\alpha = 0.97$; and, general: $\alpha = 0.93$). This means that the items measuring one subscale cluster together in the translated version to the same extent as in the original English version of the scale. For each subscale, means were calculated.

9.2.6b *Independent variables*

Two Visual Analogue Scales (VAS)—one about labour and one about delivery—measured the experience of pain, ranging from no pain at all (0) to unbearable pain (100). Mean scores were calculated to merge both scales to one indicator of pain intensity. The measurement of labour pain by visual analogue scales is common practice in research on childbirth (Ip 2000; Kabeyama K. & Miyoshi M. 2001; Stockman & Altmaier 2001) and has been found to be reliable for estimating pain intensity. In comparison to more complex pain measures, the VAS is preferable (Jenkinson et al. 1995; Scrimshaw & Maher 2001).

To measure personal control, three items from the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) were isolated (Cronbach's $\alpha = 0.67$). The items are "I behaved extremely badly" to "I didn't behave badly at all"; "I dared to totally surrender control to my body" to "I did not dare surrender control to my body at all"; "I lost total control of myself" to "I did not lose control of myself at all", and they were scored from zero to six (Wijma et al. 1998). The W-DEQ was developed in Dutch to measure fear related to childbirth by assessing women's expectations before and experiences after childbirth. Because the entire scale is too broad in scope and shows overlap with the pain measure, only the control-related items were isolated in order to assess the control experience during delivery. In addition we used the seven-item mastery scale developed by Pearlin and Schooler (Pearlin & Schooler 1978) to measure self-efficacy. The seven items are: "I have little control over the things that happen to me", "There is really no way I can solve some of the problems I have", "There is little I can do to change many of the important problems I have", "I often feel helpless in dealing with the problems of life", "Sometimes I feel that I'm being pushed around in life", "What happens to me in the future mostly depends on me", and "I can do just about anything I really set my mind to do"; each item has five answer options ranging from 'strongly agree' to 'strongly disagree'. The psychometric properties of the Dutch version of this scale have been successfully tested in a study by Kempen (Kempen 1992). The reliability of this scale as measured by Cronbach's alpha was 0.79. The degree to which expectations concerning childbirth are fulfilled was measured by the question, "To what degree was your experience of childbirth as expected?" The four answer options ranged from "not at all" to "completely in accordance with my expectations".

We controlled for childbirth characteristics such as length of labour, the planned place of birth and the method of delivery. The length of labour was a self-reported indicator. Respondents filled in when labour started and when the baby was born. The method of delivery gave an indication of how the child was born: spontaneously (= 0) or with a medical intervention such as a C-section, a vacuum extraction or a forceps delivery (= 1). We asked for the intended place of birth in the antenatal questionnaire using the following question: *Where would you like to give birth?* Answer categories were: *in hospital, policlinical, at home, in a birth clinic, other, I don't know*. Hence this variable consisted of two broad categories, the *home* (= 0) versus the *hospital* (= 1), as intended place of birth. Women planning for a birth in a birth clinic were considered primary care clients, because a birth clinic is a substitution

for the home and is not considered a medically sophisticated environment. Planning for a policlinical birth or short stay was coded as a hospital birth, notwithstanding that in some cases only midwives provided care. Nobody had a place in mind other than the ones summed up. Women who had not yet made up their minds about the place of birth (N = 6) were coded as missing value. Following DeVries and Lemmens (2006) we based the analysis on planned rather than actual place of birth, because the most complicated births end up in a hospital. This strategy avoids a positive bias towards home births and a negative bias towards hospital births.

Also socio-demographic characteristics were included as control variables: level of education (0 = no higher education; 1 = higher education), marital status (0 = married/cohabiting; 1 = single), parity (0 = primiparous; 1 = multiparous), age in years, and employment status (0 = unemployed; 1 = employed).

9.2.7. Data analysis

To explore the data, descriptive statistics and correlations among the study variables were reported. Because the dataset is hierarchically structured, and in order to control for clustering of women within countries, a hierarchical linear model with women (first level) nested within countries (second level) was fitted to the data. Multilevel models take into account dependence among cases from the same context to produce parameter estimates and standard errors that are more accurate. Estimations were performed using the mixed model procedure of SPSS 12.0 for total childbirth satisfaction and each subdimension, using restricted maximum likelihood estimation (Peugh & Enders 2005). Two models were estimated. The first model contains the main effects of the social psychological determinants—labour pain, personal control, self-efficacy and the fulfilment of expectations—together with childbirth characteristics—place of birth, method of delivery and length of labour—to estimate the main effects. The regression equation of this model on the level of individual women is

$$\begin{aligned}
 Y_{ij} = & \beta_{0j} + \beta_{1j}(\text{Education}_{ij}) + \beta_{2j}(\text{Marital status}_{ij}) + \beta_{3j}(\text{Parity}_{ij}) + \beta_{4j}(\text{Age}_{ij}) + \beta_{5j}(\text{Employment}_{ij}) \\
 & + \beta_{6j}(\text{Length of labour}_{ij}) + \beta_{7j}(\text{Place of birth}_{ij}) + \beta_{8j}(\text{Method of delivery}_{ij}) + \beta_{9j}(\text{Labour pain}_{ij}) \\
 & + \beta_{10j}(\text{Personal control}_{ij}) + \beta_{11j}(\text{Self - efficacy}_{ij}) + \beta_{12j}(\text{Expectations}_{ij}) \\
 & + \beta_{13j}(\text{Personal control}_{ij} * \text{Labour pain}_{ij}) + r_{ij}
 \end{aligned}$$

where Y_{ij} is one of the subdimensions of satisfaction with childbirth (total, general, self, baby, midwife, physician, partner) of women i in county j

experienced shortly after birth, β_{0j} is the women-level intercept; β_{1j} to β_{12j} are the effects of the control variables, characteristics of childbirth and social-psychological determinants of satisfaction, and r_{ij} is the error term.

At the country level the model is

$$\beta_{0j} = \gamma_{00} + u_{0j}$$

where γ_{00} is the organization-level intercept and u_{0j} is the error term. No effects of country-level characteristics are included. Substituting the country-level equation into the individual-level equation gives the combined model in the following equation

$$\begin{aligned} Y_{ij} = & \gamma_{00} + \beta_{1j}(\text{Education}_{ij}) + \beta_{2j}(\text{Marital status}_{ij}) + \beta_{3j}(\text{Parity}_{ij}) + \beta_{4j}(\text{Age}_{ij}) + \beta_{5j}(\text{Employment}_{ij}) \\ & + \beta_{6j}(\text{Length of labour}_{ij}) + \beta_{7j}(\text{Place of birth}_{ij}) + \beta_{8j}(\text{Method of delivery}_{ij}) + \beta_{9j}(\text{Labour pain}_{ij}) \\ & + \beta_{10j}(\text{Personal control}_{ij}) + \beta_{11j}(\text{Self-efficacy}_{ij}) + \beta_{12j}(\text{Expectations}_{ij}) \\ & + \beta_{12j}(\text{Personal control}_{ij} * \text{Labour pain}_{ij}) + u_{0j} + r_{ij} \end{aligned}$$

To test whether the determinants apply equally to both Belgian and Dutch women, a second model containing between-county interaction terms of the social psychological determinants and the childbirth characteristics was included. In both models, level of education, marital status, parity, age and employment status were controlled for in this analysis. No random effects were included in the model structure. Because we fitted a parsimonious model, non-significant interactions with country were not included in the final model.

9.3. Results

Within the first 2 weeks after delivery, 605 women, of which 261 are Belgian and 344 are Dutch, filled out a questionnaire. In our analysis we focused on this follow-up data. The number of cases in the analysis dropped to 560 because 51 women failed to provide information on one of the determinants in the model. For the subscale of satisfaction with the doctor the number of cases dropped to 393 because women with a home birth did not see a physician and therefore did not answer the physician-related items.

9.3.1. Descriptives

The age of participating women ranged between 19 and 44 years, with a mean of 31.2 years, 30.4 for Belgian women and 31.9 for Dutch women. Those having their first baby made up 54.2% of all respondents, with 42.2% in Belgium and 51.8% in the Netherlands. Approximately 98.0% of the respondents were married or living as married in both Belgium and the Netherlands. More Belgian (76.9%) than Dutch (40.5%) women have completed higher education,

and 85.3% of all women were employed, with 85.3% in Belgium and 84.8% in the Netherlands (Table 9.1). This means parity and educational level may confound the comparison between Belgium and the Netherlands. Therefore these variables were controlled for in the hierarchical linear model.

Table 9.1: Descriptive statistics in total and for Belgian and Dutch women separately

		TOTAL	BELGIUM	THE NETHERLANDS
Socio-demographic variables				
Higher education	%	57.11	76.99	40.50
	n	329	194	135
	CI	0.55 - 0.59	0.75 - 0.79	0.38 - 0.43
Married/cohabitating	%	98.40	97.90	98.90
	n	596	257	339
	CI	0.976 - 0.988	0.978 - 0.979	0.988 - 0.989
Primiparae	%	54.20	48.20	51.80
	n	276	133	143
	CI	0.51 - 0.55	0.45 - 0.51	0.48 - 0.54
Employed	%	85.28	85.23	84.82
	n	517	221	296
	CI	0.84 - 0.87	0.84 - 0.88	0.83 - 0.87
Age	Mean	31.21	30.41	31.87
	SD	4.17	4.09	4.14
	n	816	372	444
	CI	31.06 - 31.36	30.20 - 30.62	31.68 - 32.07
Characteristics of childbirth				
Length of labour (expressed in hours)	Mean	9.48	9.95	9.13
	SD	6.31	6.13	6.44
	CI	9.22 - 9.74	9.57 - 10.34	8.79 - 9.47
With medical intervention (1)	%	22.50	20.80	23.90
	n	133	54	79
	CI	0.21 - 0.24	0.18 - 0.23	0.22 - 0.26
Planning for a home birth (0)	%	37.00	24.00	48.00
	n	301	90	211
	CI	0.35 - 0.39	0.22 - 0.26	0.46 - 0.50
Social psychological variables				
Labour pain	Mean	57.55	58.04	57.55
	SD	22.02	22.33	21.67
	CI	56.66 - 58.45	56.67 - 59.42	56.38 - 58.72
Personal control	Mean	4.34	4.27	4.37
	SD	1.24	1.19	1.29
	CI	4.28 - 4.39	4.20 - 4.35	4.30 - 4.44
Self-efficacy	Mean	3.89	3.89	3.89
	SD	0.53	0.53	0.53
	CI	3.87 - 3.91	3.86 - 3.92	3.87 - 3.92
Expectations met	Mean	2.59	2.69	2.50
	SD	0.96	0.93	0.97
	CI	2.55 - 2.63	2.63 - 2.75	2.44 - 2.55

The mean length of labour in our sample was approximately 10 hours for both Belgian and Dutch women. Of the respondents, 22.5% had a medical intervention. The mean pain experience was 57.6 (max. = 100). The moderate

score is a result of the pain medications used by 32.8% of the respondents. The mean pain score for women who gave birth without painkillers is 62.1. A total of 64.8% reported that their expectations about childbirth were met (Table 9.1).

Overall women reported a high childbirth satisfaction (mean = 4.21; SD = 0.53; max. = 5), but the mean scores differed along the subscales (Table 9.2). Satisfaction with self-related aspects of childbirth was lowest (mean = 3.81; SD = 0.71), while satisfaction with partner-related aspects was highest (mean = 4.65; SD = 0.53).

Table 9.2: Means, skewness and kurtosis for each subdimension of the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale in total and for Belgian and Dutch women (N = 605)

Satisfaction with childbirth		TOTAL	BELGIUM	THE NETHERLANDS	Potential min. - max Real min. - max.
Total	Mean (SD)	4.21 (0.53)	4.37 (0.46)	4.08 (0.54)	1.00 – 5.00
	Skewness (SE)	-0.97 (0.10)	-1.34 (0.15)	-0.77 (0.13)	2.15 – 5.00
	Kurtosis (SE)	1.04 (0.20)	3.25 (0.30)	0.37 (0.26)	
General	Mean (SD)	4.03 (0.72)	4.14 (0.68)	3.93 (0.74)	1.00 – 5.00
	Skewness (SE)	-0.86 (0.10)	-1.00 (0.15)	-0.75 (0.13)	1.00 – 5.00
	Kurtosis (SE)	0.80 (0.20)	1.13 (0.30)	0.63 (0.26)	
Self	Mean (SD)	3.81 (0.71)	3.99 (0.66)	3.67 (0.72)	1.00 – 5.00
	Skewness (SE)	-0.65 (0.10)	-0.81 (0.15)	-0.58 (0.13)	1.25 – 5.00
	Kurtosis (SE)	0.34 (0.20)	1.24 (0.30)	-0.04 (0.26)	
Baby	Mean (SD)	4.39 (0.77)	4.48 (0.77)	4.34 (0.76)	1.00 – 5.00
	Skewness (SE)	-1.63 (0.10)	-2.00 (0.15)	-1.42 (0.13)	1.00 – 5.00
	Kurtosis (SE)	2.98 (0.20)	4.52 (0.30)	2.34 (0.26)	
Midwife	Mean (SD)	4.46 (0.66)	4.62 (0.55)	3.32 (0.73)	1.00 – 5.00
	Skewness (SE)	-1.89 (0.10)	-2.91 (0.15)	-1.44 (0.13)	1.00 – 5.00
	Kurtosis (SE)	4.68 (0.20)	13.04 (0.30)	2.40 (0.26)	
Physician	Mean (SD)	4.20 (0.75)	4.36 (0.72)	4.07 (0.75)	1.00 – 5.00
	Skewness (SE)	-1.29 (0.12)	-1.98 (0.76)	-0.88 (0.14)	1.00 – 5.00
	Kurtosis (SE)	2.14 (0.24)	5.38 (0.35)	0.85 (0.33)	
Partner	Mean (SD)	4.65 (0.53)	4.74 (0.46)	4.59 (0.57)	1.00 – 5.00
	Skewness (SE)	-1.52 (0.10)	-1.53 (0.15)	-1.419 (0.134)	1.50 – 5.00
	Kurtosis (SE)	2.44 (0.20)	1.19 (0.30)	2.424 (0.268)	

9.3.2. Hierarchical linear model

The results of seven hierarchical analyses are summarised in Table 9.3. We will first concentrate on the main effects, and continue further on with the country-specific effects (no table). We present the regression coefficients (B) and the significance of the findings (P-value) between brackets. Standardised regression coefficients (β) can be found in Table 9.3. First, total satisfaction benefited from a feeling of being in control (B = 0.14, P < 0.001) and from a high degree of self-efficacy (B = 0.14, P < 0.001). Also the fulfilment of expectations (B = 0.13, P < 0.001) improved total childbirth satisfaction, whereas this was not the case for perceived pain (B = -0.001, P = 0.341).

Second, we consider the subdimensions of satisfaction with childbirth. General satisfaction was improved by every social psychological determinant (expectations: $B = 0.24, P < 0.001$; personal control: $B = 0.15, P < 0.001$; self-efficacy: $B = 0.11, P = 0.017$) in our model, except for labour pain ($B = -0.01, P < 0.001$), which had a small lowering effect. Issues of control and decision-making were central to the self-related satisfaction scores. Not surprisingly, self-related satisfaction was enhanced by feelings of control ($B = 0.23, P < 0.001$) and self-efficacy ($B = 0.18, P < 0.001$). Also, one's own performance was more positively evaluated when expectations were met ($B = 0.17, P < 0.001$). Equally, the first contact with the baby was more satisfying if it corresponded with expectations ($B = 0.15, P < 0.001$). The same ($B = 0.10, P = 0.001$) applies for the midwife, who was more positively evaluated by women with high self-efficacy ($B = 0.10, P = 0.041$). Personal control interacted with labour pain ($B_{\text{pain} \times \text{control}} = 0.002, P = 0.012$), which means that women were generally satisfied about the midwife when they felt in control, even when suffering from serious labour pain, but the B-coefficient is very small. The evaluation of the physician was positively influenced by the self-efficacy ($B = 0.19, P = 0.008$) of the women, whereas pain intensity ($B = 0.003, P = 0.107$) and the fulfilment of expectations ($B = 0.08, P = 0.069$) were of no importance. The more pain ($B = 0.002, P = 0.036$) and personal control ($B = 0.052, P = 0.008$) women experienced during childbirth, the more satisfied they were with the support of their partner, but again these relations were weak.

In addition we want to mention that women having birth in hospital reported lower satisfaction in total ($B = -0.17, P < 0.001$), and for some of the subdimensions (self: $B = -0.26, P < 0.001$; midwife: $B = -0.19, P = 0.001$). Longer labours resulted in lower general satisfaction, although the association is weak ($B = -0.016, P < 0.001$). Total satisfaction and most subdimensions of satisfaction decreased in cases where medical interventions occurred (Total: $B = -0.19, P < 0.001$; general: $B = -0.22, P = 0.001$; self: $B = -0.123, P = 0.044$; baby: $B = -0.66, P < 0.001$; midwife: $B = -0.18, P = 0.011$). Finally, parity (no table) was associated with general satisfaction ($B = 0.14, P = 0.014$) and with self ($B = 0.12, P = 0.019$) and baby-related ($B = 0.16, P = 0.015$) satisfaction, indicating that multiparous mothers tended to be more satisfied.

Table 9.3: Coefficients for a hierarchical linear model of the determinants of satisfaction with childbirth

		Total (N = 546)			General (N = 546)			Self (N = 545)			Baby (N = 546)			Midwife (N = 541)			Physician (N = 379)			Partner (N = 530)		
		CI (95%)			CI (95%)			CI (95%)			CI (95%)			CI (95%)			CI (95%)			CI (95%)		
Intercept	B	2.885	2.367	3.402	2.676	1.977	3.375	1.881	1.210	2.551	3.559	2.717	2.551	4.334	3.374	5.294	2.333	1.355	3.311	4.272	3.612	4.932
	SE	0.263			0.356			0.341			0.428			0.489			0.497			0.336		
Length of labour	B	-0.006			-0.016**			-0.004			-0.007			-0.004			-0.010			0.001		
	β	-0.068	-0.012	0.000	-0.140	-0.024	-0.0084	-0.031	-0.011	0.004	-0.055	-0.016	0.003	-0.036	-0.012	0.005	-0.087	-0.022	0.001	0.015	-0.006	-0.009
	SE	0.003			0.004			0.004			0.005			0.004			0.006			0.004		
Place of birth	B	-0.166***			-0.061			-0.259***			-0.100			-0.190**			0.113			-0.077		
	β	-0.13	-0.238	-0.093	-0.035	-0.160	0.037	-0.152	-0.354	-0.165	-0.054	-0.218	-0.165	-0.120	-0.298	-0.082	0.063	-0.058	0.285	-0.061	-0.170	0.017
	SE	0.037			0.050			0.048			0.060			0.055			0.087			0.047		
Method of delivery	B	-0.185***			-0.220**			-0.123*			-0.660***			-0.176*			-0.072			-0.041		
	β	-0.169	-0.277	-0.094	-0.148	-0.344	-0.096	-0.084	-0.242	-0.004	-0.414	-0.809	-0.004	-0.129	-0.313	-0.040	-0.046	-0.238	0.093	-0.037	-0.164	0.082
	SE	0.047			0.063			0.061			0.076			0.069			0.084			0.063		
Labour pain	B	-0.001			-0.005***			-0.003*			-0.001			-0.011*			0.003			0.002*		
	β	-0.042	-0.003	0.001	-0.153	-0.007	-0.003	-0.093	-0.005	-0.001	-0.029	-0.004	-0.001	-0.367	-0.020	-0.002	0.088	-0.001	0.006	0.083	0.000	0.005
	SE	0.001			0.001			0.001			0.001			0.005			0.002			0.001		
Personal control	B	0.142***			0.148***			0.230***			0.004			-0.024			0.118***			0.052**		
	β	0.332	0.113	0.172	0.255	0.108	0.188	0.402	0.192	0.268	0.006	-0.044	0.268	-0.045	-0.150	0.102	0.195	0.058	0.179	0.122	0.014	0.090
	SE	0.015			0.020			0.020			0.025			0.064			0.031			0.019		
Self-efficacy	B	0.135***			0.111*			0.181***			0.082			0.104*			0.191**			0.081		
	β	0.135	0.068	0.203	0.082	0.020	0.203	0.135	0.093	0.269	0.056	-0.029	0.269	0.084	0.205	0.135	0.051	0.051	0.332	0.081	-0.006	0.169
	SE	0.035			0.047			0.045			0.056			0.051			0.071			0.045		
Expectations met	B	0.126***			0.243***			0.169***			0.145***			0.101**			0.075			-0.002		
	β	0.228	0.086	0.165	0.324	0.189	0.296	0.229	0.118	0.220	0.181	0.080	0.220	0.147	0.042	0.159	0.096	-0.006	0.155	-0.004	-0.054	0.049
	SE	0.020			0.027			0.026			0.033			0.030			0.041			0.026		
Country	B	-0.348***			-0.194***			-0.404***			-0.190**			-0.362***			-0.296***			-0.174**		
	β	-0.327	-0.428	-0.269	-0.134	-0.301	-0.086	-0.283	-0.507	-0.301	-0.123	-0.319	-0.301	-0.273	-0.480	-0.245	-0.197	-0.462	-0.131	-0.163	-0.276	-0.071
	SE	0.040			0.055			0.052			0.066			0.060			0.084			0.052**		
Personal control*labour pain	B													2.551	0.001	0.004						
	SE													0.001								
R ²			0.36			0.40			0.42			0.24			0.13		0.08				0.03	
-2 restricted loglikelihood			664.58			993.26			946.62			1196.1			1196.1		1092.12				894.8	

* $P < 0.05$; ** $P < 0.01$; *** $P < 0.001$

Additional analyses (no table) learned that, in general, the abovementioned results apply equally to Belgian and Dutch women. Nevertheless, two country-specific effects occurred. First, results showed that women with home births were more satisfied, especially in Belgium (general: $B_{\text{place}^* \text{country}} = 0.35$, $P < 0.001$; self: $B_{\text{place}^* \text{country}} = 0.43$, $P < 0.001$). This 'place of birth'*'country' interaction effect totally explained the between-country differences in self-related satisfaction. Second, Dutch women's self-related satisfaction ($B_{\text{control}^* \text{country}} = 0.08$, $P = 0.040$) was lower than that of Belgian women, especially when they experienced control loss, but the coefficient was small. Despite significant P -values, these country-specific effects added little to the model, since the likelihood ratio test ($P_{\text{general}} > 0.25$; $P_{\text{self}} > 0.10$) was not significant.

The variance of each outcome of the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale explained by covariates, ranges between 3% of satisfaction with the partner's support and 42% for self-related aspects of the birth experience (Table 9.3).

In sum, the fulfilment of expectations is the most consistent determining factor across the subdimensions of satisfaction with childbirth, except for physician- and partner-related satisfaction. The more expectations were met, the more women were satisfied. Another important factor is the experience of personal control, which buffered even the lowering impact of labour pain for midwife-related satisfaction. Finally, women with high self-efficacy showed more satisfaction with their own performance, as well as the support of midwife and physician. The model is applicable to the satisfaction scores of both Belgian and Dutch women.

9.4. Discussion

In a sample of 311 Dutch and 249 Belgian women, we tested a model including four social psychological determinants of satisfaction with childbirth which have been the subject of other childbirth satisfaction research: the experience of labour pain (Green 1993; Slade et al. 1993; Waldenstrom et al. 1996; Brown & Lumley 1997; Lavender et al. 1999), personal control (Simkin 1991; Bramadat & Driedger 1993; Slade et al. 1993; Waldenstrom et al. 1996; Lavender et al. 1999), self-efficacy (Lowe 1993; Larsen et al. 2001) and the fulfilment of expectations (Green 1993; Slade et al. 1993; Waldenstrom et al. 1996). Characteristics of childbirth (such as intended place of birth, length of labour,

method of delivery) and of the mother (such as age, parity, level of education, marital status and employment) were controlled for.

Before further discussing the findings, we want to briefly list some of the shortcomings and merits of the study. Weaknesses of our research relate to the timing of the measurement of satisfaction with childbirth. Questionnaires were answered within 2 weeks after delivery. This close to the birthing experience, women might have answered less critically than they would have later on (van Teijlingen et al. 2003). However, the two-week time frame applied to all respondents and therefore does not affect the differences between the groups compared. Second, comparability of the Dutch and Belgian sample can be questioned: Belgian women were on the average more highly educated, younger at first birth and more likely to give birth for the first time in comparison to the Dutch. The higher education of the Belgian sample can be explained by the over sampling of home births, since in Belgium women preferring a home birth are on the average more highly educated (Gilleir 2007). In the Netherlands women are on the average older at first birth in comparison to Belgium and the rest of Europe (Beets 2004). Age and education are controlled for in the analysis. Third, women who refused to participate were not systematically registered. This makes generalization of the results less likely.

Despite the limitations, the inclusion of multiple determinants—labour pain, personal control, self-efficacy and the fulfilment of expectations—into one model proved to be fruitful in explaining satisfaction with childbirth. In addition, we used the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale to take the multidimensionality of childbirth satisfaction into account. Finally, by estimating the models in both the Belgian and the Dutch sample, we tried to assess the applicability of the model for Belgian and Dutch women. Because both countries have strongly differing maternity care systems, we are confident that the present findings have a more general meaning.

Four important findings arise from this investigation. First, the fulfilment of expectations was the most consistent determining factor of satisfaction with childbirth. Women whose expectations for childbirth were met were more satisfied than those whose expectations were not. This conclusion corresponds to the conceptualisation of satisfaction and confirms previous research (Green 1993; Slade et al. 1993; Goodman P. et al. 2004). Moreover, by comparing Belgian and Dutch women, we learned that the fulfilment of

expectations is equally important to the childbirth satisfaction of both groups. However, this does not exclude the possibility that Dutch and Belgian women's expectations may differ. This is rather likely because of the diverging maternity care systems. Expectations are context specific, but the association between their fulfilment and satisfaction is not. In addition, we learned from this study that Belgian women's expectations were more easily fulfilled than Dutch women's expectations. This is not surprising when taking the high referral rate into account. Nearly one third of all planned home deliveries end up in hospital (Reuwer & Bruinse 2002). The ambivalent Dutch maternity care, with its two sciences of obstetrics (DeVries 2004), might explain the unfulfilled Dutch expectations. In ambivalent social structures, contrary courses of action are simultaneously valued for a single actor in a given situation (Handel 1979). The conflicting normative expectations imposed on Dutch women may result in a decreased childbirth satisfaction, because it is impossible to conform, without being deviant at the same time.

Second, we found that personal control consistently improved satisfaction and buffered the lowering impact of labour pain. The latter mediating effect is limited to satisfaction with the midwife's support, but nevertheless it supports conclusions of Doering *et al.* (1980) and Pellino and Ward (1998) and points to the importance of including personal control and labour pain in one analysis. This interplay between labour pain and control might explain the lack of consensus about the relationship between labour pain and childbirth satisfaction.

Third, women with high self-efficacy showed more satisfaction, especially with the support of the midwife and the physician. This result corresponds with the findings of Crowe and von Baeyer (Crowe & Vonbaeyer 1989) about self-efficacy leading to positive birth experiences.

Personal control and self-efficacy are mediators in the stress process, as predicted by the social stress model (Pearlin 1989). A demanding birth does not result in dissatisfaction if women keep control, hence feel empowered. The job strain model (Karasek 1979) designed to explain the impact of work-related stress on health outcomes can equally be applied to childbirth satisfaction. The model postulates that strain results from the joint effects of the demands of a work situation, and the control workers facing those demands, exert (Karasek 1979). The practical implication of the model is that in redesigning maternity care an increase in personal control can be pursued, even without affecting the demanding nature of birth itself. In other words, the

empowerment of labouring women, not the management of childbirth by means of painkillers, leads to satisfactory birth experiences.

Finally, the model explains the satisfaction scores of Belgian and Dutch women, implying that the social psychological determinants affect satisfaction independently of the context in which they operate.

9.5. Conclusion

Our findings focus attention toward personal control, self-efficacy and expectations about childbirth. Antenatal preparation could enhance mother's satisfaction with childbirth by providing techniques for maintaining control, by the enhancement of self-efficacy and by providing information that gives way to realistic expectations about childbirth. This study confirms the multidimensionality of childbirth satisfaction and demonstrates that different factors predict the various dimensions of satisfaction. Further research should incorporate other potential predictors of satisfaction with childbirth, such as social support. Additionally, cross-national comparative research should further assess the dependence of the determinants of childbirth satisfaction on national organisation of maternity care.

REFERENCES

- Beets, G. (2004) De timing van het eerste kind: een overzicht. *Bevolking en Gezin* 33, 115-142.
- Bendelow, G.A. & Williams, S.J. (1995) Transcending the dualisms - Towards a sociology of pain. *Sociology of Health & Illness* 17, 139-165.
- Benoit, C., Wrede, S., Bourgeault, I., Sandall, J., DeVries, R. & van Teijlingen, E. (2005) Understanding the social organisation of maternity care systems: midwifery as a touchstone. *Sociology of Health & Illness* 27, 722-737.
- Booth, C.L. & Meltzoff, A.N. (1984) Expected and actual experience in labour and delivery and their relationship to maternal attachment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2, 79-91.
- Bramadat, I.J. & Driedger, M. (1993) Satisfaction with childbirth--Theories and methods of measurement. *Birth-Issues in Perinatal Care* 20, 22-29.
- Brown, S. & Lumley, J. (1994) Satisfaction with care in labor and birth - A survey of 790 Australian women. *Birth-Issues in Perinatal Care* 21, 4-13.
- Brown, S. & Lumley, J. (1997) The 1993 survey of recent mothers: issues in survey design, analysis and influencing policy. *International Journal for Quality in Health Care* 9, 454.
- Carr-Hill, R.A. (1992) The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine* 14, 236-249.
- Christiaens, W. & Bracke, P. (2007) Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. *Midwifery* doi:10.1016/j.midw.2007.02.001 (in press).
- Cleary, P.D. & McNeil, B.J. (1988) Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry-the Journal of Health Care Organization Provision and Financing* 25, 25-36.
- Coffie, D., Wieggers, T. & Schellevis, F. (2003) Het gebruik van verloskundige zorg en kraamzorg. *Tijdschrift voor Verloskundigen* 315-320.
- Crowe, K. & Vonbaeyer, C. (1989) Predictors of a positive childbirth experience. *Birth-Issues in Perinatal Care* 16, 59-63.
- Davenport-Sleck, B. & Boylan, C.H. (1974) Psychological correlates of childbirth pain. *Psychosomatic Medicine* 36, 215-223.
- DeVries R. (2004) The warp of evidence-based medicine: lessons from Dutch maternity care. *International Journal of Health Services* 34, 595-623.
- DeVries, R. & Lemmens, T. (2006) The social and cultural shaping of medical evidence: case studies from pharmaceutical research and obstetric science. *Social Science & Medicine* 62, 2694-2706.
- Dickinson, J.E., Paech, M.J., McDonald, S.J. & Evans, S.F. (2003) Maternal satisfaction with childbirth and intrapartum analgesia in nulliparous labour. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology* 43, 463-468.

Dilks, F.M. & Beal, J.A. (1997) Role of self-efficacy in birth choice. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 11, 1-9.

Doering S.G., Entwisle D.R. & Quinlan D. (1980) Modeling the quality of women's birth experience. *Journal of Health and Social Behavior* 21, 12-21.

Fleming, A.S., Ruble, D.N., Anderson, V. & Flett, G.L. (1988) Place of childbirth influences feelings of satisfaction and control in 1st-time mothers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 8, 1-17.

Gibbins, J. & Thomson, A.M. (2001) Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery* 17, 302-313.

Gilleir, C. (2007) Thuis bevallen in Vlaanderen: een kwestie van reflexiviteit. *Tijdschrift voor Sociologie* 28, 25-51.

Goodman P., Mackey M.C. & Tavakoli A.S. (2004) Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing* 46, 212-219.

Gooris, F.M.C. & Hingstman, L. (1985) De rol en positie van vroedvrouwen in België en Nederland. *Gezondheid en Samenleving* 6, 276-285.

Green, J.M. (1993) Expectations and experiences of pain in labor--Findings from a large prospective study. *Birth-Issues in Perinatal Care* 20, 65-72.

Handel, W. (1979) Normative expectations and the emergence of meaning as solutions to problems - Convergence of structural and interactionist views. *American Journal of Sociology* 84, 855-881.

Hodnett, E.D. (2002) Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 186, S160-S172.

Humenick, S.S. (1981) Mastery - The key to childbirth satisfaction - A review. *Birth and the Family Journal* 8, 79-83.

Ip, W.Y. (2000) Relationships between partner's support during labour and maternal outcomes. *Journal of Clinical nursing* 9, 265-272.

Janzen, J.A., Silvius, J., Jacobs, S., Slaughter, S., Dalziel, W. & Drummond, N. (2006) What is a health expectation? Developing a pragmatic conceptual model from psychological theory. *Health Expectations* 9, 37-48.

Jenkinson, C., Carroll, D., Egerton, M., Frankland, T., Mcquay, H. & Nagle, C. (1995) Comparison of the sensitivity to change of long and short-form pain measures. *Quality of Life Research* 4, 353-357.

Kabakian-Khasholian, T., Campbell, O., Shediak-Rizkallah, M. & Ghorayeb, F. (2000) Women's experiences of maternity care: satisfaction or passivity? *Social Science & Medicine* 51, 103-113.

Kabeyama K. & Miyoshi M. (2001) Longitudinal study of the intensity of memorized labour pain. *International Journal of Nursing Practice* 7, 46-53.

Kannan, S., Jamison, R.N. & Datta, S. (2001) Maternal satisfaction and pain control in women electing natural childbirth. *Regional Anesthesia and Pain Medicine* 26, 468-472.

- Karasek, R.A. (1979) Job demands, job decision latitude, and mental strain - Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly* 24, 285-308.
- Kempen, G. I. J. M. (1992) *Psychometric properties of GLAS baseline measures: A pilot study (in Dutch)*. Groningen: Northern Centre for Healthcare Research, University of Groningen.
- Larsen, K.E., O'Hara, M.W., Brewer, K.K. & Wenzel, A. (2001) A prospective study of self-efficacy expectancies and labour pain. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 19, 203-214.
- Lavender, T., Walkinshaw, S.A. & Walton, I. (1999) A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery* 15, 40-46.
- Linder-Pelz, S. (1982) Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science & Medicine* 16, 577-582.
- Longworth, L., Ratcliffe, J. & Boulton, M. (2001) Investigating women's preferences for intrapartum care: home versus hospital births. *Health and Social Care in the Community* 9, 404-413.
- Lowe, N.K. (1989) Explaining the pain of active labor - The importance of maternal confidence. *Research in Nursing & Health* 12, 237-245.
- Lowe, N.K. (1993) Maternal confidence for labor - Development of the childbirth self-efficacy inventory. *Research in Nursing & Health* 16, 141-149.
- Lowe, N.K. (2002) The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 186, S16-S24.
- Mahon, P.Y. (1996) An analysis of the concept 'patient satisfaction' as it relates to contemporary nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 24, 1241-1248.
- McKay, S. (1993) Models of midwifery care - Denmark, Sweden, and the Netherlands. *Journal of Nurse-Midwifery* 38, 114-120.
- Mirowsky, J. & Ross, C.E. (1986) Social pattern of distress. *Annual Review of Sociology* 12, 23-45.
- Pascoe, G.C. (1983) Patient satisfaction in primary care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning* 6, 185-210.
- Pearlin, L.I. (1989) The sociological-study of stress. *Journal of Health and Social Behavior* 30, 241-256.
- Pearlin, L.I. & Schooler, C. (1978) Structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior* 19, 2-21.
- Pellino, T.A. & Ward, S.E. (1998) Perceived control mediates the relationship between pain severity and patient satisfaction. *Journal of Pain and Symptom Management* 15, 110-116.
- Peugh, J.L. & Enders, C.K. (2005) Using the SPSS mixed procedure to fit cross-sectional and longitudinal multilevel models. *Educational and Psychological Measurement* 65, 811-835.

Reuwer, P. J. H. M. & Bruinse, J. W. (2002) *Preventive support of labour, een uitdaging voor verloskundigen, gynaecologen en beleidsmakers*. Alphen aan de Rijn: Van Zuiden Communications BV.

Scherjon, S. (1986) A comparison between the organization of obstetrics in Denmark and the Netherlands. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 93, 684-689.

Scrimshaw, S.V. & Maher, C. (2001) Responsiveness of visual analogue and McGill pain scale measures. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* 24, 501-504.

Seeman, M. (1959) On the meaning of alienation. *American Sociological Review* 24, 783-791.

Simkin, P. (1991) Just another day in a woman's life – Women's long-term perceptions of their 1st birth experience. *Birth-Issues in Perinatal Care* 18, 203-210.

Sitzia, J. & Wood, N. (1997) Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science & Medicine* 45, 1829-1843.

Slade, P., Macpherson, S.A., Hume, A. & Maresh, M. (1993) Expectations, experiences and satisfaction with labor. *British Journal of Clinical Psychology* 32, 469-483.

Staniszewska, S. & Ahmed, L. (1999) The concepts of expectation and satisfaction: do they capture the way patients evaluate their care? *Journal of Advanced Nursing* 29, 364-372.

Stockman, A.F. & Altmaier, E.M. (2001) Relation of self-efficacy to reported pain and pain medication usage during labor. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 8, 161-166.

Thoits, P.A. (1995) Stress, coping, and social support processes - Where are we - What next. *Journal of Health and Social Behavior* 53-79.

Torres, A. & Reich, M.R. (1989) The shift from home to institutional childbirth - A comparative-study of the United-Kingdom and the Netherlands. *International Journal of Health Services* 19, 405-414.

van der Hulst, L.A.M. (1999) Dutch midwives: relational care and birth location. *Health & Social Care in the Community* 7, 242-247.

van Teijlingen, E. (2005) A critical analysis of the medical model as used in the study of pregnancy and childbirth. *Sociological Research Online* 10, www.socresonline.org.uk/10-2/teijlingen.html.

van Teijlingen, E., Hundley, V., Rennie, A.M., Graham, W. & Fitzmaurice, A. (2003) Maternity satisfaction studies and their limitations: "What is, must still be best". *Birth-Issues in Perinatal Care* 30, 75-82.

Waldenstrom, U., Borg, I.M., Olsson, B., Skold, M. & Wall, S. (1996) The childbirth experience: a study of 295 new mothers. *Birth-Issues in Perinatal Care* 23, 144-153.

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, 190-197.

Wijma, K., Wijma, B. & Zar, M. (1998) Psychometric aspects of the W-DEQ: a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 19, 84-97.

Williams, B. (1994) Patient satisfaction - A valid concept. *Social Science & Medicine* 38, 509-516.

Williams, K. & Umberson, D. (1999) Medical technology and childbirth: experiences of expectant mothers and fathers. *Sex Roles* 41, 147-168.

Hoofdstuk 10: IN BELGIUM WOMEN EXPECT AND EXPERIENCE MORE LABOUR PAIN THAN IN THE NETHERLANDS

Abstract

Objective and background: to gain insight in the pain attitudes, expectations and experiences of Belgian and Dutch women. In Belgium obstetric care prevails, while the Netherlands promotes midwife-led care. The diverging organisation of maternity care is supported by different childbirth ideologies, bio-medical as opposed to women-centred. We expect that the Belgian and Dutch models of maternity care give rise to different attitudes towards labour pain, pain expectations and experiences.

Design: quantitative comparative study using questionnaires to assess expectations about and the experience of childbirth

Setting: hospitals and independent midwifery practices in two comparable cities in Belgium and the Netherlands.

Participants: two questionnaires were filled in by 605 women, one at 30 weeks of pregnancy and one within the first two weeks after childbirth, at home or in a hospital. The women were invited to participate in the study by independent midwives and obstetricians during prenatal visits in 2004-2005.

Measurements and findings: pain expectations and experience have been assessed with a prospective and retrospective visual analogue scale. Personal control in pain relief has been measured using the *Personal Control in Pain Relief Scale* developed by McCrea and Wright.

A descriptive analysis shows that in spite of the prevalence of the bio-medical caring ideology in Belgium, pain attitudes of Belgian women do not deviate too much from Dutch women's attitudes. Belgian women report more choice in pain management than Dutch. A linear mixed model, with four fixed factors, time, country, pain relief and personal control in pain relief, indicates that both Belgian and Dutch women expect labour pain to be worse than it actually was. In Belgium women expect and experience more pain than in the Netherlands. Place of birth is however an important mediator in the analysis of differences between Belgian and Dutch respondents regarding pain expectations and experiences. Women giving birth at home reported the same pain attitudes, expectations and experiences, while those with a hospital birth diverge.

Key conclusions: in spite of more pain management strategies, more control in pain relief, and the negative association between control in pain relief and pain intensity, Belgians with a hospital birth expected and experienced more pain than the Dutch, both with and without pain relief.

Key words: labour pain, Belgium, the Netherlands, cross-national

10.1. Introduction

10.1.1. On the social meaning of pain

“Culture makes pain tolerable by integrating it into a meaningful system” (Illich 1976)

Pain is never similar. The variation in pain experiences between different moments in time, individuals or groups of individuals can not be explained by anatomy and physiology. Since Melzack and Wall (1996) published the gate-control theory, it is recognised that pain, which is in origin physiologic, is strongly affected by cultural and societal norms (Zatzick & Dimsdale 1990; e.g. Cheung 2002; McCool et al. 2004). Pain like other physiological phenomena, acquires specific meanings in social and cultural contexts. Reactions to pain must be interpreted in the light of these meanings (Zborowski 1969). Not only the expression of pain differs across cultures (Flannery et al. 1981), but also other pain behaviour, such as the quest for relief (Marmor & Krol 2002). The meaning of pain experiences is determining for pain perception, tolerance and expression (Atallah & Guillerrou 2004). In contrast to the anatomy and physiology of the body, meanings vary to a great extent and are influenced by personal history, ethnic group, beliefs, past experiences, social surrounding and demographic characteristics (Atallah & Guillerrou 2004).

The influence of the meanings associated with pain on behaviour is illustrated by a study of Beecher. Soldiers were less likely to request pain relief than post surgery patients with similar wounds. The soldiers attached a positive meaning to the pain, since it was a reason for evacuation, which distinguishes them from the post surgery patients. In other words, positive meanings have the potential to make pain tolerable or acceptable (Beecher 1959 in McCool 2004). Moreover, this study learns that meanings attached to pain may have more influence on the pain reaction than its actual bodily cause (Weisenberg 1977). Likewise we hypothesise that the positive Dutch attitude towards childbirth, emphasising normality, results in lower pain expectations and experience ratings. Not because they experience less pain than Belgian women, but because they tend to accept labour pain as a normal part of childbirth, as Johnson et al. (2007) report from a qualitative study.

10.1.2. On cross-national research about childbirth

Most cross-cultural studies about childbirth are comparing diverse ethnic groups, some in the same country (Small et al. 2002; e.g. Cheung 2002; McLachlan & Waldenstrom 2005), some in different countries (e.g. Jordan 1978). Both strongly diverging and closely related cultures are investigated, but often from a different theoretical angle. Strongly diverging cultures are studied within an anthropological framework, while similar (sub)cultures often focus on different models of health care organisation, both within and across countries (Figure 1).

Figure 10.1: Cross-cultural research about childbirth

	Within one institutional setting	Comparing different institutional settings
Strongly diverging cultures	e.g. (Cheung 2002) (Small et al. 2002) (McLachlan & Waldenstrom 2005) (Greenwald 1991)	e.g. (Jordan 1978) (van Teijlingen et al. 2000) (Wolff & Langley 1968)
Strongly related (sub)cultures	e.g. (Laslett et al. 1997) (Lyon et al. 1999) (Zadoroznyj Maria 1999) (Lazarus 1994)	e.g. (Torres & Reich 1989) (McKay 1993) (Scherjon 1986) (Benoit et al. 2005) (DeVries et al. 2001)

By comparing closely related groups, such as the Belgian and the Dutch, the range of explanatory factors is narrowed. Because differences between Belgian and Dutch childbearing women can not be explained by what they have in common, focus is on the differences. The Flemish and Dutch society are similar in terms of language, common history, type of geography and political system, but the beliefs about childbirth and the organisation of maternity care diverge. In Belgium, mainstream birth practices are obstetric with a bio-medical focus, corresponding the medical model, as described by for example Lyon et al. (1999), Davis-Floyd (2001) and van Teijlingen (2005). Belgian maternity care is organised around the concept of risk instead of normality (Gilleir 2007). More than 98% of all births occurs in hospital under the supervision of obstetricians. The medical model is taken for granted and the majority of women consider the hospital as the only safe place for childbirth (Gilleir 2007). Childbirth can only be defined as normal in retrospect. In contrast, Dutch prevalent birth practices are midwife-led and women-centred, corresponding to the midwifery model as opposed to the medical. The Netherlands are well-known for their high percentage of home births, low intervention rates and specific ideology of

childbirth (van der Hulst et al. 2007). Childbirth is believed to be a normal physiological process (Johnson et al. 2007), needing little interventions. In maternity care this belief is expressed by emphasising primary care. By means of gate keeping pregnant women are encouraged to use the services of primary health care providers: midwives and general practitioners. This results in a 30% homebirth rate, high numbers of policlinical births and low intervention rates. In case problems, defined by the *Verloskundige indicatielijst (VIL)*, are encountered during pregnancy or labour, women are referred to specialist care. The Belgian and the Dutch models of maternity care are supported by different beliefs regarding the position of childbirth on the normality-risk continuum, hence different attitudes towards intervention and labour pain are expected to occur.

Although maternity care is assumed to be organised in accordance with the dominant beliefs about childbirth, some cues indicating potential change are identified. Firstly, since 1965, the year Dutch policymakers created the "home birth away from home" or policlinical birth, home births have decreased from 72.6% in 1960 to 57.3 in 1970 and 35.4 in 1980 (DeVries 2004). Since the nineteen eighties the decline slowed down, resulting in 30% nowadays (Wiegers et al. 1998). In Belgium, on the contrary, home births are slightly rising, from 0.89% in 1993, to 1.2% in 2005 (Gilleir 2007). Secondly, a recent Dutch study (van der Hulst et al. 2007) suggested that there is a tension between the non-interventionist ideology of Dutch midwives and women's choice, resulting in more medicalisation of childbirth. Thirdly, in 2003 the NVOG (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie), the Dutch organisation for obstetrics and gynaecology, took the initiative to make epidural analgesia available 24 hours a day in every hospital (SPRN 2003). Finally, also obstetric interventions are rising. The Dutch caesarean section rate has increased from 4.5% in 1980 to 13.5% in 2002 (Achterberg 2005; SPRN 2005), which is still low in comparison to other European countries, such as Belgium with 18.7% in 2005 (SPE 2005). The WHO emphasises that C-section rates over 10-15% do not result in a surplus value regarding perinatal mortality (Shearer 1993).

These changes lead to the question whether the organisation of maternity care is still in accordance with women's preferences? Our data does not enable us to answer this question. However we will explore cross-national differences in pain expectations and experiences, to gain insight in how national contexts translate into pain expectations and experiences. The aim of

this paper is to explore the impact of the Belgian and the Dutch beliefs about childbirth and the organisation of maternity care, on expectations and experiences of labour pain. Insight in cross-national differences regarding labour pain attitudes, expectations and experiences, may enhance the understanding of women's childbirth choices. Especially in the context of rising intervention rates, insight into women's attitudes regarding pain and interventions is desirable. Green and Baston found that childbearing women's willingness to accept birth technology has increased since the 1980s. In addition they found that negative attitudes towards obstetric interventions has a protective effect (Green & Baston 2007). Horowitz et al. (2004) report a significant rise in the preference for epidural analgesia among pregnant women. Goldberg (1999) shows that the preference for epidural analgesia results in the likelihood to have one. Green and Baston (2007) say that the willingness to use epidural analgesia might be a marker for different attitudes toward the birth process. The use of epidural is more the result of individual choice than other intrapartum interventions (Green & Baston 2007) and is therefore an interesting starting point in the exploration of pain attitudes and women's childbirth preferences.

In this paper, we assess pain attitudes, personal control in pain relief, and the (im)balance between pain expectations and experiences in a cross-national comparison between Belgium and the Netherlands. Following authors such as Johnson et al. (2007), van Teijlingen (1994) and DeVries (2004), who argue that Dutch childbearing women show more pain tolerance than Belgian women. Since epidural analgesia is permanently available in Belgian hospitals, and the use of analgesia is not constrained by the hospital staff, we expect to find that Belgian women have high personal control in pain relief. Although there is no Belgian research about the attitudes of hospital staff concerning labour pain relief, we build this hypothesis on (1) a body of research saying that caregivers belief systems are predictive of practice patterns (Klein et al. 1995; Klein et al. 2001) and (2) the dominance of the bio-medical ideology in Belgian maternity care. The epidural rate has been shown to be a marker for the physician's approach to birth (Klein et al. 2001). As women-centred ideology is predominant in the Netherlands, while the bio-medical belief system is guiding Belgian hospital staff, and epidural rates are low in the Netherlands (5.4%) (SPRN 2003) and high in Belgium (65%) (SPE 2005), we suspect that Dutch hospital staff will be more reluctant to the use of epidural, compared to Belgian staff. Hence Dutch women may be discouraged to use analgesia, while Belgian women are free to choose, or even encouraged, resulting in a

low personal control in pain relief for the Dutch, and a high control for the Belgians.

Regarding the (im)balance between pain expectations and experiences we have no reasons to believe that pain experiences reflect the experienced pain worse for Belgian compared to Dutch women, or vice versa.

Unlike retrospective studies (e.g. Davenport-Sleck & Boylan 1974) we implemented a repeated measures design, which enables us to compare expectations and experiences. This way we avoid that expectations are reconstructed in the light of the experience of childbirth (Ranta et al. 1995).

10.2. Methods

10.2.1. Selection of method

The purpose of the study was to compare childbirth expectations and experiences between four groups of women: Belgian and Dutch women with a hospital or home birth. The study had to fit in the busy work schedules of obstetricians and midwives. To contact as many women as possible in a short period of time, a survey by two questionnaires—one at 30 weeks of pregnancy and one within two weeks postpartum—was appropriate. Within two weeks postpartum was chosen to minimise the effect of inaccurate recall on women's reports of the birth experience, following Ayers and Pickering (2005). Women have been invited to participate during approximately three months. Five to eight months had already passed by from the invitation to participate to the completion of the last questionnaire. Since the data collection was not simultaneously organised in each hospital/midwifery practice, one year was necessary to gather the data: from September 2004 to September 2005. At 30 weeks of pregnancy, 827 women filled out approximately the same questionnaire, of which 605 also participated in the study in the first two weeks after delivery and completed a second questionnaire.

10.2.2. Measurement

10.2.2a *Expected and experienced labour pain*

Two Visual Analogue Scales (VAS), one about labour and one about delivery, measure the expectation and experience of pain, ranging from no pain at all (0) to unbearable pain (100). Mean scores are calculated to merge both scales to one indicator of pain intensity. The measurement of labour pain by visual analogue scales is common practice in research on childbirth (Ip 2000; Kabeyama K. & Miyoshi M. 2001; Stockman & Altmaier 2001) and has been found to be reliable for estimating pain intensity. In comparison to more complex pain measures, the VAS is preferable (Jenkinson et al. 1995; Scrimshaw & Maher 2001).

Pain relief was assessed with one question in the postnatal questionnaire: "Did you receive pain relief during labour?", with three answer categories "yes" (1), "no" (0) and "I don't know". The last category was coded as missing.

10.2.2b *Beliefs about labour pain*

During pregnancy women indicated to which extent they agreed with the following two statements to assess the acceptability of labour pain: "Labour pain is useless" and "Pain is a natural part of childbirth". Both were scored on a five-point likert scale ranging between 'strongly agree' and 'strongly disagree'. The same statements were assessed during the first two weeks after birth in a postnatal questionnaire.

10.2.2c *Personal control in pain relief*

Personal control in pain relief was measured by the *Personal Control in Pain Relief Scale*, designed by McCrea and Wright (1999). It consists of a modified version of Slade et al.'s (1993) *Personal Control Scale*, which aimed at exploring women's perceived control in managing labour pain. The scale contains eight items measured using visual analogue scales. Women were asked to put a cross at a 10-cm line at the point that best described their perception of the control they had over pain relief. Each item was anchored with opposing answer categories, for example "Could not control it at all" versus "could control it completely". Examples of items are: "Who was most in control of the way your labour pain was managed?", "How much were you

able to control the pain you felt during labour?", "How much were the midwives/doctors able to control the pain you felt during labour?". Two items were not taken into account in this analysis. They concerned the use of exercises learned at antenatal classes, and were therefore of lower relevance. Internal consistency was satisfactory with a Cronbach's alpha of 0.69. Personal control in pain relief was centred around the grand mean.

The two countries, Belgium (1) and the Netherlands (2), represent two different models of maternity care. Within each model, both home and hospital births are represented. Possibly the model of care influences childbirth expectations and experiences, independent of the place where women give birth or intend to give birth. The model of maternity care within a national context is taken for granted through socialisation processes and brings about certain structural and cultural factors, constraining some and enabling other birth choices, expectations and experiences.

10.2.3. Population and sample

Our study concerns two comparable cities in the Belgian and Dutch regions, Ghent and Tilburg, respectively. To enhance the readability of the paper we will refer to Belgium and the Netherlands and the Belgian and the Dutch. However, the Belgian part of the study is limited to the Flemish region, which is the northern, Dutch-speaking part of Belgium.

We approached all hospitals in both cities. Since the population of pregnant women is unknown, we had to rely on a convenience sample. In Ghent there are four hospitals, of which three agreed to participate. We have no reasons to believe that the population of the missing hospital differs from the population in the participating hospitals. In Tilburg both hospitals agreed to cooperate. Since there are more hospital than home births in both countries, we needed to over sample the home deliveries. In Tilburg we contacted six midwifery practices to reach enough women planning a delivery in primary care. Ghent does not count enough midwifery practices to attain the same number of home births. Therefore, we went beyond the city borders of Ghent and contacted 21 midwifery practices spread out over Flanders. This was necessary to enable the comparison of the four kinds of birth settings determined by country (Belgium versus the Netherlands) and place of birth (home versus hospital).

10.2.4. Procedure

Women were asked by their midwife (primary care) or their obstetrician (secondary care) to participate in the research project. They had to speak and understand Dutch and had to be 18 years or older. Questionnaires were returned to the midwife or obstetrician in a closed envelope. For practical reasons the Dutch women with a home birth sent the questionnaires straight to the researcher by mail. Women who delivered in a hospital completed the second questionnaire mostly during their postpartum stay on the maternity ward, except women with a short stay. A written informed consent has been asked of all respondents. Anonymity was ensured as no personally identifiable data was collected. The Committee for Ethics of the University Hospital has approved the study.

We had to rely on the goodwill of obstetricians and midwives for the recruitment of respondents. Therefore, we had little control over the inclusion process and by consequence the response rate. Although we asked to register women who refused to participate, this was not systematically done by everybody. By consequence we can only give a minimum and maximum estimation of the response rate. During the preparation of the study, midwives and obstetricians gave an estimation of the eligible women within the provided three-month time frame. This estimation is reflected in the number of provided questionnaires. The response rate is calculated by dividing the number of respondents by the number of provided questionnaires. The estimations ranged between 68 and 19 percent for the hospitals, and between 100 and 38 percent for the midwifery practices. However, not all questionnaires have been distributed.

10.2.5. Data analysis

Longitudinal data can be viewed as multilevel data, with repeated measurements nested within individuals (Hox 2002; West et al. 2007). For our data, this leads to a three-level model, with the repeated measures at the lowest level, and the individuals, clustered within countries at the highest. Since multilevel modelling does not require balanced data, the differing numbers of respondents on each time point are not a problem (Hox 2002).

Repeated measures analysis of variance is no alternative, because in our data occasions are varying (Hox 2002). We have the same set of measures taken at

different points in time for the same individuals. The exact moment of data collection differs between individuals. For example, the postnatal data is collected within two weeks after birth. This could be on the first day, but also on the eleventh day after birth. Linear mixed models (LMM) allow the time points when measurements are collected to vary for different subjects (West et al. 2007).

Our data are in fact an example of a clustered repeated-measures dataset, which combines features of both clustered and repeated measures data. More specifically, the units of analysis (women) are nested within clusters (countries), and each unit is measured more than once (before and after birth) (West et al. 2007).

Level 1: the repeated measures made on the same unit of analysis (time points)

Level 2: the units of analysis (women)

Level 3: clusters of units in clustered longitudinal data sets (countries)

The general form of the estimated model is the following regression equation:

$$\begin{aligned}
 \text{Pain}_{ii} = & \beta_0 + \beta_1 * \text{Time}_t \\
 & + \beta_2 * \text{parity} + \beta_3 * \text{age} + \beta_4 * \text{education} + \beta_5 * \text{employment} \\
 & + \beta_6 * \text{country} + \beta_7 * \text{personalcontrol} \\
 & + \beta_8 (\text{time}_t * \text{country}) + \beta_9 (\text{time}_t * \text{parity}) \\
 & + \beta_{10} (\text{time} * \text{education}) + \beta_{10} (\text{time} * \text{personalcontrol}) \\
 & + \beta_{10} (\text{time} * \text{painrelief}) \\
 & + \mu_{0j} + \mu_{1j} * \text{time}_t + \mu_{0i/1j} + \varepsilon_{ij}
 \end{aligned}
 \left. \begin{array}{l} \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \end{array} \right\} \begin{array}{l} \text{Fixed} \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \text{Random} \end{array}$$

with Pain the outcome variable, which we call expected pain at t_0 and experienced pain at t_1 of an individual i measured at time point t_0 and t_1 . The time variable indicates the time point.

However the final model that has been fitted to the data does not take the clustering of women within countries into account. Country was not added to the model as a random effect, because the slopes did not show enough variation. Only the intercept and the time variable were specified as random terms.

10.3. Results

At 30 weeks of pregnancy 812 women filled in the antenatal questionnaire. Within the first 2 weeks after delivery, 605 women, of which 261 are Belgian and 344 are Dutch, completed a second questionnaire. In our analysis prospective estimates of labour pain are compared to retrospective perceptions of labour pain.

10.3.1. Descriptives

10.3.1a Demographics

The age of participating women ranged between 19 and 44 years, with a mean of 31.2 years, 30.4 for Belgian women and 31.9 for Dutch women. Those having their first baby made up 54.2% of all respondents, with 48.2% in Belgium and 51.8% in the Netherlands. Approximately 98.0% of the respondents were married or living as married in both Belgium and the Netherlands. More Belgian (76.9%) than Dutch (40.5%) women completed higher education, and 85.3% of all women were employed, with 85.2% in Belgium and 84.8% in the Netherlands (Table 10.1). This means parity and educational level may confound the comparison between Belgium and the Netherlands. Therefore these variables were controlled for in the hierarchical linear model.

Table 10.1: Descriptive statistics for control variables

		BELGIUM	THE NETHERLANDS	χ^2/t <i>p</i>
Higher education	%	76.99	40.50	108.07
	n	194	135	< .001
Married/cohabitating	%	97.90	98.90	1.39
	n	257	339	.239
Primiparae	%	48.20	51.80	7.67
	n	133	143	.006
Employed	%	85.23	84.82	.17
	n	221	296	.685
Age	Mean	30.41	31.87	-5.04
	SD	4.09	4.14	< .001

10.3.1b Pain intensity and the use of pain relief

The overall mean pain experience women reported was 57.6 (max. = 100), while the mean expected pain was 63.12 (no table). Table 10.2 shows that Belgian women (mean = 64.66; SD = 19.11) expected slightly more pain than

Het "bevalt" anders in Vlaanderen en Nederland

Dutch women (mean = 61.83; SD = 17.03) ($t = 2.24$; $P = 0.026$), but pain experiences do not differ ($t = 0.28$; $P = 0.782$). This is remarkable because more Belgian (44.3%) than Dutch (23.1%) women had pain relief during labour ($\chi^2 = 30.31$; $P < .001$). Of the Belgians 32.6 intended to have pain medication, versus 5.5% of the Dutch ($\chi^2 = 81.06$; $P < .001$). No differences occurred in satisfaction with pain relief ($\chi^2 = .22$; $P = .825$).

Table 10.2: Pain intensity, pain relief and satisfaction with pain relief

		BELGIUM	THE NETHERLANDS	χ^2 P
Pain expectations	Mean	64.66	61.83	2.24
	SD	19.11	17.03	.026
Pain experiences	Mean	58.04	57.55	.28
	SD	22.33	21.67	.782
Expectation of pain relief	%	32.60	5.50	81.06
	n	91	20	<.001
Use of pain relief (hospital births only)	%	44.30	23.10	30.31
	n	116	78	<.001
Satisfaction with pain relief (1 = not at all; 10=very)	Mean	8.37	8.28	.22
	SD	2.15	2.47	.825

Since Dutch women make less use of pharmacologic pain relief, one could expect them to rely more on alternative methods of pain management, such as bathing, moving around, changing body positions. However, our data shows this is not the case. Among the Belgian women intending to have a home birth 83.9% had a massage and 80.2% a bath or shower versus 45.5 and 47.8% of the Dutch women planning for a home birth. Among the Belgian women who planned a hospital birth 51.8% had a massage and 28.7% had a bath or shower, versus 32.1% and 33.1% respectively of the Dutch women who planned a hospital birth. In regard to moving around and changing positions, more Belgian than Dutch women reported this, in both birth settings, 94.3 and 68.3% versus 73.2 and 55.4% respectively for moving around, and 97.7 and 83.2 versus 86.4 and 74.1 respectively for changing positions (Table 10.3).

Table 10.3: Alternative pain management techniques

		BELGIUM		THE NETHERLANDS		χ^2 <i>P</i>
		Home	Hospital	Home	Hospital	
Massage during labour	%	83.9	51.8	45.5	32.1	35.38
	n	73	86	80	45	<.001
Bath/shower during labour	%	80.2	28.7	47.8	33.1	25.17
	n	69	47	85	46	<.001
Moving around	%	94.3	68.3	73.2	55.4	16.29
	n	82	114	131	77	<.001
Changing positions	%	97.7	83.2	86.4	74.1	5.30
	n	84	139	153	103	.014

Regarding the use of pain killers for small acute aches (no table), such as a sore throat or a headache, no differences are found between Belgian and Dutch women. When planned place of birth is taken into account (no table), only the use of painkillers for a headache differed between groups ($\chi^2 = 6.08$; $P = .014$): 20% of the Dutch women takes pain medications for a headache, both women preferring home and hospital births. In Belgium we find a different use of pain medications for a headache depending on preferred place of birth: 22% of the Belgians planning for a hospital birth and 7.1 of the Belgians planning a home birth take pain medication in case of a headache.

10.3.2. The assessment of antenatal beliefs about labour pain

Most women, both Belgians (86.6%) and Dutch (87.1%), agree that pain is natural and an inherent part of childbirth when asked before birth. The percentages decrease a little when the question is assessed after birth (Belgians: 83.8 and Dutch: 81.5) (no table). Since we are looking at variation in attitudes across models of care with corresponding childbirth ideology, we use planned place of birth instead of actual place of birth in the descriptive analysis. When we take the planned place of birth into account (Table 10.4), little or no differences occur in the antenatal response of Belgian and Dutch women ($\chi^2 = 2.84$; $P = .242$). After birth however less women who planned a hospital birth thought of labour pain as a natural part of birth, especially in the Netherlands ($\chi^2 = 8.63$; $P = .013$).

During pregnancy, significantly more Belgian women (13.9% versus Dutch 7.6%) agree with the statement that labour pain is useless ($\chi^2 = 13.11$; $P < .001$). After delivery this percentage increases to 15.1% for the Belgians and 9.7% of the Dutch (no table). In Belgium especially women planning for a home birth disagree about the uselessness of labour pain; in the Netherlands the

difference between home and hospital is smaller, both ante- and postnatal. Postnatal more women wishing for a hospital birth, evaluated labour pain as useless, especially in Belgium ($\chi^2 = 8.67$; $P = .013$) (Table 10.4). Attitudes of women who intended to have their baby at home, did not change, both in Belgium and the Netherlands.

Both in Belgium and the Netherlands only 10% of the women reports to have no fear of labour pain. From the women planning a home birth, especially the Belgians report no fear, while from the women wanting a hospital birth, especially the Dutch do not fear labour. However, differences do not reach the significance-level of 95% (Table 10.4).

Table 10.4: Attitudes and fear regarding labour pain

		BELGIUM		THE NETHERLANDS		χ^2 P
		Home	Hospital	Home	Hospital	
Agreeing with pain is a natural part of childbirth (antenatal)	antenatal	% 97.8 n 88	83.3 235	93.4 197	82.5 189	2.839 .242
	postnatal	% 100 n 85	75.6 130	90.5 162	71.6 111	8.628 .013
Not agreeing that labour pain is useless (antenatal)	antenatal	% 85.6 n 77	49.1 139	75.4 159	62.8 142	5.210 .074
	postnatal	% 85.9 n 73	40.1 69	72.6 130	55.6 85	8.668 .013
No fear of labour pain	antenatal	% 18.9 n 17	7.4 21	10.4 22	9.7 22	9.019 .061

Overall, differences in attitudes regarding pain between women preferring a home or hospital birth are largest in Belgium, indicating that Belgian women wishing for a home birth are more of a "subculture". Dutch women value the same things no matter their preferred place of birth.

10.3.3. The assessment of personal control in labour pain

Overall, Belgian women (mean = 7.10; SD = 1.42) experienced more personal control in labour pain, compared to Dutch women (mean = 5.73; SD = 1.89) ($t = 9.54$; $P < 0.001$). In Table 10.5 we presented the mean scores on the items of the personal control in pain relief scale (Wright et al. 2000). Dutch women had less choice in whether to have pain relief or not ($t = 14.35$; $P < .001$). They had less control over the timing ($t = 12.06$; $P < .001$) and the type of pain management ($t = 7.45$; $P < .001$). However lower personal control does not imply that Dutch care providers have more control over labour pain than

women. Dutch women report both less control of care providers (mean = 4.76) and personal control (mean = 5.00) over pain relief, compared to Belgian women (respectively: mean = 5.34 and 8.78).

Table 10.5: Personal control in labour pain (planned hospital births only)

		BELGIUM	THE NETHERLANDS	t P
Personal control in labour pain (mean of total scale)	Mean	7.01	5.42	9.56
	SD	1.40	1.86	< .001
Who had control over <i>pain management strategy</i> (1 = self; 10 = midwife)	Mean	3.40	3.63	-.90
	SD	2.34	2.59	.367
Personal control over labour pain (1 = no control; 10 = total control)	Mean	5.92	5.66	1.02
	SD	2.47	2.53	.309
Control of care providers over labour pain (1 = no control; 10 = total control)	Mean	5.63	4.93	2.46
	SD	2.65	2.81	.014
Personal control over <i>pain relief</i> (1 = not my decision; 10 = completely my decision)	Mean	8.64	4.74	13.10
	SD	2.26	3.37	<.001
Personal control over <i>timing</i> pain relief (1 = not my decision; 10 = completely my decision)	Mean	8.01	3.36	12.10
	SD	2.41	2.94	<.001
Personal control over <i>type</i> of pain relief (1 = not my decision; 10 = completely my decision)	Mean	5.95	2.63	7.18
	SD	3.77	2.79	<.001

One of the items of the personal control in pain relief scale was "How much were you able to decide whether you used something to help with labour pain?" We examined this item separately to illustrate that Belgian women participate more in decision making regarding pain relief. Respondents rated this question from 1 ("I did not decide about pain relief") to 10 ("I decided myself about pain relief"). The average score of Dutch women was 4.74 (SD = 3.37) versus 8.64 (SD = 2.26) for Belgian women ($P < .001$). Standard deviations show a great variability in scores. About 60% of the Belgian women fully decided about pain relief, in contrast to 31% of the Dutch (no table).

When assessed in a multivariate model (Table 10.6) personal control in pain relief (total scale) is determined by the pain experience, country, the use of pain relief and employment status. Women experiencing more pain, report lower personal control in pain relief, but the estimate is small ($B = -0.02$; $SE = 0.003$; $P < 0.001$). Belgian women had more choice in pain relief than Dutch women ($B = -1.91$; $SE = 0.164$; $P < 0.001$). Although the interaction term 'pain relief*country' is only boundary significant ($B = -0.60$; $SE = 0.309$; $P = 0.053$), there is a tendency towards Belgian women experiencing more control in pain relief, especially without pain relief, in comparison to Dutch women. When the interaction term is omitted from the analysis, the use of pain relief gains importance: women who had their pain relieved, report less personal control in pain relief ($B = -0.90$; $SE = 0.162$; $P < 0.001$).

Interestingly employed women experienced more personal control in pain relief ($B = 0.43$; $SE = 0.205$; $P = 0.035$). The other control variables are not meaningful determinants.

Table 10.6: Coefficients for personal control in pain relief

	MODEL 1			MODEL 2		
	B	SE	P	B	SE	P
Intercept	8.367	0.591	0.000	8.637	0.576	0.000
Parity	0.213	0.145	0.142	0.214	0.145	0.141
Education	-0.205	0.153	0.173	-0.216	0.153	0.158
Employment	0.415	0.205	0.043	0.432	0.205	0.035
Age	0.025	0.018	0.163	0.023	0.018	0.191
Pain experience	-0.021	0.003	0.000	-0.021	0.003	0.000
Country	-1.908	0.164	0.000	-1.803	0.155	0.000
Pain relief	-0.027	0.477	0.954	-0.898	0.162	0.000
Pain relief * Country	-0.598	0.309	0.053			

10.3.4. The assessment of labour pain expectations and experiences

Home and hospital represent a completely different birth setting. Since the birth environment influences the birth experience, through the corresponding ideology and practice, we ran separate analyses for both groups of women based on the effective place of birth.

Table 10.7 presents the coefficients for the determinants of pain expectations and experiences for home births in Belgium and the Netherlands. After parity, age, level of education and employment are controlled for, women who delivered at home experienced the pain intensity they expected ($B = -8.317$; $SE = 9.56$; $P = 0.386$). Belgian and Dutch women who had a home birth expected ($B = -3.544$; $SE = 5.21$; $P = 0.497$) and experienced ($B = 1.316$; $SE = 3.035$; $P = 0.665$) the same pain intensity.

Next, multigravids expected less pain ($B = -10.216$; $SE = 5.05$; $P = 0.045$) than nullgravids, although they report the same pain experience ($B = 3.734$; $SE = 2.95$; $P = 0.208$). Pain expectations and experiences did not differ according to age, the level of education or employment.

Table 10.7: Determinants for pain expectations and experiences for home births

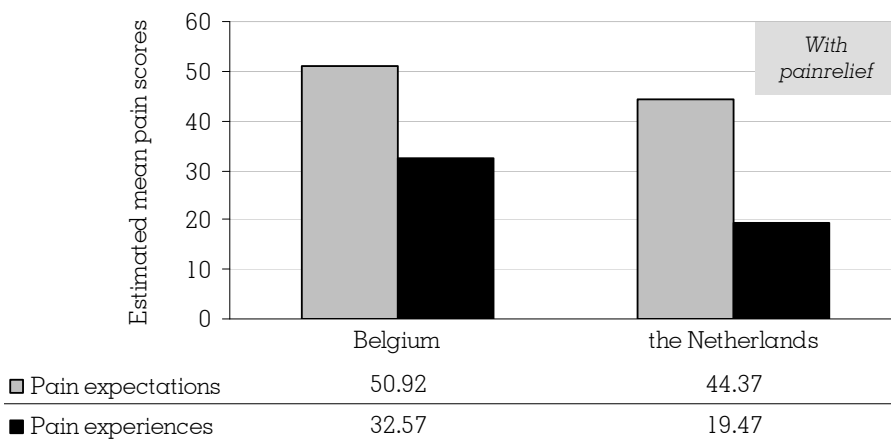
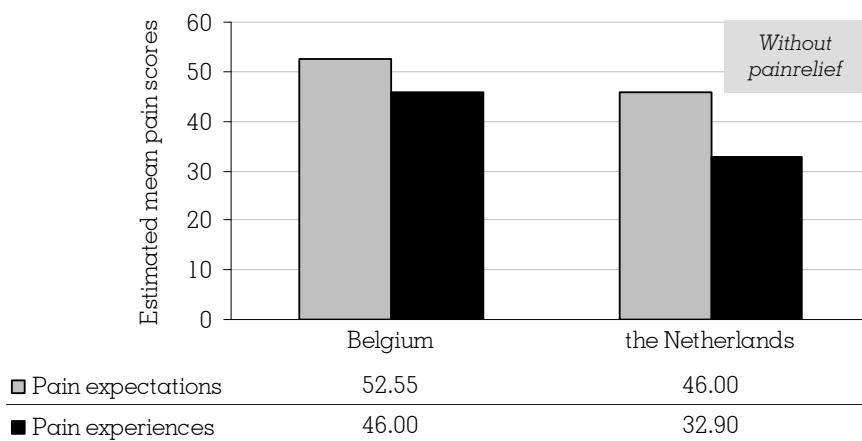
	B	SE	P
Intercept	69.580	16.953	0.000
Parity	-10.216	5.055	0.045
Age	-0.005	0.359	0.989
Education	4.608	5.223	0.379
Employment	4.488	3.951	0.258
Country	-3.544	5.210	0.497
Time	-8.317	9.560	0.386
Parity * time	3.734	2.952	0.208
Education * time	-0.600	3.041	0.844
Country * time	1.316	3.035	0.665

Table 10.8 presents the coefficients for the hospital births in Belgium and the Netherlands. After parity, age, level of education and employment are controlled for, several interaction terms with the time-variable entered the regression equation. Interaction terms should be interpreted together with the main effects of the variables they build on. Figure 10.2 is constructed by entering the values of the variables in the regression equation. It illustrates the expectations and experiences of Belgian and Dutch nulliparous women without higher education and with average control in pain relief. Belgian and Dutch women who delivered in hospital experienced less pain than they expected during pregnancy, both with and without pain relief. Dutch women who had a hospital birth reported lower expected and experienced pain intensity than Belgian women after delivery, both with and without pain relief. The difference between expectations and experiences was bigger for women who laboured with pain relief, compared to women who were not relieved. Women who laboured without pain relief had realistic expectations. Women who had their labour pain relieved expected more pain than they experienced. Personal control over pain relief lowered pain experiences ($B = -2.13$; $SE = 0.70$; $P = .002$), but was unrelated to expectations ($B = 0.74$; $SE = 1.07$; $P = 0.489$).

Table 10.8: Determinants for pain expectations and experiences for hospital births (nulliparous without higher education)

	B	SE	P
Intercept	59.096	12.659	0.000
Parity	-11.632	3.580	0.001
Age	-0.106	0.189	0.577
Education	9.881	3.699	0.008
Employment	1.446	2.225	0.516
Country	2.513	4.305	0.560
Time	9.965	7.804	0.202
Personal control in pain relief	0.740	1.067	0.489
Pain relief	10.180	3.800	0.008
Parity * time	7.100	2.320	0.002
Education * time	-6.618	2.394	0.006
Country * time	-6.549	2.792	0.020
Personal control in pain relief * time	-2.132	0.696	0.002
Pain relief * time	-11.803	2.486	0.000

Figure 10.2: Estimated mean pain expectations and experiences for Dutch and Belgian women giving birth at hospital



Regarding the control variables, multigravids report lower pain expectations ($B = -11.63$; $SE = 3.58$; $P = 0.001$), but higher pain experiences than nulligravids ($B = 7.10$; $SE = 2.32$; $P = 0.002$). Women who completed higher education expected more labour pain than women without higher education ($B = 9.881$; $SE = 3.70$; $P = 0.008$), but experienced less ($B = -6.62$; $SE = 2.39$; $P = 0.006$). However differences are small. Age and employment did not enter into the equation.

10.4. Conclusion and discussion

In a sample of 311 Dutch and 249 Belgian women, we explored attitudes regarding labour pain and compared pain expectations with experiences. The Dutch and the Belgian maternity care is organised around different childbirth beliefs, with Dutch and Belgian women emphasising respectively normality and risk. Moreover, the epidural rate in the Netherlands is much lower than in Belgium. These observations lead to the hypothesis that Dutch women hold more positive attitudes towards labour pain, compared to Belgian women. Possibly the acceptance of labour pain as a normal and constructive part of childbirth, reduces the need for pain relief and control in pain relief. The acceptance of labour pain has been documented in other cultures, such as Denmark (Skibsted & Lange 1992) and Vietnam (Tran 1999 in McLachlan and Waldenström 2005), where strategies to relieve the pain are little used. Earlier research (Beecher 1959; Cheung 2002) pointed to the influence of attitudinal factors to the response to pain within cultural groups (Wolff & Langley 1968). In addition we expected to find that Belgian women have more personal control in pain relief, compared to Dutch women. Finally, although we expect Dutch women to report lower pain expectations and experiences because of their positive pain attitudes, the (im)balance between pain expectations and experiences is expected to be the same in Belgium and the Netherlands.

Before discussing the findings, we want to briefly list some of the shortcomings of the study. First, because of the limited number of subjects and the demanding nature of the mixed model procedure used to fit the data, we did not take into account the method of delivery, nor whether women have experienced a referral from home to hospital. This should be explored in future research. Second, we measured pain expectations prospectively, but experiences retrospectively within two weeks postpartum. Other studies (Ranta et al. 1995; Gross et al. 2005) measured pain during labour to avoid a fading of the recollection of the most intense pain (Ranta et al. 1995),

especially in the light of the euphoria following birth. On a longer distance from the birth, Waldenstrom and Irestedt (2006) report that women only remember labour pain at its peak. Hence the postnatal pain ratings in our study may be too optimistic. Since this potential bias accounts for every respondent, it does not influence the comparison of groups. However the difference between expectations and experiences may be underestimated. Third, we want to draw attention to the problem of regression to the mean. Inevitably women with high pain expectations are more likely to have bad experiences, while women with low expectations have more chance to have good experiences. This tendency was not mathematically taken into account in the analysis, but should be kept in mind when interpreting the findings. Fourth, it is impossible to know whether Dutch and Belgian women really experienced labour pain in a different way, or only described the experience differently. Finally, we should be careful with generalising our findings, because of the relatively small number of respondents and the convenience sample.

Three important findings arise from this investigation. The first relates to pain attitudes, the second is about personal control in pain relief and the last concerns the (im)balance between pain expectations and experiences.

First, in spite of the prevalence of the bio-medical caring ideology in Belgium, pain attitudes of Belgian women do not deviate too much from Dutch women's attitudes, at least not during pregnancy. The Dutch are well-known for their childbirth ideology which emphasises normality (Johnson et al. 2007) and finds expression in a midwife-centred maternity care, low rates of obstetric interventions and a high number of home births. Congruent with the Dutch childbirth ideology and practices, we expected Dutch women to have a more positive attitude towards labour pain in comparison to Belgian childbearing women. After all in Belgium the prevailing bio-medical ideology emphasises risk (Gilleir 2007), and maternity care is almost exclusively hospital based. However, we did not find much evidence to support this hypothetical reasoning regarding antenatal beliefs. During pregnancy as many Belgian and Dutch women agreed about pain being a natural part of childbirth and the usefulness of labour pain. Shortly after childbirth though, attitudes were less optimistic, especially among women who intended to deliver in hospital. Slightly more Belgian than Dutch women agreed about the naturalness of labour pain, regardless of place of birth. Among women preferring a hospital birth, more Dutch than Belgian women judged labour pain as necessary or

useful, but among women preferring a home birth, it was the other way around.

Dutch women used less pain relief during labour and reported less personal control in pain relief, compared to Belgian women. Therefore one would expect Dutch women to make more use of alternative pain management strategies, such as bathing, massage, moving around. This was not the case. More Belgian than Dutch women had a massage, a bath or shower, moved around and changed positions during labour. Except for the bathing, this not only accounts for the women preferring a home birth, but also for the women who intended to give birth in hospital, which is remarkable.

These findings unveil that in spite of the bio-medical ideology characterising Belgian maternity care, Belgian women hold optimistic attitudes towards labour pain. In addition, we find more heterogeneity in the Belgian, than in the Dutch group between childbearing women with and without a home birth ethos. More specifically, the way Belgian home birthing women differ from other Belgian women, is striking, although not surprising, since in accordance with the findings of other Belgian research (Gilleir 2007). Belgian women with home birth preference, tend to use less pain killers for headaches, judge labour pain as natural and necessary and use more alternative pain management techniques during labour, than the other women in our sample. In other words Belgian women preferring a home birth attach a more positive meaning to pain as natural and necessary part of childbirth, than Belgian women planning a hospital birth, and compared to Dutch women.

Second, Belgian women reported more personal control in childbirth compared to Dutch women. More specifically, Belgian women had more choice in pain management compared Dutch women. Personal control in labour pain was rated higher by Belgian than Dutch women. In the Netherlands most women who delivered in hospital could not themselves choose for pain relief, while in Belgium women could. In our sample personal control in labour pain was associated negatively with pain intensity, which contradicts the findings of McCrea et al. (2000). A possible explanation could be that in contrast to our sample, McCrea et al. only included women expecting a vaginal delivery, who did not plan to have epidural analgesia.

Third, the imbalance between pain expectations and experiences was equal for Belgian and Dutch women with a home birth, but differed in case of a hospital birth. Hence place of birth plays a mediating role. Women who had a home birth (1) experienced the pain they expected and (2) reported the same

expectations and experiences in Belgium and the Netherlands. Women who had a hospital birth on the contrary, showed a discrepancy between expectations and experiences, with expectations being worse than reality, even without pain relief. Belgian women with hospital births reported higher pain expectations and experiences, compared to Dutch women, with and without pain relief. It is unclear whether the mediating role of place of birth is due to the place, the type of care(giver), or the antenatal beliefs characteristic of women preferring a home birth. The Dutch acceptance of labour pain is likely to influence the expected and experienced pain intensity, but is unlikely to explain the greater imbalance between pain expectations and experiences in Dutch hospitals, compared to Belgian hospitals. Explanations for the imbalance should be sought rather in situational (e.g. social support, availability of pain relief), than in attitudinal factors. Further research is necessary to clarify how the intrapartum childbirth situation in Dutch and Belgian hospitals diverges.

In general, differences between Dutch and Belgian women's pain attitudes, expectations and experiences are smaller than the diverging models of maternity care suggest. However, place of birth is an important mediating factor. The role of birth setting has also been emphasised by Skibsted and Lange (1992) who found that women who had planned a birth centre delivery, but were referred to the hospital, had the same rate of pain medication as women with a planned hospital birth. This finding points to the importance of situational, rather than attitudinal factors. Belgian and Dutch women having birth at home have the same pain attitudes, expectations and experiences. In the hospital setting however, clear differences appear. Most Belgian women with a hospital birth tend to describe labour pain as natural but unnecessary, while most Dutch women giving birth in hospital find it natural and necessary. By consequence it is not surprising to find that in the Belgian hospitals in our sample, more women used pain management techniques, than in the Dutch hospitals, except for bathing. In other words, while Belgian women planning for a hospital birth tended to fight labour pain, Dutch women accepted it, which is in accordance to the conclusions of Johnson et al. (2007). Belgian women correspondingly reported a higher degree of personal control in pain relief and participated more in the decision-making regarding pain relief. In spite of more pain management strategies, more control in pain relief, and the negative association between control in pain relief and pain intensity, Belgians with a hospital birth expected and experienced more pain than the Dutch, both with and without pain relief, with control and perceived pain intensity held

constant. In a next analysis it could be assessed whether Dutch women rate their pain expectations and experiences lower than Belgian women, because of their acceptance of labour pain. Note also that Dutch women are as satisfied about pain relief than Belgian women, in spite of less pain relief and less control in pain relief. Similar findings were reported by Waldenstrom and Nilsson (1994). In a randomised clinical trial, they found that pain intensity was independent of the quality of the birth experience.

In situations where women accept labour pain as a normal part of childbirth, this is all Dutch women, and Belgians with a home birth, lower pain expectations and experiences are reported. This finding suggests that pain acceptance reduces the need for pain relief and control in pain relief. Moreover, our findings correspond with the notion that pain is more than a bodily sensation. Emotional and motivational factors are involved (Weisenberg 1977). This is what is emphasised by the gate-control theory (Melzack & Wall 1996). It was developed to explain clinical findings of the persistence of pain after tissue healing. It proposes that cognitive processes can either open or close the flow of pain stimuli to the brain. Our findings are also consistent with the results of a comparison between the Netherlands and the United states, which showed that Dutch women expected labour to be less painful than did American women (Senden et al. 1988).

Further research is necessary to clarify the beneficial influence of positive attitudes versus situational factors regarding birth and labour pain. If the acceptance of pain, reduces the expected and experienced pain intensity, hence the need for pain relief, antenatal lessons should concentrate on the development of positive pain attitudes. However, if situational factors are more important determinants of the experienced pain intensity, than antenatal beliefs, the characteristics of intrapartum care is of central interest. Further research is necessary to gain insight in this matter.

REFERENCES

- Achterberg, P.W. (2005) *Met de besten vergelijkbaar? Internationale verschillen in sterfte rond de geboorte*. Bilthoven: RIVM.
- Atallah, F. & Guillerrou, Y. (2004) Man and his pain: anthropological and social dimension. *Annales Francaises D Anesthesie et de Reanimation* 23, 722-729.
- Ayers, S. & Pickering, A.D. (2005) Women's expectations and experience of birth. *Psychology & Health* 20, 79-92.
- Beecher, H. K. (1959) *Measurement of subjective responses*. New York: Oxford University Press.
- Benoit, C., Wrede, S., Bourgeault, I., Sandall, J., DeVries, R. & van Teijlingen, E. (2005) Understanding the social organisation of maternity care systems: midwifery as a touchstone. *Sociology of Health & Illness* 27, 722-737.
- Cheung, N.F. (2002) The cultural and social meanings of childbearing for Chinese and Scottish women in Scotland. *Midwifery* 18, 279-295.
- Davenport-Sleck, B. & Boylan, C.H. (1974) Psychological correlates of childbirth pain. *Psychosomatic Medicine* 36, 215-223.
- Davis-Floyd, R. (2001) The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75, S5-S23.
- 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.
- Flannery, R.B., Sos, J. & McGovern, P. (1981) Ethnicity as a factor in the expression of pain. *Psychosomatics* 22, 39-&.
- Gilleir, C. (2007) Thuis bevallen in Vlaanderen: een kwestie van reflexiviteit. *Tijdschrift voor Sociologie* 28, 25-51.
- Goldberg, A.B., Cohen, A. & Lieberman, E. (1999) Nulliparas' preferences for epidural analgesia: Their effects on actual use in labor. *Birth-Issues in Perinatal Care* 26, 139-143.
- Green, J.M. & Baston, H.A. (2007) Have women become more willing to accept obstetric interventions and does this relate to mode of birth? Data from a prospective study. *Birth-Issues in Perinatal Care* 34, 6-13.
- Greenwald, H.P. (1991) Interethnic differences in pain perception. *Pain* 44, 157-163.
- Gross, M.M., Hecker, H. & Keirse, M.J.N.C. (2005) An evaluation of pain and "fitness" during labor and its acceptability to women. *Birth-Issues in Perinatal Care* 32, 122-128.

- Horowitz, E.R., Yogev, Y., Ben Haroush, A. & Kaplan, B. (2004) Women's attitude toward analgesia during labor - a comparison between 1995 and 2001. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology* 117, 30-32.
- Hox, J. (2002) *Multilevel analysis. Techniques and applications*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Illich, I. (1976) *Limits to medicine. Medical Nemesis: the expropriation of health*. London: Marion Boyars.
- Ip, W.Y. (2000) Relationships between partner's support during labour and maternal outcomes. *Journal of Clinical nursing* 9, 265-272.
- Jenkinson, C., Carroll, D., Egerton, M., Frankland, T., McQuay, H. & Nagle, C. (1995) Comparison of the sensitivity to change of long and short-form pain measures. *Quality of Life Research* 4, 353-357.
- Johnson, T.R., Callister, L.C., Freeborn, D.S., Beckstrand, R.L. & Huender, K. (2007) Dutch women's perceptions of childbirth in the Netherlands. *Mcn-the American Journal of Maternal-Child Nursing* 32, 170-177.
- Jordan, B. (1978) *Birth in four cultures: a cross-cultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Montreal: Eden Press Women's Publications, Inc.
- Kabayama, K. & Miyoshi M. (2001) Longitudinal study of the intensity of memorized labour pain. *International Journal of Nursing Practice* 7, 46-53.
- Klein, M.C., Grzybowski, S., Harris, S., Liston, R., Spence, A., Le, G. et al. (2001) Epidural analgesia use as a marker for physician approach to birth: Implications for maternal and newborn outcomes. *Birth-Issues in Perinatal Care* 28, 243-248.
- Klein, M.C., Kaczorowski, J., Robbins, J.M., Gauthier, R.J., Jorgensen, S.H. & Joshi, A.K. (1995) Physicians' beliefs and behaviour during a randomized controlled trial of episiotomy: consequences for women in their care. *Canadian Medical Association Journal* 153, 769-779.
- Laslett, A.M.L., Brown, S. & Lumley, J. (1997) Women's views of different models of antenatal care in Victoria, Australia. *Birth-Issues in Perinatal Care* 24, 81-89.
- Lazarus, E.S. (1994) What do women want - Issues of choice, control, and class in pregnancy and childbirth. *Medical Anthropology Quarterly* 8, 25-46.
- Lyon, D.S., Mokhtarian, P.L. & Reeve, M.M. (1999) Predicting style-of-care preferences of obstetric patients - Medical vs. midwifery model. *Journal of Reproductive Medicine* 44, 101-106.
- Marmor, T.R. & Krol, D.M. (2002) Labor pain management in the United States: Understanding patterns and the issue of choice. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 186, S173-S180.
- McCool, W.F., Smith, T. & Aberg, C. (2004) Pain in women's health: a multi-faceted approach toward understanding. *Journal of Midwifery & Womens Health* 49, 473-481.

- McCrea H. & Wright, M.E. (1999) Satisfaction in childbirth and perceptions of personal control in pain relief during labour. *Journal of Advanced Nursing* 29, 877-884.
- McCrea, H., Wright, M.E. & Stringer, M. (2000) Psychosocial factors influencing personal control in pain relief. *International Journal of Nursing Studies* 37, 493-503.
- McKay, S. (1993) Models of midwifery care - Denmark, Sweden, and the Netherlands. *Journal of Nurse-Midwifery* 38, 114-120.
- McLachlan, H. & Waldenstrom, U. (2005) Childbirth experiences in Australia of women born in Turkey, Vietnam, and Australia. *Birth-Issues in Perinatal Care* 32, 272-282.
- Melzack, R. & Wall, P.D. (1996) Pain mechanisms: A new theory (Reprinted from *Science*, vol 150, pg 971-979, 1965). *Pain Forum* 5, 3-11.
- Ranta, P., Spalding, M., Kangassaarela, T., Jokela, R., Hollmen, A., Jouppila, P. et al. (1995) Maternal expectations and experiences of labor pain options of 1091 Finnish parturients. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 39, 60-66.
- Scherjon, S. (1986) A comparison between the organization of obstetrics in Denmark and the Netherlands. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 93, 684-689.
- Scrimshaw, S.V. & Maher, C. (2001) Responsiveness of visual analogue and McGill pain scale measures. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* 24, 501-504.
- Senden, I.P.M., Vanderwetering, M.D., Eskes, T.K.A.B., Bierkens, P.B., Laube, D.W. & Pitkin, R.M. (1988) Labor pain - A comparison of parturients in a Dutch and an American teaching hospital. *Obstetrics and Gynecology* 71, 541-544.
- Shearer, E.L. (1993) Cesarean-section - Medical benefits and costs. *Social Science & Medicine* 37, 1223-1231.
- Skibsted, L. & Lange, A.P. (1992) The need for pain relief in uncomplicated deliveries in an alternative birth center Compared to An Obstetric Delivery Ward. *Pain* 48, 183-186.
- Slade, P., MacPherson, S.A., Hume, A. & Maresh, M. (1993) Expectations, experiences and satisfaction with labor. *British Journal of Clinical Psychology* 32, 469-483.
- Small, R., Yelland, J., Lumley, J., Brown, S. & Liamputtong, P. (2002) Immigrant women's views about care during labor and birth: An Australian study of Vietnamese, Turkish, and Filipino women. *Birth-Issues in Perinatal Care* 29, 266-277.
- Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE) (2005) *Jaarrapport perinatale activiteiten in Vlaanderen 2005*. Brussel: SPE.
- Stichting Perinatale Registratie Nederland (SPRN) (2003) *Perinatale Zorg in Nederland*, Bilthoven: SPRN.

- Stichting Perinatale Registratie Nederland (SPRN) (2005) *Verloskunde in Nederland: grote lijnen 1995-1999*, Bilthoven: SPRN.
- Stockman, A.F. & Altmaier, E.M. (2001) Relation of self-efficacy to reported pain and pain medication usage during labor. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 8, 161-166.
- Torres, A. & Reich, M.R. (1989) The shift from home to institutional childbirth - A comparative-study of the United-Kingdom and the Netherlands. *International Journal of Health Services* 19, 405-414.
- Tran, H. (1999) Antenatal and postnatal maternity care for Vietnamese women. In P. Rice (Ed.), *Asian mothers, Western birth* (2nd ed., pp. 61-76). Melbourne: Ausmed Publications.
- van der Hulst, L. A. M., van Teijlingen, E., Bonsel, G. J., Eskes, M., Birnie, E., & Bleker, O. Dutch women's decision-making in pregnancy and labour as seen through the eyes of their midwives. *Midwifery* (in press).
- van Teijlingen, E. (1994) *A social or medical model of childbirth? Comparing the arguments in Grampian (Scotland) and the Netherlands*. University of Aberdeen.
- van Teijlingen, E. (2005) A critical analysis of the medical model as used in the study of pregnancy and childbirth. *Sociological Research Online* 10, www.socresonline.org.uk/10-2/teijlingen.html.
- van Teijlingen, E., Lowis, G. W., McCaffery, P. G., & Porter, M. (2000) *Midwifery and the medicalization of childbirth: comparative perspectives*. Huntington, New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Waldenstrom, U. & Irestedt, L. (2006) Obstetric pain relief and its association with remembrance of labor pain at two months and one year after birth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 27, 147-156.
- Waldenstrom, U. & Nilsson, C.A. (1994) Experience of childbirth in birth center care - A randomized controlled-study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 73, 547-554.
- Weisenberg, M. (1977) Pain and pain control. *Psychological Bulletin* 84, 1008-1044.
- West, B. T., Welch, K. B., & Gatecki, A. T. (2007) *Linear mixed models. A practical guide using statistical software*. New York: Chapman & Hall/CRC.
- 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, 190-197.
- Wolff, B.B. & Langley, S. (1968) Cultural factors and the response to pain: a review. *American Anthropologist New Series* 70, 494-501.
- Wright, M.E., McCrea, H., Stringer, M. & Murphy-Black, T. (2000) Personal control in pain relief during labour. *Journal of Advanced Nursing* 32, 1168-1177.

Het "bevalt" anders in Vlaanderen en Nederland

Zadoroznyj, Maria. (1999) Social class, social selves and social control in childbirth. *Sociology of health and illness* 21, 267-289.

Zatzick, D.F. & Dimsdale, J.E. (1990) Cultural variations in response to painful stimuli. *Psychosomatic Medicine* 52, 544-557.

Zborowski, M. (1969) *People in pain*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.

Hoofdstuk 11: LABOUR PAIN AND PHARMACOLOGICAL PAIN RELIEF IN BELGIAN AND DUTCH MATERNITY CARE

Abstract

The Dutch are well-known for their definition of childbirth as a normal physiological process needing little intervention. Correspondingly their use of pharmacological pain relief is low in comparison with Belgium, respectively 5.4 and 65%. In this paper we want to explore the conditions causing this large difference in the use of pain relief, as indicator of different attitudes toward labour pain in Belgium and the Netherlands. Cultural and structural differences explaining the diverging Dutch and Belgian approach of pain and pain relief are suggested. The diverging Dutch and Belgian maternity care systems are approached as the answers to differing cultural, economic and demographic realities.

Key words: Labour pain, pharmacological pain relief, maternity care, Belgium, the Netherlands, cross-national

11.1. Introduction

Findings from comparative research about labour pain emphasise the importance of culture related values and attitudes to the perception and expression of pain (Bates 1987). However, few studies examined the determinants of the use of pain relief during labour. In this paper we define the use of pain relief as an example of health behaviour. This enables us to apply the existing models that have been developed to predict health behaviour, to gain insight into the determinants of the use of labour pain relief. In what follows, a conceptual model is developed, taking into account personal characteristics as well as distinctive features of the organisation of maternity care.

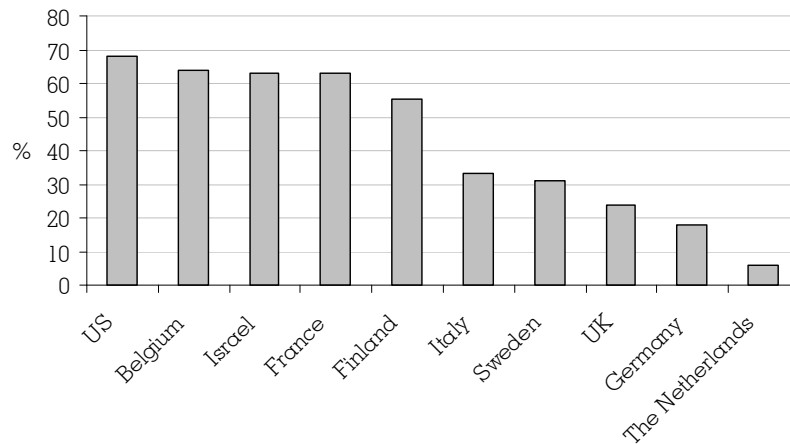
The factors mentioned in the available literature are the women's (Green et al. 1990) and care provider's preferences, together with the availability of anaesthesia providers (Marmor & Krol 2002). The comparison of the Dutch and the Belgian model of maternity care, shows reality is more complex. More specifically, it draws attention to determinants transcending the individual and interpersonal level of analysis, such as the organisation of maternity care and associated cultural values. We propose an analytical framework strongly inspired by Andersen's behavioural model (Andersen 1995). Pain

management is not simply a matter of individual choice (Marmor & Krol 2002). In addition to women's preferences, organisational enabling or impeding factors are of influence, both via a direct and indirect path. Structural and cultural resources and barriers influence the use of pain relief directly and through the shaping of individual's preferences. We want to shift the focus from individuals to social groups to take into account the social embeddedness of preferences. Individual's preferences are influenced by the structural preconditions of the health care system. We believe pain management strategies are related to the health care system and reflect wider societal processes. Before describing the Belgian and Dutch models of maternity care, we briefly introduce some figures about the use of pain medication in both countries.

The Dutch organisation for perinatal epidemiology (SPRN) reports that the Netherlands stand out in the low use of pain relief during labour. In 2003, in 5.4% (this is 9,630/178,673 births) of all Dutch deliveries, except primary C-sections, an epidural has been administered. Of the women with a spontaneous vaginal delivery, 3.6% had an epidural (SPRN 2003). In Belgium the use of pain relief doubled since 1991, with 32% to 65% in 2005 (SPE 2005). Of the women with a spontaneous vaginal delivery 58.8% had an epidural (SPE 2005).

To put things in an international perspective (Figure 11.1), the US have an epidural rate of 68% (Martin & Menacker 2007), Israel 63% (Horowitz et al. 2004), Italy 33% (Van den Bussche et al. 2007) and France 63% (Vilain et al. 2005). Germany with 18% (Stamer et al. 1999) and the UK with 24% (Burnstein et al. 1999) are, along with the Netherlands, among the countries with the lowest epidural rates. Possibly this can be explained by the large proportion of midwife-led births in these countries. The difference in the use of pain relief between Belgium and the Netherlands could hardly be larger with Belgium at the top of the list, and the Netherlands at the bottom.

Figure 11.1: Epidural rates in an international perspective



The aim of this paper is to explore conditions explaining this large difference in the use of pain relief in Belgian and Dutch maternity care. Although pharmacological methods, such as epidural anaesthesia or spinal block are not the only ways to still labour pain, our scope is restricted to these methods. Non-pharmacologic methods, such as baths, acupuncture or hypnosis, are not documented in national statistics and therefore not taken into account.

First, the maternity care systems of both countries are presented, focussing on the implications for pain relief. Second, we introduce the use of pain relief as an example of health behaviour. Third, we describe attitudes toward pain relief, as a predisposing factor which changed throughout history, and as characteristic of the social and medical model of maternity care. Finally, we suggest cultural and structural organisational resources and barriers to explain the diverging Dutch and Belgian approach of pain relief.

11.2. Two models of maternity care

In the international midwifery literature, the Dutch way of giving birth is regarded as an example of the midwifery or social model (van Teijlingen 1994; DeVries 2001; van der Hulst et al. 2007). The Dutch maternity care system has a unique focus on primary care, supported by the philosophy of normality of childbirth (van der Hulst et al. 2007). More than 70% of all Dutch women start antenatal care in a midwifery practice or with a general practitioner (Anthony et al. 2005) 30% actually has a home birth. By directing women expecting a normal birth into primary care, home births are encouraged (DeVries 2001). However, women can also choose to have a policlinical birth, which is a

midwife-led hospital birth with a short stay after the baby is born (Wiegers et al. 1998a). In case of difficulties during pregnancy or labour, women are referred to specialist care (Wiegers et al. 1998b). Normal course of pregnancy and labour is defined by the VIL (Verloskundige Indiatielijst), a list of obstetric indications (2007), which defines the conditions that require a referral from primary to secondary care. Dutch maternity care is further characterised by maternity home care assistants (van Teijlingen 1999) and a broad political support (DeVries 2004). The relatively high proportion of home births and the emphasis on normality result in low rates of interventions during birth (van der Hulst et al. 2007).

In contrast, Belgian maternity care is dominated by the medical model, emphasising obstetric technology to alleviate the risks of childbirth (Christiaens & Bracke 2007). Less than 2% of all births take place at home (Gilleir 2007). More than 98% of the Belgian pregnant women have minimum one antenatal visit with an obstetrician, 76% with a general practitioner and only 16% with a midwife (De Gauquier et al. 2006). To most Belgian women, the hospital is the obvious and safest place to give birth (Gilleir 2007). Belgian midwives have a different role in the maternity care than their Dutch colleagues. Only a small group functions as independent practitioners comparable to the Dutch midwifery practices. The work of the majority of Belgian midwives is hospital based, and supervised by obstetricians (Gooris & Hingstman 1985). Except for the small percentage of home births, all births take place in hospitals, where technologies and instruments are easily available and frequently used. Hence, it is not surprising to find that Belgium has higher obstetric intervention rates, compared to the Netherlands. For example, in 2003 the Belgian induction rate was 30% and the percentage of planned caesarean sections is 10.7 (SPE 2005), versus respectively 28.8% and 6.7% in the Netherlands (SPRN 2003; SPRN 2005).

Different models of care indicate different ideologies and practice. The social model translates to a woman-centred ideology and a midwifery practice, the medical model in a bio-medical ideology and an obstetric practice (van Teijlingen 2005). Both the medical and the midwifery model are represented in Belgium and the Netherlands, but not to the same extent. In Belgium the midwifery model is limited to a small group of independent midwives doing home births, while it is mainstream in the Netherlands. Moreover, Belgian home births are embedded in a different discourse than the Dutch. Belgian home births are part of the natural childbirth movement, a reaction against the

growing medical control over childbirth (Gilleir 2007). Feminist ideas about women's autonomy and empowerment are incorporated, although not explicitly. Dutch women have their children at home because childbirth is a family event and a normal physiological process which does not belong between hospital walls (Johnson et al. 2007). At home, women feel comfortable and at ease. In other words, it is not a countermovement carried by highly educated women, as it is in Belgium. In fact, lower educated Dutch women are more likely to have a home birth (DeVries 2004).

The organisation of maternity care is associated with beliefs about childbirth. Although Lyon et al. (1999) found that women's preferences are complex and may contain a mix of elements of both the medical and the midwifery model, care is organised along the dichotomy medical versus midwifery. Differences in beliefs and models of care, result in diverging pain management strategies (Heinze & Sleight 2003). While exploring both cultural and structural factors influencing pain management in Belgium and the Netherlands, we delve deeper into the specificities of their respective care systems.

11.3. The use of pain relief: an example of health behaviour

The use of labour analgesics is of great sociological interest because it is not a mere medical treatment. As a response to a bodily sign (pain), the use of pain medication can be considered health behaviour. Moreover, personal choice is involved since the simple request of the childbearing woman is a sufficient condition to have it administered. This means the use of pain relief is not something done to women, but something that women do or refrain from doing (Gochman 1997). As with other kinds of behaviour, the use of pain relief is socially and culturally conditioned, which makes a cross-national comparison relevant.

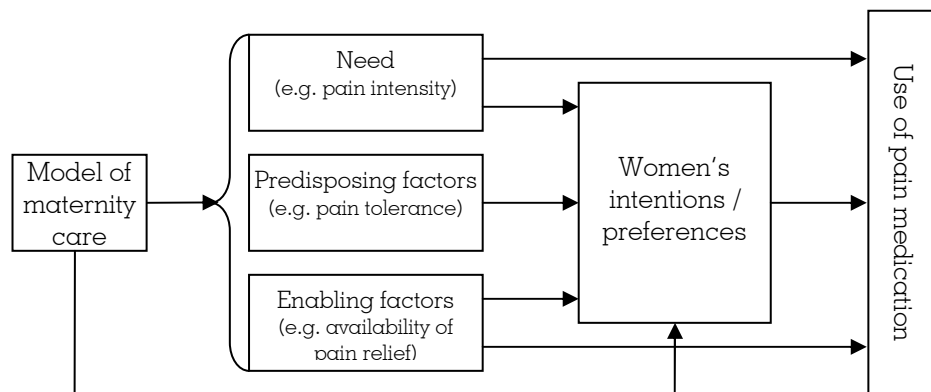
Little is known about the factors influencing the use of pain medication during labour (Marmor & Krol 2002). However, several models have been developed to predict (health) behaviour. For example the use of pain medication could be understood in terms of the health belief model: women use pain medication to control pain if (1) they regard themselves as susceptible to labour pain (perceived susceptibility) and (2) desire to reduce it (perceived severity), (3) if they believe that the use of pain medications available to them will reduce the

pain (perceived benefit) and (4) if they believe that the costs or risks (perceived barriers) accompanying pain medications are outweighed by its benefits (Strecher et al. 1997). Other social-cognitive models, such as the theory of reasoned action (Fishbein & Ajzen 1975) and the theory of planned behaviour (Ajzen 1991), focus on intentions as the main predictor of health-related behaviour. Translated to the management of labour pain, the theories assume that the use of pain medication is mainly determined by the intention to use it and that intentions are function of (1) attitudes toward pain medication and (2) the perceptions of social norms regarding pain medication. However, following the theory of reasoned action, we should assume that women are capable of volitional control over the use of pain medication. The theory of planned behaviour corrects for this premise by adding perceived behavioural control to the model. (Maddux & DuCharme 1997). This is "*the person's belief as to how easy or difficult performance of the behavior is likely to be*" (Ajzen & Madden 1986 p 457). Perceived behavioural control has both a direct and indirect (through intentions), influence on behaviour (Maddux & DuCharme 1997). Applying these insights on the use of pain medication during labour, we expect that the intention to use pain medication is determined by (1) whether one positively or negatively evaluates pain medication (attitude toward behaviour), (2) whether one believes significant others will approve the use of pain medication (perceived social norms) and (3) whether one believes to have free choice in using pain medication (perceived behavioural control). Apart from behavioural intention, the components of the health belief model and the theories of reasoned action and planned behaviour are quite similar (Maddux & DuCharme 1997). The role of social context is mainly limited to perceived social norms in the listed models, but is granted a more central place in Andersen's behavioural model of health services utilisation. Essentially Andersen defines the use of health services as a function of the need for care, enabling and impeding factors and individual predisposition (Andersen 1995; Aday & Awe 1997). The need for care is the most immediate cause of health service use and refers to a physiological condition. The need for pain relief depends on the experienced fear (Heinze & Sleigh 2003), complications during pregnancy and labour and the subsequent method of delivery. There is no consensus about the relationship with pain intensity (Wittels 1991; Heinze & Sleigh 2003). Enabling factors include the resources available to individuals, both in terms of economic means (e.g. income, health insurance), community means (e.g. staff-to-beds ratio, geographic proximity to care) or attitudes toward the medical care. Predisposing variables include demographic factors (e.g. gender, age), social structure (e.g. social position

determined by e.g. education and occupation) and health beliefs (e.g. attitudes, values and knowledge about health and care) (Andersen 1995). Both need and predisposition are situated at the individual level. However, Andersen (1995) rightly states that both perceived and evaluated need are largely socially constructed phenomena in addition to the biological imperative. Evaluated need reflects professional judgement about the need for medical care, while perceived need represents the individual's own perception of need. Both are to a great extent influenced by cultural and structural factors, such as health beliefs, social position, attitudes and values (Andersen 1995).

Many attempts have been made to integrate the building blocks of several models (e.g. Maddux & DuCharme 1997), especially the model of Andersen has been reformulated and expanded (Aday & Awe 1997). In the context of childbirth and especially the management of labour pain, the theoretical models could be integrated as shown in Figure 11.2.

Figure 11.2: Theoretical framework for the use of pain relief during labour



Similar to the expanded behavioural model of Andersen and Newman (1973), the health care system has been introduced as a determinant of childbearing women's strategies to manage labour pain. Secondly, women's intentions and preferences have been added, introducing a mediating factor, borrowed from the theories of planned behaviour and reasoned action. Combining insights of both models, leads to an enormous complexity, which we cannot test on the available data. It is not our intention to test one of the described models, nor the integrated model, but to situate our study in the body of health behaviour research. We will limit the scope of the two following empirical parts to the test of the predictive power of cognitive (pain attitudes) versus situational (social support and perceived pain intensity) factors.

11.4. Beliefs about labour pain relief: a predisposing cognitive factor

The adherents of the social and medical model of maternity care carry different attitudes toward labour pain and its relief. The first emphasise the normality and the latter the risks of childbirth, resulting in completely different discourses, which permeate the Dutch and Belgian maternity care. In the women-centred ideology of the social model, pain is perceived as an ally in the birth process. Midwives, especially those working independently, and women favouring natural childbirth, often defend the view that labour pain is an empowering factor in childbirth (McKay 1993; van der Hulst 1999; Smeenk & ten Have 2003). Childbirth is defined as a natural process of which pain is an essential component. In other words, pain serves a biological purpose and is seen in a constructive way. Relieving pain may disturb the natural process (Pitcock & Clark 1992). Pain stimulates the production of endorphin. This hormone is a natural painkiller, produced by the body, which gives a nice warm feeling, which is said to facilitate the mother-child bonding and the "pink period" in the early postpartum (Odent 1984). In the same way authors point to the signal function of pain (e.g. Zborowski 1969). Pain is the messenger saying, birth is approaching (Lowe 2002). Finally, pain empowers, because it gives women the strength and the courage to push the baby out. This argument is debatable because the actual pain relieving techniques are quite sophisticated and can be administered in very precise doses leaving the urge to push intact (Roberts 2002; Plunkett et al. 2003). Reluctance toward pain relief is in accordance with the medicalisation criticism which focuses on increasing medical control resulting in loss of autonomy and an alienating experience (B.Katz-Rothman 1978; Lane 1995).

The opposite attitude toward pain, characteristic of the bio-medical ideology, is favoured by obstetricians and women who feel safe in a hospital environment. In this view pain is needless. In order to understand this point of view and why women are motivated to go along with medicalisation of birth, Riessman (1983) refers to the situation of women in the nineteenth century. Women from different social classes wanted to be freed from the pain and exhaustion associated with childbirth. For working class women, harsh working and housing conditions made birth into a physical exertion, while upper class women were believed to suffer more pain, because of the civilisation process (Miller 1979 in Riessman 1983). Analysis of the twilight movement in America showed that it were women who demanded pain relief

(Leavitt 1980 in Riessman 1983; Pitcock & Clark 1992; Caton 1995). In fact, physicians were reluctant to use twilight sleep, because it stopped contractions, harmed the child and was not effective in relieving pain (Caton 1995). *“Women harboured none of the doubts expressed by physicians. They embraced twilight sleep with the same eagerness that they had accepted inhalation anaesthesia half a century earlier”* (Caton 1995). The aim was to free women from painful and exhausting labour in order to enable them to participate more fully in democratic society (Miller 1979 in Riessman 1983). Another reason to welcome medical control over the birth process was safety. At the end of the nineteenth century fertility declined in the middle and upper class, which made birth a more unique event. Upper class women relied on doctors because they had the instruments and technology to decrease the risks of childbirth (Riessman 1983). Lower class women followed the example.

Both attitudes toward labour pain prevailed in different periods of history. Anaesthesia for childbirth has been subject to controversy and change throughout the nineteenth and twentieth century. In 1847, James Young Simpson introduced anaesthesia in obstetrics (Caton et al. 2002). The use of ether during labour was however criticised for medical reasons. Moreover, at that time physicians defended childbirth as a physiological process during which interventions should be avoided (Caton et al. 2002).

By 1914 German physicians found a new method of painless childbirth: twilight sleep (Leavitt 1980). This invention occurred in a period in which ideas regarding obstetrics changed. Rates of maternal mortality and morbidity were high and more aggressive practices, such as forceps deliveries and episiotomy, were encouraged more (Caton et al. 2002). Through the use of twilight sleep women did not remember anything about labour, although their bodies experienced it. Crib-beds and gowns with continuous sleeves were needed to keep the wild movements under control, but this loss of control was worth the price of control over the decision about what kind of delivery women would have, even if the safety of the procedure was questionable (Leavitt 1980). Anaesthesia provided women with the choice of pain. The twilight sleep movement in 1914-1915 should be seen as an attempt of women to gain control over the birthing process. It enabled them to choose the kind of delivery they wanted (Leavitt 1980). Today however, women who opt for an epidural are perceived as handing over control to the medical staff (Leavitt 1980).

Together with the new techniques, new ideas developed during the twentieth century. The idea that pain and suffering was of no use, gained more ground. It even became perceived to be the root cause of social problems (Caton et al.

2002). A time of humanisation with for example abolition of slavery, the end of the exploitation of children and the shift from punishment to rehabilitation, had dawned (Caton et al. 2002).

From 1950 on, the philosophies about pain and suffering changed back to the other end of the continuum (Caton et al. 2002). This is illustrated by the development of the natural childbirth movement. This movement originated in, for example, the writings of Dick-Read, *Childbirth without Fear* (1944), and Lamaze, *Painless Childbirth: Psychoprophylactic Methods* (Lamaze 1970). At the same time Virginia Apgar introduced a scoring system to evaluate the condition of the newborn after previous anaesthetic treatment of the mother (Caton et al. 2002; Finster & Wood 2005).

The shifting of ideas about pain were supported by conditions such as technological and pharmacological innovation, economical factors (e.g. finding hospital staff to administer anaesthesia), changes in obstetric practice (e.g. growing use of forceps and C-section) and changing patients expectations (Caton et al. 2002).

In sum, the two opposite actual views regarding labour pain exist already since the first half of the nineteenth century with changing gains for the one or the other. The public opinion was swept from the one end of the continuum (twilight movement) to the other (natural childbirth movement).

Today, both attitudes towards pain and pain relief, pain as an ally versus pain as a threat, are present, but favoured by different groups of people. The two conflicting views on labour pain will lead to very different choices about pain management (Marmor & Krol 2002), for birth attendants, as well as for women. Women are likely to choose the birth attendant with philosophies congruent with their own (Marmor & Krol 2002). In the Dutch model of maternity care, pain is more likely to be viewed as an ally, while in the Belgian model pain is perceived as a needless inconvenience.

11.5. The supply of pain relief: an enabling factor

Elements determining the supply of pain relief are situated at different levels. At the national level, health care policies exert influence, at the level of hospitals, organisational characteristics should be taken into account and at the individual level, characteristics of care providers and (future) mothers are determining. To compare countries is in fact to compare care providers and maternity units clustered in countries. Gomar and Fernandez (2000) state that differences in the use of epidural blocks for obstetrics are most of the time

caused by structural and organizational factors. In the following paragraph we will identify the structural and organisational characteristics associated with the management of labour pain, of the Dutch and the Belgian maternity care systems.

Both in Belgium and the Netherlands, pain medication is administered on maternal request. Nevertheless, pain medication is less used in the Netherlands. The difference can not be explained by the high home birth rate because calculated on hospital births only, the epidural rate is 8 percent (Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie 2007), which is still far less than 65 percent in Belgium.

Place of birth is associated with the type of birth attendant. Home births are the exclusive domain of midwives and to a lesser extent general practitioners, while hospitals are run by physicians and midwives working under their supervision, especially in Belgium. In the Netherlands a larger proportion of births than in Belgium is attended by a midwife. Given the influence of care providers on pain management (Lyon et al. 1999; Klein et al. 2001; van der Hulst et al. 2007), the differing division of labour between midwives and physicians is an explanatory factor in the use of pain relief. The midwives' more personal and intimate style of caring leads to fewer epidurals and fewer suggestions for the use of an epidural (Klein et al. 2001). Belgian women are more likely to give birth in settings (hospitals) where most medical staff have a more interventionist approach. In hospitals, technical competence is emphasised and the medical staff has to deal with abnormalities more often, which may lower the threshold for intervention (Marmor & Krol 2002). The supply of labour analgesia is another possible explanation. Epidural analgesia is not routinely available in all Dutch maternity clinics (Reuwer & Bruinse 2002), while it is in Belgium. However, the NVOG (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie) or Dutch union of obstetricians has plead for a 24h availability of epidural analgesia in every hospital (SPRN 2003). It is unclear to what extent this initiative is realised at the present.

The size and type of the hospital is one of the factors determining the supply of epidural analgesia on a 24h basis (Marmor & Krol 2002; Palot et al. 2006). Small maternity units often share anaesthetic services with other clinical specialities (Gomar & Fernandez 2000). Another structural explanation could be sought in the staff-to-patient ratio. In understaffed maternity units the use of pain relief is likely to be higher, because pain medication permits the staff to care for several women at the same time, which is appealing for hospital managers (Marmor & Krol 2002). Although Belgium has a larger number of

health care professionals and hospital beds than the Netherlands, its staff-to-patient ratio is more problematic. In spite of a smaller population, Belgium in 1995 counted 345 physicians and 744 beds per 100,000 inhabitants, versus 186 and 533 respectively in the Netherlands (Eurostat 2007). However the employment-to-beds ratios (this is the average number of staff per bed for acute care) for Belgium was 1.03 versus 3.13 for the Netherlands (OECD 2006). It is unclear to what degree the smaller Belgian staff-to-beds ratio can explain the higher use of epidural analgesia in Belgium compared to the Netherlands. Nevertheless, the structural constraints listed above, show that the personal choice of childbearing women is likely to vary in function of the organisation and philosophy of health care.

11.6. Women’s preferences are function of their social position

Women’s preferences regarding childbirth change over time, and so does the demand for pain relief, as is illustrated by the history of pain relief described earlier in this text. Question is, which socio-economic factors determine women’s preferences. Following Marmor (2002), we assume that preferences are influenced by experiences of friends and family, past experiences, pain expectations, cultural background, knowledge about pain relief, the media and the attitude of care providers toward pain relief. Few studies address this question. Van den Bussche et al. (2007) found that parity status and fear of side effects reduced, while the wish to have a pain-free delivery and positive experiences of family and friends, increased the likelihood of pain relief during labour. Another study (Goldberg et al. 1999) focussed on the impact of women’s antenatal intention to have an epidural on the likelihood to receive one. Heinze and Sleigh (2003) showed that women who chose to deliver with an epidural had high fear of childbirth, an external locus of control for childbirth and lacked the desire to actively participate in the birth process. Information about the role of women’s preferences in decision-making about labour pain management is scarce. McCrea and Wright (1999) assessed personal control in pain relief – this is the extent to which women felt in control of pain relief as opposed to staff being in control. Personal control is influenced by the care providers, particularly in the context of hospital birth. Women are often expected to comply with the prescribed care regardless of their pain needs (Wright et al. 2000). The same authors find that feelings of control enhanced women’s satisfaction with pain relief during labour.

We believe that women have more control in pain relief where the supply is guaranteed. Hence Belgian women's preferences will be more predictive of her actual use of pain relief, in comparison Dutch women. Recently the NVOG (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie), the Dutch organisation for obstetrics and gynaecology, decided to strive for the availability of epidural analgesia in every hospital (SPRN 2003). Therefore the role of Dutch women's preferences could increase in the near future. Because of the diverging supply of pain relief in Belgium and the Netherlands, we expect that women's preferences have a different role to play in both countries.

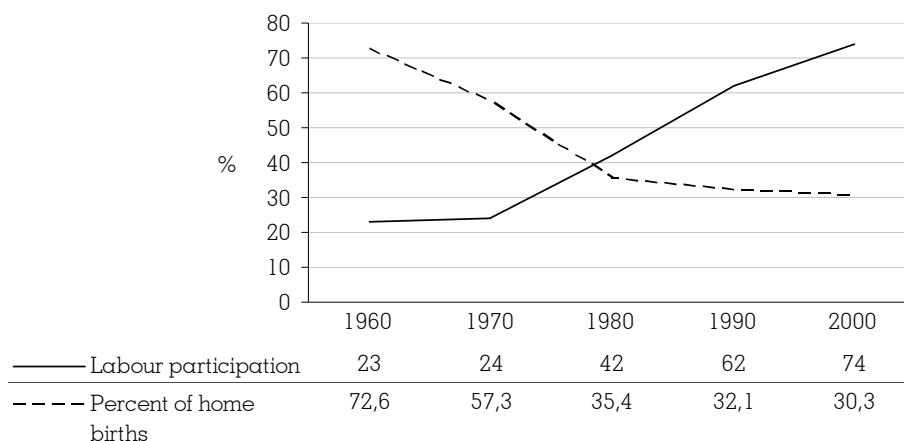
A framework which is sometimes suggested to explain the low medical consumption in the Netherlands is the protestant ethic (e.g. DeVries 2004 p 159), and its thriftiness (*zuinigheid*) ideal. However, Figure 11.1 shows other protestant countries, such as the US, having high epidural rates. Religion is a meaning system often associated with attitudes toward pain (Turner 1996; Juarex 1997). Although Belgium and the Netherlands have a different religious background with respectively Catholicism and Protestantism, we do not believe this explains different attitudes toward labour pain. Both religions are characterised by a certain degree of asceticism. For Catholics this is *otherworldly asceticism*, involving norms and values motivating followers to fight against temptations (cfr. the original sin), while Protestants encompass *innerworldly asceticism*. The latter motivates its members to work within the world to find salvation, because worldly prosperity is seen as a sign of eternal life (Weber 1963 in Ritzer 1996). In line with discourses of martyrdom, pain is perceived as a test of faith and results in catharsis. To endure the suffering, is to be purified (Howard 2003). In both ideologies complaining is improper and being frightened of pain is disapproved. The protestant ethic as well as the Catholic ideology may motivate women for trying to avoid being a nuisance.

Another suggestion would be a differing impact of feminist ideas in the aftermath of the twilight sleep movement. Women, under feminist impulse, have been striving for control over childbirth across history, always against the medical establishment, be it in favour of twilight sleep in the early twentieth century or against too much medical interventions today. At each point in history the control of women over childbirth was essential. The twilight movement added to the change in childbirth from a natural process to an illness needing medical assistance and hospitalisation. The struggle of

women (feminists) to popularize twilight sleep, was at the same time one of the stimuli to move birth from home to the hospital setting (Pitcock & Clark 1992). Ironically, today, the same feminist ideas question the medical control, which the twilight movement fought for, and favour natural childbirth, empowering women. This suggests that it is not about medical control, but about the right to decide, which is a feminist theme. This conclusion is in accordance with midwifery literature (VandeVusse 1999; Carlton et al. 2005) emphasising the importance of women's decision-making during childbirth. At the same time physicians have difficulty accepting lay people determining therapeutic methods (Leavitt 1980). The professional autonomy is endangered under pressure of medical consumerism. Physicians and midwives experience a tension between respect for consumers' choice and their own judgement and professional autonomy. The debate about Caesarean sections on demand is one illustration of this tension (Jain 2004; Kmietowicz 2004; Lavender et al. 2006; e.g. Habiba et al. 2006). The struggle for power between physician and patient is clearly not a new phenomenon. However, it is unclear which role this logic plays in the organisation of the Belgian and Dutch maternity care system.

Apart from specific ideologies, religious or feminist, the position of women in society might influence women's birth preferences. DeVries (2004 p 218-219) shows that the general decline in home births correlates with an increasing female labour force participation in the Netherlands (Figure 11.3).

Figure 11.3: Labour force participation and percentage of births at home, the Netherlands, 1960-2000



Reproduced with permission. SOURCE: DeVries, R. (2004) *A Pleasing Birth. Midwives and Maternity Care in the Netherlands*, Philadelphia: Temple University Press, p. 219.

Working women adjust decisions about maternity care to the conditions of their daily life. They are inclined to prefer hospital births because of its convenience, relieving them from work and household chores (DeVries 2004). Working women are also likely to postpone childbirth, which leads to older mothers, hence more complicated deliveries, which also makes hospital births more likely (DeVries 2004). Likewise, numerous publications (Ahn & Mira 2002; Van Bavel 2004; e.g. Adsera 2004; Engelhardt & Prskawetz 2004; Da Rocha & Fuster 2006) studied the association between female employment and fertility rates. Irrespective of feminist discourses, the position of women in society might play an explanatory role regarding women's birth preferences, e.g. place of birth and pain attitudes, hence pain relief. Women's position is shaped by ideas about gender equality, the mother role, and female labour participation. The number of hospital births increased since policlinical births were integrated in the Dutch policy in 1965 (Wiegers et al. 1998a). The increase may be an indicator of the quest of Dutch women for a convenient birth. Labour participation might be a condition which welcomes medical assistance as a coping or social support resource in the stress process (Pearlin 1989) of childbirth.

We know that female labour participation was low in several European countries from 1940 until 1960. From the nineteen seventies onwards, however, it started to increase rapidly (Pott-Buter 1993 in Van Bavel 2004). With a delay of ten years, from the nineteen eighties onwards medical intervention rates started to grow (Wiegers et al. 1998a; Anderson 2004), with an acceleration in the nineteen nineties. For example, in Flanders the use of epidurals for vaginal deliveries doubled between the year 1991 (30.8%) and 2000 (60%) (SPE 2000). After the year 2000 the increase slowed down.

In the Netherlands, female labour participation was low until deep in the twentieth century (Van Bavel 2004). Female labour participation nowadays is higher in the Netherlands than in Belgium. Table 11.1 shows that the female part of the active population is 44% in the Netherlands and 43% in Belgium. However, part-time work is more popular in the Netherlands than in Belgium (60 versus 34%). Authors (Plantenga 1996; Hakim 1999; Visser 2002) have drawn attention to the Netherlands as a part-time work state. The high Dutch female labour participation is misleading, since the proportion of women engaged in part-time work is also high. Thus, in the Netherlands the conflict between work and caring tasks is resolved by the one-and-a-half earner model. By consequence we hypothesise that the maternity care model, and

thus the medicalisation of childbirth is associated with the degree of female full time employment.

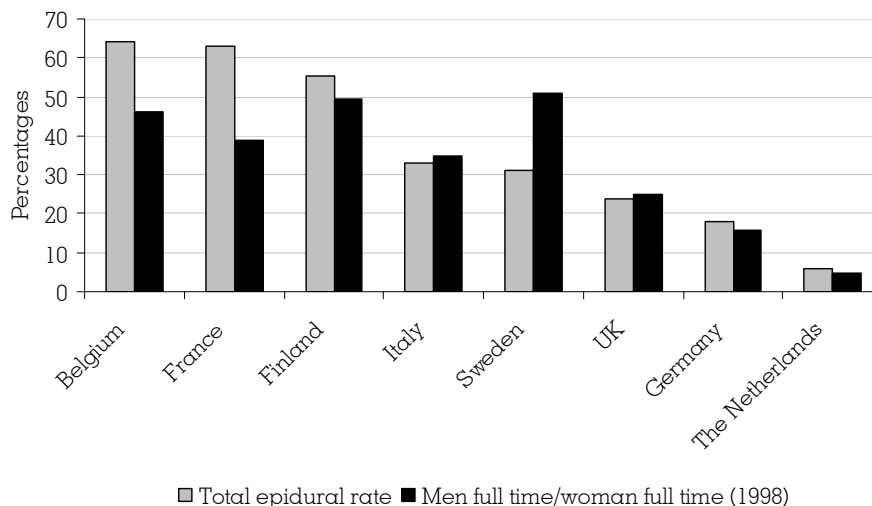
Table 11.1: Labour participation in Belgium and the Netherlands

	THE NETHERLANDS		BELGIUM	
	Men	Women	Men	Women
% employed (2005) ¹	77,37	64,76	67,72	54,12
% female labour participation ²	/	44	/	43
% part-time employed (2004) ²	15	60	6	34

¹ BRON : OECD Statistical profile of Belgium/the Netherlands 2006
stats.oecd.org/wbos/viewhtml.aspx?queryname=309&querytype=view&lang=en
stats.oecd.org/wbos/viewhtml.aspx?queryname=325&querytype=view&lang=en
² BRON: United Nations statistics division
unstats.un.org/unsd/demographic/products/indwm/statistics.htm#Work

In most European countries, the rise in female full-time employment started in the early eighties (Van Bavel 2004). At that time, the hospitalisation of childbirth in Belgium already reached its contemporary high level. However, obstetric interventions rose especially from the eighties on (Anderson 2004). We expect to find that women working full-time and thus at risk for work-family conflict, will tend to choose a convenient birth, which includes pain relief. Cross-national comparison limited to Belgium and the Netherlands is insufficient to illustrate this association. Therefore, we extended the scope to a convenient sample¹ of eight European countries.

Figure 11.4: Total epidural rates and proportion dual earner families



¹ National statistics about the use of obstetric analgesia is difficult to find. A lot of countries rely on samples to estimate this use. This sample is restricted to the countries

Figure 11.4 shows that the epidural rates and the proportion of dual earner families in several countries correspond except for Sweden. The epidural statistics of most countries date from 2002 to 2005, except for the UK and Germany with figures from 1996. The proportion of dual earner families is based on OECD-data (OECD 2001) from 1998 (Jaumotte 2003). We expect that the proportion of dual earner families has been rising since 1998, which means that (except for the UK and Germany) the proportion of dual earner families should be higher than the bars presented in Figure 11.4.

In sum, Belgium and the Netherlands are characterised by different maternity care systems, which – we believe – are an answer to differing cultural background, economic and demographic living conditions of women and their partners. Knowing the national cultural and structural differences between Belgium and the Netherlands, we expect that Belgian and Dutch women will diverge regarding pain expectations and attitudes, pain management strategies and labour pain experiences. This will be explored in the following two empirical analyses.

11.7. Discussion

International comparison of epidural rates shows a variation in responses to labour pain. We tried to identify structural and cultural factors explaining the variation in the use of pain relief during labour in Belgium and the Netherlands. We proposed a framework heavily inspired by the behavioural model of Andersen (1995). The main determinants are women's preferences and organisational resources, both heavily influenced by the prevailing maternity care model. Because of organisational barriers, we expect women's preferences to be less influential in the Netherlands, compared to Belgium where epidural analgesia is available on a 24 hours basis.

We theorised that women's preferences converge with the model of maternity care they rely on. The response to pain depends on the specific social situation, and how it is defined. The definition of childbirth as a social situation differs between the medical and the social model. The social model is the guiding logic for home deliveries, while the medical model is the dominant discourse in hospitals. Accordingly, the social model is more accepted in the Netherlands, while the medical model is the dominant framework in Belgium.

for which information was readily available. Research is necessary to systematically gain this type of information.

By consequence, definitions of the situation, hence responses to labour pain, vary according to country and place of birth. Other childbirth characteristics, such as the type of birth attendants and beliefs, are highly correlated with place of birth and the national maternity care system. According to the social model, childbirth is defined as a normal physiological process of which pain is an inherent part. In contrast to the medical model, pain is characterised as functional. Labour pain is not only expected, as in the medical model, but it is also accepted as a necessary aspect, functional to a good labour and birth. According to Zborowski (1969) *"the displeasure of pain is tolerated when cultural tradition calls for its acceptance; thus the original cognitive response to the sensory phenomenon is modified by the cultural meaning attributed to it"* (p. 28). By consequence, the low use of labour pain relief as a pain response, could be explained by the cultural tradition of the social model in the Netherlands. However, observations such as rising numbers of hospital births and increasing demand for pain relief, are indication for changing pain responses. Does this mean that the social model is loosing ground? In our view, models of maternity care, social and medical, as systems of beliefs and attitudes toward childbirth, flourish under certain conditions. Once these conditions change, the model is rendered inadequate. In other words, the declining willingness to accept and tolerate labour pain might be an expression of a waning social model in reaction to changing life conditions of Dutch couples, more specifically increasing female (part-time) labour participation. The influence of female employment and more specifically the difficulties women encounter in combining work and family life, on the birth preferences of women (e.g. place of birth, pain relief) can be mediated by the maternity care system. The care system can provide means to moderate the conflict between the mothering role and work (job and household shores), such as maternity leave, work flexibility and maternity home care assistants. Possibly, the social model is no longer adapted to the changing familial and economic realities of the average Dutch couple. A recent Dutch study (van der Hulst et al. 2007) suggested that there is a tension between the non-interventionist ideology of Dutch midwives and women's choice, resulting in more medicalisation of childbirth. Further research is needed to assess whether Dutch and Belgian women get the care they want, or more specifically whether the low Dutch use of pain relief is in accordance with women's wants. If childbirth practices diverge from women's preferences, satisfaction with childbirth might decline. Further research should explore whether different pain expectations lead to other pain management strategies in Belgium and the Netherlands. Does the low use of pain relief during labour mean that Dutch

women are more tolerant toward labour pain? Do the Dutch cultural beliefs normalise experiences of pain which for others seem problematic (Bendelow & Williams 1995)? An alternative explanation to the stoicism hypothesis would be that need related nor predisposing factors, but beliefs and organisational structures determine the lower use of epidural analgesia. Examples could be the availability of anaesthetists or place of birth. Other authors already showed that beliefs are more predictive of pain management strategies than situational factors, such as physical need (Copstick et al. 1986; Marmor & Krol 2002; Heinze & Sleight 2003).

Childbirth is not only a crucial moment in the lives women and men, but also in the organisation of work and family life. Time spent at caring tasks competes with time spent at other activities, such as work and household chores. Hence, choices related to care are associated with work- and family conditions (Bettio & Plantenga 2004). Many comparative studies on welfare states have focussed on the relationship between the state, work and the family. More specifically, work-family conflict is booming in the actual international literature (Maume 2006; Lewis et al. 2007; Fleetwood 2007; e.g. Collins 2007; Ellwart 2007; Gilbert 2007; Riba et al. 2007). Until now, women are most of the time studied as mothers or informal care providers (e.g. Leitner 2003). We want to shift the focus towards women or mothers as care receivers, especially in the ante- and postnatal period. Most care for women is needed when they become mothers. Cross-national comparisons enable us to understand the organisation of maternity care as an answer to specific national work-family constellations. Women's birth choices are function of the organisation of maternity care and the work-family tension. Care systems adapt to economically and demographically induced needs.

In the following two empirical studies, we assess the role of situational (social support) and cognitive (pain attitudes) factors in the use of pharmacological and non-pharmacological pain relief in Belgium and the Netherlands.

REFERENCES

- europa.obgyn.net/nederland/default.asp?page=/nederland/richtlijnen/vadem
ecum_eng. 4-4-2007.
- Aday, L.A. & Awe, W.C. (1997) Health services utilization models. In D.S. Gochman (Ed.), *Handbook of health behavior research I. Personal and social determinants* (pp. 153-172). New York: Plenum Press.
- Adsera, A. (2004) Changing fertility rates in developed countries. The impact of labor market institutions. *Journal of Population Economics* 17, 17-43.
- Ahn, N. & Mira, P. (2002) A note on the changing relationship between fertility and female employment rates in developed countries. *Journal of Population Economics* 15, 667-682.
- Ajzen, I. (1991) The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes* 50, 179-211.
- Ajzen, I. & Madden, T.J. (1986) Prediction of goal-directed behavior - Attitudes, intentions, and perceived behavioral-control. *Journal of Experimental Social Psychology* 22, 453-474.
- Andersen, R. & Newman, J. (1973) Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Millbank Memorial Fund Quarterly* 51, 95-124.
- Andersen, R.M. (1995) Revisiting the behavioral-model and access to medical-care - Does it matter. *Journal of Health and Social Behavior* 36, 1-10.
- Anderson, G.M. (2004) Making sense of rising caesarean section rates. *British Medical Journal* 329, 696-697.
- Anthony, S., Amelink-verburg, M.P., Jacobusse, G.W., & van der Pal-de Bruin, K.M. (2005) *De thuisbevalling in Nederland 1995-2002. Rapportage over de jaren 2001-2002*. PRN/TNO rapport KvL/JPB 2005.083.
- Bates, M.S. (1987) Ethnicity and pain: a biocultural model. *Social Science & Medicine* 24, 47-50.
- Bendelow, G.A. & Williams, S.J. (1995) Transcending the dualisms - Towards a sociology of pain. *Sociology of Health & Illness* 17, 139-165.
- Bettio, F. & Plantenga, J. (2004) Comparing care regimes in Europe. *Feminist Economics* 10, 85-113.
- Burnstein, R., Buckland, R. & Pickett, J.A. (1999) A survey of epidural analgesia for labour in the United Kingdom. *Anaesthesia* 54, 634-640.
- Carlton, T., Callister, L.C. & Stoneman, E. (2005) Decision making in laboring women - Ethical issues for perinatal nurses. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 19, 145-154.
- Caton, D. (1995) In the present state of our knowledge - Early use of opioids in obstetrics. *Anesthesiology* 82, 779-784.

- Caton, D., Frolich, M.A. & Euliano, T.Y. (2002) Anesthesia for childbirth: controversy and change. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 186, S25-S30.
- Christiaens, W. & Bracke, P. (2007) Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. *Midwifery* doi:10.1016/j.midw.2007.02.001 (in press).
- Collins, G. (2007) Cleaning and the work-life balance. *International Journal of Human Resource Management* 18, 416-429.
- Copstick, S.M., Taylor, K.E., Hayes, R. & Morris, N. (1986) Partner support and the use of coping techniques in labour. *Journal of Psychosomatic Research* 30, 497-483.
- Da Rocha, J.M. & Fuster, L. (2006) Why are fertility rates and female employment ratios positively correlated across OECD countries? *International Economic Review* 47, 1187-1222.
- De Gauquier, K., Remacle, A., & Lucet, C. (2006) *Prenatale zorg in België in 2002*. Brussel: IMA.
- DeVries, R. (2001) Midwifery in the Netherlands: vestige or vanguard? *Medical Anthropology* 20, 277-311.
- DeVries, R. (2004) *A pleasing birth. Midwives and maternity care in the Netherlands*. Philadelphia: Temple University Press.
- Dick-Read, G. (1944) *Childbirth without fear*. New York: Harper.
- Ellwart, T. (2007) Work-life-balance: A psychological perspective. *Zeitschrift fur Personalpsychologie* 6, 43-45.
- Engelhardt, H. & Prskawetz, A. (2004) On the changing correlation between fertility and female employment over space and time. *European Journal of Population-Revue Europeenne de Demographie* 20, 35-62.
- Eurostat (2007) *Europe in figures. Eurostat yearbook 2006-2007*. London: Office for National Statistics.
- Finster, M. & Wood, M. (2005) The Apgar score has survived the test of time. *Anesthesiology* 102, 855-857.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975) *Belief, attitude, intention, and behavior: an introduction to theory and research*. Reading: Addison-Wesley.
- Fleetwood, S. (2007) Why work-life balance now? *International Journal of Human Resource Management* 18, 387-400.
- Gilbert, L.A. (2007) Being together, working apart: dual-career families and the work-life balance. *Journal of Comparative Family Studies* 38, 182-183.
- Gilleir, C. (2007) Thuis bevallen in Vlaanderen: een kwestie van reflexiviteit. *Tijdschrift voor Sociologie* 28, 25-51.
- Gochman, D.S. (1997) Health behavior research. Definitions and diversity. In D.S. Gochman (Ed.), *Handbook of health behavior research I. Personal and social determinants* (pp. 3-20). New York: Plenum Press.

- Goldberg, A.B., Cohen, A. & Lieberman, E. (1999) Nulliparas' preferences for epidural analgesia: Their effects on actual use in labor. *Birth-Issues in Perinatal Care* 26, 139-143.
- Gomar, C. & Fernandez, C. (2000) Epidural analgesia-anaesthesia in obstetrics. *European Journal of Anaesthesiology* 17, 542-558.
- Gooris, F.M.C. & Hingstman, L. (1985) De rol en positie van vroedvrouwen in België en Nederland. *Gezondheid en Samenleving* 6, 276-285.
- Green, J.M., Coupland, V.A. & Kitzinger, J.V. (1990) Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth - A prospective-study of 825 women. *Birth-Issues in Perinatal Care* 17, 15-24.
- Habiba, M., Kaminski, M., Da Fre, M., Marsal, K., Bleker, O., Librero, J. et al. (2006) Caesarean section on request: a comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries. *Bjog-An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 113, 647-656.
- Hakim, C. (1999) Models of the family, women's role and social policy. *European Societies* 1, 33-58.
- Heinze, S.D. & Sleigh, M.J. (2003) Epidural or no epidural anaesthesia: relationships between beliefs about childbirth and pain control choices. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 21, 323-333.
- Horowitz, E.R., Yogev, Y., Ben Haroush, A. & Kaplan, B. (2004) Women's attitude toward analgesia during labor - A comparison between 1995 and 2001. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology* 117, 30-32.
- Howard, S. (2003) Imagining the pain and peril of seventeenth-century childbirth: travail and deliverance in the making of an early modern world. *Social History of Medicine* 16, 367-382.
- Jain, V. (2004) Making sense of rising caesarean section rates - Caesarean section on demand is obstetric dilemma. *British Medical Journal* 329, 1240.
- Jaumotte, F. (2003) *Female labour force participation: past trends and main determinants in OECD countries* OECD.
- Johnson, T.R., Callister, L.C., Freeborn, D.S., Beckstrand, R.L. & Huender, K. (2007) Dutch women's perceptions of childbirth in the Netherlands. *Mcn-the American Journal of Maternal-Child Nursing* 32, 170-177.
- Juarez, G. (1997) Culture and pain. *Quality of Life* 4, 86-69.
- Katz-Rothman (1978) Childbirth as negotiated reality. *Symbolic Interaction* 1, 124-137.
- Klein, M.C., Grzybowski, S., Harris, S., Liston, R., Spence, A., Le, G. et al. (2001) Epidural analgesia use as a marker for physician approach to birth: Implications for maternal and newborn outcomes. *Birth-Issues in Perinatal Care* 28, 243-248.
- Kmietowicz, Z. (2004) NICE advises against caesarean section on demand. *British Medical Journal* 328, 1031.

- Lamaze, F. (1970) *Painless childbirth: psychoprophylactic method*. Chicago: regnery.
- Lane, K. (1995) The medical model of the body as a site of risk: a case study of childbirth. In J. Gabe (Ed.), (pp. 53-72). Oxford: Blackwell Publishers Ltd.
- Lavender, T., Hofmeyr, G.J., Neilson, J.P., Kingdon, C. & Gyte, G.M.L. (2006) Caesarean section for non-medical reasons at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Leavitt, J.W. (1980) Birthing and anesthesia - The debate over twilight sleep. *Signs* 6, 147-164.
- Leitner, S. (2003) Varieties of familialism - The caring function of the family in comparative perspective. *European Societies* 5, 353-375.
- Lewis, S., Gambles, R. & Rapoport, R. (2007) The constraints of a 'work-life balance' approach: an international perspective. *International Journal of Human Resource Management* 18, 360-373.
- Lowe, N.K. (2002) The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 186, S16-S24.
- Lyon, D.S., Mokhtarian, P.L. & Reeve, M.M. (1999) Predicting style-of-care preferences of obstetric patients - Medical vs. midwifery model. *Journal of Reproductive Medicine* 44, 101-106.
- Maddux, J.E. & DuCharme, K.A. (1997) Behavioral intentions in theories of health behavior. In D.S. Gochman (Ed.), *Handbook of health behavior research* (pp. 133-151). New York: Plenum Press.
- Marmor, T.R. & Krol, D.M. (2002) Labor pain management in the United States: Understanding patterns and the issue of choice. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 186, S173-S180.
- Martin, J.A. & Menacker, F. (2007) Expanded health data from the new birth certificate, 2004. *National Vital Statistics Reports* 55, 1-24.
- Maume, D.J. (2006) Gender differences in restricting work efforts because of family responsibilities. *Journal of marriage and the family* 68, 859-869.
- McCrea H. & Wright, M.E. (1999) Satisfaction in childbirth and perceptions of personal control in pain relief during labour. *Journal of Advanced Nursing* 29, 877-884.
- McKay, S. (1993) Models of midwifery care - Denmark, Sweden, and the Netherlands. *Journal of Nurse-Midwifery* 38, 114-120.
- Miller, L. G. (1979) Pain, parturition, and the profession: twilight sleep in America. In S. Reverby & D. Rosner (Eds.), *Health care in America: essays in social history* (pp. 19-37). Philadelphia: Temple University Press.
- Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie.
www.anesthesiology.nl/p_ruggenprik (11-7-2007) .
- Odent, M. (1984) *Birth reborn*. New York: Pantheon Books.

OECD (2001) *Employment outlook*. Paris: OECD.

OECD (2006) *Health Data 2006: a comparative analysis of 30 countries* (26-6-2006). Paris: OECD.

Palot, M., Leymarie, F., Jolly, D.H., Visseaux, H., Botmans-Daigrement, C. & Mariscal-Causse, A. (2006) Request of epidural analgesia by women and obstetrical teams in four French areas. Part I: request of analgesia. *Annales Francaises D Anesthesie et de Reanimation* 25, 559-568.

Pearlin, L.I. (1989) The sociological-study of stress. *Journal of Health and Social Behavior* 30, 241-256.

Pitcock, C.D. & Clark, R.B. (1992) From Fanny to Fernand - The development of consumerism in pain control during the birth process. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 167, 581-587.

Plantenga, J. (1996) For women only? The rise of part-time work in the Netherlands. *Social Politics* 3, 57-71.

Plunkett, B.A., Lin, A., Wong, C.A., Grobman, W.A. & Peaceman, A.M. (2003) Management of the second stage of labor in nulliparas with continuous epidural analgesia. *Obstetrics and Gynecology* 102, 109-114.

Pott-Buter, H. A. (1993) *Facts and fairy tales about female labor, family and fertility: a seven country comparison, 1850-1990*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Reuwer, P. J. H. M. & Bruinse, J. W. (2002) *Preventive support of labour, een uitdaging voor verloskundigen, gynaecologen en beleidsmakers*. Alphen aan de Rijn: Van Zuiden Communications BV.

Riba, M.B., Riba, A. & Riba, E. (2007) Life as a balance beam: Practical ideas for balancing work and home. *Academic Psychiatry* 31, 135-137.

Riessman, C.K. (1983) Women and medicalization - A new perspective. *Social Policy* 14, 3-18.

Ritzer, G. (1996) *Classical sociological theory*. (2nd ed.) Singapore: The McGraw-Hill Companies, Inc.

Roberts, J.E. (2002) The "push" for evidence: management of the second stage. *Journal of Midwifery & Womens Health* 47, 2-15.

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, 153-165.

Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE) (2000) *Jaarrapport perinatale activiteiten in Vlaanderen 2000*. Brussel: SPE.

Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE) (2005) *Jaarrapport perinatale activiteiten in Vlaanderen 2005*. Brussel: SPE.

Stichting Perinatale Registratie Nederland (SPRN) (2003) *Perinatale Zorg in Nederland*. Bilthoven: SPRN.

- Stichting Perinatale Registratie Nederland (SPRN) (2005) *Verloskunde in Nederland: grote lijnen 1995-1999*. Bilthoven: SPRN.
- Stamer, U.M., Messerschmidt, A., Wulf, H. & Hoeft, A. (1999) Practice of epidural analgesia for labour pain: a German survey. *European Journal of Anaesthesiology* 16, 308-314.
- Strecher, V.J., Champion, V.L., & Rosenstock, I.M. (1997) The health belief model and health behavior. In D.S. Gochman (Ed.), *Handbook of health behavior research I. Personal and social determinants* (pp. 71-91). New York: Plenum Press.
- Turner, B. (1996) *The body and society. Explorations in social theory*. (2 ed.) London: Sage.
- Van Bavel, J. (2004) Beroepsarbeid van vrouwen en de daling van de vruchtbaarheid in het Westen, 1850-2000. Is er een oorzakelijk verband? *Bevolking en Gezin* 33, 61-90.
- Van den Bussche, E., Crombez, G., Eccleston, C. & Sullivan, M.J.L. (2007) Why women prefer epidural analgesia during childbirth: the role of beliefs about epidural analgesia and pain catastrophizing. *European Journal of Pain* 11, 275-282.
- van der Hulst, L.A.M. (1999) Dutch midwives: relational care and birth location. *Health & Social Care in the Community* 7, 242-247.
- van der Hulst, L.A.M., van Teijlingen, E., Bonsel, G.J., Eskes, M., Birnie, E., & Bleker, O. Dutch women's decision-making in pregnancy and labour as seen through the eyes of their midwives. *Midwifery* (in press).
- van Teijlingen, E. (1994) *A social or medical model of childbirth? Comparing the arguments in Grampian (Scotland) and the Netherlands*. University of Aberdeen.
- van Teijlingen, E. (1999) Maternity home care assistants in the Netherlands. In E. van Teijlingen, G.W. Lewis, P.G. McCaffery, & M. Porter (Eds.), *Midwifery and the medicalization of childbirth: comparative perspectives* (pp. 163-172). Huntington, New York: Nova Science Publishers, Inc.
- van Teijlingen, E. (2005) A critical analysis of the medical model as used in the study of pregnancy and childbirth. *Sociological Research Online* 10, www.socresonline.org.uk/10-2/teijlingen.html.
- VandeVusse, L. (1999) Decision making in analyses of women's birth stories. *Birth-Issues in Perinatal Care* 26, 43-50.
- Vilain, A., de Peretti, C., Herbet, J., & Blondel, B. (2005). *La situation périnatale en France en 2003* (Rep. No. 383). Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques.
- Visser, J. (2002) The first part-time economy in the world: a model to be followed? *Journal of European Social Policy* 12, 23-42.
- Wiegers, T.A., van der Zee, J. & Keirse, M.J.N.C. (1998a) Maternity care in the Netherlands: the changing home birth rate. *Birth-Issues in Perinatal Care* 25, 190-197.

Het "bevalt" anders in Vlaanderen en Nederland

Wiegers, T.A., van der Zee, J. & Keirse, M.J.N.C. (1998b) Transfer from home to hospital: what is its effect on the experience of childbirth? *Birth-Issues in Perinatal Care* 25, 19-24.

Wittels, B. (1991) Does epidural-anesthesia affect the course of labor and delivery. *Seminars in Perinatology* 15, 358-367.

Wright, M.E., McCrea, H., Stringer, M. & Murphy-Black, T. (2000) Personal control in pain relief during labour. *Journal of Advanced Nursing* 32, 1168-1177.

Zborowski, M. (1969) *People in pain*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.

Hoofdstuk 12: PAIN ATTITUDES, ANTENATAL SOCIAL SUPPORT AND THE MANAGEMENT OF LABOUR PAIN

PART I: THE USE OF PAIN MEDICATION

Abstract

Objective and background: To gain insight in the influence of non-clinical factors, pain attitudes and social support, on the use of pain medication during labour of Belgian and Dutch women. Belgium and the Netherlands are characterised by different philosophies in maternity care. In addition, the Netherlands stand out in the low use of pain relief during labour, while the majority of Belgian women has their labour pain relieved. We expect to find that antenatal social support and the acceptance of labour pain reduce the need for pain medication. In addition, we explore to what extent these factors may explain the higher use of pain medication in Belgium, compared to the Netherlands.

Design: quantitative comparative study using questionnaires to assess expectations about and the experience of childbirth

Setting: maternity clinics in two comparable cities in Belgium and the Netherlands.

Participants: Two questionnaires were filled out by 292 women, one at 30 weeks of pregnancy and one within the first two weeks after childbirth. The women were invited to participate in the study by midwives and obstetricians during prenatal visits in 2004-2005.

Measurements and findings: Pain expectations have been assessed with visual analogue scales, pain acceptance by two statements about labour pain and antenatal social support by a questionnaire of 15 items asking for emotional and instrumental support. In addition the division of household tasks has been assessed.

No differences were found between women with and without pain medication in function of demographic and personal characteristics, in Belgium, nor in the Netherlands. Induction of labour, episiotomy and the length of labour were associated with the use of pain medication. A backward stepwise selection procedure was used to construct a logistic regression model. Four predictors of the use of pain medication resulted from the analysis. Primiparous women were two times more likely to have their labour pain relieved than multiparous women. To labour one hour longer decreased the odds for the use of pain medication with 11 percent. In Belgium women were 3 times more likely to have pain medication, than in the Netherlands. The acceptance of labour pain decreased the likelihood of pain medication, especially in the Netherlands.

Key conclusions: Our findings suggest that the higher use of pain medication in Belgium, could be more the result of the beliefs of childbearing women, than is the case in the Netherlands. However, we should be careful not to overstate our findings and further research is necessary to gain insight in the cross-national differences regarding pain medication.

Key words: labour pain, cross-national, Belgium, the Netherlands

12.1. Introduction

Although Belgium and the Netherlands are neighbouring countries sharing the same language, political system, and geography, they are characterised by different philosophies in maternity care. In Belgium the medical risks of childbirth are emphasised and neutralised by a strong belief in the merits of the medical model (Christiaens & Bracke 2007; Gilleir 2007). In the Netherlands childbirth is defined as a normal physiological process and family event (DeVries 2004), embracing the social or midwifery model of care. This different approach to childbirth is reflected in the organisation and utilisation of maternity care facilities. By directing women expecting a normal birth into primary care, home births are encouraged (DeVries 2001), resulting in a 30 percent home birth rate. The option of a policlinical birth, or a “home birth away from home” provides women with the possibility to have a midwife-led hospital birth with a short stay after the baby is born (Wiegers et al. 1998a). In case of difficulties during pregnancy or labour, women are referred to specialist care (Wiegers et al. 1998b). The relatively high proportion of home births and the emphasis on normality result in low rates of obstetric interventions (van der Hulst et al. 2007). In contrast, in Belgium more than 98 percent of the childbearing women prefer to have their babies in hospital, seeking reassurance in the closeness of obstetric technology. Not surprisingly, Belgium is characterised by higher obstetric intervention rates compared to the Netherlands. For example in 2003 the Belgian induction rate was 30 percent and the percentage of planned caesarean section was 10.7 (SPE 2005), versus respectively 28.8 and 6.7 percent in the Netherlands (SPRN 2005). The divergence is especially large regarding the use of pain medication during labour. The Dutch organisation for perinatal epidemiology (SPRN) reports that the Netherlands stand out in the low use of pain relief during labour. In 2003, 5.4 percent of all Dutch deliveries, except primary C-sections, an epidural has been administered (SPRN 2003). In Belgium the use of pain medication doubled since 1991, with 32 percent to 65 percent in 2005 (SPE 2005).

Empirical studies have identified several factors associated with the experience of childbirth, including demographic and personality characteristics (Waldenstrom 1999), the amount of social support and type of support provider (Collins et al. 1993b; Tarkka & Paunonen 1996; Langer et al. 1998; Rini et al. 2006), beliefs about what childbirth should be like (Cunningham 1993; Howell-White 1997), the desire for control (Humenick 1981;

Poore & Foster 1985), and the perceived and actual medical risk involved (Mcclain 1983). Mostly the use of labour analgesia is researched as an independent variable, assessing its effects on maternal health and wellbeing. Few studies investigated the reasons for pain relief during labour. Demographic and personality characteristics of the mother (Waldenstrom 1999), clinical, structural and organisational factors (Palot et al. 1998; Gomar & Fernandez 2000; Palot et al. 2006b), patient and caregiver preferences (Hueston et al. 1994; Goldberg et al. 1999; Palot et al. 2006a), beliefs about childbirth and labour pain (Poore & Foster 1985; Heinze & Sleigh 2003; Van den Bussche et al. 2007) and perceived and preferred control over the childbirth situation (Poore & Foster 1985) have been shown to influence the use of pain relief.

This range of determinants is covered by the distinction between the practice and ideology of care, corresponding the classification scheme of van Teijlingen (2005). Practice refers to the way health professionals manage care within settings, such as the hospital or the home. It is situation specific and strongly influenced by structural factors, such as organisational characteristics (e.g. the availability of epidural analgesia). Ideology is a system of values and attitudes, characteristic of the way childbirth is perceived or defined. Beliefs, expectations and preferences about childbirth are referred to, which are cultural components. In this paper we aim at entangling the relative impact of care practice and ideology. Some authors, such as Heinze and Sleigh (2003) concluded that antenatal beliefs are more important in birth choices than situational factors, such as pain intensity. Others, emphasise the decisive influence of care practice. For example Gomar and Fernandez (2000) found that structural and organisational factors are the best predictors of variation in the use of epidural analgesia.

We address the influence of social support and pain attitudes, controlled for need factors, such as length of labour. The analysis is executed in settings where pain medication is used abundantly (Belgian hospitals) versus settings with limited use (Dutch hospitals), to assess the impact of the social organisation of care. We expect to find a greater influence of ideology, i.e. beliefs about childbirth, in the setting with the least structural constraints and the most personal control in pain relief (Belgium), while the other way round in opposite settings (the Netherlands).

12.2. Beliefs about labour pain as part of the ideology of maternity care

Pain attitudes are little researched. Since the gate control theory of Melzack and Wall (1996) psychosocial influences on pain perception are acknowledged. The theory proposes a gate-keeping system: physical, emotional and cognitive conditions can amplify or diminish the experience of pain. Hence, pain is influenced by the social context (Turk & Melzack 2001). However sociological theory of pain is little developed and existing research focuses on pain responses and the way they are socially patterned. At this time pain research is almost exclusively done in the field of psychology and medicine. Still, pain is an interesting phenomenon for social scientists. It is – as is childbirth – a physiological process with sensory and cognitive-motivational and emotional components (Weisenberg 1977).

In pain intensity two concepts should be distinguished: threshold and tolerance. The threshold is the point at which a stimulus is perceived as painful and the tolerance is the point at which an individual evaluates the pain as no longer acceptable. While the threshold is mainly physiological determined, the tolerance has been associated with variables such as attitudes and motivation (Weisenberg 1977). Weisenberg shows that tolerating more pain can lead to less use of pain medications, through socialisation processes: *"Since pain is a private ambiguous situation, comparison with others helps to determine what reactions are appropriate"* (Weisenberg 1977 p 1025). Thus, reactions to pain are learned and the meaning of pain is shaped by social and cultural factors (Weisenberg 1977). By consequence it is possible that the sensation of labour pain is tolerated by one cultural group and not by another. Earlier Zborowski (1952) similarly stated that a society's cultural expectations and the degree to which pain is accepted as a normal part of life will influence the way pain is managed.

The use of pain medication is here researched as a reflection of the diverging Belgian and Dutch childbirth philosophy and organisation of maternity care. Some authors found indications of a specific pain culture in the Netherlands. Dutch women showed a greater acceptance of labour pain, compared to Americans in the study of Senden (1988). Jordan (1978) concluded from a comparison between childbearing women in Yucatan, Sweden, the Netherlands and the United States that the majority of Dutch women do not expect, nor get pain medication during labour, while the use of analgesics is

common in American obstetric practice. She asserts that the acceptance of pain is culturally learned and transmitted. In addition, Morse and Park (1988) found that *"the two groups that rated childbirth pain highest do not consider childbirth to be a natural event"* (p 128). Also DeVries (2004) mentions the distinctive Dutch ideas about pain and discomfort, which are reflected in a low medical consumption. By consequence, we tend to conclude that Belgian and Dutch women are socialised in different pain cultures, as part of the dominant models of maternity care. Pain is highlighted in the medical model of maternity care, while discounted in the midwifery model. However, the Dutch meaning system regarding pain might be changing. There is a growing movement demanding easier access to epidurals, which may indicate that the acceptance of (labour) pain is questioned (DeVries et al. 2001). Moreover, increasing popularity of epidural analgesia has the potential to reduce home births (Smeenk & ten Have 2003). Also van der Hulst (2007) speaks of *"a tension between Dutch midwives own professional ideology and their non-interventionist focus and women's choice, which leads to an increase in medicalisation of childbirth"* (p. 7). These careful conclusions might be an early sign of converging Dutch and Belgian systems of maternity care.

Pain expectancy and pain acceptance are two attitudes towards pain described by Zborowski (1952). Pain expectancy is defined as the *"anticipation of pain as being unavoidable in a given situation"*, while pain acceptance is *"a willingness to experience pain"* (Zborowski 1952 p 18). These attitudes vary across cultures and countries. Based on (1) the inverse association between pain acceptance and the use of pain relief and (2) the high consumption of epidural analgesia in Belgium versus the low use of pain relief in the Netherlands, we expect that labour pain is more acceptable to Dutch, than to Belgian women. We believe pain attitudes will be associated with the use of pain medication during labour.

Hypothesis 1: labour pain is more accepted by Dutch, compared to Belgian women.

Hypothesis 2: women who accept labour pain, will be less likely to use pain medication.

Differing pain attitudes are not sufficient to explain inter- and intra country variation in the use of pain relief. By consequence the reaction to pain is not only a matter of social or cultural factors. Additional factors are physiological

characteristics, such as pain intensity and duration, psychological factors, such as the personality of the individual (Zborowski 1952), and situation specific factors, such as the type of care and the social support.

12.3. Social support as part of the practice of maternity care

Many studies (Ell 1984; Callaghan & Morrissey 1993; Uchino et al. 1996) have assessed and confirmed the positive influence of social support on health outcomes in general. Also in the childbirth literature the beneficial effects of social support are widely acknowledged (Collins et al. 1993a; Hoffman & Hatch 1996; Tarkka & Paunonen 1996; Kearns et al. 1997; Wan Yim Ip 2000; Hung & Chung 2001; Orr 2004; Rini et al. 2006). Social support reduces the duration of labour (Langer et al. 1998), the likelihood of obstetric interventions (Hodnett et al. 2007), labour difficulties (Collins et al. 1993a) and pain (Scott et al. 1999b), and enhances breast-feeding (Hofmeyr et al. 1991), birth weight (Collins et al. 1993a) and maternal satisfaction (Hodnett et al. 2007).

Social support has been defined by Kaplan et al. (1977) as “*the degree to which a person’s basic social needs are gratified through interaction with others*” (Thoits 1982 p. 147). Social needs can be fulfilled by socio-emotional (e.g. affection, sympathy, understanding from significant others) or instrumental aid (e.g. advice, information, financial aid) (Thoits 1982). The positive influence of social support during labour on birth outcomes and the post partum period is a key philosophy behind antenatal classes (Timm 1979), active management of labour (Thornton & Lilford 1994; Arulkumaran & Symonds 1999) and continuous labour support as methods of non-pharmacologic pain relief (Simkin 1995). This means that labour support is believed to soften the pain experience, making the use of analgesia less likely. Nevertheless Copstick et al. (1986) did not find an association between support of the partner and the use of pain relief. Simkin and O’Hara conclude from a meta-analysis that support during labour results in either a reduction of or the same number of requests for pain relief.

Most studies examining the impact of social support during pregnancy or labour concentrate on obstetric outcomes, but labour pain and the use of pain relief are seldom the focus of the study. A Cochrane review (Hodnett et al. 2007) about the influence of continuous support during labour included 12 articles reporting on the use of analgesia during labour. All were intervention studies with randomized clinical trials. Overall women who had one-to-one

continuous support during labour, were less likely to have analgesia. A meta-analysis by Scott et al. (1999a) comparing continuous and intermittent support during labour, showed a 36% reduction in the need for analgesia in the continuous support group. Thus far, no observational studies were done. The distinction between intervention and observational studies (Orr 2004) marks two streams of relevant research. Intervention studies compare experimental groups enjoying enhanced support during pregnancy or birth (intervention) with control groups, lacking such intervention. The support is most of the time provided by trained health caregivers and is directly related to pregnancy or labour. Often, specific vulnerable or deprived groups are chosen (e.g. teenagers, low income groups, ethnic minorities). Most intervention studies have a bio-medical focus. Social scientists are more acquainted with observational epidemiologic research. To test hypotheses regarding social support and pregnancy outcomes in samples or populations, questionnaires, interviews and medical records are used. Several scaling techniques allow for the construction of continuous support variables, while intervention studies are limited to a dichotomous absence or presence of additional support. In most observational studies, social support from the natural support system (e.g. partner, family, friends) of the childbearing woman is assessed. By consequence it concerns antenatal social support resources, not perinatal support and different types (emotional, instrumental) of support and support givers (e.g. partner, family, health professionals) are distinguished. Question is, whether the results of randomised control trials can be reproduced by observational studies in the general population. Possibly effects will be limited to extreme situations, e.g. when complete absence of support is compared to intensive support provision.

The research about the relationship between social support and the relief of labour pain is mainly restricted to support during labour. The social context or the support from the broader social network of childbearing women is not taken into account, except by authors such as Martin (2001), Rothman (1978) and Davis-Floyd (2001), who studied the social context of childbirth from a macro-level perspective, focussing on capitalism, patriarchy and the technocratic society. However, researching the immediate social context gives insight in the resources women rely on to make childbirth choices. Social resources range from material, financial over available social and medical services to informal social support from family, friends and the partner. If social support reduces the need for pain relief, this suggests that social support and medical assistance can be viewed as alternative and functionally

equivalent resources; one resource fills the gap when the other is absent. If not, both types of support are used at the same time, which suggests that they do not replace but supplement each other.

In an attempt to explain the favourable attitude of many women toward medical intervention, Fox and Worts (1999) find in a qualitative study that social relationships characteristic of the immediate social context, shape the experience of childbirth. More specifically the amount of support a woman receives and can count on receiving, influences the decisions she makes during labour and delivery. Fox and Worts (1999) suggest that medical assistance emphasises the mothers' long-term private responsibility for the new born. To feel supported, means to share responsibility. In other words, to support a childbearing woman, is to let her know she does not stand alone in the birth of and care for her child. The involvement and support of the partner of course, play a major role. Fox and Worts find that women who feel supported by their partner, but also by other significant others, need less medical assistance, hence pain relief, during labour and birth. In contrast, if women can not count on the help of others, they rely on medical means to avoid an exhausting experience and to be in relatively good shape to take care of the baby (Fox & Worts 1999). Moreover by relying on medical care, hence taking on the patient role, women maximise the likelihood of post partum support (Fox & Worts 1999). Thus, Fox and Worts subscribe the replacement hypothesis, in which social and medical support are viewed as alternatives serving the same purpose: optimising the birth process.

Hypothesis 3: women experiencing social support during pregnancy, will make less use of pain medication.

The logic of Fox and Worts implies that other factors than situational factors, such as the physical or medical need for pain medication, shape women's birth choices, hence experience. Heinze and Sleigh (2003) found evidence to support this statement in a replication of the study of Poore and Foster (1985). No association was found between epidural use and ratings of pain, complications during pregnancy or the presence of intrapartum support. However women who used pain medications were more likely to feel fearful of the birth process, show passive compliance and an increased dependence on powerful others. These results confirm the conclusions of earlier studies (Poore & Foster 1985; e.g. Copstick et al. 1986). Therefore Heinze and Sleigh (2003) conclude that women's birth choices, including pain management, are more related to their beliefs than their concrete physical situation during birth. The

finding of Goldberg (1999) that women's antenatal intention to use epidural analgesia is highly predictive of the likelihood of receiving it, parallels this conclusion.

12.4. Pain attitudes and social support in cross-national perspective

Previous research assumes women have a free choice and can actively participate in decision-making. Comparing Belgium and the Netherlands however, previous analyses showed that Dutch women have far less control in pain relief than Belgian women (see chapter 10). We expect situational factors to be of more importance, and personal preference and attitudes to be of less importance, in the context of constrained choices. As there is no routine availability of epidural analgesia in Dutch maternity clinics, situational variables will be of greater influence than prenatal beliefs. In Belgium, where analgesia is permanently available and supported by a bio-medical ideology, we expect more influence of prenatal beliefs, and less of the characteristics of the concrete situation. However, Belgian women who did not intend to use pain medication, but still use it, will do so in reaction to the concrete childbirth situation. Women who intend to use it, will tend to do so, no matter the demands of the situation. As pain medication is made more available and its use increases, other than situational factors are expected to gain in importance (Hueston et al. 1994).

Hypothesis 4: pain attitudes will exert more influence on the use of pain relief in Belgian hospitals, and less in Dutch hospitals.

12.5. Methods

12.5.1. Selection of method

This study modelled the relationships between satisfaction with childbirth and labour pain, expectations about childbirth, personal control and self-efficacy, using data collected from a self-reported survey. To contact as many women as possible in a short period of time, a survey by two questionnaires—one at 30 weeks of pregnancy and one within 2 weeks postpartum—was considered to be appropriate. Because of the longitudinal design the same concepts were

measured before and after birth, hence the antenatal and postnatal questionnaires were similar. From the time the invitation to participate was issued, to the completion of the last questionnaire, five to eight months passed. Since the data collection was not simultaneously organised in each hospital/midwifery practice, one year—from September 2004 to September 2005—was necessary to gather the data.

12.5.2. Settings and sample size

Two different health care contexts are compared, namely Belgium and the Netherlands. The Netherlands are well-known as an important exception to the worldwide trend of institutionalisation and medicalisation of childbirth (Torres & Reich 1989). No other region resembles the Dutch society more closely than Belgium does. Still, Belgian maternity care is strikingly different. The study concerns two comparable cities in the Belgian and Dutch regions, respectively Ghent and Tilburg. To enhance the readability of the paper we will refer to Belgium and the Netherlands, and the Belgian and the Dutch. Both hospital and home births are included in the data collection, but the analyses regarding the focus of this article are limited to a subsample. Only spontaneous vaginal deliveries in hospital settings were included, because pharmacological pain relief is not available at home. We excluded women with obstetric interventions, such as caesarean section or forceps delivery, because we are interested in other reasons to use pain medication than method of delivery.

Since the population of pregnant women is unknown, we had to rely on a convenience sample. In Ghent there are four hospitals of which three agreed to participate. We have no reasons to believe that the population of the missing hospital differs from the population in the participating hospitals. In Tilburg both hospitals agreed to cooperate. At each hospital pain relief, more specifically epidural analgesia, was available on a 24h basis.

The aim of the wider study was to compare the four kinds of birth settings determined by country (Belgium versus the Netherlands) and place of birth (home versus hospital births). Sample size calculations based on a 0.95 confidence interval suggested we needed 600 study participants for a reliable statistical analysis. At 30 weeks of pregnancy, 827 women filled out the antenatal questionnaire; 605 of those women also participated in the study in the first 2 weeks after delivery and completed a second questionnaire.

12.5.3. Recruitment and data collection

During prenatal visits, women were asked by their midwife or obstetrician to participate in the research project. Inclusion criteria were wide: both Belgian and Dutch women had to speak and understand Dutch, and had to be 18 years or older. The antenatal questionnaire was handed out during an antenatal visit at 30 weeks of pregnancy together with a prepaid envelope and an information sheet. It was returned to the obstetrician or midwife during one of the following antenatal visits. Within a few days after delivery, women received the postnatal questionnaire from the medical staff in case of a hospital birth, or from the midwife in case of a home birth. Women who delivered in a hospital completed the postnatal questionnaire during their postpartum stay on the maternity ward. Women with a short stay or home birth, however, responded by direct mail instead. Ante- and postnatal questionnaires were given a code, to facilitate the merging of the ante- and postnatal information belonging to the same respondent.

Women were recruited during prenatal visits to their obstetricians and midwives. Therefore, we had little control over the inclusion process and, consequentially, the response rate. Although we asked that women who refused to participate be registered, this was not systematically done in every hospital. As a result, we do not know the exact number of women invited to participate in this study. To calculate the response rate we used the number of provided questionnaires, which is based on an estimate of eligible women made by midwives and obstetricians acting as proxy. The response rate is calculated by dividing the number of respondents by the number of provided questionnaires. This calculation results in an average of 43% ($n = 238$) for all Belgian hospitals, 41% ($n = 137$) for Belgian midwifery practices, 42% ($n = 208$) for Dutch hospitals, and 54% ($n = 244$) for Dutch midwifery practices. The smallest response rate for the hospitals was 19%, the highest 68%. For the midwifery practices the response rate was 38% and 100% respectively.

12.5.4. Ethical considerations

A written informed consent was asked of all respondents. Anonymity has been guaranteed, since the researchers have no information about the identity of the respondent. The Committee for Ethics of the University Hospital has approved the study. Ethical approval was gained in Ghent only. In the Netherlands, approval from a research Ethics committee is not required if no

interventions take place during the research. It has been explained to potential participants that they were free to participate and that their privacy was guaranteed.

12.5.5. Measurement

12.5.5a Dependent variable

Use of pain medication was the dichotomous dependent variable on which the logistic regression was performed. It was assessed by asking our respondents the following question: "Did you use pain medication during labour?" (no = 0; yes = 1). In 90 percent of the cases the pain medication used was epidural analgesia. In the antenatal questionnaire, the question "*Do you intend to use pain medication during labour or delivery*", addressed the intention to use pain medication.

12.5.5b Independent variables

We explored a number of personal characteristics of the childbearing women in our sample: parity (1 = primiparous; 2 = multiparous), age in years, educational level (1 = no higher education; 2 = higher education), marital status (1 = married/cohabiting; 2 = single), attendance of antenatal lessons (1 = no; 2 = yes), fear of labour pain, self-esteem and mastery. Fear of labour pain was measured by a five-point Likert scale from 'no fear at all' to 'a lot of fear'. The variable has been dichotomised by collapsing the first two categories (no or little fear) and the last three categories (moderate to a lot of fear). Self-esteem was measured by the Rosenberg Self-esteem scale consisting of ten items (Ferring & Filipp 1996), which are translated to Dutch. The Personal Mastery scale of Pearlin and Schooler was used to assess mastery or self-efficacy (Pearlin & Schooler 1978). Each of the seven items has five answer options ranging from 'strongly agree' to 'strongly disagree'. The psychometric properties of the Dutch version of this scale have been successfully tested in a study by Kempen (Kempen 1992). The reliability of this scale as measured by Cronbach's alpha was 0.79.

During pregnancy women indicated to which extent they agreed with the following two statements to assess the acceptability of labour pain. 'I desire to deliver without epidural analgesia' and 'Pain is needless' were scored on a

five-point Likert scale ranging between 'strongly agree' and 'strongly disagree'. One scale indicating the acceptance of labour pain was constructed by averaging the scores on both items. Low values represent pain acceptance. The acceptance of labour pain entered the logistic regression analysis as a continuous variable, but was dichotomised (with the mean = 2.27, as cut-off point) to construct descriptive crosstabs (Table 12.3) comparing Belgium (=1) and the Netherlands (=2). The Cronbach's alpha of the acceptance scale was 0.664, which is acceptable for a scale of two items.

Two Visual Analogue Scales (VAS) – one about labour and one about delivery - were used to measure the expectation of labour pain, ranging from no pain at all (0) to unbearable pain (100). Mean scores were calculated to merge both scales into one indicator of the expected pain intensity. The measurement of labour pain by visual analogue scales is common practice in research on childbirth (Ip 2000; Kabeyama K. & Miyoshi M. 2001; Stockman & Altmaier 2001) and has been found to be reliable for estimating pain intensity. In comparison to more complex pain measures, the VAS is preferable (Jenkinson et al. 1995; Scrimshaw & Maher 2001).

Received emotional and instrumental social support was measured by a questionnaire designed by van Sonderen (1993). Cronbach's alpha shows a high reliability ($\alpha_{\text{emotion}} = 0.87$; $\alpha_{\text{instrument}} = 0.72$) comparable to values reported by van Sonderen (1993). In addition we assessed the division of household chores. Ten items were scored on a 6-point scale with the following answer possibilities: 'always me', 'mostly me', 'me and my partner', 'mostly my partner' and 'always my partner'. A sixth option 'none of us' was coded as missing value. Mean scores were calculated. The higher the score, the more time the partner invests in housework. By means of a principal components analysis with promax rotation male and female tasks were identified. Male tasks were 'small jobs around the house', 'car maintenance and repair', 'work in the garden' (Cronbach's $\alpha = 0.54$). Female tasks were 'cleaning the house', 'washing and ironing', 'cooking', 'tidying up and doing the dishes', 'administration', 'shopping', 'transport of family members' (Cronbach's $\alpha = 0.76$).

In addition, a number of characteristics of the birth process were described: method of delivery, induction of labour, episiotomy and length of labour. The method of delivery gives an indication of how the child was born: spontaneously (= 1) or with a medical intervention such as a C-section, a

vacuum extraction or a forceps delivery (= 2). Whether labour had been induced and whether an episiotomy was used, were also questions with dichotomous answer categories (no = 1; yes = 2). We also took the length of labour into account, as is shown that long labours make pain medication more likely. Women with complicated painful labours may be more likely to request pain medication (McGrady & Litchfield 2004). The length of labour is a self-reported indicator. Respondents filled in when labour started and when the baby was born. The duration of labour was calculated in minutes, but recoded in hours.

12.5.6. Logistic regression

In a second step logistic regression analyses were performed. The predictive value of personal characteristics, social support and pain attitudes upon the actual use of pain relief was investigated. Parity, age, educational level, length of labour, expected pain intensity, the acceptance of labour pain, social support, and country were included as independent variables. A backward stepwise selection procedure was used to construct a logistic regression model and to calculate the adjusted odds ratios (OR). Backward elimination starts with a complex model and sequentially removes variables. Often it is safer to delete terms from a complex model than to add terms to a simple one, because forward selection may stop prematurely when a particular test has low power (Agresti 2002 in Van den Bussche et al. 2007). Because of high bivariate correlation between emotional and instrumental support ($r = .637$; $P < .001$) and a relatively small sample size ($N = 292$) the support variables were entered in four separate analyses. However the final models did not differ substantially. Therefore the results of only one final model (emotional support) are presented in Table 12.6.

12.6. Results

12.6.1. Use of pain medication, personal and childbirth characteristics

Among Belgian women, 47.8 percent ($n = 65$) made use of pharmacological pain relief during labour or delivery, compared to 14.5 percent ($n = 22$) of the Dutch respondents. During pregnancy, 30 per cent of the Belgian women were

planning to use pain medication. Eventually, 47.2 percent ($n = 65$) had an epidural. In 86.7 percent of the women, the intention was realised. Only 33.8 percent ($n = 24$) of the women who did not intend to have pain relief, had pain medication administered. There was a strong tendency for Belgian women who intended to have their labour pain relieved, to use pain medication ($\chi^2(1) = 23.58$; $P < .001$). In the Dutch subsample less than one per cent of the respondents intended to use pain medication, but 14.5 percent ($n = 22$) actually used it. Only one Dutch women planned pain medication in advance, which makes it meaningless to describe the association between intention and reality for the Dutch women (no table).

There were no differences between women who used pain medication and the women who did not use it as a function of parity (B: $\chi^2(1) = 2.39$; $P = .122$; NI: $\chi^2(1) = 2.59$; $P = .108$), age (B: $t = .79$; $P = .433$; NI: $t = 1.30$; $P = .195$), marital status (B: $\chi^2(1) = .46$; $P = .499$; NI: $\chi^2(1) = .34$; $P = .558$), and educational level (B: $\chi^2(1) = .00$; $P = .995$; NI: $\chi^2(1) = .03$; $P = .868$). Also no difference in medication use was found between women who attended antenatal lessons, and women who did not (B: $\chi^2 = .15$; $P = .702$; NI: $\chi^2 = .28$; $P = .56$). Equally no differences were detected between women with and without medication, according to fear of labour (B: $\chi^2(4) = 2.75$; $P = .601$; NI: $\chi^2(4) = .62$; $P = .961$), pain expectation (B: $t = .56$; $P = .58$; NI: $t = -.70$; $P = .49$), self-esteem (B: $t = -.65$; $P = .518$; NI: $t = .70$; $P = .492$), or mastery (B: $t = -.56$; $P = .577$; NI: $t = -.81$; $P = .422$). Figures are shown in Table 12.1.

Table 12.1: Personal characteristics and the use of pain medication

		BELGIUM			THE NETHERLANDS			N
		No pain relief	Pain relief		No pain relief	Pain relief		
Primiparous	%	43.7	56.9	$\chi^2 = 2.39$	36.4	54.5	$\chi^2 = 2.59$	287
	n	31	37	$P = .122$	47	12	$P = .108$	
Higher education	%	71.8	71.9	$\chi^2 = .00$	45.7	47.6	$\chi^2 = .03$	283
	n	51	46	$P = .995$	58	10	$P = .868$	
Married/cohabiting	%	98.6	96.9	$\chi^2 = .46$	98.5	100	$\chi^2 = .343$	287
	n	70	62	$P = .499$	128	22	$P = .558$	
Attendance of antenatal lessons	%	47.9	44.6	$\chi^2 = .15$	51.5	45.5	$\chi^2 = .28$	288
	n	34	29	$P = .702$	67	10	$P = .598$	
Age	Mean	30.29	29.74	$t = .79$	32.53	31.23	$t = 1.30$	288
	SD	4.24	3.81	$P = .433$	4.31	4.51	$P = .195$	
A lot of fear of labour pain	%	21.4	29.2	$\chi^2 = 2.75$	20.0	27.3	$\chi^2 = .62$	287
	n	15	19	$P = .601$	26	6	$P = .961$	
Pain expectations	Mean	64.59	62.84	$t = .56$	61.48	64.00	$t = -.70$	284
	SD	15.68	20.49	$P = .58$	15.91	14.74	$P = .49$	
Self-esteem	Mean	3.99	4.05	$t = -.65$	4.02	3.90	$t = .70$	288
	SD	.58	.58	$P = .518$	0.51	.51	$P = .492$	
Mastery	Mean	3.88	3.92	$t = -.56$	3.85	3.95	$t = -.81$	288
	SD	.50	.52	$P = .577$.50	.58	$P = .422$	

Although no differences were found in the use of pain medication in function of personal characteristics of women, some variables regarding the management of labour were relevant (Table 12.2). Women with pain medication had a 56.5 percent rate of spontaneous vaginal deliveries in Belgium ($\chi^2(1) = 32.47$; $P < .001$), and 28.6 in the Netherlands ($\chi^2(1) = 77.62$; $P < .001$). When considering spontaneous deliveries only, Belgian women with pain relief were more likely to have had their labour induced, 36.9% versus 16.9% ($\chi^2(1) = 6.99$; $P = .008$). In the Netherlands however pain medication was not associated with the induction of labour ($\chi^2(1) = 0.44$; $P = .34$). Also episiotomy is more likely in case of pain medication in Belgium ($\chi^2(1) = 5.14$; $P = .023$), but not in the Netherlands ($\chi^2(1) = 0.05$; $P = .56$). However, in the Netherlands cell frequencies for women with pain relief and episiotomy were lower than 5, which makes χ^2 less reliable. Finally, Belgian as well as Dutch women with pain medication have on the average longer labours (B: $t = -4.52$; $P < .001$; NI: $t = -2.6$; $P = .016$).

Table 12.2: Management of labour variables and the use of pain medication

		BELGIUM			THE NETHERLANDS		N	
		No pain relief	Pain relief		No pain relief	Pain relief		
Spontaneous vaginal delivery	% n	94.7 71	56.5 65	$\chi^2 = 32.47$ $P < .001$	86.7 130	28.6 22	$\chi^2 = 77.62$ $P < .001$	417
Induction of labour	% n	16.9 12	36.9 24	$\chi^2 = 6.99$ $P = .008$	20.9 27	27.3 6	$\chi^2 = 0.44$ $P = .34$	287
Episiotomy	% n	56.4 22	79.5 35	$\chi^2 = 5.14$ $P = .023$	38.6 32	42.9 3	$\chi^2 = 0.05$ $P = .56$	173
Length of labour	Mean S.D.	7.72 (5.13)	12.62 (7.40)	$t = -4.52$ $P < .001$	8.52 (5.71)	14.56 (10.60)	$t = -2.6$ $P = .016$	292

12.6.2. Differences in pain attitudes

Overall, the average acceptance score shows that Dutch women are more likely to accept labour pain, than Belgian women (B: mean = 2.29; Nl: mean = 2.14; $t = 2.275$; $p = 0.023$). However, when means are calculated on subsamples defined by place of birth, it is clear that Dutch women who had birth at hospital (mean = 2.25) were more inclined to accept labour pain than Belgian women (mean = 2.35; $t = 1.152$; $p = 0.025$), while the opposite is true for women with a home birth (B: mean = 1.49 ; Nl: mean = 1.87; $t = -4.109$; $p < 0.001$).

Taking the grand mean (= 2.21) as cut-off point, the pain acceptance variable was dichotomised and a subsample (home births and caesarean sections were excluded) has been selected to explore the association between pain acceptance and the use of pain relief. Among women tending to accept labour pain 33.8 percent of the Belgians and 11.9 percent of the Dutch did use pain relief anyway. This means that some difference in the use of pain relief occurred between Belgian and Dutch women, when labour pain is believed to be acceptable ($\chi^2 = 10.92$; $p = .001$). However, among women who do not accept labour pain, bigger country-differences are present: 64.5 percent of the Belgians had their pain relieved, versus only 17.6 percent of the Dutch ($\chi^2 = 29.68$; $p < .001$). Figures are presented in Table 12.3.

Table 12.3: Pain attitudes and the use of pain medication (N = 292)

		BELGIUM		THE NETHERLANDS		
		No pain relief	Pain relief	No pain relief	Pain relief	
Acceptance of labour pain	yes	% 66.2	33.8	88.1	11.9	$\chi^2 = 10.92$ p = .001
		n 49	25	74	10	
	no	% 35.5	64.5	82.4	17.6	$\chi^2 = 29.68$ p < .001
		n 22	40	56	12	

12.6.3. Antenatal social support and the use of pain medication

The mean emotional and instrumental support received by Belgian and Dutch women does not differ (Table 12.4). Both support measures are normally distributed around a mean score of 2.3 for emotional support and 2.1 for instrumental support.

Table 12.4: Descriptives of antenatal social support during pregnancy

	Emotional support		Instrumental support	
	B	NI	B	NI
Mean	2.36	2.33	2.10	2.04
S.E. of mean	0.05	0.04	0.05	0.04
S.D.	0.56	0.53	0.54	0.46
t (sig.)	0.55 (0.583)		0.97 (0.334)	
Q1	2		1.714	
Q2	2.250		2	
Q3	2.625		2.429	
Min.	1		1	
Max.	4		4	
Cronbach's Alpha	0.899		0.763	

Women who did not have pain medication and those who had, reported the same degree of emotional (B: t = -.02; P = .985; NI: t = -.93; P = .354) and instrumental (B: t = .63; P = .532; NI: t = -.66; P = .509) social support and the same degree of aid from their partner in household chores (Table 12.5).

Table 12.5: Social support and the use of epidural analgesia (N = 287)

		BELGIUM			THE NETHERLANDS		
		No pain relief	Pain relief	t	No pain relief	Pain relief	t
Emotional support	Mean	2.36	2.36	t = -.02	2.31	2.42	t = -.93
	SD	0.57	0.56	P = .985	0.52	0.53	P = .354
Instrumental support	Mean	2.13	2.07	t = .63	2.03	2.10	t = -.66
	SD	0.56	0.51	P = .532	0.47	0.45	P = .509
Household shores (trad. female)	Mean	2.42	2.47	t = -.52	2.46	2.38	t = .45
	SD	0.63	0.65	P = .604	0.75	0.70	P = .657
Household shores (trad. male)	Mean	3.96	4.01	t = -.31	3.90	3.88	t = .13
	SD	0.86	0.86	P = .761	0.86	0.86	P = .900

12.6.4. Predictors of the use of pain medication using logistic regression

Only four variables had a significant predictive value regarding the use of pharmacological pain relief. Table 12.6 presents two models, one with and one without the interaction term 'acceptance of pain relief*country'. The first model shows that to labour one hour longer increases the odds for the use of pain medication with 11 percent ($P < .001$). In Belgium it is 3 times more likely to have pain medication, than in the Netherlands ($P < .001$). The less women accept labour pain as a normal part of childbirth, the more likely they will use pain medication.

Social support was not predictive of pain medication use (Wald(1) = .50; $P = .479$), neither was the interaction term with country (ES: Wald(1) = .75; $P = .387$). The indicators of social support were also unrelated to pain attitudes ($r = 0.029$; $P = 0.625$).

Table 12.6: Variables included in the derived models predicting the use of pain medication ¹ (N = 292)

	Model 1			Model 2		
	OR	p	95% CI	OR	p	95% CI
Parity	1.845	.005	1.21 – 2.82	1.868	.005	1.21 – 2.88
Length of labour	1.112	< .001	1.07 – 1.15	1.116	< .001	1.08 – 1.16
Country	2.845	< .001	1.89 – 4.29	.207	.017	0.06 – 0.75
Acceptance of labour pain	3.527	< .001	2.37 – 5.25	1.274	.030	0.04 – 2.09
Acceptance of labour pain * country	-	-	-	3.259	< .001	1.86 – 5.71

Note: OR = adjusted odds ratio

¹ Controlled for parity, level of education, age and pain expectations

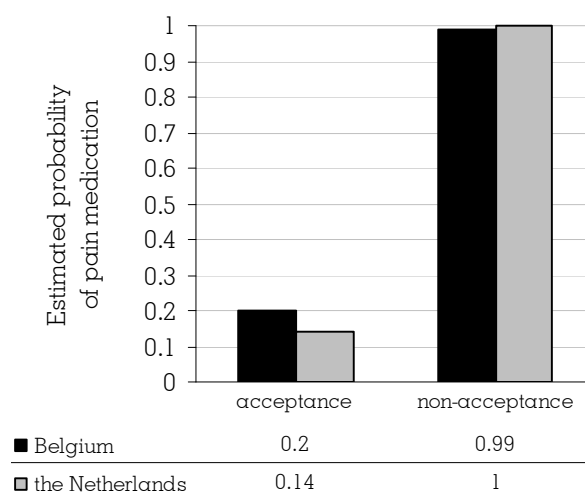
In addition to the main effect model as showed in Table 12.6, we estimated a second model including the interaction term of the acceptance of labour pain with country. The interaction term added predictive power to the model ($\chi^2(1) = 13.88; P < .005$). To interpret the interaction term, probabilities have been calculated. Knowing the B-coefficients from the regression output the probability of pain medication is calculated with:

$$\text{Prob (pain medication)} = \frac{1}{1 + e^{-z}}$$

Where Z is the linear combination $Z = B_0 + B_1X_1 + B_2X_2 + B_3(X_1X_2)$ and e is the base of the natural logarithms, approximately 2.718 (Menard 2002).

As shown in Figure 12.1, women who accept labour pain are unlikely to use pain relief. Note however, that Belgian women are almost twice as likely to have their pain relieved, than Dutch women, even though they believe labour pain is acceptable. Among women who reject labour pain, the Belgians and the Dutch are as likely to opt for pain relief. This means that the graph below presumes that Dutch and Belgian women share the same acceptance of labour pain, which is not the case (see descriptives). Thus, if Dutch women would be as reluctant toward labour pain as Belgian women, they would use pain medication more often.

Figure 12.1: Probabilities of the use of pain medication



Parity, age, educational level and pain expectations were controlled for in both estimated models, but were not significant predictors. The model proved to be parsimonious. The fit of the final model improved in comparison with the fit of a model containing control variables (parity, age, educational level) only ($\chi^2(3) = 142.835$; $p < .0005$). The model correctly classified 77 percent of the women as a function of their pain medication use. In contrast the model with control variables only, could correctly classify 68 percent of the women.

12.7. Conclusion and discussion

In a sample of 136 Belgian and 152 Dutch women, the influence of social support and pain attitudes on the use of pain medication during labour has been assessed. In the main effect model, three factors proved to be meaningful predictors of the use of pain medication during labour. First, the acceptance of labour pain reduced the likelihood of pain relief, but pain expectations and received social support were of no importance. Second, long labours made medication more likely. However, as Poore and Foster (1985) note, the difference in length of labour between the women with and without pain medication may have been a reason for the use of pain medication as well as a the result of its use. Third, Belgian women were six times more likely to labour with pain medication than Dutch women, but no other demographic characteristics (including parity) were of importance. This country difference appears even after controlling for personal characteristics, pain attitudes, the amount of antenatal support and pain expectations. Before continuing the discussion of our findings, we want to draw the attention of the

reader to the fact that the analysis is restricted to women having a non-interventionist vaginal birth in a clinical setting. Thus, no home births are included.

The present study, exploring cross-national differences in the use of pain medication, is important because so far little research has been done about the use of pain relief during labour and cross-national studies are nonexistent. Belgium and the Netherlands are characterised by different childbirth and pain cultures, and maternity care systems, resulting in different birth experiences. The specific social context of each country, combined with personal characteristics of individual women leads to new insights. In addition a prospective design enabled us to estimate the influence of antenatal factors on the use of pain medication, without recollection biases confounding the analysis.

Nevertheless, the present investigation has some shortcomings that should be kept in mind when interpreting the results. First, a sample of 292 respondents is relatively small to estimate interaction effects. However interaction terms were limited to our main hypotheses and entered the analysis one by one. Second, although we dispose of several measures of social support, we ran separate analyses for each measure, because of multicollinearity. Third, we have no information regarding the use of pain medication during previous births or by family or friends, although this could clarify the mechanism behind the predictive power of pain attitudes. In addition, although intention has been proposed by several theoretical models as the main determinant of health behaviour, we were unable to assess its impact, because variation in the Dutch subsample regarding the intention to use pain medication was lacking. We could not take into account the experience of labour pain intensity, because it was measured retrospectively, which is after the administration of pain relief. Further research is necessary to assess the relative importance of situational versus antenatal factors particularly, in the prediction of the use of pain medication. It is important that both antenatal and situational predictors, are incorporated in the same model. We found that the use of pain medication was related to both concrete situational factors, such as length of labour, and attitudinal conditions, such as the acceptance of labour pain, which are shaped before the onset of labour. Cognitive models, such as the theory of planned behaviour and the Andersen model, may underestimate the role of situational determinants of health behaviour (Slade et al. 2000), while empirical nursing and midwifery studies overemphasise them. Midwifery studies in general and research regarding the use of medical assistance in

particular, could benefit from the inclusion of sociological theory regarding health behaviour.

Nevertheless, we see several noteworthy findings. First, our hypothesis regarding pain attitudes has been confirmed. Dutch women showed more acceptance of labour pain than Belgian women. The desire to labour without epidural analgesia and the belief that labour pain is not needless, reduced the use of pain medication. Van den Bussche et al. (2007) reported similar findings: a logistic regression resulted in a statistical model with the desire to have a pain-free childbirth as one of the most powerful predictors of the use of epidural analgesia.

Second, social support during pregnancy was not predictive of the use of pain medication during labour. This accounted for both Belgian and Dutch women. Previous studies about the influence of social support concentrated on (continuous) labour support and found a reduction of obstetric interventions (Hodnett et al. 2007). A qualitative study (Fox & Worts 1999) showed that women experiencing antenatal support, especially from their partner, made less use of medical assistance during childbirth, suggesting that not only situational factors, were associated with interventions. Our analyses can not confirm their conclusions. Hence, we find support for the supplement hypothesis: social support does not replace the need for medical support. Several reasons may explain this finding. First, the power of our sample could be too small. This is however unlikely, since the influence of other factors, such as pain attitudes, has been uncovered. Moreover, if social support had a large impact on the use of pain medication, it would have been uncovered with this relatively small sample. Second, the association between social support and medication use, can be curvilinear. Too little social support has been shown to increase the likelihood of medical assistance. However, too much social support may result in the desire to control the situation. For example, fathers who are too concerned about their partner, may tend to encourage their partner to opt for pain relief, since they often have difficulties seeing their partner in pain (Vehviläinen-Julkunen K. & Liukkonen A. 1998; Johnson 2002). Logistic regression assumes linearity, hence is inadequate to detect curvilinearity. Finally, the measurement of social support might be inaccurate. The scale of van Sonderen (1993) is not designed for the specific context of childbirth, hence might be too general. Moreover, social support from the social environment is measured, which might be too vague as significant others were not specified. The scale measuring the aid women received in housework, however, is limited to instrumental supportive behaviour of the

partner, but no relation to the use of pain medication was discovered. This leaves the Fox and Worts hypothesis, that women with an unsupportive partner are more likely to use pain medications to be in relatively good shape after birth, unconfirmed. In addition, social support was unrelated to pain medication in both contexts. From a systematic review, Hodnett et al. (2007) conclude that the beneficial influence of continuous social support was stronger in settings in which epidural analgesia was not routinely available (Chi square = 7.19; $P = 0.01$), which is the case in the Netherlands. Contrary to the general Dutch situation, there was a permanent supply in the Dutch clinics participating in this study, which explains why we can not confirm the results of Hodnett et al. (2007).

Third, in addition to the main effect model, we found that pain attitudes relate to the use of pain medication to a different degree for Belgian and Dutch women. Belgian women who believed that labour pain is acceptable, were more likely than the Dutch to use pain medication anyway. Thus, even women who accept labour pain, have a considerable chance to have pain medication administered in Belgium, and to a lesser degree in the Netherlands. In contrast, Belgian and Dutch women who do not accept labour pain are as likely to use pain medication. The low use of pain medication in the Netherlands, together with a lower personal control in labour pain (see chapter 10) reported by Dutch compared to Belgian women, suggests that Dutch clinics are a setting of constrained choice regarding pain relief. If this is true, one would expect that beliefs about labour pain have less impact on the use of pain medication compared to women who have more freedom to take childbirth decisions. This is confirmed by the fact that the association between pain acceptance and the use of pain relief, is less strong in the Netherlands, compared to Belgium. Hence, beliefs about childbirth, such as pain acceptance, exert more influence in Belgian than in Dutch hospitals, suggesting that other factors are of more importance in the Netherlands. Further research could assess whether these other determinants are more situation-bound.

Finally, Belgian and Dutch women do not report different pain expectations during pregnancy. This finding is in line with an earlier study of Capogna et al. (1996), who found little cultural differences in maternal expectations of labour pain among women in five countries. In addition ratings of pain expectations were not associated with the use of pain medication, in Belgium, nor in the Netherlands. Hence, our Belgian-Dutch comparison cannot confirm the conclusions of Senden et al. (1988). In a cross-national comparison of American and Dutch women they found that American women, who expected

labour to be more painful than Dutch women, used more pain relief. However, they assessed pain expectations retrospectively within 48 hours postpartum. The reported pain expectations are likely to be reconstructed in the light of the birth experience, making them congruent (and thus associated) with the way labour was managed, as people are inclined to avoid cognitive dissonance (Festinger 1957). Moreover, no confounding factors were controlled for as no multivariate analysis was performed.

Our findings show that the higher use of pain medication in Belgium, is more the result of the beliefs childbearing women have regarding childbirth, than is the case in the Netherlands. This is not surprising since Belgian women report more personal control in pain relief, than Dutch women. We suggest that in the Netherlands personal choice is more constrained than in Belgium, leaving less room for personal beliefs to determine the use of pain medication. Situational-bound factors could be more predictive of the Dutch use of pharmacological pain relief. However, we should be careful not to overstate our findings and further research is necessary to gain insight in the cross-national differences regarding pain medication.

REFERENCES

- Agresti, A. (2002) *Categorical data analysis* (2nd ed.) New York: Wiley.
- Arulkumaran, S. & Symonds, I.M. (1999) Psychosocial support or active management of labour or both to improve the outcome of labour. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 106, 617-619.
- Katz-Rothman, B. (1978) Childbirth as negotiated reality. *Symbolic Interaction* 1, 124-137.
- Callaghan, P. & Morrissey, J. (1993) Social support and health - A review. *Journal of Advanced Nursing* 18, 203-210.
- Capogna, G., Alahuhtat, S., Celleno, D., De Vlieger, H., Moreira, J., Morgan, B. et al. (1996) Maternal expectations and experiences of labour pain and analgesia: a multicentre study of nulliparous women. *International Journal of Obstetric Anesthesia* 5, 229-235.
- Christiaens, W. & Bracke, P. (2007) Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. *Midwifery* doi:10.1016/j.midw.2007.02.001 (in press).
- Collins, N.L., Dunkelschetter, C., Lobel, M. & Scrimshaw, S.C.M. (1993) Social support in pregnancy - Psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum Depression. *Journal of Personality and Social Psychology* 65, 1243-1258.
- Copstick, S.M., Taylor, K.E., Hayes, R. & Morris, N. (1986) Partner support and the use of coping techniques in labour. *Journal of Psychosomatic Research* 30, 497-483.
- Cunningham, J.D. (1993) Experiences of Australian mothers who gave birth either at home, at a birth centre, or in hospital labour wards. *Social Science & Medicine* 36, 475-483.
- Davis-Floyd, R. (2001) The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75, S5-S23.
- DeVries, R. (2001) Midwifery in the Netherlands: vestige or vanguard? *Medical Anthropology* 20, 277-311.
- DeVries, R. (2004) *A pleasing birth. Midwives and maternity care in the Netherlands*. Philadelphia: Temple University Press.
- DeVries, R., Salvesen, H.B., Wiegers, T.A., & Williams, A.S. (2001) What (and why) do women want? The desires of women and the design of maternity care. In R. DeVries, C. Benoit, E. van Teijlingen, & S. Wrede (Eds.), *Birth by design: pregnancy, maternity care and midwifery in North America and Europe* (pp. 243-266). New York: Routledge.
- Ell, K. (1984) Social Networks, Social support, and health-status - A review. *Social Service Review* 58, 133-149.
- Ferring, D. & Filipp, S.H. (1996) Measurement of self-esteem: findings on reliability, validity, and stability of the Rosenberg scale. *Diagnostica* 42, 284-292.

- Festinger, L. (1957) *A theory of cognitive dissonance*. Stanford: Stanford University Press.
- Fox, B. & Worts, D. (1999) Revisiting the critique of medicalized childbirth - A contribution to the sociology of birth. *Gender & Society* 13, 326-346.
- Gilleir, C. (2007) Thuis bevallen in Vlaanderen: een kwestie van reflexiviteit . *Tijdschrift voor Sociologie* 28, 25-51.
- Goldberg, A.B., Cohen, A. & Lieberman, E. (1999) Nulliparas' preferences for epidural analgesia: Their effects on actual use in labor. *Birth-Issues in Perinatal Care* 26, 139-143.
- Gomar, C. & Fernandez, C. (2000) Epidural analgesia-anaesthesia in obstetrics. *European Journal of Anaesthesiology* 17, 542-558.
- Heinze, S.D. & Sleight, M.J. (2003) Epidural or no epidural anaesthesia: relationships between beliefs about childbirth and pain control choices. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 21, 323-333.
- Hodnett, E., Gates, S., Hofmeyr, G.J. & Sakala, C. (2007) Continuous support for women in childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3, 1-72.
- Hoffman, S. & Hatch, M.C. (1996) Stress, social support and pregnancy outcome: a reassessment based on recent research. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 10, 380-405.
- Hofmeyr, G.J., Nikodem, V.C., Wolman, W.L., Chalmers, B.E. & Kramer, T. (1991) Companionship to modify the clinical birth environment - Effects on progress and perceptions of labor, and breast-feeding. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 98, 756-764.
- Howell-White, S. (1997) Choosing a birth attendant: the influence of a woman's childbirth definition. *Social Science & Medicine* 45, 925-936.
- Hueston, W.J., McClafflin, R.R., Mansfield, C.J. & Rudy, M. (1994) Factors associated with the use of intrapartum epidural analgesia. *Obstetrics and Gynecology* 84, 579-582.
- Humenick, S.S. (1981) Mastery - The key to childbirth satisfaction - A review. *Birth and the Family Journal* 8, 79-83.
- Hung, C.H. & Chung, H.H. (2001) The effects of postpartum stress and social support on postpartum women's health status. *Journal of Advanced Nursing* 36, 676-684.
- Ip, W.Y. (2000) Relationships between partner's support during labour and maternal outcomes. *Journal of Clinical nursing* 9, 265-272.
- Jenkinson, C., Carroll, D., Egerton, M., Frankland, T., Mcquay, H. & Nagle, C. (1995) Comparison of the sensitivity to change of long and short-form pain measures. *Quality of Life Research* 4, 353-357.
- Johnson, M.P. (2002) The implications of unfulfilled expectations and perceived pressure to attend the birth on men's stress levels following birth attendance: a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 23, 173-182.

- Jordan, B. (1978) *Birth in four cultures: a cross-cultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Montreal: Eden Press Women's Publications, Inc.
- Kabeyama K. & Miyoshi M. (2001) Longitudinal study of the intensity of memorized labour pain. *International Journal of Nursing Practice* 7, 46-53.
- Kaplan, B., Cassel, J.C. & Gore, S. (1977) Social support and health. *Medical Care* 15, 47-58.
- Kearns, R.A., Neuwelt, P.M., Hitchman, B. & Lennan, M. (1997) Social support and psychological distress before and after childbirth. *Health & Social Care in the Community* 5, 296-308.
- Kempen, G.I.J.M. (1992) *Psychometric properties of GLAS baseline measures: A pilot study (in Dutch)*. Groningen: Northern Centre for Healthcare Research, University of Groningen.
- Langer, A., Campero, L., Garcia, C. & Reynoso, S. (1998) Effects of psychosocial support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions, and mothers' wellbeing in a Mexican public hospital: a randomised clinical trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 105, 1056-1063.
- Martin, E. (2001) *The woman in the body. A cultural analysis of reproduction*. Boston: Beacon Press.
- McClain, C.S. (1983) Perceived risk and choice of childbirth service. *Social Science & Medicine* 17, 1857-1865.
- McGrady, E. & Litchfield, K. (2004) Epidural analgesia in labour. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care and Pain* 4, 114-117.
- Melzack, R. & Wall, P.D. (1996) Pain mechanisms: a new theory (Reprinted from *Science*, vol 150, pg 971-979, 1965). *Pain Forum* 5, 3-11.
- Menard, S. (2002) *Applied logistic regression analysis*. Thousand Oaks: Sage.
- Morse, J.M. & Park, C. (1988) Home birth and hospital deliveries - A comparison of the perceived painfulness of parturition. *Research in Nursing & Health* 11, 175-181.
- Orr, S.T. (2004) Social support and pregnancy outcome: a review of the literature. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 47, 842-855.
- Palot, M., Chale, J.J., Colladon, B., Levy, G., Maria, B., Papiernik, E. et al. (1998) The practice of obstetrical analgesia and anaesthesia in France: a nationwide survey. *Annales Francaises D Anesthesie et de Reanimation* 17, 210-219.
- Palot, M., Leymarie, F., Jolly, D.H., Visseaux, H., Botmans-Daigrement, C. & Mariscal-Causse, A. (2006a) Request of epidural analgesia by women and obstetrical teams in four French areas. Part I: request of analgesia. *Annales Francaises d'Anesthesie et de Reanimation* 25, 559-568.
- Palot, M., Leymarie, F., Jolly, D.H., Visseaux, H., Botmans-Daigremont, C. & Mariscal-Causse, A. (2006b) Request of epidural analgesia by women and obstetrical teams in four French areas. Part II: management of

epidural analgesia. *Annales Francaises d'Anesthesie et de Reanimation* 25, 569-576.

- Pearlin, L.I. & Schooler, C. (1978) Structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior* 19, 2-21.d
- Poore, M. & Foster, J.C. (1985) Epidural and no epidural-anesthesia - Differences between mothers and their experience of birth. *Birth-Issues in Perinatal Care* 12, 205-212.
- Rini, C., Schetter, C.D., Hobel, C.J., Glynn, L.M. & Sandman, C.A. (2006) Effective social support: antecedents and consequences of partner support during pregnancy. *Personal Relationships* 13, 207-229.
- Scott, K.D., Berkowitz, G. & Klaus, M. (1999a) A comparison of intermittent and continuous support during labor: a meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 180, 1054-1059.
- Scott, K.D., Klaus, P.H. & Klaus, M.H. (1999b) The obstetrical and postpartum benefits of continuous support during childbirth. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine* 8, 1257-1264.
- Scrimshaw, S.V. & Maher, C. (2001) Responsiveness of visual analogue and McGill pain scale measures. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* 24, 501-504.
- Senden, I.P.M., Vanderwetering, M.D., Eskes, T.K.A.B., Bierkens, P.B., Laube, D.W. & Pitkin, R.M. (1988) Labor pain - A comparison of parturients in a Dutch and an American teaching hospital. *Obstetrics and Gynecology* 71, 541-544.
- Simkin, P. (1995) Reducing pain and enhancing progress in labor - A guide to non-pharmacologic methods for maternity caregivers. *Birth-Issues in Perinatal Care* 22, 161-171.
- Slade, P., Escott, D., Spiby, H., Henderson, B. & Fraser, R.B. (2000) Antenatal predictors and use of coping strategies in labour. *Psychology & Health* 15, 555-569.
- 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, 153-165.
- Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE) (2005) *Jaarrapport perinatale activiteiten in Vlaanderen 2005*. Brussel: SPE.
- Stichting Perinatal Registratie Nederland (SPRN) (2003). *Perinatale Zorg in Nederland*. Bilthoven: SPRN.
- Stichting Perinatale Registratie Nederland (SPRN) (2005). *Verloskunde in Nederland: grote lijnen 1995-1999*. Bilthoven: SPRN.
- Stockman, A.F. & Altmaier, E.M. (2001) Relation of self-efficacy to reported pain and pain medication usage during labor. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 8, 161-166.
- Tarkka, M.T. & Paunonen, M. (1996) Social support and its impact on mothers' experiences of childbirth. *Journal of Advanced Nursing* 23, 70-75.

- Thoits, P.A. (1982) Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior* 23, 145-159.
- Thornton, J.G. & Lilford, R.J. (1994) Active management of labor - Current knowledge and research issues. *British Medical Journal* 309, 366-369.
- Timm, M.M. (1979) Prenatal education evaluation. *Nursing Research* 28, 338-342.
- Torres, A. & Reich, M.R. (1989) The shift from home to institutional childbirth - A comparative-study of the United-Kingdom and the Netherlands. *International Journal of Health Services* 19, 405-414.
- Turk, D.C. & Melzack, R. (2001) *Handbook of pain assessment*. (2nd ed.) New York: The Guilford Press.
- Uchino, B.N., Cacioppo, J.T. & Kiecolt-Glaser, J.K. (1996) The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin* 119, 488-531.
- Van den Bussche, E., Crombez, G., Eccleston, C. & Sullivan, M.J.L. (2007) Why women prefer epidural analgesia during childbirth: the role of beliefs about epidural analgesia and pain catastrophizing. *European Journal of Pain* 11, 275-282.
- van der Hulst, L. A. M., van Teijlingen, E., Bonsel, G. J., Eskes, M., Birnie, E., & Bleker, O. Dutch women's decision-making in pregnancy and labour as seen through the eyes of their midwives. *Midwifery*, (in press).
- van Sonderen, E. (1993) *Sociale steun lijst - interacties (SSL-I) en sociale steun lijst - discrepanties (SSL-D). Een handleiding*. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken.
- van Teijlingen, E. (2005) A critical analysis of the medical model as used in the study of pregnancy and childbirth. *Sociological Research Online* 10, www.socresonline.org.uk/10-2/teijlingen.html.
- Vehviläinen-Julkunen K. & Liukkonen A. (1998) Fathers' experiences of childbirth. *Midwifery* 14, 10-17.
- Waldenstrom, U. (1999) Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research* 47, 471-482.
- Wan Yim Ip (2000) Relationships between partner's support during labour and maternal outcomes. *Journal of Clinical nursing* 9, 265-272.
- Weisenberg, M. (1977) Pain and pain control. *Psychological Bulletin* 84, 1008-1044.
- Wiegers, T.A., van der Zee, J. & Keirse, M.J.N.C. (1998a) Maternity care in the Netherlands: the changing home birth rate. *Birth-Issues in Perinatal Care* 25, 190-197.
- Wiegers, T.A., van der Zee, J. & Keirse, M.J.N.C. (1998b) Transfer from home to hospital: what is its effect on the experience of childbirth? *Birth-Issues in Perinatal Care* 25, 19-24.

Pain attitudes, antenatal social support and the management of labour pain
Part I: the use of pain medication

Zborowski, M. (1952) Cultural components in responses to pain. *Journal of Social Issues* 8, 16-30.

Hoofdstuk 13: PAIN ATTITUDES, ANTENATAL SOCIAL SUPPORT AND THE MANAGEMENT OF LABOUR PAIN

PART II: THE USE OF NON-PHARMACOLOGICAL METHODS

Abstract

Objective and background: To gain insight in the influence of non-clinical factors, pain attitudes and social support, on the use of non-pharmacological pain relief during labour of Belgian and Dutch women. Belgium and the Netherlands are characterised by different philosophies in maternity care. In addition, the Netherlands stand out in the low use of pain relief during labour, while the majority of Belgian women has their labour pain relieved. We expect to find that antenatal social support and the acceptance of labour pain are associated with the use of non-pharmacologic pain management (bath and massage) as opposed to pain medication.

Design: quantitative comparative study using questionnaires to assess expectations about and the experience of childbirth

Setting: maternity clinics in two comparable cities in Belgium and the Netherlands.

Participants: Two questionnaires were filled out by 292 women, one at 30 weeks of pregnancy and one within the first two weeks after childbirth. The women were invited to participate in the study by midwives and obstetricians during prenatal visits in 2004-2005.

Measurements and results: Pain expectations have been assessed with visual analogue scales, pain acceptance by two statements about labour pain and antenatal social support by a questionnaire of 15 items asking about emotional and instrumental support. In addition the division of household tasks has been assessed.

Three factors proved to be meaningful predictors of the use of pain medication during labour: parity, length of labour and the acceptance of labour pain. The use of a bath and massage techniques was function of the acceptance of labour pain, but not of pain expectations and received social support during pregnancy. Alternative methods of pain management were as often used by Belgian and Dutch respondents in a clinical setting. Women who accept labour pain, in comparison with those who do not, are more inclined to use the bath and massage techniques. The use of baths and massage was associated with the acceptance of labour pain as constructive part of the childbirth process among both Dutch and Belgian women. Antenatal social support was not predictive of the use of baths and/or massage.

Key words: labour pain, childbirth, cross-national, Belgium, the Netherlands

13.1. Introduction

Many non-pharmacologic methods are used to relieve labour pain. Examples are acupuncture, hypnosis, aroma therapy, continuous labour support,

transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS), baths, touch and massage, movement and positioning, and intradermal water blocks. These methods are simple and do not require many accommodations or specialist care, hence are relatively inexpensive. Moreover they are free of side effects for mother and child (Simkin & O'Hara 2002). However, the listed methods are too little or inadequately studied to draw conclusions on their effectiveness (Simkin & Bolding 2004). Since our data contains only information regarding baths and massage, our analysis is limited to these techniques. Immersion in warm water is used to enhance relaxation, reduce labour pain and stimulate labour progress (Simkin & Bolding 2004). They have used bath and showers for years in the homes, but recently hospitals also installed bathtubs (Simkin & O'Hara 2002; Leeman L. et al. 2003). A systematic review concluded that baths during labour effectively reduce the pain (Simkin & Bolding 2004). An other review emphasised the enhancement of personal control and ability to cope with the pain (Simkin & O'Hara 2002). Both state that baths should be available to labouring women as a component of a holistic approach to the management of labour pain. Massage is defined by Tappan (1998 in Simkin and O'Hara 2002) as *"the intentional and systematic manipulation of the soft tissues of the body to enhance health and healing"*. In most hospital settings this type of touching comes from the partner or other loved ones, rather than from the hospital staff (Gagnon & Waghorn 1996). Little is known about the effectiveness of touch and massage regarding labour pain. Authors of systematic reviews conclude that these simple method is beneficial to women as it enhances feelings of wellbeing, without drawbacks (Simkin & O'Hara 2002; Simkin & Bolding 2004).

In most studies the effects of methods of pain relief are investigated, focussing on benefits and risks (e.g. Simkin & O'Hara 2002). Only few examine the reasons to use pharmacologic pain relief, and none assess the determinants of non-pharmacologic management of labour pain. We are interested to know whether factors associated with the use of pain medication also explain the use of alternative methods of pain relief. In a previous analysis of our data (see chapter 12) two factors were predictive of pain medication use in Belgium and the Netherlands: length of labour and the acceptance of labour pain. Parity, age, educational level and antenatal social support were not significant predictors. Belgium and the Netherlands are characterised by a different maternity care system and, birth and pain culture, but little cross-national differences in the predictors of pain medication were revealed. Only the acceptance of labour pain had a diverging impact in the two countries: in the

Netherlands women who did not accept labour pain were more likely to have their pain relieved than in Belgium, while Belgian women who accepted labour pain had a higher chance for pain relief than Dutch women. This suggests that women's attitudes towards pain were more taken into account in the Netherlands.

13.2. Two models of care or suffering versus pain

Belgium and the Netherlands represent two models of care, respectively the medical and the midwifery model (Christiaens & Bracke 2007). These models use fundamentally different means to manage labour pain. To explain the difference between both approaches, Simkin and Bolding (2004) introduce 'suffering' as opposed to 'pain'. Pain is defined by the International Association for the Study of Pain as "*an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage*" (Merskey 1979). Although pain is considered to have two dimensions, the sensory and the affective component (Lowe 2002), the primary focus of the medical model is on the physical sensory experience. The midwifery model in contrast, addresses the affective dimension to prevent that pain turns into suffering. Simkin and Bolding (2004) describe suffering based on insights of Lowe (2002): "*Suffering includes any of the following psychological elements: a perceived threat to the body and/or psyche; helplessness and loss of control; distress; insufficient resources for coping with the distressing situation; even fear of death of the mother or baby*" (Simkin & Bolding 2004 p 489). It is clear that suffering is not reducible to the experience of pain, it also comprises feelings such as depression, anxiety and distress (Wilkinson 2005). Although suffering is a subjective experience occurring in the body and mind of individuals, it also arises from relations among human beings (von Wiese 1934) and is therefore a social problem. Suffering springs from the interaction – more specifically, the conflict – between the individual and the social situation (von Wiese 1934). This – of course – can be said of every human emotion or affective state, also those on the positive side of the spectrum.

From the comparison between pain and suffering, it becomes clear that they do not necessarily occur together, but can exist independent of one another (Lowe 2002; Simkin & Bolding 2004). Labour pain becomes suffering when accompanied by negative affective states or distress. Nevertheless, in the medical model pain is equated with suffering. In this logic to relieve the pain is to stop the suffering. However, as medicalisation critics point out, the medical

interventions intended to prevent pain, often increase the likelihood of suffering by the creation of helplessness, alienation, distress or control loss (Simkin & Bolding 2004).

In sum, the medical model tries to influence the bodily sensory component of pain to create satisfaction and relief, or other positive affective states. The midwifery model however, focuses on the affective component of pain to soften the sensory experience. In other words, the first prevents suffering by relieving pain, the second, relieves pain by the prevention of suffering.

13.3. Predictors of non-pharmacological pain relief

The value of non-pharmacologic approaches to labour pain is supported by research findings regarding psychosocial predictors of labour pain, such as social support (Wan Yim Ip 2000), fear (Saisto & Halmesmaki 2003; Lang et al. 2006) and self-efficacy for labour (Lowe 1989). Moreover, these psychosocial characteristics are the essential mechanisms through which the non-interventionist methods try to manage labour pain. More specifically they make use of the beneficial effects of social support and self-efficacy to reduce anxiety and optimise the birth process (Simkin & Bolding 2004). Suffering occurs when coping resources are lacking. By enhancing coping resources, hence decreasing feelings of helplessness or alienation, the midwifery model of care deals with labour pain, without substantially reducing the intensity of the sensory component of pain (Lowe 2002). In addition the birth environment, which includes the philosophy of care and practice policies of the providers, the communications and the support, affects women’s experience of labour pain (Lowe 2002). Skibsted and Lange (1992) for example, found that pain medication was administered four times more frequently in hospital than in a birth centre. Moreover, the women who had planned a birth centre delivery, but were referred to hospital because birth centre was full, showed the same rate of use of pain medication as the women with a planned hospital birth. Morse and Park (1988) compared home and hospital deliveries and concluded that the hospital group rated labour pain significantly higher than the home birth group. These studies clearly show the influence of birth environment and associated models of maternity care.

Since the Dutch maternity care system promotes home and policlinical births and is characterised by low intervention rates, it can be said to approach the midwifery ideal more closely than the Belgian system does. Since care providers defending the midwifery model of care, are less inclined to use

pharmacological methods to deal with labour pain (Harvey et al. 1996), we expect to find that non-pharmacological methods are more used by Dutch than by Belgian women. In addition, the acceptance of pain as a normal part of childbirth together with received support during pregnancy are expected to predict the use of non-pharmacological methods of pain management.

13.4. Methods

13.4.1. Selection of method

This study modelled the relationships between satisfaction with childbirth and labour pain, expectations about childbirth, personal control and self-efficacy, using data collected from a self-reported survey. To contact as many women as possible in a short period of time, a survey by two questionnaires—one at 30 weeks of pregnancy and one within 2 weeks postpartum—was considered to be appropriate. Because of the longitudinal design the same concepts were measured before and after birth, hence the antenatal and postnatal questionnaires were similar. From the time the invitation to participate was issued, to the completion of the last questionnaire, five to eight months passed. Since the data collection was not simultaneously organised in each hospital/midwifery practice, one year—from September 2004 to September 2005—was necessary to gather the data.

13.4.2. Settings and sample size

Two different health care contexts are compared, namely Belgium and the Netherlands. The Netherlands are well-known as an important exception to the worldwide trend of institutionalisation and medicalisation of childbirth (Torres & Reich 1989). No other region resembles the Dutch society more closely than Belgium does. Still, Belgian maternity care is strikingly different. The study concerns two comparable cities in the Belgian and Dutch regions, respectively Ghent and Tilburg. To enhance the readability of the paper we will refer to Belgium and the Netherlands, and the Belgian and the Dutch. Both hospital and home births are included in the data collection, but the analyses regarding the focus of this article are limited to a subsample. Although non-pharmacological pain relief is available at home, only spontaneous vaginal deliveries in hospital settings were included, because we strived for comparability with our analysis of the determinants of pharmacological pain

relief. In the latter analysis, we excluded women with obstetric interventions, such as caesarean section or forceps delivery, because we were interested in other reasons to use pain medication than method of delivery.

Since the population of pregnant women is unknown, we had to rely on a convenience sample. In Ghent there are four hospitals of which three agreed to participate. We have no reasons to believe that the population of the missing hospital differs from the population in the participating hospitals. In Tilburg both hospitals agreed to cooperate. At each hospital pain relief, more specifically epidural analgesia, was available on a 24h basis.

The aim of the wider study was to compare the four kinds of birth settings determined by country (Belgium versus the Netherlands) and place of birth (home versus hospital births). Sample size calculations based on a 0.95 confidence interval suggested we needed 600 study participants for a reliable statistical analysis. At 30 weeks of pregnancy, 827 women filled out the antenatal questionnaire; 613 of those women also participated in the study in the first 2 weeks after delivery and completed a second questionnaire.

13.4.3. Recruitment and data collection

During prenatal visits, women were asked by their midwife or obstetrician to participate in the research project. Inclusion criteria were wide: both Belgian and Dutch women had to speak and understand Dutch, and had to be 18 years or older. The antenatal questionnaire was handed out during an antenatal visit at 30 weeks of pregnancy together with a prepaid envelope and an information sheet. It was returned to the obstetrician or midwife during one of the following antenatal visits. Within a few days after delivery, women received the postnatal questionnaire from the medical staff in case of a hospital birth, or from the midwife in case of a home birth. Women who delivered in a hospital completed the postnatal questionnaire during their postpartum stay on the maternity ward. Women with a short stay or home birth, however, responded by direct mail instead. Ante- and postnatal questionnaires were given a code, to facilitate the merging of the ante- and postnatal information belonging to the same respondent.

Women were recruited during prenatal visits to their obstetricians and midwives. Therefore, we had little control over the inclusion process and, consequentially, the response rate. Although we asked that women who

refused to participate be registered, this was not systematically done in every hospital. As a result, we do not know the exact number of women invited to participate in this study. To calculate the response rate we used the number of provided questionnaires, which is based on an estimate of eligible women made by midwives and obstetricians acting as proxy. The response rate is calculated by dividing the number of respondents by the number of provided questionnaires. This calculation results in an average of 43% (n = 238) for all Belgian hospitals, 41% (n = 137) for Belgian midwifery practices, 42% (n = 208) for Dutch hospitals, and 54% (n = 244) for Dutch midwifery practices. The smallest response rate for the hospitals was 19%, the highest 68%. For the midwifery practices the response rate was 38% and 100% respectively.

13.4.4. Ethical considerations

A written informed consent was asked of all respondents. Anonymity has been guaranteed, since the researchers have no information about the identity of the respondent. The Committee for Ethics of the University Hospital has approved the study. Ethical approval was gained in Ghent only. In the Netherlands, approval from a research Ethics committee is not required if no interventions take place during the research. It has been explained to potential participants that they were free to participate and that their privacy was guaranteed.

13.4.5. Measurement

13.4.5a Dependent variable

Use of non-pharmacological management techniques was the dichotomous dependent variable on which the logistic regression was performed. It was constructed by means of two questions: "Did you use the bath or shower during labour?" and "Did you have a massage during labour". When none of these techniques were used the score of the dependent variable was 1, when one or both techniques were used, the score was 2.

13.4.5b Independent variables

We explored a number of personal characteristics of the childbearing women in our sample: parity (1 = primiparous; 2 = multiparous), age in years,

educational level (1 = no higher education; 2 = higher education), marital status (1 = married/cohabiting; 2 = single), attendance of antenatal lessons (1 = no; 2 = yes), fear of labour pain, self-esteem and mastery. Fear of labour pain was measured by a five-point Likert scale from 'no fear at all' to 'a lot of fear'. The variable has been dichotomised by collapsing the first two categories (no or little fear) and the last three categories (moderate to a lot of fear). Self-esteem was measured by the Rosenberg Self-esteem scale consisting of ten items (Ferring & Filipp 1996), which were translated to Dutch. The Personal Mastery scale of Pearlin and Schooler was used to assess mastery or self-efficacy (Pearlin & Schooler 1978). Each of the seven items had five answer options ranging from 'strongly agree' to 'strongly disagree'. The psychometric properties of the Dutch version of this scale have been successfully tested in a study by Kempen (Kempen 1992). The reliability of this scale as measured by Cronbach's alpha was 0.79.

During pregnancy women indicated to which extent they agreed with the following two statements to assess the acceptability of labour pain. 'I desire to deliver without epidural analgesia' and 'Pain is needless' were scored on a five-point Likert scale ranging between 'strongly agree' and 'strongly disagree'. One scale indicating the acceptance of labour pain was constructed by averaging the scores on both items. Low values represent pain acceptance. The acceptance of labour pain entered the logistic regression analysis as a continuous variable, but was dichotomised (with the mean = 2.27, as cut-off point) to construct descriptive crosstabs (Table 13.3) comparing Belgium (=1) and the Netherlands (=2). The Cronbach's alpha of the acceptance scale was 0.664, which is acceptable for a scale of two items.

Two Visual Analogue Scales (VAS) – one about labour and one about delivery - were used to measure the expectation of labour pain, ranging from no pain at all (0) to unbearable pain (100). Mean scores were calculated to merge both scales into one indicator of the expected pain intensity. The measurement of labour pain by visual analogue scales is common practice in research on childbirth (Ip 2000; Kabeyama K. & Miyoshi M. 2001; Stockman & Altmaier 2001) and has been found to be reliable for estimating pain intensity. In comparison to more complex pain measures, the VAS is preferable (Jenkinson et al. 1995; Scrimshaw & Maher 2001).

Received emotional and instrumental social support was measured by a questionnaire designed by van Sonderen (1993). Cronbach's alpha shows a

high reliability ($\alpha_{\text{emotion}} = 0.87$; $\alpha_{\text{instrument}} = 0.72$) comparable to values reported by van Sonderen (1993). In addition we assessed the division of household chores. Ten items were scored on a 6-point scale with the following answer possibilities: 'always me', 'mostly me', 'me and my partner', 'mostly my partner' and 'always my partner'. A sixth option 'none of us' was coded as missing value. Mean scores were calculated. The higher the score, the more time the partner invests in housework. By means of a principal components analysis with promax rotation male and female tasks were identified. Male tasks were 'small jobs around the house', 'car maintenance and repair', 'work in the garden' (Cronbach's $\alpha = 0.54$). Female tasks were 'cleaning the house', 'washing and ironing', 'cooking', 'tidying up and doing the dishes', 'administration', 'shopping', 'transport of family members' (Cronbach's $\alpha = 0.76$).

In addition, a number of characteristics of the birth process were described: method of delivery, induction of labour, episiotomy and length of labour. The method of delivery gives an indication of how the child was born: spontaneously (= 1) or with a medical intervention such as a C-section, a vacuum extraction or a forceps delivery (= 2). Whether labour had been induced and whether an episiotomy was used, were also questions with dichotomous answer categories (no = 1; yes = 2). We also took the length of labour into account, as is shown that long labours make pain medication more likely. Women with complicated painful labours may be more likely to request pain medication (McGrady & Litchfield 2004). The length of labour is a self-reported indicator. Respondents filled in when labour started and when the baby was born. The duration of labour was calculated in minutes, but recoded in hours.

13.4.6. Logistic regression

In a second step logistic regression analyses were performed. The predictive value of personal characteristics, social support and pain attitudes upon the actual use of non-pharmacological pain relief was investigated. Parity, age, educational level, length of labour, two pain attitudes and social support, and country were included as independent variables. A backward stepwise selection procedure was used to construct a logistic regression model and to calculate the adjusted odds ratios (OR). Backward elimination starts with a complex model and sequentially removes variables. Often it is safer to delete terms from a complex model than to add terms to a simple one, because

forward selection may stop prematurely when a particular test has low power (Agresti 2002 in Van den Bussche et al. 2007). Because of high bivariate correlation between emotional and instrumental support ($r = .637; P < .001$) and a relatively small sample size ($N = 292$) the support variables were entered in four separate analyses. However the final models did not differ substantially. Therefore the results of only one final model (emotional support) are presented in Table 13.6.

13.5. Results

13.5.1. Non-pharmacological pain management and personal characteristics

In our sample, 62.4 percent of the Belgian respondents and 59.5 percent of the Dutch, had a bath and/or massage during labour ($\chi^2(1) = .255; P = .613$). There were no differences between women who used these pain management techniques and the women who did not as a function of educational level (B: $\chi^2(1) = .00; P = .995$; NI: $\chi^2(1) = .278; P = .598$) and marital status (B: $\chi^2(1) = 1.148; P = .284$; NI: $\chi^2(1) = .686; P = .598$). Belgian women who used massage or had a bath during labour were more likely to be younger (B: $\chi^2(1) = 2.85; P = .005$) and primiparous (B: $\chi^2(1) = 7.34; P = .007$), and to have attended antenatal classes (B: $\chi^2(1) = 9.695; P = .002$). No such differences occurred in the Dutch subsample. No differences were detected between women with and without pain management techniques, according to fear of labour (B: $\chi^2(4) = .553; P = .968$; NI: $\chi^2(4) = 6.750; P = .150$), pain expectations (B: $t = .181; P = .857$; NI: $t = 1.713; P = .090$), self-esteem (B: $t = 1.159; P = .249$; NI: $t = .108; P = .914$). Regarding mastery, only Belgian women without massage or bath appear to score significantly higher on mastery (B: $t = 2.23; P = .027$; NI: $t = -.645; P = .520$). Figures are shown in Table 13.1.

Table 13.1: Personal characteristics and non-pharmacological pain management

		BELGIUM			THE NETHERLANDS			N
		No pain relief	Pain relief		No pain relief	Pain relief		
Primiparous	%	36	60.2	$\chi^2 = 7.34$	30.5	45.5	$\chi^2 = 3.30$	280
	n	18	50	$P = .007$	18	40	$P = .069$	
Higher education	%	72.0	72.0	$\chi^2 = .00$	47.5	43.0	$\chi^2 = .278$	277
	n	36	59	$P = .995$	28	37	$P = .598$	
Married/cohabiting	%	95.9	98.8	$\chi^2 = 1.148$	100	98.9	$\chi^2 = .686$	280
	n	47	82	$P = .284$	60	87	$P = .407$	
Attendance of antenatal lessons	%	30.0	57.8	$\chi^2 = 9.695$	60.0	44.3	$\chi^2 = 3.510$	281
	n	15	48	$P = .002$	36	39	$P = .061$	
Age	Mean	31.18	29.19	$t = 2.85$	32.34	32.31	$t = .034$	281
	SD	3.90	3.92	$P = .005$	3.76	4.76	$P = .973$	
A lot of fear of labour pain	%	42.0	25.6	$\chi^2 = .553$	26.6	17.0	$\chi^2 = 6.750$	280
	n	12	21	$P = .968$	16	15	$P = .150$	
Pain expectation	Mean	63.04	62.66	$t = .181$	64.64	59.90	$t = 1.713$	285
	SD	19.03	15.59	$P = .857$	17.96	13.95	$P = .090$	
Self-esteem	Mean	4.09	3.98	$t = 1.159$	4.01	3.99	$t = .108$	281
	SD	0.53	0.54	$P = .249$	0.49	0.59	$P = .914$	
Mastery	Mean	4.03	3.83	$t = 2.23$	3.82	3.88	$t = -.645$	281
	SD	0.51	0.50	$P = .027$	0.51	0.51	$P = .520$	

Although some differences were found in the use of non-pharmacological pain management in function of personal characteristics of women, especially for Belgians, variables regarding the management of labour were irrelevant (Table 13.2). Women with non-pharmacological techniques were as likely as women who laboured without to have a spontaneous vaginal delivery both in Belgium ($\chi^2(1) = .247$; $P = .619$), and the Netherlands ($\chi^2(1) = 3.613$; $P = .057$). When considering spontaneous deliveries only, no differences were found in function of induction of labour (B: $\chi^2(1) = .035$; $P = .851$; NI: $\chi^2(1) = 1.23$; $P = .267$) or episiotomy (B: $\chi^2(1) = 2.2278$; $P = .131$; NI: $\chi^2(1) = 1.886$; $P = .170$). However, Dutch women with non-pharmacological pain management laboured on the average three hours longer (B: $t = -1.54$; $P = .126$; NI: $\chi^2(1) = 3.08$; $P = .002$).

Table 13.2: Management of labour variables and non-pharmacologic pain management

		BELGIUM			THE NETHERLANDS			N
		No pain relief	Pain relief		No pain relief	Pain relief		
Spontaneous vaginal delivery	%	71.4	74.8	$\chi^2 = .247$	63.8	75.9	$\chi^2 = 3.613$	417
	n	50	83	$P = .619$	60	88	$P = .057$	
Induction of labour	%	28.0	26.5	$\chi^2 = .035$	27.1	19.3	$\chi^2 = 1.23$	280
	n	14	22	$P = .851$	16	17	$P = .267$	
Episiotomy	%	76.2	60.5	$\chi^2 = 2.278$	31.4	46.2	$\chi^2 = 1.886$	176
	n	32	23	$P = .131$	11	24	$P = .170$	
Length of labour	Mean	8.94	10.80	$t = -1.54$	7.24	10.74	$t = -3.08$	281
	S.D.	6.66	6.84	$P = .126$	5.18	7.67	$P = .002$	

13.5.2. Differences in pain attitudes

In comparison with Dutch women who did not use non-pharmacological pain management techniques, those who did, more often believed labour pain is acceptable. The same accounts for Belgian women. Differences in use of bath- and massage techniques between Belgian and Dutch women are biggest for women who accept labour pain as a normal part of childbirth. Among the Belgians 70.8 percent use the pain management techniques, versus 29.2 percent. For the Dutch this is 62.0 versus 38.0 percent. Figures are presented in Table 13.3.

Table 13.3: Pain acceptance and the use of epidural analgesia (N = 288)

		BELGIUM		THE NETHERLANDS			
		No pain relief	Pain relief	No pain relief	Pain relief		
Acceptance of labour pain	Yes	%	29.2	70.8	38.0	62.0	$\chi^2 = 1.214$
		n	19	46	30	49	$P = .270$
	No	%	45.6	54.4	43.5	56.5	$\chi^2 = 0.062$
		n	34	37	30	39	$P = .804$

13.5.3. Social support and non-pharmacological pain management

The mean emotional and instrumental support received by Belgian and Dutch women does not differ (Table 13.4). Both support measures are normally distributed around a mean score of 2.3 for emotional support and 2.1 for instrumental support.

Table 13.4: Descriptives of social support during pregnancy

	Emotional support		Instrumental support	
	B	NI	B	NI
Mean	2.36	2.33	2.10	2.04
S.E. of mean	0.05	0.04	0.05	0.04
S.D.	0.56	0.53	0.54	0.46
t (sig.)	0.55 (0.583)		0.97 (0.334)	
Q1	2		1.714	
Q2	2.250		2	
Q3	2.625		2.429	
Min.	1		1	
Max.	4		4	
Cronbach's Alpha	0.899		0.763	

Women who did not use non-pharmacological techniques and those who did, reported the same degree of emotional (B: $t = .242$; $P = .809$; NI: $t = -1.34$; $P = .182$) and instrumental (B: $t = -.27$; $P = .784$; NI: $t = -.68$; $P = .501$) social support and the same degree of aid from their partner in household shores (Table 13.5).

Table 13.5: Social support and the use of epidural analgesia ($N = 287$)

		BELGIUM			THE NETHERLANDS		
		No pain relief	Pain relief		No pain relief	Pain relief	
		Emotional support	Mean	2.38	2.36	$t = .242$	2.26
	SD	0.66	0.50	$P = .809$	0.48	0.55	$P = .182$
Instrumental support	Mean	2.09	2.11	$t = -.274$	2.01	2.06	$t = -.675$
	SD	0.55	0.53	$P = .784$	0.41	0.49	$P = .501$
Household shores (trad. female)	Mean	2.38	2.52	$t = -1.179$	2.47	2.44	$t = .241$
	SD	0.58	0.66	$P = .241$	0.68	0.79	$P = .810$
Household shores (trad. male)	Mean	4.16	3.91	$t = 1.663$	3.98	3.86	$t = .947$
	SD	0.81	0.87	$P = .099$	0.77	0.81	$P = .345$

13.5.4. Predictors of the use of non-pharmacological pain management techniques using logistic regression

Three variables had a significant predictive value (Table 13.6). Primiparous women are almost two times as likely to use non-pharmacologic pain management techniques ($OR = 1.777$; $P = .037$). To labour one hour longer increases the odds for pain management with 6 percent ($OR = 1.062$; $P = 0.010$). The use of bath- and massage techniques is positively associated with the acceptance of labour pain. Per unit increase on the pain acceptance – non-acceptance continuum, women are 1.5 times less likely to make use of

non-pharmacological pain management techniques. The measure of the acceptance of labour pain was associated with the use of a bath or massage during labour, but no interaction with country occurred (Wald(1) = .001; $P = .979$). This means that the association between pain acceptance and the use of those pain management techniques is the same for Belgium and the Netherlands.

Table 13.6: Variables included in the derived model predicting the use of non-pharmacologic pain management (N = 292)

	OR	<i>P</i>	95% CI
Parity	1.812	.030	1.060 – 3.096
Length of labour	1.061	.010	1.015 – 1.110
Acceptance of labour pain	0.654	.002	0.499 – 0.857

Note: OR = adjusted odds ratio

The indicators of social support were deleted from the model. Social support was not predictive of non-pharmacological pain management (ES: Wald(1) = .011; $P = .916$), neither was the interaction term with country (ES: Wald(1) = .226; $P = .634$). The indicators of social support were also unrelated to pain acceptance ($r = .029$; $P = .625$). Also age and educational level were not significant predictors.

The model proved to be parsimonious. The fit of the final model improved in comparison with the fit of a model containing control variables (parity, age, educational level) only ($\chi^2(2) = 15.80$; $P < .0005$). The model correctly classified 64.5 percent of the women as a function of their management of labour pain, which is only slightly more than the model containing control variables only (60.0 percent).

13.6. Conclusion and discussion

In a sample of 136 Belgian and 152 Dutch women, the influence of social support and pain attitudes on the management of labour has been assessed. Three factors proved to be meaningful predictors of the use of non-pharmacological pain management techniques during labour: parity, length of labour and the acceptance of labour pain. Giving birth to the first child and long labours increase the use non-pharmacologic pain relief. No other demographic characteristics were of importance. Third, the use of a bath and massage techniques was function of the acceptance of labour pain, but not of pain expectations and received social support during pregnancy. Before continuing the discussion of our findings, we want to draw the attention of the

reader to the fact that the analysis is restricted to women having a non-interventionist vaginal birth in a clinical setting. Thus, no home births are included.

The present study, exploring cross-national differences in the use of non-pharmacological pain management, is important because so far little research has been done about the use of pain relief during labour and cross-national studies are nonexistent. Belgium and the Netherlands are characterised by different childbirth and pain cultures, and maternity care systems, resulting in different birth practices. The specific social context of each country, combined with personal characteristics of individual women leads to new insights. In addition a prospective design enabled us to estimate the influence of antenatal factors on the use of pain relief, without recollection biases confounding the analysis.

However, the present investigation has some shortcomings that should be kept in mind when interpreting the results. First, a sample of 292 respondents is relatively small to estimate interaction effects. However interaction terms were limited to our main hypotheses and entered the analysis one by one. Second, although we dispose of several measures of social support, we ran separate analyses for each measure, because of multicollinearity. Third, we have no information regarding the use of pain relief during previous births or by family or friends, although this could clarify the mechanism behind the predictive power of pain attitudes. In addition, although intention has been proposed by several theoretical models as the main determinant of health behaviour, we were unable to assess its impact, because the data does not contain this information regarding non-pharmacological pain management.

Nevertheless, we see several noteworthy findings. First, beliefs about labour pain were predictive of the use of non-pharmacological methods, but social support was not. Women who accept labour pain as normal part of childbirth, in comparison with those who do not, were more inclined to use bath and massage techniques. From the previous study (see chapter 12) we know that pharmacological pain relief was more often used by women who do not accept labour pain. Thus, while the acceptance of labour pain decreases the likelihood of pain medication, it increases the likelihood of alternative methods.

In contrast to our hypothesis, social support was not predictive of the use of baths and/or massage techniques to relieve the pain. Following the logic of Fox and Worts (1999) and the philosophy behind antenatal classes, continuous

labour support and the midwifery model, that support supplements medical assistance by enhancing coping resources, we expected support to be positively associated with the non-pharmacological methods, and negatively with pharmacological means of pain relief (see previous chapter). Neither of these expectations has been confirmed. In our data most respondents felt supported. The findings indicate that small variation in support scores does not result in different choices regarding pain relief. The results may indicate that social support is not influential, unless extreme cases (presence versus complete absence) are compared. In addition some methodological problems may be of relevance. First, the measurement of social support might be inaccurate. The scale of van Sonderen (1993) is not designed for the specific context of childbirth, hence might be too general. Second, social support from the social environment is measured, which might be too vague as significant others were not specified. The scale measuring the aid women received in housework, however, concerns instrumental supportive behaviour of the partner, but no relation to the use of pain relief was discovered.

Secondly, the absence of country differences is remarkable. Descriptive statistics show that in a hospital setting alternative methods of pain management were as often used by Belgian and Dutch respondents. Taking into account the primacy of the midwifery model in the Netherlands one could expect to find a higher use of non-pharmacological pain relief than in Belgium, where the medical model predominates. This finding is remarkable because the analysis is limited to births in a hospital environment, which also contains policlinical births. Dutch policlinical births should be more influenced by the women-centred ideology of the midwifery model, since midwives are the main care providers. In the Belgian group policlinical births are also included, but Belgian policlinical births occur under the same hospital organisation and division of labour – and thus, bio-medical ideology – as a planned hospital birth. Two interpretations of this findings are possible. First, the Belgian bio-medical ideology is associated with the use of more pain medication, while the Dutch women-centred ideology is not associated with the use of more non-pharmacological methods. Second, Dutch birth clinics (or midwives attending policlinical births) are less permeated by the midwifery model, than assumed. Third, hospital organisation and supply factors are of more importance regarding pain medication (see previous chapter), than regarding alternative means of pain management, such as baths and massage. However, the last option can not result from our data, as the participating hospitals (also the Dutch) provide a 24 hours availability of epidural analgesia.

In addition the use of baths and massage was associated with the acceptance of labour pain as constructive part of the childbirth process among both Dutch and Belgian women, as no interaction was found between pain attitude and country. This finding contradicts our hypothesis. Several authors (Jordan 1978; Senden et al. 1988; Johnson et al. 2007) have suggested that Dutch women are notable for their acceptance of labour pain. Therefore we expected pain acceptance to be a stronger predictor of the use of natural pain management methods in the Netherlands. In the previous analysis, concerning pharmacological pain relief, Belgian women were more likely than Dutch women, to have their pain pharmacologically relieved, even when they believed labour pain is acceptable. Here we find that Dutch women compared to Belgians who find labour pain acceptable, were not more likely to use natural methods. Hence, regarding non-pharmacological relief, individual beliefs exert an influence independent of the social context, while this is not the case for pain medication.

In sum, pain attitudes are associated with the method of pain management actually used during labour. Pain acceptance makes the use of natural methods more and pharmacological methods less likely. Non-acceptance does exactly the opposite. Since pain is highlighted in the medical model and downplayed in the midwifery model, women with positive attitudes toward labour pain will favour non-pharmacologic methods matching the holistic approach of the midwifery practice. Nevertheless, little differences occur between the Belgian and Dutch clinical childbirth contexts, suggesting that the midwifery ideal does not permeate Dutch hospitals, or that the accessibility of the techniques minimises organisational (and ideological) barriers, hence making their use independent of social context.

REFERENCES

- Agresti, A. (2002) *Categorical data analysis*. (2nd ed.) New York: Wiley.
- Christiaens, W. & Bracke, P. (2007) Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. *Midwifery* doi:10.1016/j.midw.2007.02.00 (in press).
- Ferring, D. & Filipp, S.H. (1996) Measurement of self-esteem: findings on reliability, validity, and stability of the Rosenberg scale. *Diagnostica* 42, 284-292.
- Fox, B. & Worts, D. (1999) Revisiting the critique of medicalized childbirth - A contribution to the sociology of birth. *Gender & Society* 13, 326-346.
- Gagnon, A.J. & Waghorn, K. (1996) Supportive care by maternity nurses: a work sampling study in an intrapartum unit. *Birth-Issues in Perinatal Care* 23, 1-6.
- Harvey, S., Jarrell, J., Brant, R., Stainton, C. & Rach, D. (1996) A randomized, controlled trial of nurse-midwifery care. *Birth-Issues in Perinatal Care* 23, 128-135.
- Ip, W.Y. (2000) Relationships between partner's support during labour and maternal outcomes. *Journal of Clinical Nursing* 9, 265-272.
- Jenkinson, C., Carroll, D., Egerton, M., Frankland, T., McQuay, H. & Nagle, C. (1995) Comparison of the sensitivity to change of long and short-form pain measures. *Quality of Life Research* 4, 353-357.
- Johnson, T.R., Callister, L.C., Freeborn, D.S., Beckstrand, R.L. & Huender, K. (2007) Dutch women's perceptions of childbirth in the Netherlands. *Mcn-the American Journal of Maternal-Child Nursing* 32, 170-177.
- Jordan, B. (1978) *Birth in four cultures: a cross-cultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Montreal: Eden Press Women's Publications, Inc.
- Kabeyama K. & Miyoshi M. (2001) Longitudinal study of the intensity of memorized labour pain. *International Journal of Nursing Practice* 7, 46-53.
- Kempen, G.I.J.M. (1992) *Psychometric properties of GLAS baseline measures: a pilot study (in Dutch)*. Groningen: Northern Centre for Healthcare Research, University of Groningen.
- Lang, A.J., Sorrell, J.T., Rodgers, C.S. & Lebeck, M.M. (2006) Anxiety sensitivity as a predictor of labor pain. *European Journal of Pain* 10, 263-270.
- Leeman L., Fontaine P., King V., Klein M.C. & Ratcliffe S. (2003) The nature and management of labor pain. *American Family Physician* 68, 1109-1120.
- Lowe, N.K. (1989) Explaining the pain of active labor - The importance of maternal confidence. *Research in Nursing & Health* 12, 237-245.
- Lowe, N.K. (2002) The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 186, S16-S24.

- McGrady, E. & Litchfield, K. (2004) Epidural analgesia in labour. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care and Pain* 4, 114-117.
- Merskey, H. (1979) Pain terms: a list with definitions and a note on usage. Recommended by the International Association for the Study of Pain (IASP) Subcommittee on Taxonomy. *Pain* 6, 249-252.
- Morse, J.M. & Park, C. (1988) Home birth and hospital deliveries - A comparison of the perceived painfulness of parturition. *Research in Nursing & Health* 11, 175-181.
- Pearlin, L.I. & Schooler, C. (1978) Structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior* 19, 2-21.
- Saisto, T. & Halmesmaki, E. (2003) Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 82, 201-208.
- Scrimshaw, S.V. & Maher, C. (2001) Responsiveness of visual analogue and McGill pain scale measures. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* 24, 501-504.
- Senden, I.P.M., Vanderwetering, M.D., Eskes, T.K.A.B., Bierkens, P.B., Laube, D.W. & Pitkin, R.M. (1988) Labor pain - A comparison of parturients in a Dutch and an American teaching hospital. *Obstetrics and Gynecology* 71, 541-544.
- Simkin, P. & Bolding, A. (2004) Update on non-pharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health* 49, 489-504.
- Simkin, P.P. & O'Hara, M. (2002) Non-pharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 186, S131-S159.
- Skibsted, L. & Lange, A.P. (1992) The need for pain relief in uncomplicated deliveries in an alternative birth center compared to an obstetric delivery ward. *Pain* 48, 183-186.
- Stockman, A.F. & Altmaier, E.M. (2001) Relation of self-efficacy to reported pain and pain medication usage during labor. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 8, 161-166.
- Tappan, F. B. (1998) *Tappan's book of healing massage techniques: classic, holistic, and emerging methods*. (3 ed.) Stamford: Appleton and Lange.
- Torres, A. & Reich, M.R. (1989) The shift from home to institutional childbirth - A comparative-study of the United-Kingdom and the Netherlands. *International Journal of Health Services* 19, 405-414.
- van Sonderen, E. (1993) *Sociale steun lijst - interacties (SSL-I) en sociale steun lijst - discrepanties (SSL-D). Een handleiding*. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken.
- von Wiese, L. (1934) Sociology and suffering. *International Journal of Ethics* 44, 222-235.
- Wilkinson, I. (2005) *Suffering: a sociological introduction*. Oxford: Polity Press.

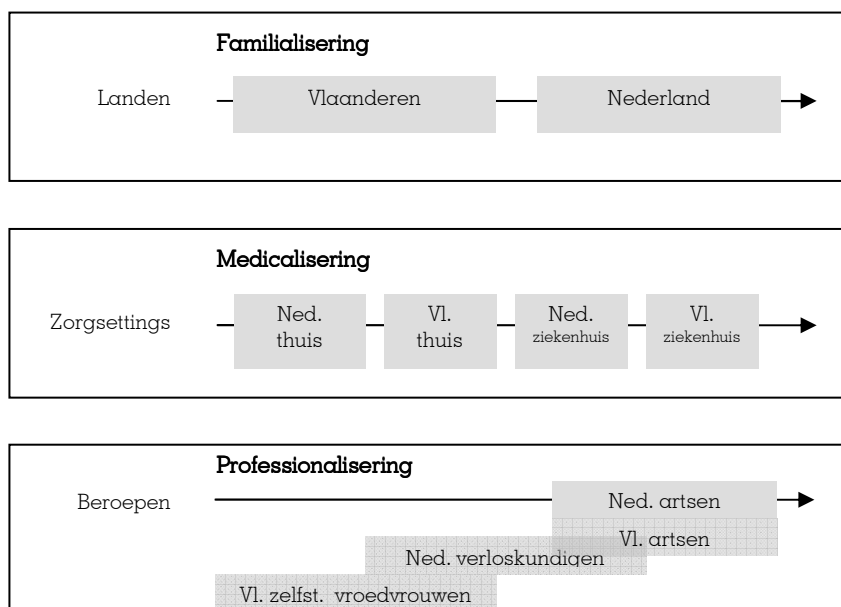
Hoofdstuk 14: ALGEMENE CONCLUSIE

... DE TERUGBLIK

14.1. De impact van de organisatie van zorg op maternaal welbevinden

De verschillen in de organisatie van zorg tussen Vlaanderen en Nederland werden geanalyseerd aan de hand van drie processen: professionalisering, medicalisering en familialisering van zorg. Deze processen overlappen grotendeels en bestaan niet onafhankelijk van elkaar. Hoewel ze theoretisch van elkaar kunnen onderscheiden worden, zijn ze empirisch sterk vervlochten. In onze dataset worden ze samengedrukt tot de vergelijking van vier zorgsettings, namelijk Vlaamse en Nederlandse thuis- en ziekenhuiscontext. Vooraleer in te gaan op de verschillen in maternaal welbevinden en pijnbeleving in deze vier settings, wordt de essentie weergegeven van professionalisering, familialisering en medicalisering als continua waarop Vlaanderen en Nederland gesitueerd kunnen worden.

Figuur 14.1: De Vlaamse en Nederlandse organisatie van zorg op drie continua



14.1.1. Professionalisering van zorg

De manier waarop gezondheidszorg in het algemeen, en maternale zorg in het bijzonder, georganiseerd is in Vlaanderen en Nederland, is het voorlopige eindresultaat van evoluties in inter-professionele relaties tussen de medische professie en de vroedvrouwen/verloskundigen, met de staat als scheidsrechter. De verschillende professionaliseringstrajecten die beide beroepsgroepen hebben afgelegd, liggen aan de basis van de huidige divergerende zorgmodellen.

In Nederland wordt zorg georganiseerd volgens het poortwachtersysteem, waarbij eerstelijnszorgverleners, waaronder verloskundigen en huisartsen, patiënten al dan niet toegang verlenen tot de tweedelijnszorg. Dit impliceert een brede machtsbasis voor verloskundigen en huisartsen en een duidelijke taakomschrijving voor specialisten. Samen met de overtuiging dat bevallen een normale fysiologische gezinsgebeurtenis is, legt deze structuur de basis voor de unieke Nederlandse situatie, gekenmerkt door een hoog percentage thuisbevallingen en een laag percentage obstetrische interventies. Deze constellatie beantwoordt aan de omschrijving van het sociale model, dat analytisch gecontrasteerd wordt met het medische model van zorg. Een blik op de professionaliseringstrajecten van artsen en verloskundigen, biedt

inzicht in de ontstaansgeschiedenis ervan. De positie van verloskundigen werd doorheen de geschiedenis beschermd door befaamde gynaecologen-obstetristen, die pleitten voor thuisbevallingen en het behoud van de normale baring als terrein voor verloskundigen enerzijds, en de specifieke wetgeving en een degelijke opleiding voor verloskundigen, geïnitieerd door de staat anderzijds. De invoering van de ziekteverzekering zorgde bovendien voor een consolidering van het poortwachtersysteem, dat het raamwerk vormt waarop het zorgsysteem geënt is.

In Vlaanderen heeft iedere patiënt vrije toegang tot tweedelijns zorgverleners. Dit betekent dat eerstelijnszorgverleners en specialisten met elkaar in concurrentie gaan voor een deel van de zorgverlening. Er is immers geen duidelijke taakomschrijving voor de beide groepen. Met betrekking tot de begeleiding van normale zwangerschappen en baringen, zijn zowel (zelfstandige) vroedvrouwen, huisartsen en gynaecologen-obstetristen bevoegd, maar de overgrote meerderheid van de Vlaamse vrouwen consulteert onmiddellijk een gynaecoloog. Deze situatie resulteert in een zeer laag percentage thuisbevallingen en een hoog percentage obstetrische interventies. De manier waarop zorg in Vlaanderen georganiseerd is, sluit het best aan bij wat ideaaltypisch het medische model wordt genoemd. De evolutie in inter-professionele relaties tussen artsen en vroedvrouwen heeft een belangrijk aandeel in de bestaande Vlaamse zorgconstellatie. Vlaamse vroedvrouwen hebben aan huisartsen een sterke tegenstander gehad, die met hen concurreerde voor de normale baringen. Bovendien hadden ze geen sterke beroepsorganisatie die voor verweer kon zorgen. De invoering van de algemene ziekteverzekering zorgde ervoor dat de tweedelijns vrij toegankelijk werd voor iedereen, waardoor het "open access" systeem werd geïnstalleerd, wat zwangerschap en bevalling betreft, ten nadele van vroedvrouwen en huisartsen, ten voordele van arts-specialisten.

De artsen (huisartsen en specialisten) en de vroedvrouwen/verloskundigen zijn dus de actoren die respectievelijk het medische versus sociale model in de praktijk brengen al dan niet binnen de geïnstitutionaliseerde context van het ziekenhuis. Wat analytisch vereenvoudigd wordt tot een dichotomie (medisch versus sociaal) is empirisch echter een continuüm waarop niet alleen landen en zorgsettings (ziekenhuizen en de thuisomgeving) zich situeren, maar waarop ook individuele artsen, vroedvrouwen/verloskundigen en moeders positie innemen (Figuur 14.1). Hun positie op het continuüm definieert hun verwachtingen en preferenties aangaande hoe een geboorte

idealiter moet verlopen. Door Vlaamse en Nederlandse vrouwen die in ziekenhuizen of thuis zijn bevallen, met elkaar te vergelijken, heb ik geprobeerd om het spanningsveld in kaart te brengen tussen de positionering van moeders op het continuüm en twee uitkomsten, postpartum tevredenheid en pijnbeleving. Woonplaats en plaats van bevallen zijn slechts ruwe indicatoren van deze positie, maar laten wel toe om verschillen tussen de zorgcontexten bloot te leggen.

14.1.2. Familialisering van zorg

Niet enkel professionelen verlenen zorg. Naast de professionele gemedicaliseerde zorgkanalen, neemt ook het gezin zorgtaken op zich. Welk zorgkanaal het overwicht heeft en via welke mechanismen dat overwicht geïnstalleerd werd, verschilt voor Vlaanderen en Nederland. De Belgische en Nederlandse welvaartsstaten nemen met andere woorden een andere positie in op het familialisering- en medicaliseringscontinuüm (Figuur 14.1). Defamilialiserende welvaartsstaten vergemakkelijken de tewerkstelling van de vrouw en verkleinen de zorgfunctie van het gezin. In België gaat dit gepaard met een quasi volledige institutionalisering van geboorte, wat hospitalisering en dus medicalisering impliceert. De inspanning die welvaartsstaten doen om arbeid te decommodificeren, doet vooral deeltijds werken en dus familialisering toenemen. Dit is vooral het geval in Nederland, waar het gezin als private verschafter van welvaart een grotere rol vervult dan in België, wat zich in de reproductieve fase doorvertaalt naar thuis of in daghospitalisatie bevallen. De Nederlandse staat voorziet kraamhulp om de gezinnen thuis te ondersteunen. Nederland kent ook defamilialiserende structuren zoals kinderopvang en ouderschapsverlof, maar deze zijn minder ontwikkeld dan in België. Nederland kenmerkt zich dus 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 sociaal model krijgen de voorkeur en het defamilialisme en het medisch model dienen als vangnet.

De organisatie van formele en informele zorg moeten op elkaar afgestemd zijn. Waar dit niet het geval is, zoals wanneer moeders met een fulltime job geen beroep kunnen doen op kraamhulp of kinderopvang (bijv. omdat het aanbod te klein is), noch op goed geregeld ouderschapsverlof, kan dit aanleiding geven tot ontevredenheid. Het is onduidelijk of deze afstemming beter georganiseerd is in België, en of dit een verklaring kan zijn voor de

hogere postpartum tevredenheid van Belgische vrouwen. Onder impuls van de toenemende arbeidsparticipatie van vrouwen, de belangrijkste verstrekkers van informele zorg (Bracke et al. 2008), of anders gesteld, het toenemend aantal *dual earner* gezinnen, doen zich verschuivingen voor in de afstemming tussen het formele en het informele zorgaanbod. Concreet, doordat moeders minder tijd aan zorgtaken besteden, verwachten ze meer mogelijkheden tot het uitbesteden van zorgtaken, hetzij aan de partner, hetzij aan het formele zorgsysteem.

Zorgsystemen lijken vrij stabiel, maar zijn desalniettemin aan verandering onderhevig. Sociale systemen beschikken over een groot aanpassingsvermogen, door een hoge mate van complexiteit veroorzaakt door intentionaliteit en taal (voorwaarden tot sociaal handelen) die er samen voor zorgen dat gedrag heel flexibel is (Goldspink & Kay 2004), en dus sterk varieert. De heterogeniteit binnen sociale structuren wordt mede in de hand gewerkt door het feit dat individuen deel uit maken van verschillende overlappende domeinen. Op de raakvlakken tussen domeinen, bijvoorbeeld werk en gezin, is *spill-over* mogelijk van betekenissen en interactiepatronen. Wat functioneel is in het ene domein, kan echter disfunctioneel zijn in het andere, met conflicten tot gevolg (Goldspink & Kay 2004). Met andere woorden, waar domeinen in competitie gaan met elkaar situeert zich een bron van sociale verandering. Toegepast op de organisatie van formele en informele zorg, betekent dit dat de eisen van een groeiende arbeidsparticipatie van vrouwen, in competitie gaat met de zorgtaken die binnen gezinnen door hen vervuld worden. Dit conflict kent twee oplossingsstrategieën. Het eerste is het reduceren of laag houden van de arbeidsparticipatie van vrouwen, zoals het geval is in de *part-time* economie in Nederland (Visser 2002). Dit is een kenmerk van wat in hoofdstuk 4, familialisering van zorg genoemd wordt. Ten tweede, kunnen zorgtaken uitbesteed worden, zoals in het Vlaamse model gebeurt, en kenmerkend is voor defamilialisering van zorg. In hoofdstuk 4, werd beargumenteerd dat defamilialisering hand in hand gaat met medicalisering van geboorte, omdat het de uitbesteding van de zorg voor moeder en kind institutionaliseert.

14.1.3. Medicalisering van zorg

Waar professionalisering een noodzakelijke voorwaarde is voor medicalisering en er dus in feite deels aan vooraf gaat, is familialisering een alternatief dat ermee parallel loopt. In het hoofdstuk over medicalisering

werden verschillende betekenissen onderscheiden, waaronder het ontstaan van medische referentiekaders. Deze referentiekaders zijn het resultaat van kennisaccumulatie die zich voornamelijk in de loop van de 19^{de} eeuw heeft voorgedaan. Kennisaccumulatie wordt mogelijk gemaakt door middel van interactie, en dus samen handelen van actoren, in dit geval leden van de (toenmalige) opkomende medische professie. Deze actoren hebben betekenissen gecreëerd. In de terminologie van Berger en Luckman (1966) is dat de externalisering van subjectiviteit, die na verloop van tijd, door herhaling geobjectiveerd en dus geïnstitutionaliseerd werd. De medische referentiekaders hebben op die manier een autonomie verworven. Dat wil zeggen, ze kennen een bestaan, onafhankelijk van individueel handelen (Berger & Luckmann 1966). Er ontstonden sociale structuren, bijvoorbeeld instituties zoals ziekenhuizen, universiteiten of scholen, die de som van hun deelenheden overstijgen. Medicalisering kan dus een *emergent property* genoemd worden dat ontstond en nog steeds voortvloeit uit de interactie (vnl. kennisoverdracht) tussen leden van de medische professie. Dus, medicalisering als macrofenomeen resulteert uit intentioneel handelen van actoren en verwerft daarbij een zekere autonomie.

Sociaal handelen van individuen wordt gestuurd door de objectieve realiteit van het medische model, maar ook door de interpretatie ervan (Smelser 1988). Interpretaties variëren binnen en tussen groepen. De obstetrische praktijk, die de concrete vertaling is van het medische model, heeft in Vlaanderen en Nederland een verschillende betekenis verworven. In Vlaanderen is gemedicaliseerde zorg vanzelfsprekend de beste zorg. Door zorg toe te vertrouwen aan artsen en medische technologie, wordt het geboorteprocés controleerbaar en worden risico's en onzekerheden gereduceerd. In Nederland is medicalisering een vangnet dat bij risico's de kans op een goede uitkomst maximaliseert. Maar er is meer dan perceptie alleen. De obstetrische praktijk is ingebed in een gezondheidszorgsysteem dat de keuzes van vrouwen stuurt, ongeacht hun interpretaties ervan. In Vlaanderen krijgen vrouwen vrije toegang tot de obstetrische praktijk (tweedelijns), terwijl men daar in Nederland enkel via de verloskundige praktijk (eerstelijns) toegang toe kan krijgen.

Samengevat, professionalisering, medicalisering en familialisering verwijzen elk naar macroprocessen, die zorgkeuzes van vrouwen beïnvloeden ongeacht de specifieke institutionele setting. De klemtoon ligt hierbij op de crossnationale verschillen. Er is echter ook intra-landelijke variatie, die door deze macroprocessen onderbelicht wordt. De organisatie van zorg kan ook

benaderd worden van onder uit, nl. door individuele preferenties te bestuderen (Kremer 2007). De samensmelting van de macrostructurele condities en de individuele preferenties, leidt tot de idee dat welvaartsstaatvoorzieningen, dus ook gezondheidszorg, enkel effectief zijn wanneer ze passen in de individuele preferenties en levensstijl van vrouwen. We hebben de effectiviteit onderzocht in termen van postpartum tevredenheid en pijnbeleving.

14.2. Wat zegt de empirie?

Alvorens de belangrijkste resultaten weer te geven, willen we eerst kort stil staan bij de beperkingen van dit onderzoek.

Eerst en vooral, zwangere vrouwen zijn een verborgen populatie, waardoor een aselechte steekproef niet tot de mogelijkheden behoorde. Dit brengt een beperkte generaliseerbaarheid van de bevindingen met zich mee.

Bovendien werden vrouwen gerekruteerd via zelfstandige vroedvrouwen/verloskundigen en gynaecologen tijdens prenatale consultaties (zie hoofdstuk 5). Door deze manier van werken hadden we weinig controle over het inclusieproces en dus het antwoordpercentage. Hoewel aan de participerende vroedvrouwen/verloskundigen en artsen werd gevraagd om het aantal weigeringen te registreren, werd dit niet consequent door iedereen gedaan. Bijgevolg kunnen we enkel een minimale en maximale schatting geven op basis van het geschatte aantal potentiële deelnemers. Vroedvrouwen en verloskundigen konden dit vrij accuraat schatten door het aantal geplande geboortes gedurende de maanden van de dataverzameling te tellen in hun agenda. Gynaecologen deden beroep op statistieken van het jaar voordien. Op basis van deze schattingen werd het aantal te drukken vragenlijsten bepaald. Het antwoordpercentage werd berekend door het aantal respondenten te delen door het totale aantal vragenlijsten. De schattingen variëren tussen 19 en 68 procent voor de ziekenhuizen, en tussen 38 en 100 procent voor de verloskundige praktijken (NI) en zelfstandige vroedvrouwen (VI). We weten echter wel dat in de ziekenhuizen niet alle vragenlijsten werden uitgedeeld, waardoor kan verwacht worden dat het werkelijke antwoordpercentage hoger ligt. Door gebrek aan informatie over non-reponse echter zijn mogelijke selectie-effecten moeilijk in te schatten. We hebben dit proberen op te vangen door in de analyses steeds te controleren

voor een aantal essentiële demografische kenmerken, zoals leeftijd, pariteit, opleiding en tewerkstelling.

Een derde punt van kritiek is het moment waarop de vragenlijsten werden ingevuld. De eerste werd ingevuld op 30 weken zwangerschap, de tweede binnen de twee weken na de geboorte. Na een zwangerschap van 30 weken zou de nakende geboorte reeds concreet genoeg moeten zijn om een verwachtingspatroon te hebben gevormd. Tal van andere studies hebben hetzelfde tijds kader gebruikt (bijv. Shields et al. 1998; Stahl & Hundley 2003). Bovendien werd de W-DEQ door de ontwerper van de schaal, Klaas Wijma, ook afgenomen op 28 à 30 weken zwangerschap (Wijma et al. 1998). Aangezien deze schaal één van de belangrijkste schalen is in de vragenlijst, was dit een bijkomende reden om te kiezen voor 30 weken.

Binnen de twee weken na de geboorte zou problematischer kunnen zijn, in die zin dat vrouwen minder kritisch zouden staan tegenover de bevalling (van Teijlingen et al. 2003) dan bijvoorbeeld na zes maanden. Er werd echter geopteerd om toch te bevragen kort na de geboorte omwille van twee redenen. Ten eerste, het rapporteren van de pijnintensiteit gebeurt best zo snel mogelijk na de bevalling om vertekening door het vervagen van de herinnering tegen te gaan (Terry & Gijsbers 2000). Aangezien de pijnperceptie een centrale veranderlijke was in het onderzoek, wilden we dit niet veronachtzamen. Ten tweede, voor gehospitaliseerde vrouwen was het praktisch om de vragenlijst in te vullen gedurende hun verblijf in het ziekenhuis. Een derde bevraging op zes maanden postpartum was ideaal geweest, maar niet realiseerbaar met de beschikbare middelen.

Ten vierde, de plaats waar de postnatale vragenlijst werd ingevuld verschilt naargelang de plaats van bevallen. Meer bepaald, vrouwen die thuis bevallen zijn, hebben de vragenlijst thuis ingevuld, terwijl vrouwen met een ziekenhuisbevalling ze in het ziekenhuis hebben ingevuld¹. Studies hebben aangetoond dat vrouwen die vragenlijsten thuis invullen vaak kritischer antwoorden, in vergelijking met degenen die ze in een ziekenhuis invullen, omdat deze laatste zich vaak loyaal willen tonen ten opzichte van het ziekenhuis waar ze verblijven (Lumley 1985). Indien deze vertekening zich inderdaad heeft voorgedaan, betekent dit, dat het verschil tussen vrouwen met een thuisbevalling en degenen met een ziekenhuisbevalling zonder

¹ Bij een poliklinische bevalling werd de vragenlijst mee naar huis gegeven omdat vrouwen de dag zelf of daags nadien reeds huiswaarts keerden.

vertekening nog groter zou zijn, wat onze conclusies alleen maar kan versterken.

Ten vijfde, was er een relatief grote uitval van bijna 200 respondenten tussen de eerste en de tweede bevraging. Dit had gedeeltelijk gecompenseerd kunnen worden door het sturen van herinneringen, wat niet mogelijk was omdat de anonimiteit moest verzekerd blijven.

Een zesde tekortkoming is dat de Vlaamse en Nederlandse zorgmodellen en -context samengedrukt worden in slechts twee dichotome variabelen, namelijk land en plaats van bevallen. Dit zijn slechts ruwe indicatoren van de culturele en institutionele verschillen. Bijgevolg kan empirisch niet het onderscheid gemaakt worden tussen zorgideologie en zorgpraktijk. Evenmin kunnen we effecten differentiëren in functie van processen van professionalisering, medicalisering of familialisering die zich in beide landen voordoen. Derhalve wordt het testen van verklaringen voor crossnationale verschillen sterk beperkt. Het inbrengen van landenkenmerken heeft pas zin, wanneer het aantal landen zou worden uitgebreid, zodat *multi-level* analyses tot de mogelijkheden zouden gaan behoren.

Een laatste tekort is de afwezigheid van informatie over de zorgpraktijk en -ideologie van de zorgverleners, evenals over de verwachtingen en ervaringen van de partners en de dynamiek in het koppel. Binnen het voorziene tijdsbestek en de beperkte middelen, konden geen data verzameld worden bij de zorgverleners (vroedvrouwen/verloskundigen en gynaecologen) en de vaders. Nochtans had deze informatie de dataset sterk kunnen verrijken.

Ondanks deze tekorten, zijn we tot waardevolle bevindingen gekomen. In wat volgt worden de belangrijkste op een rijtje gezet, om ze vervolgens te overstijgen en te verbinden met inzichten uit de theoretische hoofdstukken over professionalisering, medicalisering en familialisering. Postpartum tevredenheid en pijnbeleving worden apart behandeld.

14.2.1. Postpartum tevredenheid

We lieten de analyse van post-partum tevredenheid voorafgaan door de vergelijking van verwachtingen die vrouwen tijdens hun zwangerschap formuleerden over de naderende bevalling, en de ervaringen die ze achteraf rapporteerden (hoofdstuk 6). De vergelijking van verwachtingen en ervaringen

is een eerste verkenning van hoe variatie in zorgsettings kan resulteren in variatie in welbevinden. Op die manier zijn we tot vijf kernbesluiten gekomen, die anticiperen op de analyse van post-partum tevredenheid.

In de eerste plaats vonden we dat verwachtingen positief geassocieerd zijn met ervaringen, wat betekent dat vrouwen die negatief op de geboorte anticiperen ook een grotere kans hebben op een negatieve ervaring, maar het omgekeerde geldt natuurlijk ook. Ten tweede, bleken de ervaringen de verwachtingen te overstijgen, maar het verschil tussen beide was klein. Deze bevinding gold voor elke zorgsetting. Ten derde, hadden vrouwen die een thuisbevalling hadden gepland, positievere verwachtingen en ervaringen dan de vrouwen die een ziekenhuisbevalling hadden gepland. Hetzelfde geldt voor de effectieve plaats van bevallen. Ten vierde, Vlaamse vrouwen hadden positievere verwachtingen en ervaringen dan Nederlandse, ongeacht de plaats van bevallen. Nederlandse vrouwen met een thuisbevalling waren minder optimistisch dan Vlaamse thuis bevallen vrouwen, en hetzelfde geldt voor de vrouwen met een ziekenhuisbevalling. Tenslotte, hoewel de Vlaamse vrouwen hogere verwachtingen en betere ervaringen rapporteerden dan de Nederlandse, was de fit tussen verwachtingen en ervaringen even goed in de twee landen. Wat de zorgsettings betreft, echter, vinden we dat de discrepantie bij thuisbevallingen groter is dan bij ziekenhuisbevallingen, hoewel de scores positiever zijn.

Theorieën over patiëntentevredenheid, zoals de *value expectancy* theorie en de discrepantietheorie, voorspellen dat een gebrekkige afstemming tussen verwachtingen en ervaringen een belangrijke determinant is van tevredenheid (Linder-Pelz 1982; Bramadat & Driedger 1993). Op basis van deze theorieën, verwachten we dus geen verschillen in postpartum tevredenheid tussen Vlaamse en Nederlandse vrouwen, gezien de discrepanties in beide landen even groot zijn. Bovendien voorspellen de theorieën een lagere tevredenheid bij thuisbevallingen dan bij ziekenhuisbevallingen, aangezien de discrepantie bij thuisbevallingen het grootst was. Tenslotte, doen deze bevindingen ons verwachten dat de thuisbevallers in Nederland en Vlaanderen even tevreden zouden zijn, terwijl de ziekenhuisbevallers in Nederland minder tevreden zouden zijn dan in Vlaanderen, gezien daar de kloof tussen pijnverwachtingen en -ervaringen het grootst was.

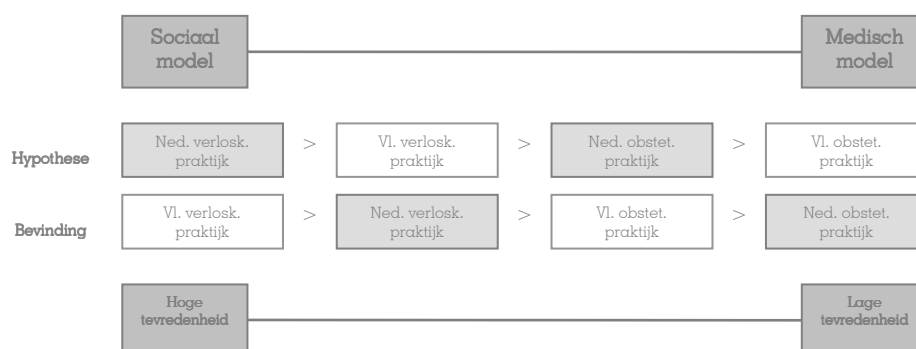
14.2.1a Plaats van bevallen en postpartum tevredenheid

Onze verwachtingen op basis van de vergelijking van verwachtingen en ervaringen, werden niet bevestigd. In een tweede empirische bijdrage

(hoofdstuk 7) werd enerzijds de associatie tussen postpartum tevredenheid en de plaats van bevallen onderzocht en anderzijds werd nagegaan of deze associatie dezelfde was in Vlaanderen, als vertegenwoordiger van het medische model, en in Nederland, als voorbeeld van het sociale model. We vonden, ten eerste, dat vrouwen die een thuisbevalling gepland hadden, hoger scoorden op elke subdimensie van tevredenheid dan vrouwen die een ziekenhuisbevalling gepland hadden. Ten tweede, Vlaamse vrouwen waren meer tevreden na de geboorte, dan Nederlandse vrouwen, opnieuw op elke subdimensie. Ten derde, Vlaamse vrouwen rapporteren een hogere postpartum tevredenheid, ongeacht de plaats waar ze bevallen, dus, zowel bij thuis- als bij ziekenhuisbevallingen.

De bevindingen inzake postpartum tevredenheid tonen zowel verschillen tussen Vlaamse en Nederlandse vrouwen, als tussen thuis- en ziekenhuisbevallers. De meest opvallende bevinding is dat hoewel obstetrische praktijk (ziekenhuisbevallingen) resulteert in een lagere postpartum tevredenheid dan de verloskundige praktijk (thuisbevallingen), de Vlaamse vrouwen wel meer tevredenheid rapporteren dan de Nederlandse (zie hoofdstuk 7). Gezien (1) de Nederlandse organisatie van zorg beter aansluit bij het sociale model, dan de Vlaamse, en (2) het sociale model verwacht wordt te resulteren in een hogere tevredenheid, hadden we hogere tevredenheidsscores verwacht bij de Nederlandse vrouwen, dan bij de Vlaamse (Figuur 14.2).

Figuur 14.2: Vlaamse en Nederlandse obstetrische en verloskundige praktijk gesitueerd op twee continua: postpartum tevredenheid en medicalisering



De interpretatie van deze bevinding moet gedifferentieerd worden naar de plaats van bevallen. In beide zorgsettings (thuis en in een ziekenhuis) is er een dubbele logica mogelijk: ofwel zijn de zorgsettings die we afgebakend hebben

niet de vertegenwoordigers van de vooropgestelde zorgmodellen, dat wil zeggen, Vlaanderen van het medische en Nederland van het sociale model. Ofwel resulteren de zorgmodellen, sociaal versus medisch, niet in de verwachte uitkomsten wat welbevinden betreft.

Wat de Nederlandse ziekenhuizen betreft, zou – rekening houdende met de lage obstetrische interventiecijfers in Nederland – kunnen verwacht worden dat de Nederlandse obstetrische praktijk beïnvloed wordt door de Nederlandse culturele opvattingen over geboorte, met centraal dat bevallen een normaal proces is en dat de spontaneïteit ervan moet bewaakt worden. Met andere woorden, we zouden kunnen verwachten dat de biomedische ideologie minder sterk de Nederlandse, dan de Vlaamse obstetrische praktijk kenmerkt. De bevinding dat vrouwen meer tevreden zijn in Vlaamse dan in Nederlandse ziekenhuizen, kan dan ofwel betekenen dat deze veronderstelling niet klopt, ofwel dat de Vlaamse gemedicaliseerde aanpak niet nefast is voor het maternaal welbevinden, wat ingaat tegen de medicaliseringskritieken. Een andere verklaring kan gezocht worden in andere kenmerken van Vlaamse en Nederlandse ziekenhuizen, die buiten ons gezichtsveld vallen. Dat ziekenhuisbevallingen in Vlaanderen resulteren in een hogere tevredenheid kan te maken met de betekenis die vrouwen aan deze omgeving toekennen. In Vlaanderen staat het ziekenhuis voor veiligheid en comfort, in Nederland ook, maar voor sommige vrouwen met tegenzin (bijv. na een doorverwijzing) en voor andere, degene die bewust voor een ziekenhuis kiezen, gaat het misschien niet ver genoeg. We hebben geen zicht op hoe de specifieke ziekenhuisorganisatie verschilt in termen van bijvoorbeeld continuïteit van zorg, inspraak in beslissingen en toegang tot medische technologie, zoals pijnstilling. Doordat praktijk en ideologie in de operationalisering via plaats van bevallen niet kunnen uit elkaar gehaald kunnen worden, weten we niet welke van de twee componenten van de sociale werkelijkheid instaat voor het verschil in tevredenheid.

Wat de thuisbevallingen betreft, stellen we vast dat de Vlaamse verloskundige praktijk resulteert in meer tevredenheid dan de Nederlandse. Opnieuw kan dat betekenen dat ofwel de Vlaamse thuisbevallingen meer aan het sociale model beantwoorden, ofwel dat het sociale model niet resulteert in een hoger welbevinden. Hierboven hebben we geargumenteed dat, wat betreft de ziekenhuizen, het medische model niet zo nefast is als door critici voorspeld wordt, eerder dan te denken dat Nederlandse ziekenhuizen minder doordrongen zijn van het sociale model, dan de Vlaamse. Voor de thuisbevallingen, lijkt de andere logica meer aannemelijk, namelijk dat de

Vlaamse verloskundige praktijk in feite meer op het sociale model georiënteerd is, dan de Nederlandse. De Vlaamse zelfstandige vroedvrouwen onderscheiden zich van de Nederlandse verloskundigen door hun minderheidspositie. Ze maken deel uit van een tegenbeweging die moet begrepen worden binnen een emancipatorisch discours tegen het medische "establishment". Zij streven het ideaaltype van het sociale model na en slagen daar ook beter in dan hun Nederlandse collega's door hun lagere werkbelasting. Vlaamse zelfstandige vroedvrouwen beschikken over de ruimte om vrouwen thuis intensief en continu te begeleiden doordat hun parturiëntenaantal laag ligt. In Nederland is deze continuïteit niet gegarandeerd. De hoge werkdruk eist daar een andere werkorganisatie dan in Vlaanderen: verloskundigen binnen een groepspraktijk lossen elkaar af en worden ondersteund door kraamverzorgenden. Desalniettemin moeten Nederlandse vrouwen een groot deel van de arbeid zelfstandig doorstaan, terwijl Vlaamse vrouwen kunnen beroep doen op de continue steun van een vroedvrouw die, als het moet, uren en uren op de bedrand zit.

Binnen het bestek van deze studie kunnen we geen uitsluitel geven over de geopperde verklaringen, gezien ze onze data overstijgen. Om de bevindingen te begrijpen zijn contextspecifieke verklaringen nodig. Er is dus informatie nodig over hoe de Vlaamse en Nederlandse verloskundige en obstetrische praktijk precies van elkaar verschillen. Met andere woorden, welke zijn de verschillen tussen Vlaamse en Nederlandse thuisbevallingen die aanleiding kunnen geven tot een verschillende tevredenheid? Deze vraag geldt nog meer voor de ziekenhuisbevallingen, want over de verschillen in de sociale organisatie van Vlaamse en Nederlandse materniteiten bestaat nog meer onduidelijkheid dan over de thuisbevallingen.

14.2.1b Doorverwijzingen en postpartum tevredenheid

In hoofdstuk 8 zijn we dieper ingegaan op de specifieke situatie waarbij vrouwen die gepland hadden om thuis te bevallen, toch naar het ziekenhuis werden doorverwezen tijdens de zwangerschap of tijdens de arbeid. Doordat verloskundigen in Nederland hun parturiëntes kunnen vergezellen naar het ziekenhuis en dat in Vlaanderen niet het geval is, hadden we verwacht dat de Vlaamse doorverwezen vrouwen minder tevreden zouden zijn met de bevalling, dan de Nederlandse. We vonden inderdaad dat doorverwezen worden, gepaard ging met een daling van de postpartum tevredenheid in het algemeen, en de zelfgerelateerde aspecten van tevredenheid in het bijzonder.

Deze negatieve associatie gold echter niet voor de andere subdimensies van tevredenheid (baby, vroedvrouw/verloskundige en partner). Een opvallende bevinding is dat Nederlandse respondentes na doorverwijzing een lagere postpartum tevredenheid rapporteerden dan Vlaamse.

Een ziekenhuisbevalling op doorverwijzing laat sporen na in termen van postpartum tevredenheid vooral bij Nederlandse vrouwen. Daar waar Vlaamse doorverwezen vrouwen minder tevreden zijn dan degenen die thuis bevallen zijn, maar meer tevreden dan zij die zoals gepland in een ziekenhuis bevallen zijn, zijn de Nederlandse doorverwezen vrouwen minst tevreden van de drie groepen. De definitie van de situatie (Thomas & Thomas 1928) – doorverwezen worden – is cruciaal en verschilt in Vlaanderen en Nederland. Vlaamse vrouwen zijn blij dat ze een groot deel van de arbeid thuis hebben kunnen beleven. Dat hebben ze alvast gewonnen tegenover vrouwen die het standaard traject verkiezen, terwijl Nederlandse vrouwen alleen verliezen in vergelijking met de thuisbevalling die ze gepland hadden. Met andere woorden, Nederlandse vrouwen ondervinden relatieve deprivatie door de vrouwen met positieve thuisbevallingen als referentiegroep te nemen.

De referentiegroeptheorie biedt een post hoc verklaring die de subjectieve situatie van de Vlaamse en Nederlandse vrouwen in rekening brengt. Het concept relatieve deprivatie werd door Merton (1968) geïntroduceerd om gevoelens van ontevredenheid die niet konden verklaard worden door de kenmerken van de objectieve situatie, te begrijpen. In Nederland zijn thuisbevallingen voor de meeste vrouwen het referentiepunt, aangezien 70 procent (Anthony et al. 2005) met prenatale zorg begint in de eerste lijn, overeenkomstig de nationale strategie om thuis bevallen te promoten. Met andere woorden, de meeste Nederlandse vrouwen prefereren een thuisbevalling. Bijgevolg zullen ze zich, bij een doorverwijzing, gedeprimeerd voelen in vergelijking met hun referentiegroep van vrouwen met positieve thuis ervaringen. Hoewel we hier veronderstellen dat Nederlanders thuis bevallen prefereren boven het ziekenhuis, is het in feite onduidelijk in welke mate dit effectief zo is en ze niet gedwongen worden door het systeem. Van de Vlaamse vrouwen die thuis bevallen, weten we daarentegen met zekerheid dat ze bewust de voorkeur geven aan een thuisbevalling. Deze vrouwen stellen de biomedische benadering in vraag en krijgen daarbij heel wat weerstand van vrienden en familie. De Vlaamse vrouwen die een thuisbevalling prefereren, zullen nooit een consensus vinden in hun directe omgeving met betrekking tot thuis bevallen. In het geval van conflict met de directe sociale omgeving, stelt Merton (1968) dat men niet significante

anderen als referentiepunt zal nemen, maar wel de normen en verwachtingen die gelden binnen de bredere maatschappelijke context. Bijgevolg zullen Vlaamse vrouwen die een thuisbevalling plannen geen relatieve deprivatie ervaren en zal hun tevredenheid niet dalen zoals dat bij hun noorderburen het geval is. Verwezen worden naar het ziekenhuis betekent in Vlaanderen, verplicht worden te bevallen conform de norm.

Een andere logica om de hogere tevredenheid van Vlaamse vrouwen die thuis bevielen te verklaren is gebaseerd op de link tussen handelen als gevolg van een keuze, en gevoelens van verantwoordelijkheid. Onderzoek heeft aangetoond dat positieve uitkomsten positiever en negatieve uitkomsten negatiever geëvalueerd worden, wanneer ze het resultaat zijn van een actieve beslissing, omdat handelen (in tegenstelling tot niet handelen) geassocieerd wordt met verantwoordelijkheid (Gilovich et al. 1995). In Vlaanderen is thuis bevallen het resultaat van een bewuste keuze tegen het systeem in, terwijl het in Nederland vanzelf gebeurt door de werking van het systeem. Bijgevolg zouden, volgens bovenstaande redenering, Vlaamse vrouwen die kiezen voor een thuisbevalling zich daar meer verantwoordelijk voor voelen dan Nederlandse vrouwen, waardoor hun evaluatie achteraf en dus hun postpartum tevredenheid positiever is bij een positief verloop. Wanneer de doorverwijzingen echter in rekening worden gebracht, zouden de Vlaamse vrouwen volgens deze logica, negatiever moeten zijn dan de Nederlandse, wat niet het geval is. Deze logica biedt dus slechts een gedeeltelijke verklaring.

14.2.1c Determinanten van postpartum tevredenheid

In hoofdstuk 9 werd een multivariaat model geschat op zoek naar de determinanten van postpartum tevredenheid. Afgezien van de controle veranderlijken, werden verwachtingen met betrekking tot de geboorte, de ervaren pijnintensiteit, persoonlijke controle en handelingsdoeltreffendheid, opgenomen in het model. We vonden dat vervulde verwachtingen de meest consistente voorspellers waren voor alle subdimensies van tevredenheid. Vrouwen met vervulde verwachtingen bleken meer tevreden dan andere wiens verwachtingen niet werden ingelost. Ten tweede, zorgde persoonlijke controle voor een verbetering van de tevredenheid (alle subdimensies). Ten derde, was de pijnintensiteit niet bevorderlijk voor de postpartum tevredenheid, maar deze negatieve associatie werd wat betreft de tevredenheid over de vroedvrouw/verloskundige gebufferd door persoonlijke

controle. Een pijnlijke bevalling resulteert dus niet noodzakelijk in een lagere tevredenheid, indien vrouwen de controle behouden. Ten vierde, waren vrouwen met een grote handelingsdoeltreffendheid meer tevreden, voornamelijk met de steun van de vroedvrouw/verloskundige en de arts. Tenslotte, het geschatte model kan de Vlaams-Nederlandse verschillen in postpartum tevredenheid niet weg verklaren. Het model heeft wel verklarende waarde voor zowel Vlaamse als Nederlandse thuis- en ziekenhuisbevallende vrouwen, waardoor kan besloten worden dat de sociaal-psychologische variabelen die het bevat, een invloed uitoefenen op tevredenheid onafhankelijk van de specifieke context waarin de geboorte plaats vindt.

14.2.2. Verschillen in pijnbeleving

Fysiologisch is er geen reden om aan te nemen dat kinderen baren in het ene land gepaard gaat met meer pijn dan in een ander. Het feit dat er toch een verschil in pijnperceptie gerapporteerd wordt in de twee landen, wijst op verschillende betekenissen verbonden met pijn en het gebruik van pijnstillers. We vatten de bevindingen samen volgens vier thema's: (1) pijn attitudes, (2) persoonlijke controle over pijnstilling, (3) de vergelijking van pijnverwachtingen en -ervaringen en (4) het gebruik van farmacologische en niet-farmacologische pijnstillers.

De betekenis van weeën verschilt in de twee modellen van zorg, die we eerder ideaaltypisch onderscheiden hebben. In het medische model streeft men naar de maximalisering van welbevinden en comfort, via de reductie van pijn. In het sociale model daarentegen ziet men de ervaring van pijn niet als een bedreiging voor het welbevinden, maar eerder als een bron van *empowerment*. Deze visie, namelijk dat pijn en welbevinden elkaar niet uitsluiten, maar samen kunnen voorkomen, werd reeds door andere auteurs (Norr et al. 2004) bevestigd. We vonden het ook terug de analyse van de determinanten van postpartum tevredenheid (zie hoofdstuk 9). Daaruit bleek namelijk dat de pijnervaring slechts een zeer klein (maar wel significant) negatief effect had op de meeste dimensies van postpartum tevredenheid, terwijl de impact van persoonlijke controle een stuk groter was. Met betrekking tot tevredenheid met de zorg van de vroedvrouw/verloskundige, vonden we dat het ervaren van persoonlijke controle het negatieve effect van pijn bufferde.

De betekenis die gehecht wordt aan pijn tijdens arbeid en bevalling zal invloed hebben op de pijnverwachtingen, -ervaringen en het gebruik van

pijnstillers. Gezien de betekenis verschilt volgens de twee analytische modellen en Vlaanderen en Nederland elk respectievelijk vertegenwoordiger zijn van beide, verwachten we dus crossnationale verschillen in pijnverwachtingen en ervaringen, evenals in het gebruik van pijnstillers. Vooraleer daar verder op in te gaan, wilden we eerst nagaan of de betekenis van pijn inderdaad verschilt voor Vlaamse en Nederlandse vrouwen. Daartoe werden hun pijnattitudes vergeleken.

Algemeen waren onze Nederlandse respondentes meer geneigd om pijn tijdens arbeid en bevalling te aanvaarden dan de Vlaamse respondentes (zie hoofdstuk 10). Toch tekenden zich nog duidelijke verschillen af volgens de plaats van de bevalling. Het komt het er op neer dat onder Nederlandse vrouwen die in een ziekenhuis bevielen, het aandeel vrouwen dat pijn aanvaardde groter was dan onder Vlaamse vrouwen met een ziekenhuisbevalling, terwijl het omgekeerde gold voor vrouwen met een thuisbevalling. De verschillen in pijnattitudes volgens plaats van bevallen waren het grootst in Vlaanderen. In Nederland liggen de percentages van thuis- en ziekenhuisbevallers die pijn aanvaardbaar vinden dicht bij elkaar. De grotere heterogeniteit onder Vlaamse respondenten bevestigt in feite dat de Vlaamse thuisbevallers een subcultuur vormen en zich bewust afzetten tegen de medicalisering van geboorte (Gilleir 2007).

Vervolgens lieten we ook de analyse van het gebruik van pijnstillers voorafgaan door de vergelijking van de pijnverwachtingen die vrouwen tijdens hun zwangerschap formuleerden, en de pijnintensiteit die ze achteraf rapporteerden (hoofdstuk 10). Net zoals bij de vergelijking van de algemene geboorteverwachtingen en -ervaringen, zoals aan bod kwam in hoofdstuk 6, waren de verwachtingen negatiever dan de ervaringen zowel bij Vlaamse als Nederlandse vrouwen, en dit ongeacht de plaats van de geboorte (hoofdstuk 6). De plaats van bevallen speelt wel een mediërende rol wat betreft de grootte van de discrepantie tussen verwachtingen en ervaringen. Vrouwen met een thuisbevalling ervoeren de pijn die ze hadden verwacht. Zowel in Vlaanderen als in Nederland werden dezelfde verwachtingen en ervaringen gerapporteerd. Bij vrouwen met een ziekenhuisbevalling was er wel een discrepantie tussen de verwachte en de ervaren pijn. Vlaamse ziekenhuisbevallers, zowel met als zonder pijnstillers, rapporteerden bovendien sterkere pijnverwachtingen- en ervaringen dan Nederlandse.

Aangezien Vlaamse vrouwen minder geneigd zijn pijn te beschouwen als een normaal aspect inherent aan het geboorteproces, en aangezien ze een grotere pijnintensiteit verwachten tijdens hun zwangerschap, kan verwacht worden dat ze meer gebruik zullen maken van pijnstillers dan Nederlandse vrouwen (Senden et al., 1988). Dit bleek inderdaad het geval te zijn (hoofdstuk 12). Om de variatie in het gebruik van pijnstillers te verklaren werd een model geschat met pijnattitudes en prenatale sociale steun als centrale veranderlijken, gecontroleerd voor demografische kenmerken (leeftijd, opleiding en pariteit), kenmerken van de geboorte (duur van de arbeid en de wijze van verlossing) en pijnverwachtingen (zie hoofdstuk 12). Hieruit blijkt dat het aanvaarden van pijn een beschermende factor is tegen het gebruik van pijnstillers. De impact van pijn aanvaarding is groter voor Vlamingen dan voor Nederlanders. Indien pijn aanvaarding constant wordt gehouden, dat wil zeggen, als Nederlanders even sceptisch zouden staan tegenover pijn als Vlamingen, zouden Nederlandse vrouwen die geen pijn aanvaarden, meer pijnstillers gebruiken dan Vlamingen. Vlamingen die wel pijn zouden aanvaarden echter, zouden desondanks toch meer pijnstillers gebruiken dan de Nederlanders.

Prenatale sociale steun kon het gebruik van pijnstillers niet voorspellen. De positieve effecten van sociale steun die gerapporteerd worden in interventiestudies, kunnen dus niet bevestigd worden in deze observationele studie, waarin de variatie in sociale steun veel kleiner is. Steun vervangt dus niet de behoefte aan pijnstillers.

Door te controleren voor pijnattitudes, kan het landeneffect dat overblijft, nog vooral met situatiegebonden of organisationele verschillen tussen Vlaamse en Nederlandse ziekenhuizen te maken hebben. Echter, sociale steun is er niet één van.

Samengevat, wanneer pijnattitudes een voorbeeld zijn van ideologische factoren en steun van praktische situatiegebonden factoren, geven de ideologische meer de doorslag in een omgeving waar er weinig (organisatorische) beperkingen zijn op het verstrekken van pijnstillers (Vlaanderen). Er is bijkomend onderzoek nodig om de situatiegebonden factoren en de manier waarop ze verschillen voor Vlaanderen en Nederland, in kaart te brengen.

De vraag stelt zich of dezelfde determinanten ook gelden voor het gebruik van niet-farmacologische manieren om de weeën draaglijk te maken? We hebben hetzelfde model als voor pijnmedicatie geschat voor niet-farmacologische middelen (zie hoofdstuk 13). Daaruit blijkt dat het aanvaarden van pijn

(pijnattitude) het gebruik van alternatieve pijnbestrijding kan voorspellen, in dezelfde mate in Vlaanderen als in Nederland. Sociale steun heeft ook hier geen voorspellende kracht.

Terwijl de aanvaarding van pijn, de waarschijnlijkheid van het gebruik van pijnmedicatie reduceert (hoofdstuk 12), maakt zij het gebruik van alternatieve middelen, zoals warme baden en massage, meer waarschijnlijk. Gezien de culturele inbedding van het sociale model in Nederland, hadden we verwacht dat de niet-farmacologische technieken populairder zouden zijn onder Nederlandse ziekenhuisbevallers, temeer omdat ook de poliklinische bevallingen daaronder vallen. Dit bleek echter niet het geval. Mogelijks wijst dit erop dat de Nederlandse ziekenhuispraktijk minder doordrongen is van de vrouwgeoriënteerde ideologie – conform het sociale model – dan algemeen wordt aangenomen, ofwel dat men in de Vlaamse ziekenhuizen meer vrouwgeoriënteerd denken dan verondersteld. Een andere denkpiste is dat de sociale organisatie van het ziekenhuis een grotere impact heeft op farmacologische dan op niet-farmacologische middelen, waardoor de laatste er niet door afgeremd, en dus makkelijker en sneller toegepast worden. Het gebruik van niet-farmacologische technieken zou dus in zekere mate onafhankelijk kunnen zijn van de context waarin ze toegepast worden, en voornamelijk bepaald worden door individuele voorkeuren. In deze redenering wordt wel uitgegaan van de veronderstelling dat er verschillen zijn tussen de Vlaamse en Nederlandse obstetrische praktijk. Deze veronderstelling wordt gesteund door de bevinding dat Vlaamse vrouwen meer persoonlijke controle hebben over de keuze voor of tegen het gebruik van pijnstillers, dan Nederlandse vrouwen (zie hoofdstuk 10), ondanks het feit dat in alle (dus ook de Nederlandse) deelnemende ziekenhuizen epidurale analgesie permanent beschikbaar was.

Samengevat, het “bevalt” anders in Vlaanderen en Nederland. Vlaamse vrouwen rapporteren meer optimistische verwachtingen en ervaringen, zijn meer tevreden, maar staan minder tolerant tegenover de pijn die met bevallen gepaard gaat en maken meer gebruik van pijnstillende technieken dan de Nederlandse. De uitkomst van de organisatie van zorg (obstetrisch of verloskundig) in termen van postpartum tevredenheid en pijnbeleving, is het resultaat van structurele en culturele mechanismen die beide met elkaar verbinden. De culturele mechanismen die aan bod gekomen zijn, zijn voornamelijk cognitief van aard. Voorbeelden zijn verwachtingen en attitudes ten aanzien van geboorte. Structurele condities zitten vervat in de onderscheiden zorgsettings (Vlaamse en Nederlandse thuis- en

ziekenhuisbevallingen), maar werden empirisch niet onderscheiden van de zorgideologie die deze settings kenmerkt.

De postpartum tevredenheid en de pijnbeleving die in deze studie aan bod komen, zijn het resultaat van *health behaviour*, nl. het maken van geboortegerelateerde keuzes, onder een specifieke constellatie van culturele en materiële condities, zoals ze zich op het moment van de dataverzameling hebben voorgedaan. Deze condities werden analytisch gekarakteriseerd door Vlaanderen en Nederland te situeren op drie continua: professionalisering, medicalisering en familialisering. Dit zijn processen die zich afspelen binnen een nationale en internationale maatschappelijk orde. Hun procesmatige karakter impliceert een voortdurende sociale verandering die aanleiding geeft tot steeds nieuwe culturele en materiële condities die op hun beurt sociaal handelen beïnvloeden.

14.3. Reflectie over de medicaliseringsparadox

In de meeste West-Europese landen bevallen de meeste vrouwen onder medische begeleiding. Er is veel empirische evidentie die niet overeenkomt met wat op basis van de medicaliseringskritiek kan verwacht worden, namelijk dat medicalisering een gevaar inhoudt voor maternaal welbevinden. Veel vrouwen staan positief tegenover medicalisering van geboorte en zijn tevreden met hun ziekenhuisbevalling (Sargent & Stark 1989; Lazarus 1994). De medicaliseringsparadox komt ook in onze analyses tot uiting. Uit de data blijkt (1) dat Vlaamse vrouwen een hogere tevredenheid rapporteren dan Nederlandse vrouwen, en (2) dat zowel Vlaamse als Nederlandse vrouwen meer tevreden zijn met de zorg van vroedvrouwen/verloskundigen dan van artsen (zie hoofdstuk 7). Deze bevinding bevat een contradictie in die zin dat daar waar de verloskundige praktijk (dus thuisbevallingen) leidt tot meer tevredenheid dan de obstetrische (ziekenhuisbevallingen), dit niet het geval blijkt te zijn op het niveau van zorgsystemen, meer bepaald de Vlaamse versus Nederlandse organisatie van zorg. Ten eerste, kan dit betekenen dat de manier waarop het zorgsysteem georganiseerd is (poortwachter in Nederland versus *open access* in Vlaanderen), van minder groot belang is dan hoe zorgverleners in de dagelijkse praktijk met moeders omgaan. Met andere woorden, zowel thuis als in een ziekenhuis kunnen zorgverleners, zowel vroedvrouwen/verloskundigen als gynaecologen, kwalitatief hoogstaande zorg aanbieden, ongeacht of die zorg geïnspireerd wordt door een biomedisch dan wel een vrouwgeoriënteerd discours. Als de zorg op maat is van wat de moeders wensen en dus voldoet aan wat zij zelf als hun

behoefden definiëren, is de tevredenheid verzekerd. Ten tweede, impliceert dit dat het medische model van zorg, niet noodzakelijk resulteert in een lager maternaal welbevinden. Het positief ervaren van medische sociale controle over de zwangerschap en de bevalling staat echter in contrast met wat op basis van medicaliseringskritieken kan verwacht worden en vraagt dus om verklaringen.

De kritiek op de medicalisering van geboorte houdt in essentie in dat de medische professie, door geboorte te definiëren als risicovol, angst cultiveert en door in te grijpen, een natuurlijk proces verstoort. De manier waarop geboorte *gemanaged* wordt, ontnemt de barendende vrouw de controle over haar eigen lichaam, zonder dat het aanzienlijke fysieke of emotionele voordelen oplevert (Fox & Worts 1999). Oakley (1980) heeft bijvoorbeeld aangetoond dat postpartum depressie gerelateerd is aan medische interventies tijdens arbeid en bevalling.

Ook andere auteurs (o.a. Fox & Worts 1999) hebben reeds aandacht gevraagd voor de discrepantie tussen de medicaliseringskritiek en de werkelijkheid, maar tot nu toe werden nog geen verklaringen voorgesteld. Enkel Fox en Worts (1999) hebben een poging ondernomen. Zij menen dat de sociale context, en meer bepaald of vrouwen voldoende steun ervaren tijdens zwangerschap en bevalling, een cruciale factor is. Ze vinden in een kwalitatieve studie dat vrouwen die voldoende steun ervaren, minder geneigd zijn om beroep te doen op medische interventies. In de analyse van het gebruik van pijnreducerende methoden, zowel farmacologisch als niet - farmacologische alternatieven, tijdens de arbeid en bevalling, vinden we echter geen bevestiging van deze logica. Het ontvangen van steun van de partner tijdens de zwangerschap kon het gebruik van pijnstillende methoden niet voorspellen (zie hoofdstuk 12 en 13). Dit betekent echter niet dat sociale context, de definitie van de situatie of de kenmerken van concrete zorgrelaties irrelevant zijn.

De medicaliseringsparadox toont aan dat het medicaliseringsdenken te eenvoudig is, niet genoeg differentieert en geen verklaring kan bieden voor een veel complexere werkelijkheid. Bovendien heeft het medicaliseringsdenken nog niet geresulteerd in een coherente toetsbare theorie. Een daarmee samenhangend probleem is dat de medicaliseringstheorie tot nu toe zeer abstract is gebleven en niet in staat om macrosociologisch denken te vertalen naar microsociologie. Er is, met andere

woorden, geen handelingstheorie aan gekoppeld. Een verklaring voor de medicaliseringsparadox kan ons op weg zetten om te komen tot een theorie met voorspellend potentieel.

De medicaliseringsparadox steunt op twee premissen. Ten eerste veronderstelt medicaliseringskritiek dat moeders passief zijn en ondergeschikt aan de dominantie van de medische professie. In werkelijkheid stellen we vast dat moeders vaak zelf vragende partij zijn in het medicaliseren van geboorte. De vraag om pijnstillers, inducties en sectio's zijn daar voorbeelden van. We zullen argumenteren dat (aanstaande) moeders tegelijk een passieve en een actieve rol vervullen doordat ze de belangen van twee personen tegelijk vertegenwoordigen. Ten tweede veronderstellen critici dat medicalisering een sociale controle functie vervult die een aliënerend effect heeft en bijgevolg het welbevinden reduceert. Daar staat de vaststelling tegenover dat moeders een hoog welbevinden rapporteren in sterk gemedicaliseerde settings. In wat volgt trachten we beide te verzoenen door in medische technologie een bron van sociale controle, maar evenzeer van *empowerment* te herkennen.

14.3.1. Moeders zijn actief en passief tegelijk

Er is heel wat literatuur over de arts-patiënt relatie als machtsrelatie en de onderschikking-bovenschikking die dat impliceert. Sommigen (Conrad 1992; Illich 1976) verdedigen het standpunt dat de patiënt ondergeschikt is aan de arts, andere (Riessman 1985; Ballard & Elston 2005) benaderen de patiënt als gebruiker van gezondheidsdiensten, en dus als consument die actief keuzes maakt in functie van zijn eigen belangen. Aanstaande moeders maken actief keuzes, al dan niet binnen ondergeschikte posities (binnen het respectievelijk medische versus sociale model), maar steeds gestuurd door het geïnstitutionaliseerde zorgsysteem.

Mensen zijn geneigd om zich te gedragen volgens verwachtingen inherent aan hun rollen en posities. Zwangere vrouwen worden vanuit het verwachtingspatroon inherent aan de “goede moeder” rol geïntroduceerd in de patiëntenrol. Deze houdt in dat ze vrijgesteld worden van taken, zowel binnen- als buitenshuis, die de zwangerschap zouden kunnen in gevaar brengen. Daar staat wel tegenover dat verwacht wordt dat ze professionele hulp aanvaarden en adviezen op volgen (Parsons 1950). Deze rollen impliceren een ondergeschikte positie ten opzichte van de arts, die over

autoriteit en kennis beschikt die de meeste vrouwen niet hebben. De bovenschikking van de arts wordt nog versterkt door technologische en wetenschappelijke mystificatie, inherent aan professionele autonomie (Tsalikis 1977). Bovendien brengt de patiëntenrol een dynamiek tot stand waarbij vrouwen de dominantie van de arts bevestigen en rechtvaardigen. Immers, binnen het gemedicaliseerde zorgsysteem, geloven vrouwen niet dat ze in staat zijn een kind te baren zonder de hulp van medische expertise en technologie. Deze aangeleerde hulpeloosheid is het gevolg van medische socialisatie. Dat wil zeggen dat zorgverleners, en artsen in het bijzonder, vrouwen *hun* interpretatie van de werkelijkheid aanleren en het belang dat er moet aan gehecht worden (Browner & Press 1996). Zodoende wordt een vals bewustzijn gecreëerd dat vrouwen in de patiëntenrol houdt.

Het ongeboren kind speelt echter een cruciale rol in de passieve houding van vrouwen ten aanzien van medische autoriteit. Het voegt complexiteit toe aan de arts-“patiënt” dyade, hoewel er niet kan gesproken worden van een triade, aangezien het ongeboren kind geen actor is in sociologische betekenis. Dat wil zeggen: de foetus is niet in staat tot intentioneel sociaal handelen. En toch krijgt de arts-“patiënt” dyade een fundamenteel andere dynamiek, eens er sprake is van een zwangerschap. Vanaf dat moment komt de “patiënten”rol in functie te staan van de “goede moeder” rol. Moeders onderwerpen zich aan een zorgsysteem dat de status heeft verworven van vanzelfsprekendheid, om te voldoen aan de rol van “goede (aanstaande) moeder”. Conformereren aan de verwachtingen die daar aan gekoppeld zijn, is een strategie om de eigen doelstellingen, namelijk het ter wereld brengen van een gezond kind, te verwezenlijken (Tanassi 2004).

Goede moeders worden verondersteld de patiëntenrol te aanvaarden, en zich te onderwerpen aan de medische technologie en aan het gezag van de medische professie, niet in hun eigen belang, maar in het belang van hun kind. Ze kunnen de patiëntenrol wel verwerpen voor zichzelf, maar niet voor het kind dat ze dragen (Beams 1979). Immers, de “goede moeder” rol dicteert dat de (aanstaande) moeder alles in het werk moet stellen om een gezond kind te dragen en te baren, zelfs als dit ten koste gaat van zichzelf. Uitgaande van het “doctor knows best” paradigma, wordt van patiënten en “goede” moeders passieve gehoorzaamheid verwacht.

Deze gehoorzaamheid is weinig problematisch zolang de belangen van moeder en kind in elkaars verlengde liggen of samenvallen, wat meestal het val is. Ze kunnen echter ook tegenstrijdig zijn. Het continu monitoren van de baby's hartslag tijdens de arbeid is hier een voorbeeld van. Het monitoren

wordt algemeen aanvaard als middel om voortijdig te waarschuwen voor intra-uterine problemen, ook al is nooit aangetoond dat routinematig monitoren resulteert in gezondere kinderen (Prentice & Lind 1987). Het zorgt wel voor immobiliteit (bijv. Khayat & Campbell 2000), waardoor vrouwen meer moeite hebben om de weeën op te vangen.

Vooraf het medische model gaat impliciet uit van een conflictmodel, terwijl het sociale model uitgaat van een moeder-kind eenheid, waarbij ze dezelfde belangen delen. In de vergelijking van obstetrische (ziekenhuis) en verloskundige (thuis) praktijk, kan dus verwacht worden dat er in de eerste meer conflicten zullen geïdentificeerd worden, dan in de tweede. Op dezelfde manier kan dus verwacht worden dat de “goede moeder” rol, en dus de mate van passiviteit, zal variëren afhankelijk van de geldende zorgideologie en -praktijk en dus tussen de vier settings (Vlaamse en Nederlandse thuis en ziekenhuisbevallingen) die in dit onderzoek werden bestudeerd. In de Vlaamse en Nederlandse verloskundige praktijk met bijhorende vrouwgeoriënteerde ideologie hebben moeders meer autonomie, dan in de obstetrische praktijk. De autonomie van Vlaamse vrouwen die thuis bevallen, is wel veeleer een verworven status, terwijl het bij Nederlandse een eerder toegeschreven status is. Immers, eerder Vlaams onderzoek heeft aangetoond dat Vlaamse vrouwen die thuis bevallen significant minder normconform zijn dan Vlaamse vrouwen die in een ziekenhuis bevallen. Het zijn reflexieve vrouwen die normvoorschriften in vraag stellen en zich bij hun zorgkeuzes laten leiden door persoonlijke waarden en normen (Gilleir 2007).

Het normerende karakter van wat het betekent een goede patiënt en een goede moeder te zijn, dwingt vrouwen dus in een passieve conformerende rol, terwijl het nastreven van persoonlijk welbevinden vrouwen aanzet tot het actief maken van keuzes in functie daarvan.

Dit maakt dat vrouwen wel gemotiveerd zijn om de passieve gehoorzaamheid te overstijgen en beslissingsmacht op te eisen. Recent benadrukken medicaliseringsdenkers (tweede generatie, zie hoofdstuk 3) de actieve rol die patiënten spelen in de verder schrijdende medicalisering en de consumptie van zorg. Overeenkomstig deze visie, merken we op dat één van de belangrijkste keuzes die vrouwen maken tijdens een zwangerschap, de keuze van de zorgverlener is (Tanassi 2004). Deze wordt gekozen in functie van eigen preferenties en in geval deze niet beantwoord worden, wordt een andere zorgverlener gekozen. Daarnaast zijn vrouwen vaak vragende partij voor obstetrische interventies zoals het inleiden van de baring of het toedienen van epidurale analgesie. Vooral in Vlaanderen mag de actieve rol van

vrouwen in deze voorbeelden niet onderschat worden. Deze keuzes zijn echter veelal het resultaat van de werking van het zorgsysteem, met andere woorden, moeders kunnen slechts kiezen uit een aantal geïnstitutionaliseerde voorgeprogrammeerde mogelijkheden. Concreet betekent dit bijvoorbeeld, dat de manier waarop de zorg in Vlaanderen wordt georganiseerd (open access) ervoor zorgt dat de meerderheid van de Vlaamse vrouwen een gynaecoloog kiest en geen vroedvrouw. Bijgevolg krijgen ze geen informatie over alternatieven zoals thuis of poliklinisch bevallen, tenzij ze daar zelf actief naar op zoek gaan. Immers, vanaf het eerste prenatale contact met een arts wordt een proces van medische socialisatie in gang gezet. Dit proces is evenzeer aanwezig in het Nederlandse zorgsysteem, waar de meerderheid van de Nederlandse vrouwen een verloskundige praktijk kiest, en wordt doorverwezen indien er zich complicaties voordoen of indien ze er zelf om vragen. Het verschil zit in het feit dat Nederlandse verloskundigen zwangere vrouwen andere interpretaties aanleren, dan de Vlaamse gynaecologen. Deze interpretaties worden ingegeven door respectievelijk de biomedische en de vrouwgeoriënteerde ideologie. We veronderstellen derhalve dat de Nederlandse verloskundige praktijk meer ruimte laat voor autonoom handelen, maar desalniettemin, worden de keuzes van moeders gestuurd, zij het in variabele mate, door het zorgsysteem, ongeacht of het vrouwgeoriënteerd of biomedisch is.

De organisatie van het zorgsysteem kanaliseert vrouwen naar een zorgverlener, en dus naar een type van zorg, wat passieve volgzzaamheid impliceert, die nog kan versterkt worden door middel van medische socialisatie. Daartegenover staat dat vrouwen wel, binnen de vanzelfsprekende keuze die het systeem voor hen heeft gemaakt, keuzes kunnen maken, of de voorgekauwde keuze in vraag kunnen stellen door expliciet te zoeken naar alternatieven.

De actieve of passieve rol van (aanstaande) moeders is bovendien situatiegebonden en wordt gemedieerd door technologie. Browner en Press (1996) stellen vast dat vrouwen gedurende hun zwangerschap de *authoritative knowledge*² (Jordan 1997) van zorgverleners in vraag stellen, terwijl ze dat niet

² *Authoritative knowledge*, wordt door Jordan gedefinieerd als "the knowledge that participants agree counts in a particular situation, that they see as consequential, on the basis of which they make decisions and provide justifications for courses of action. It is the knowledge that within a community is considered legitimate, consequential, official, worthy of discussion, and appropriate for justifying particular actions by people engaged in accomplishing the tasks at hand" (schuine druk in origineel, Jordan 1997 p 58).

of veel minder doen, tijdens de arbeid en bevalling. Ze wijten dit aan de kracht die uitgaat van technologie. *Authoritative knowledge* die gecreëerd wordt door middel van technologie wordt niet in vraag gesteld en zet vrouwen – volgens Browner en Press (1996) – aan tot passief gehoorzamen. Deze gehoorzaamheid wordt opnieuw verklaard door middel van de "goede moeder" rol. Het niet aanvaarden van kennis geproduceerd door medische technologie (bijv. prenatale screening) wordt geconstrueerd als een gebrek aan verantwoordelijkheid. Browner en Press (1996) voorspellen dat naarmate het belang van medische technologie zal groeien, vrouwen meer geneigd zullen zijn tot passieve gehoorzaamheid aan biomedische autoriteit. In wat volgt zullen we argumenteren dat dit niet noodzakelijk zo hoeft te zijn.

14.3.2. Medische technologie is sociale controle en *empowerment* tegelijk

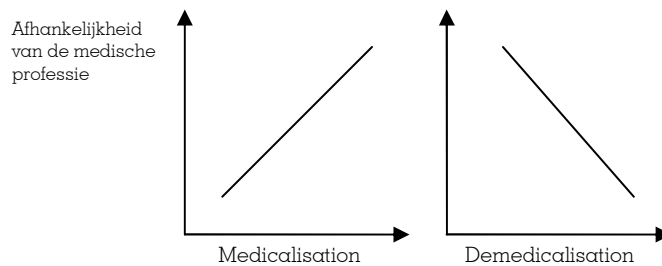
We stellen vast dat hoewel medicalisering een sociale controle functie vervult (Zola 1972), zij niet per definitie resulteert in een gedaald welbevinden. Meer nog, medicalisering kan aanleiding geven tot een verhoogd welbevinden en wordt door individuen opgezocht en in de hand gewerkt (Ballard & Elston 2005). Om dit te verklaren wordt een dubbele logica ontwikkeld:

- (a) medische technologie wordt aangewend om doelstellingen die hoog aangeschreven staan in de prioriteitenhiërarchie (gezondheid) te verwezenlijken, waardoor individuen er de sociale controle, als neveneffect, tot op zekere hoogte, graag bijnemen.
- (b) de controle functie van medische technologie is beperkt en kan omgezet worden in een *empowerment* functie.

Medische sociale controle wordt hier gereduceerd tot het aanwenden van medische technologie (waardoor ze in feite beperkt wordt tot het interactionele niveau). Conrad (1979) onderscheidt nog andere sociale controlemechanismen die kenmerkend zijn voor medicalisering, namelijk medische ideologie en samenwerking. Geïnspireerd door Foucault voegt hij er nog een vierde vorm aan toe, namelijk *surveillance*. Medische ideologie betekent dat een medisch model opgelegd wordt voornamelijk omwille van de sociale en ideologische voordelen die er mee verbonden zijn. Medische samenwerking verwijst naar de medische professie die fungeert als gatekeeper met betrekking tot de toegang tot informatie en kennis. Medisch toezicht (*surveillance*) impliceert dat condities en gedragingen gezien worden door middel van een medische blik ("medical gaze") en dat de medische

professie op een legitieme manier die conditie of dat gedrag naar zich toe kan trekken. Echter deze overige drie types van medische sociale controle worden hier buiten beschouwing gelaten, voor zover ze niet terug gaan op medische technologie als onderliggend mechanisme.

Figuur 14.3: De associatie tussen de afhankelijkheid van de medische professie en (de)medicalisering



We beginnen bij het ontwikkelen van het eerste argument. Dat sociale controle als neveneffect, ondergeschikt is aan het sterk gewaardeerde doel, gezondheid, kan geïllustreerd worden aan de hand van het gebruik van pijnstilling bij geboorte. Het vermijden of reduceren van pijn, werkt comfort, levenskwaliteit, en welbevinden, in de hand. Dat men daarvoor afhankelijk is van anderen, wordt zonder meer aanvaard. Medische technologie zoals epidurale analgesie (maar ook andere technologie zoals echografie), helpt vrouwen om hun doelstelling, het baren van een gezond kind op een zo comfortabel mogelijke manier, te verwezenlijken. Met andere woorden, de technologie creëert kansen, comfort, het gevoel van controle. Het is echter geen persoonlijke controle, het is controle via anderen, en dus sociale controle (Figuur 14.3). De controle via anderen, kan bevrijdend werken, maar biedt in feite slechts een valse variant van empowerment. Sandelowski (1993) spreekt in dit verband over de illusie van zekerheid, gecreëerd door de afhankelijkheid van technologie. Ze argumenteert dat hoewel de informatie die door machines gegenereerd wordt, beschouwd wordt als objectief, ze minstens evenveel onzekerheid creëert als ze wegneemt. Technologie creëert een gevoel van controle door het genereren van *authoritative knowledge* (Browner & Press 1996). Vrouwen herinterpreteren hun *embodied knowledge*, dit is de kennis die ze afleiden uit hun perceptie van lichamelijke gewaarwordingen (Belenky et al. 1986), om ze in overeenstemming te brengen met wat de machines hen (via de arts) vertellen (Kingfisher & Millard 1998). Technologie zal pas werkelijk *empowerment* in de hand werken, wanneer vrouwen niet alleen voor de interpretatie ervan, maar ook voor de toegang ertoe, autonoom zijn. Een gebrek aan beslissingsmacht over het gebruik van

medische technologie ter bevordering van levenskwaliteit, geeft aanleiding tot een gevoel van machteloosheid. Deze vorm van aliënatie vindt zijn oorsprong in de Marxistische definitie van de situatie waarin de arbeider zich bevindt binnen een kapitalistische samenleving. De arbeider is machteloos als hem de capaciteit tot het nemen van beslissingen, wordt ontnomen. Met andere woorden, als zijn gedrag geen directe impact heeft op de uitkomsten ervan (Seeman 1959). Machteloosheid wordt dus vermeden, wanneer vrouwen zelf in staat worden gesteld om beslissingen te nemen.

Technologie en de kennis om ze te hanteren en te interpreteren, maakt vrouwen autonomer in het nemen van beslissingen, gezien ze dan geen beroep meer moeten doen op de dienstverlening van artsen. Op dat moment is geen sprake meer van afhankelijkheid en kan sociale controle omgebogen worden in “echt” empowerment. Bijvoorbeeld wanneer een technologie zou bestaan die vrouwen in staat stelt zichzelf pijnstillers toe te dienen, zonder bijkomende risico's, zouden ze autonomie verwerven en komen tot zelfzorg. Zelfzorg werd reeds door Illich (1976) gepromoot als alternatief voor de medische dominantie.

Dus, medische technologie demedicaliseert en werkt empowerment in de hand, wanneer de afhankelijkheid van anderen voor het gebruik ervan, daalt en uiteindelijk weg valt (Figuur 14.3). Onafhankelijkheid buigt sociale controle om naar empowerment, op voorwaarde dat individuen beschikken over de middelen tot zelfzorg, namelijk technologie en de kennis om ze te hanteren en te interpreteren.

14.3.2a Beschikbaarheid van technologie

Bij demedicalisering wordt de dienstverlening van de medische professie vervangen door het zelf hanteren van technologische middelen. Dienstverlening wordt dus vervangen door de consumptie en het gebruik van goederen. Bijvoorbeeld, mocht er een doe-het-zelf kit bestaan om een echografie uit te voeren, zou dit vrouwen onafhankelijk maken van de medische professie voor de opvolging van hun zwangerschap. Op dezelfde manier kunnen vrouwen nu reeds zelf vaststellen of ze zwanger zijn, door de beschikbaarheid van zwangerschapstests. Deze evolutie is in lijn met de voorspelling van Gershuny (1978) dat nieuwe behoeften, kenmerkend voor de post-industriële samenleving, zullen worden vervuld door middel van goederen, in plaats van door diensten. Deze *self-service economy* is de anti-thesen van Bell's *service economy* (1973). In essentie voorspelt Bell een

toename in de consumptie van dienstverlening met toenemende welvaart, omdat proportioneel minder uitgegeven wordt aan basisbehoeften, zoals bijvoorbeeld voeding. Gershuny (1978) toont echter aan dat de consumptie van diensten geslonken is. Hij verklaart dit door te stellen dat een bepaalde behoefte zowel kan vervuld worden door diensten als door goederen en dat de keuze voor het ene of het andere verandert doorheen de tijd. Een criterium dat daarbij bepalend kan zijn wordt aangereikt door Bell (1973), namelijk hoe complexer de behoefte, dat wil zeggen hoe verder verwijderd van primaire behoeften, hoe abstracter en moeilijker te mechaniseren, hoe groter de kans dat ze enkel kan ingevuld worden via dienstverlening. Gershuny (1978) voorspelt een evolutie weg van diensten, naar goederen, naarmate de welvaart en de behoefte aan persoonlijke keuze toenemen. Technologische vooruitgang zal de mechanisering mogelijk maken van activiteiten die voorheen de tussenkomst van menselijke vaardigheden vereiste (Gershuny 1978). De vervanging van diensten door goederen is met andere woorden, een kwestie van tijd. Gezondheidszorg en onderwijs worden door Gershuny geïdentificeerd als twee probleemgebieden, maar hoeven niet noodzakelijk uitzonderingen te zijn. Hij argumenteert dat met toenemende rijkdom, ook de behoefte aan persoonlijke keuze en de waarde van gezondheid zal stijgen. Persoonlijke keuze impliceert autonomie, en dus onafhankelijkheid van anderen.

Naarmate ontwikkelingen in medische technologie het toe laten en naarmate de socio-economische positie (en dus kennis en rijkdom) van een populatie toeneemt, verwachten we dus in de gezondheidszorg een expansie van zelfzorg volgens de terminologie van Illich, of een uitbreiding van de *self-service economy* in Gershuny's woorden,.

14.3.2b Beschikbaarheid van kennis

Afgezien van het feit dat de popularisering van technologieën over het algemeen gepaard gaat met een vereenvoudiging ervan, en dat er dus minder kennis nodig is om ze te hanteren dan voordien het geval was, zal een reductie in de kenniskloof tussen arts en patiënt ook *empowerment* van de patiënt in de hand werken. De machtspositie, autoriteit en autonomie van de arts wordt bepaald door zijn/haar kennisvoorsprong ten opzichte van de patiënt (MacDonald 1995). Een kleinere kenniskloof zorgt ervoor dat de autonomie van de medische professie daalt (Lowenberg & Davis 1994). Doordat de patiënt meer weet, wordt hij zich bewust van de keuzemogelijkheden en zal hij actieve participatie in beslissingen eisen. Met

andere woorden, deprofessionalisering, maakt *patient empowerment* waarschijnlijker, en dit via een smaller wordende kenniskloof tussen arts en patiënt. Hier ligt een duidelijke link met de tweede generatie medicaliseringsdenken. Deprofessionalisering gaat gepaard met een verschuiving van de patiënten- naar de consumentenrol enerzijds en een toenemende kans op demedicalisering anderzijds.

14.3.3. Empowerment, keuzevrijheid en welbevinden

De hierboven ontwikkelde logica is gebaseerd op de assumptie dat empowerment en persoonlijke keuzevrijheid tevredenheid (en dus welbevinden) in de hand werken. De vraag is of dit per definitie het geval is.

14.3.3a Empowerment en maternaal welbevinden

Wall et al. (2002) beargumenteren dat de effectiviteit van *empowerment* contextafhankelijk is en, meer specifiek, bepaald wordt door de mate van onzekerheid of voorspelbaarheid. Organisatietheorieën voorspellen dat *empowerment* effectief is bij lage voorspelbaarheid (door grote mate van variatie) en dus hoge onzekerheid, maar niet bij hoge voorspelbaarheid. In het laatste geval zijn standaardprocedures, routinisatie en mechanisatie effectiever. Gezien zwangerschap en bevalling moeilijk controleerbare en voorspelbare processen zijn, kunnen we volgens de bevindingen van Wall et al. (2002) verwachten dat *empowerment* een gunstige invloed zal hebben op maternaal welbevinden.

14.3.3b Keuzevrijheid en maternaal welbevinden

Keuzevrijheid wordt verondersteld tevredenheid in de hand te werken. Mensen worden beschouwd als actoren die streven naar controle over hun omgeving. Bijgevolg, wordt aangenomen – en door verschillende studies aangetoond – dat mensen liefst zelf keuzes maken om zo het gevoel te hebben de uitkomsten ervan in eigen handen hebben (Zuckerman et al. 1978; Botti & McGill 2006). Keuzemogelijkheden creëren een gevoel van autonomie, controle of *empowerment* (Iyengar & Lepper 1999), wat vervolgens welbevinden in de hand werkt (Deci & Ryan 2000).

Onder sommige condities echter, kan keuze verlamvend werken (Shankar et al. 2006). In dat geval wordt het maken van een keuze ofwel vermeden, ofwel overgelaten aan iemand anders, veelal iemand die als expert gezien wordt

(bijv. een arts) (Taylor 1989 in Iyengar en Leppers, 2000). Conditie die aanleiding kunnen geven tot negatieve effecten, zoals ontevredenheid zijn bijvoorbeeld een grote hoeveelheid aan keuzemogelijkheden, kleine verschillen tussen de alternatieven, kiezen in de plaats van iemand anders en een veelheid aan informatie over de alternatieven. Als kiezen complexer wordt, zijn mensen geneigd om te zoeken naar manieren om de beslissing te vereenvoudigen (Iyengar & Lepper 2000). Een voorbeeld van zo een strategie is de keuze aan iemand anders overlaten. Complexe keuzes maken mensen onzeker en dit is voornamelijk het geval wanneer de kosten van een verkeerde keuze toenemen en wanneer substantiële hoeveelheden tijd en moeite nodig zijn om geïnformeerde vergelijkingen te maken tussen alternatieven (Iyengar & Lepper 2000). Onzekerheid wordt echter gereduceerd wanneer men reeds ervaring heeft met de te maken keuze. Immers op dat moment heeft zich al een voorkeur gevormd en kiest men in functie van de voorkeur. Hoe meer keuze, hoe waarschijnlijker dat men een goed of dienst vindt dat overeenkomt met de voorkeur, en dus hoe groter de kans op tevredenheid (Iyengar & Lepper 2000).

Keuzes tussen types zorg, zorgverleners en zorgcontexten worden gekenmerkt door een eerder beperkte (zorgcontext: thuis, ziekenhuis, geboortecentrum) tot grote range (keuze van zorgverlener binnen een type zorg) aan mogelijkheden, de keuze heeft gevolgen voor anderen (partner en ongeboren kind), de verschillen tussen alternatieven (bijv. thuis versus ziekenhuis) zijn groot en de kosten die gepaard gaan met een verkeerde keuze kunnen heel groot zijn. Deze kenmerken impliceren dat zorgkeuzes gepaard gaan met gevoelens van onzekerheid en verantwoordelijkheid (Botti & McGill 2006). Onderzoek heeft aangetoond dat de perceptie van verantwoordelijkheid, de emotionele impact van gebeurtenissen groter maakt (Weiner 1980). *Empowerment* impliceert niet alleen een dalende afhankelijkheid van de medische professie, maar ook een verschuiving van de verantwoordelijkheid terug naar de patiënt. Verantwoordelijkheid is in het geval van geboorte sterk verbonden met de "goede moeder"-rol. Immers, (aanstaande) moeders hebben niet enkel verantwoordelijkheid over zichzelf, maar vooral over het kind dat ze dragen. In de obstetrische praktijk worden moeders voortdurend op de verantwoordelijkheid ten opzichte van het ongeboren kind gewezen.

De complexiteit van zorgkeuzes, en de onzekerheid en verantwoordelijkheid die ermee gepaard gaan, zouden de ombuiging van sociale controle naar *empowerment* kunnen afremmen. Aanstaande moeders, vooral eerstbarenden die geen ervaring hebben, kunnen het gevoel hebben

expertenkennis nodig te hebben om een goeie keuze te maken. Het averechtse effect van een grote keuzevrijheid, zou kunnen zijn dat de afhankelijkheid van vrouwen ten opzichte van instituties en professionelen groter wordt (Schwartz 1994 in Iyengar en Lepper, 2000).

Samengevat, de medicaliseringsparadox toon aan dat de medicaliseringskritiek slechts beperkt geldig is. Onder welke condities is de kritiek terecht, en onder welke niet? Onder welke condities staat medicalisering voor sociale controle en onder welke condities voor *empowerment*? Wat is hierin de rol van technologie? Wanneer is technologie een machtsinstrument, wanneer een bevrijding? De afhankelijkheid van en dus de controle door anderen, speelt een cruciale rol. Sommige technologieën vergroten de afhankelijkheid van vrouwen ten opzichte van de medische professie, doordat enkel medisch personeel de instrumenten kan bedienen (bijv. uitvoeren van een keizersnede) en de technische taal kan interpreteren (bijv. beelden van een echografie). Andere technologieën (bijv. zwangerschapstest) vergroten de capaciteit tot zelfzorg, en maken het individu net minder afhankelijk van anderen.

14.4. Kansen voor verder onderzoek

We hebben in deze studie verschillende keuzes gemaakt om het onderzoeksdomain en de bijhorende vragen af te bakenen. Dit impliceert dat we ook een aantal zaken niet hebben kunnen doen. In wat volgt grijpen we de zaken die overboord gevallen zijn aan als vertrekpunt voor verder onderzoek.

De variatie in de manier waarop zorg georganiseerd wordt covarieert met variatie in maternaal welbevinden. Vlaamse vrouwen die thuis bevallen rapporteren het hoogste welbevinden, gevolgd door Nederlandse thuisbevallers. Nederlandse vrouwen die in een ziekenhuis bevallen zijn rapporteren het laagste welbevinden, voorafgegaan door Vlaamse ziekenhuisbevallers. Dus, hoewel we zien dat (1) de organisatie van zorg en maternaal welbevinden samen variëren en (2) we weten op welke structurele kenmerken de zorgsystemen in Vlaanderen en Nederland van elkaar verschillen, weten we niet precies of deze structurele condities de verklaring zijn. De structureel verschillende posities van Vlaanderen en Nederland op de drie continua kunnen verwacht worden gepaard te gaan met andere waarden en verwachtingspatronen (bijv. de “goede moeder” rol) die zorgkeuzes mee inspireren. Deze ideologische component, betekenissen die met obstetrische

en verloskundige zorg worden verbonden, kwam weinig of niet aan bod. Dit brengt ons tot een eerste kans voor nieuw onderzoek.

Om te testen wat de verklarende kracht is van de genoemde drie kenmerken van de organisatie van zorg (professionalisering, medicalisering en familialisering) en om hun relatieve belang in vergelijking met culturele condities te kennen, is meer nodig dan de cross-nationale vergelijking van twee landen. Het aantal cases in de vergelijking dient daartoe uitgebreid te worden. Zinnvolle selectiecriteria voor bijkomende landen zijn bijvoorbeeld geïnspireerd op de welvaarstatentypologie van Esping-Andersen (1990). Vlaanderen (als deel van België) en Nederland behoren allebei tot de conservatieve cluster (Van Kersbergen 1991). Dus uitbreiding met liberale staten, zoals bijvoorbeeld Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten, enerzijds en met sociaal democratische welvaartstaten, zoals bijvoorbeeld Finland en Zweden is een mogelijkheid om de variatie in de organisatie van zorg te vergroten. Een andere denkplaatje is gebaseerd op de kruising van het familialisering- en medicaliseringscontinuüm. Deze matrix (Figuur 14.4), bevat vier cellen, waaronder één combinatie die in werkelijkheid niet voorkomt. Defamilialisering gecombineerd met demedicalisering, is weinig realistisch, aangezien iemand de zorg op zich moet nemen, hetzij formele, hetzij informele zorgverleners. Een land waar familialisering en medicalisering gecombineerd worden, zoals bijvoorbeeld de Verenigde Staten, zou de crossnationale vergelijking kunnen vervoegen.

Figuur 14.4: Voorbeelden in de familialisering-medicaliseringsmatrix

	Familialisme	Defamilialisme
Medicalisering	VS	België
Demedicalisering	Nederland	-

Een laatste uitbreidingsplaatje betreft Zuid en Centraal-Europa. Deze regio's krijgen weinig of geen aandacht in de typologie van Esping-Andersen, maar kunnen wel geïntegreerd worden in één van de bovenstaande logica's. Centraal-Europa is bovendien onontgonnen terrein wat betreft de sociologie van de gezondheid en gezondheidszorg. Wat de organisatie van verloskundige en obstetrische zorg betreft, is er een grote diversiteit met bijvoorbeeld Hongarije waar districtvroedvrouwen een volwaardige professie

lijken te zijn en andere gebieden waar het medisch model geen concurrentie kent (persoonlijke communicatie, Ema Hesranova, 4-10-2007).

De sociale organisatie van zorg, met als twee ideaaltypes het medische en het sociale model werd niet alleen op landenniveau bestudeerd, maar ook op individueel niveau, door thuis- en ziekenhuisbevallingen met elkaar te vergelijken. Op die manier werd een analyse gemaakt van de associatie tussen concrete settings gekenmerkt door een zorgideologie en -praktijk, en welbevinden. Het ontbreekt ons echter aan informatie over de concrete zorgpraktijk en -ideologie in Vlaamse en Nederlandse ziekenhuizen en thuissituaties. Een tweede mogelijke aanvulling op het voorliggende onderzoek, zou kunnen bestaan uit het verklaren van de variatie binnen zorgsettings, door data te verzamelen per zorgverlener binnen elke zorgsetting. Op die manier kunnen kenmerken van zorgverleners en -relaties in rekening gebracht worden. Bovendien kunnen dan zorgpraktijk en -ideologie empirisch onderscheiden worden. Er werd reeds onderzoek verricht naar de impact van de zorgideologie van zorgverleners op allerlei maternale uitkomsten (bijv. Pel et al. 1995; Breslin 1997; Lyon et al. 1999; Heres et al. 2000; Habiba et al. 2006), maar niet crossnationaal.

Om de relatieve impact van situationele en ideologische condities op maternaal welbevinden na te gaan, zouden Vlaamse vrouwen kunnen bestudeerd worden die bevallen aan de Nederlandse kant van de grens en Nederlandse vrouwen die bevallen aan de Vlaamse zijde. Indien de institutionele context primeert, zal het welbevinden van de Vlaamse vrouwen die in Nederland bevallen convergeren met de Nederlandse. Hetzelfde zou gelden voor de Nederlandse vrouwen die bevallen in Vlaanderen. Wanneer de ideologische component doorslaggevend is, zullen de Vlaamse vrouwen die in Nederland bevallen meer gelijkenis vertonen met de Vlaamse vrouwen die in Vlaanderen bevallen. Opnieuw geldt hetzelfde voor de Nederlandse vrouwen. Hoewel in onze dataset de vier groepen vrouwen (VI-VI, VI-Ned, Ned-VI en Ned-Ned) aanwezig zijn, zijn de groepen die de grens zijn overgestoken veel te klein om er iets zinvols over te zeggen.

Onderzoek naar de impact van doorverwijzingen naar tweedelijns, heeft wel reeds aangetoond dat de behoefte aan pijnstillers bij doorverwezen vrouwen meer in overeenkomst was met die van vrouwen die een ziekenhuisbevalling gepland hadden, dan op de vrouwen die toch poliklinisch zijn bevallen (Skibsted & Lange 1992). Dat kan een indicatie zijn van het relatief grotere belang van zorgpraktijk in vergelijking met zorgideologie, tenminste voor wat betreft het gebruik van pijnstillers.

In een derde uitbreiding zouden koppels kunnen bevestigd worden in plaats van vrouwen. Nu vallen immers de partners volledig buiten beeld, terwijl deze een aanzienlijke invloed hebben op de zorgkeuzes van vrouwen (bijv. Williams & Umberson 1999; Ip 2000; Gungor & Beji 2007; Capogna et al. 2007) en maternaal welbevinden (Ayers et al. 2007). Voornamelijk in de studie van de wisselwerking tussen werkomstandigheden van vrouwen en zorgkeuzes, zal de rol van de partner cruciaal zijn (Singley & Hynes 2005). Immers familialisering voor de vader impliceert defamilialisering voor de moeder (zie hoofdstuk 4). Een grote zorgbereidheid bij de partner geeft moeders de ruimte om gedemedealiseerde keuzes te maken. Daar staat tegenover dat partners vragende partij kunnen zijn voor gemedicaliseerde keuzes. Immers medische technologie zoals de hartslag monitor of de echografie, verhoogt de betrokkenheid van de partner bij de zwangerschap en de geboorte door hem toegang te verschaffen tot het ongeboren kind. Voor partners is medische technologie eerder een manier om meer controle te krijgen over de situatie (Williams & Umberson 1999). Ook epidurale analgesie verhoogt de betrokkenheid van vaders tijdens de geboorte via de reductie van angst en stress (Sandelowski 1994; Capogna et al. 2007). Op basis van deze resultaten zouden we kunnen verwachten dat partners positief staan tegenover het gebruik van medische technologie en dus medicalisering van geboorte. Er is dus verder onderzoek nodig naar de rol van de partner in (de)familialiserende en (de)medicaliserende keuzes en hoe ze gerelateerd zijn aan maternaal (en paternaal) welbevinden.

Tenslotte, hoewel het lichaam niet weg te denken is uit de studie van zwangere en pas bevallen vrouwen, komt het slechts onrechtstreeks en impliciet aan bod in dit proefschrift. Dit is niet het resultaat van een bewuste keuze, maar moet als volgt begrepen worden: in de behandelde probleemstelling wordt het lichaam niet geproblematiseerd. Het is zoals Leder (1990) in "*The absent body*" omschrijft, een kwestie van afwezigheid door vanzelfsprekende aanwezigheid. De vanzelfsprekendheid van het lichaam wordt doorbroken wanneer fysiek ongemak of pijn het naar de voorgrond van ons bewustzijn trekt. Bovendien heeft de afwezigheid van theoretische inzichten in lichamelijke te maken met de focus op sociale structuur, in combinatie met sociale psychologie. De latente aanwezigheid van de sociologie van het lichaam is echter een *opportunity* eerder dan een *threat*, omdat het wijst op een potentiële uitbreiding van inzichten.

14.5. Kansen voor beleid

Voor het formuleren van beleidsaanbevelingen, dienen we ons de volgende vraag te stellen: uitgaande van de bevindingen, welke condities zouden kunnen aangepast worden en hoe, teneinde maternaal welbevinden te maximaliseren? De beleidsimplicaties werden geordend volgens de drie structurele condities, professionalisering, medicalisering en familialisering, zoals ze aan bod zijn gekomen in het theoretische deel van dit proefschrift.

14.5.1. Professionalisering en voortgezet onderwijs voor vroedvrouwen

We hebben in hoofdstuk 2 geargumenteed dat vroedvrouwen/verloskundigen een semi-professie kunnen genoemd worden. Dit geldt vooral voor de Nederlandse verloskundigen omdat in vergelijking met hun Vlaamse collega's, hun opleiding langer duurt, hun beroepsorganisatie een langere traditie kent, hun bevoegdheden gradueel uitbreiden en ze niet ondergeschikt zijn aan het gezag van een arts. In Nederland bestaat er reeds een *Master of Science Verloskunde* sinds 2002. In Vlaanderen is het sinds 2006 ook mogelijk om een master in de vroedkunde te behalen (KB 13 juli 2006). Op die manier wordt een academische bovenbouw aangeboden voor de professionele bachelors in de vroedkunde. De opleiding wil mensen vormen die in staat zijn tot het verrichten van wetenschappelijk onderzoek, evenals voor functies zoals klinisch specialist, hoofdvroedvrouw, staff-functionaris, lid van het middenkader, directielid van een departement in de vroedkunde, of lesgever in het hoger en secundair onderwijs (Infobrochure 2007). Op die manier wil men in Vlaanderen een inhaalbeweging maken ten opzichte van de omringende landen. Een grotere autonomie van vroedvrouwen tegenover artsen, lijkt echter onwaarschijnlijk, aangezien (1) zowel de master als de basisopleiding nog steeds gericht zijn op de ziekenhuiscontext, en niet op autonoom werken, zoals in Nederland, en (2) zelfs vroedvrouwen met een master op zak, zullen terecht komen op posities, ondergeschikt aan die van artsen. Waar wel een verbetering te verwachten is, is in het wetenschappelijk onderzoek. Tot nu toe zijn er geen Vlaamse vroedvrouwen academisch actief bezig met onderzoek, maar de master creëert daar de nodige ruimte voor. De masteropleiding is een kans om de professionalisering van vroedvrouwen/verloskundigen te versterken en dus het sociale zorgmodel (dat maternaal welbevinden het meest ten goede blijkt te komen) te promoten. Of het ook voldoende is, zal de toekomst uitwijzen.

14.5.2. Familialisering en de nadelen van het moederschap

Wat betreft (de)familialisering komt het er op aan om de afstemming tussen werk en gezin zodanig te organiseren dat er ofwel ruimte gecreëerd wordt binnen het gezin om zorgtaken op te nemen, ofwel faciliteiten voorzien worden om de zorg uit te besteden. De zorg voor moeder en kind kan thuis georganiseerd worden door kraamhulp en eerstelijns zorgverleners in te zetten ter ondersteuning, zoals gebeurt in Nederland. In Vlaanderen wordt deze zorg uitbesteed aan ziekenhuizen, waar vrouwen gedurende ongeveer vijf dagen kunnen genieten van een "hotel"-accommodatie. Dat wordt door veel Vlaamse vrouwen als praktisch en comfortabel ervaren, want de "patiënten"rol geeft hen de legitimatie om vrijgesteld te worden van huishoudelijke bekommernissen en dus de partner aan het werk te zetten.

Na een periode van kraamhulp in Nederland, of hospitalisatie in Vlaanderen, worden moeders vrijgesteld van het werk buitenshuis om de "goede moeder" rol naar behoren te vervullen. Gedurende een lange periode moederschapsverlof kunnen opnemen, is één van de indicatoren van familialisering. In België kunnen we met de nieuwe coalitie een verschuiving in die richting verwachten. Hoewel het moederschapsverlof in Vlaanderen slechts één week korter is (15 weken in plaats van 16 weken) dan in Nederland, gaan stemmen op, vooral bij CD&V, om het moederschapsverlof te verlengen.

*"CD&V wil de **bestaande verlofstelsels die meer tijd toelaten voor het gezin of zorg versterken**. Voor de gezondheid van moeders en hun baby's is het belangrijk dat zij voldoende rust hebben voor en na de geboorte. Daarom wil CD&V **het moederschapsverlof voor werknemers optrekken tot het Europees gemiddelde van 20 weken**, waarvan **minstens twee weken verplicht** op te nemen voor de bevalling. [...] Voor vaders wil CD&V dat zij in **alle gevallen recht hebben op een vaderschapsverlof van 15 dagen**, gekoppeld aan ontslagbescherming voor werknemers en een aangepaste regeling voor zelfstandigen. [...] Het **ouderschapsverlof** willen we uitbreiden tot maximaal 1 jaar voor beide ouders samen; 3 maanden voor zowel vader als moeder, 5 maanden naar keuze door één van beide ouders op te nemen, 1 maand extra indien beide ouders hun verlof opnemen"* (CD&V 2007)

Welvaartstaten verzekeren vrouwen van het recht om te zorgen, dragen bij tot hun arbeidsmarktparticipatie, vergroten hun economische onafhankelijkheid en versterken hun macht binnen huishoudens en binnen de samenleving in het algemeen, door middel van voorzieningen zoals moederschapsverlof (Mandel & Semyonov 2006). De gezinsvriendelijke beleidsmaatregelen

hebben echter ook een keerzijde: ten eerste, vergroten ze de loonkloof tussen mannen en vrouwen, die in feite vooral een kloof is tussen mannen en moeders (Glass 2004), ten tweede, verlagen ze het zogenaamde glazen plafond dat voornamelijk een "moeder plafond" is (Correll et al. 2007). Kortom, ze vergroten de geslachtsongelijkheid binnen de samenleving (Arun et al. 2004).

14.5.2a De loonkloof wordt groter

Moederschap brengt vrouwen in een nadelige positie op de arbeidsmarkt. Ze verdienen minder (Phipps et al. 2001; Correll et al. 2007), en worden als minder competent, minder toegewijd tot hun werk en minder betrouwbaar bestempeld (Corse 1990; Halpert et al. 1993). Vaderschap daarentegen is een voordeel (Townsend 2002): vaders verdienen meer in vergelijking met andere mannen, en worden gezien als meer toegewijd tot hun werk (Correll et al. 2007). Geslachtsrolverwachtingen zijn hier cruciale verklaringsmechanismen. Voor vrouwen conflicteren de verwachtingen inherent aan de "goede moeder" rol, met de rol van ideale werknemer. Met andere woorden, volgens de stereotype geslachtsrolverwachtingen, kunnen vrouwen niet én een goede moeder, én een goede werkneemster zijn (Correll et al. 2007). Voor mannen daarentegen blijkt het vaderschap de rol van kostwinner te verstevigen. Van vaders wordt immers verwacht, het gezin te voorzien van economische middelen (Orloff 1996).

Werkonderbrekingen omwille van moederschap bevestigen de geslachtsrolverwachtingen, en verklaren een deel van de loonkloof tussen moeders en kinderloze vrouwen (Budig & England 2001). Afwezigheid op het werk devalueert *human capital* (Phipps et al. 2001), maar bij moeders komt daar de verwachting van werkgevers bij dat moederschap gepaard gaat met meer afwezigheid (omwille van zorgtaken) dan bij kinderloze vrouwen (Arun et al. 2004).

14.5.2b Het glazen plafond verlaagt

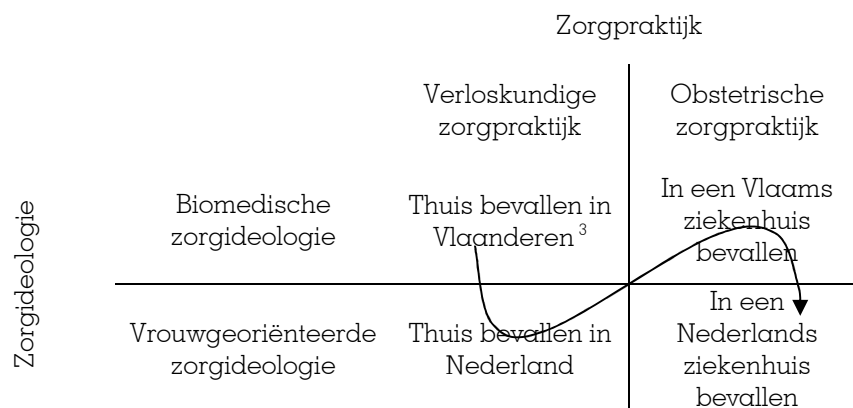
Vrouwen lopen het "risico" om moeder te worden en stoten daardoor tegen het zogenaamde glazen plafond, dat nog verlaagd wordt door een uitbreiding van het moederschapsverlof, gezien vrouwen dan nog langer "uitvallen". Doordat van "goede moeders" verwacht wordt dat ze ten allen tijde voorrang geven aan kindercare en dus meer afwezig zullen zijn, krijgen ze minder kansen om door te groeien tot hogere functies (Orloff 1996; Correll et al. 2007).

Familialiserende welvaartstaten vergemakkelijken voor vrouwen de toegang tot de arbeidsmarkt, maar niet tot hogere functies (Mandel & Semyonov 2006). Bovendien bevestigen ze de traditionele geslachtsrolverwachtingen, door vrouwen vooral te beschouwen als potentiële moeders. De nadelen voor vrouwen van een gezinsvriendelijk beleid kunnen niet worden weggewerkt zolang de traditionele verdeling van werk-gezin verantwoordelijkheden tussen mannen en vrouwen niet in vraag gesteld worden. Door zorg los te koppelen van de geslachtsrollen krijgen vrouwen én mannen de vrijheid om te beslissen of ze al dan niet zorgtaken op zich nemen en in welke mate, zonder daarbij gehinderd te worden door gendernormen. Op die manier kunnen de dubbele shift van vrouwen (Kremer 2007), de loonkloof en het glazen plafond verminderd worden. Door zowel mannen als vrouwen te laten kiezen van welke gezinsvriendelijke maatregelen ze gebruik maken en voor hoe lang, kunnen de voordelen (werk-gezins balans) gemaximaliseerd, en de nadelen (geslachtsongelijkheid, loonkloof, glazen plafond) gereduceerd worden. Gezien familialisering voor mannen defamilialisering betekent voor vrouwen, kan een uitbreiding van het ouderschaps- en vaderschapsverlof een tegengewicht vormen, op voorwaarde dat meer mannen er gebruik van maken. Daar wringt nu net het schoentje: de huidige geslachtsrollen impliceren dat vrouwen zorgen en doordat vrouwen zorgen worden de geslachtsrollen bevestigd. Bovendien nemen vrouwen graag de zorg op voor hun kinderen en identificeren ze zich heel sterk met hun rol als moeder en zorgverlener (Knijn & Kremer 1997; Bracke et al. 2008). Daarenboven leidt een gezin nog steeds minder inkomensverlies als de vrouw stopt met werken, dan wanneer de man dat zou doen. En tenslotte, stoot het gelijke kansen pleidooi op de biologische realiteit dat vrouwen kinderen baren en mannen kinderen "krijgen".

14.5.3. Implicaties voor zorgmodellen en medicalisering van geboorte

Eerder dan ons af te vragen welk zorgmodel het beste is, is het zinvoller te zoeken naar een antwoord op de vraag welke mate van medicalisering van geboorte optimaal is, of met andere woorden, welk zorgmodel maternaal welbevinden maximaliseert. Het raamwerk dat doorheen gans dit proefschrift werd gebruikt (Figuur 14.5), wordt nogmaals als organiserend principe gebruikt in het formuleren van een antwoord.

Figuur 14.5: Vier modellen van zorg



De kromme in bovenstaande figuur geeft een toenemende mate van maternaal welbevinden weer. Vlaamse vrouwen met een thuisbevalling rapporteerden het hoogste, Nederlandse vrouwen met een ziekenhuis bevalling, het laagste maternaal welbevinden. Derhalve zouden we kunnen argumenteren dat de Vlaamse verloskundige praktijk, die we eerder als het meest gedemedeicaliseerd hebben benoemd (Figuur 14.1), het beste zorgmodel is. Op individueel niveau is dit een correct besluit, maar op populatieniveau dient rekening gehouden te worden met het feit dat dit zorgmodel slechts voor een select publiek mogelijk is. Meer nog, mocht de vraag naar Vlaamse thuisbevallingen fors toenemen, dan zou (1) het aanbod in termen van aantal zelfstandige vroedvrouwen te klein zijn en (2) er zich een andere werkorganisatie opdringen, waardoor de sterktes van het model verloren gaan. Eén van de sterktes is de één-op-één of één-op-twee (twee vroedvrouwen of één vroedvrouw en een huisarts) continue zorg. Door de hogere werkdruk zou het model evolueren in de richting van de Nederlandse verloskundige praktijk. De zorgverlening wordt er georganiseerd in verloskundige praktijken, waardoor een stukje aan continuïteit ingeboet wordt⁴, maar een stuk aan efficiëntie gewonnen wordt. Op die manier wordt thuis bevallen mogelijk gemaakt voor een groot segment van de bevolking. Ondanks dat we bij Nederlandse vrouwen die thuis bevallen zijn een lager welbevinden vaststellen dan bij Vlaamse vrouwen, is het Nederlandse model

³ Figuur 14.5 is misleidend in die zin dat de Vlaamse thuisbevallingen ondergebracht worden bij de biomedische ideologie, terwijl ze wellicht meer vrouwgeoriënteerd zijn dan de Nederlandse thuisbevallingen. De biomedische ideologie is hier echter bedoeld als een landenkenmerk, niet een kenmerk van zorgverleners.

⁴ Vrouwen weten vaak niet welk lid van het team hen effectief zal assisteren, niet steeds hetzelfde teamlid verstrekt prenatale zorg, en de verloskundige is niet continu aanwezig tijdens de arbeid.

wel het effectiefst rekening houdend met het aantal vrouwen dat er gebruik van maakt.

Hoewel we vonden dat het sociale model resulteert in een hoger maternaal welbevinden dan het medische model, zijn de resultaten van het medische model beter dan verwacht. Vooral in Vlaanderen kunnen we ons niet van de indruk ontdoen dat de medicaliseringskritiek weinig empirische doorvertaling vindt in termen van maternaal welbevinden. Dat neemt echter niet weg, dat de obstetrische praktijk (zowel in Vlaanderen als in Nederland) voor verbetering vatbaar is.

De verbetering kan bestaan uit een verschuiving van *informed consent* naar *informed choice*. Beide strategieën bewaken de autonomie van de patiënt door het verschaffen van informatie (Thachuk 2007). Het onderscheid is soms subtiel, maar relevant met betrekking tot de machtsrelatie tussen arts en patiënt. Bij *informed consent* wordt voornamelijk het akkoord gevraagd van de patiënt, wat betekent dat de afhankelijkheidspositie van de patiënt behouden blijft. Bij *informed choice* daarentegen, wordt wederzijdse verantwoordelijkheid nagestreefd, waardoor zorgverlener en patiënt als partners zorgbeslissingen nemen (Weinstein 2005).

Een vaak geuite kritiek op medicalisering van geboorte is dat het de autonomie van vrouwen beknot en hen in een passieve rol duwt. Wanneer medicalisering echter het resultaat is van een bewuste weloverwogen keuze, kan het *empowerment* in de hand werken en moeders (en vaders) een actieve rol geven. Om daartoe te komen moeten (Vlaamse) vrouwen weten dat medicalisering een keuze is en dat er aanvaardbare en veilige alternatieven bestaan.

Vlaamse alternatieven voor het medisch model, namelijk thuis en poliklinisch bevallen kunnen beter ondersteund worden door middel van (1) *informed choice*, (2) het verder uitbouwen van kraamhulp en (3) door vroedvrouwen bevallingen te laten verder zetten in een ziekenhuis indien nodig. Ten eerste, geïnformeerde keuzes worden mogelijk wanneer elke zorgverlener, zowel in eerste als in tweede lijn informatie verschaft over alle zorgmogelijkheden en zich niet beperkt tot de eigen zorgpraktijk en -ideologie. Bovendien zou van elke zorgverlener en elk ziekenhuis transparantie kunnen gevraagd worden, in termen van het kenbaar maken van een zorgprofiel (zorgideologie en praktijk). Ten tweede, moet kraamhulp beter bekend gemaakt worden. Ook kan de opleiding tot kraamverzorgende beter uitgebouwd worden tot een

uniform geheel. Tenslotte, moet een goed doorverwijssysteem uitgebouwd worden. Vroedvrouwen en huisartsen zouden hun parturiëntes moeten kunnen vergezellen naar het ziekenhuis en de bevalling daar desgewenst verder zetten zonder dat over hun schouder meegekeken wordt.

Het Nederlandse systeem met "two sciences of obstetrics" (DeVries 2004) wordt gekenmerkt door een zekere ambivalentie. Zowel het sociale als het medische model zijn vertegenwoordigd, waardoor verwachtingspatronen elementen van de beide kunnen bevatten. Het is onduidelijk of Nederlandse vrouwen echt de voorkeur geven aan thuis bevallen, of dit eerder het resultaat is van de werking van het zorgsysteem. Gezien het aantal thuisbevallingen teruggevallen is op 30 procent sinds de invoering van de poliklinische bevalling in 1965, lijken veel Nederlandse vrouwen zich wel te vinden in dat compromis tussen verloskundige praktijk en biomedische ideologie. De Nederlandse verloskundige praktijk wordt overigens in sommige regio's nog steeds geplaagd door een tekort aan verloskundigen, waardoor vrouwen er niet kunnen kiezen voor een thuisbevalling. Wanneer men dus de thuisbevalling in Nederland wil blijven ondersteunen, zal men de vinger aan de pols moeten houden en blijven bijsturen waar nodig.

De meest prangende vraag voor Nederland is echter waarom vrouwen die in een ziekenhuis bevallen een lager maternaal welbevinden rapporteren dan Vlaamse vrouwen met een ziekenhuisbevalling. Om tot een constructief antwoord te komen is er informatie nodig over de wijze waarop de Nederlandse obstetrische praktijk zich onderscheidt van de Vlaamse. Daar waar in Vlaanderen de verloskundige praktijk, die tot goede resultaten leidt, beter ondersteund mag worden, zou in Nederland best wat aandacht gaan naar de obstetrische praktijk die tot de minst goede resultaten leidt.

14.6. De cirkel sluit

Om inzicht te verwerven in de invloed van de organisatie van zorg op maternaal welbevinden, hebben we een *decentred approach* tot vergelijkend onderzoek toegepast zoals ontwikkeld werd door DeVries et al. (2001) in het boek *Birth by Design*. Deze methodologie zet de dialectiek tussen micro- en macroniveau om in een concreet onderzoeksdesign. Deze manier van werken, door DeVries (2004) de derde weg genoemd, maakt de gelaagdheid van de werkelijkheid, van detail (microniveau) tot algemeen beeld (macroniveau), expliciet. Het laat toe om het micro-macro onderscheid te overstijgen en op een dialectische manier tot een synthese te komen. Het blijkt een vruchtbare

methode om contextspecifieke kennis samen te brengen met sociologische theorie.

De doelstelling van Vlaamse en Nederlandse aanstaande moeders is dezelfde, namelijk, een goede (aanstaande) moeder zijn, maar de geïnstitutionaliseerde middelen daartoe verschillen, want de zorg voor moeder en kind wordt anders georganiseerd. In Vlaanderen wordt het medische model algemeen beschouwd als de beste manier om het culturele doel (goed bevallen) te verwezenlijken, terwijl dat in Nederland het sociale model is. De verschillen werden geduid door de zorgsystemen te positioneren op het professionaliserings, medicaliserings- en familialiseringscontinuüm. Het zijn interdependente structurele condities die voortdurend evolueren. De keuzes die vrouwen maken inzake zwangerschap en bevalling worden erdoor beperkt of in de hand gewerkt, maar in ieder geval beïnvloed. De dialectische relatie tussen sociaal handelen en sociale structuren, zoals door Berger en Luckman geformuleerd, overbrugt het micro-macro onderscheid, definieert de relatie tussen cultuur en structuur en legt uit waarom moeders tegelijk medicalisering ondergaan en stimuleren. (Aanstaande) moeders geven (actief) vorm aan zorgconstellaties via hun herhaalde zorgkeuzes, terwijl hun keuzes ook het resultaat zijn van bestaande zorgconstellaties (passief). Doordat deze keuzes herhaald worden in tijd en ruimte, worden ze geobjectiveerd (Berger & Luckmann 1966) en geven ze de impulsen die nodig zijn voor continue verandering. Zorgsystemen zijn geen rigide systemen, maar vloeibare geïnstitutionaliseerde middelen die voortdurend aangepast worden aan de behoeften en preferenties van de vrouwen die er gebruik van maken, teneinde hun maternaal welbevinden te optimaliseren.

Deze crossnationale longitudinale studie van maternaal welbevinden opent perspectieven voor verder onderzoek in samenwerking met andere landen en disciplines. Zoals het een goede onderzoekscyclus betaamt, werden vragen gesteld om antwoorden te zoeken, maar werden nieuwe vragen gevonden.

REFERENCES

Master verpleegkunde en vroedkunde 2007. Associatie Universiteit Gent.

Anthony, S., Amelink-verburg, M.P., Jacobusse, G.W., & van der Pal-de Bruin, K.M. (2005) *De thuisbevalling in Nederland 1995-2002. Rapportage over de jaren 2001-2002*. PRN/TNO rapport KvL/IPB 2005.083.

Arun, S.V., Arun, T.G. & Boroah, V.K. (2004) The effect of career breaks on the working lives of women. *Feminist Economics* 10, 65-84.

Ayers, S., Wright, D.B. & Wells, N. (2007) Symptoms of post-traumatic stress disorder in couples after birth: association with the couple's relationship and parent-baby bond. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 25, 40-50.

Ballard, K. & Elston, M.A. (2005) Medicalisation: a multi-dimensional concept. *Social Theory and Health* 3, 228-241.

Beams, M. (1979) One woman's work is another woman's daughter: a contribution to the sociology of childbirth. *Women's Studies International Quarterly* 2, 57-67.

Belenky, M. F., Clinchy, B., Goldberger, N., & Tarule, J. (1986) *Women's ways of knowing: the development of self, voice and mind*. New York: Basic Books.

Bell, D. (1973) From goods to services. In D. Bell (Ed.), *The coming of post-industrial society: a venture in social forecasting*. New York: Basic Books.

Berger, P.L. & Luckmann, T. (1966) *The social construction of reality*. New York: Doubleday.

Botti, S. & McGill, A.L. (2006) When choosing is not deciding: the effect of perceived responsibility on satisfaction. *Journal of Consumer Research* 33, 211-219.

Bracke, P., Christiaens, W. & Wauterickx, N. (2008) The pivotal role of women in informal care. *Journal of Family Issues (to be published)*.

Bramadat, I.J. & Driedger, M. (1993) Satisfaction with childbirth--Theories and methods of measurement. *Birth-Issues in Perinatal Care* 20, 22-29.

Breslin, M. (1997) Nurse-midwives attending healthy women's deliveries use fewer interventions than physicians. *Family Planning Perspectives* 29, 295-239.

Browner, C.H. & Press, N. (1996) The production of authoritative knowledge in American prenatal care. *Medical Anthropology Quarterly* 10, 141-156.

Budig, M.J. & England, P. (2001) The wage penalty for motherhood. *American Sociological Review* 66, 204-225.

Capogna, G., Camorcia, M. & Stirparo, S. (2007) Expectant fathers' experience during labor with or without epidural analgesia. *International Journal of Obstetric Anesthesia* 16, 110-115.

- Samenwerken Werkt. Federaal verkiezingsprogramma. CD&V (6-10-2007).
- Conrad, P. (1979) Types of medical social control. *Sociology of health and illness* 1, 1-11.
- Correll, S.J., Benard, S. & Paik, I. (2007) Getting a job: is there a motherhood penalty? *American Journal of Sociology* 112, 1297-1338.
- Corse, S.J. (1990) Pregnant managers and their subordinates - The effects of gender expectations on hierarchical relationships. *Journal of Applied Behavioral Science* 26, 25-47.
- 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.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2000) The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry* 11, 227-268.
- Esping-Andersen, G. (1990) *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Fox, B. & Worts, D. (1999) Revisiting the critique of medicalized childbirth - A contribution to the sociology of birth. *Gender & Society* 13, 326-346.
- Gershuny, J. (1978) The self-service economy. In J. Gershuny (Ed.), *After industrial society? The emerging self-service economy* (London: MacMillan.
- Gilleir, C. (2007) Thuis bevallen in Vlaanderen: een kwestie van reflexiviteit. *Tijdschrift voor Sociologie* 28, 25-51.
- Gilovich, T., Medvec, V.H. & Chen, S. (1995) Commission, omission, and dissonance reduction - Coping with regret in the Monty-Hall problem. *Personality and Social Psychology Bulletin* 21, 182-190.
- Glass, J. (2004) Blessing or curse? Work-family policies and mother's wage growth over time. *Work and Occupations* 31, 367-394.
- Goldspink, C. & Kay, R. (2004) Bridging the micro-macro divide: a new basis for social science. *Human Relations* 57, 597-618.
- Gungor, I. & Beji, N.K. (2007) Effects of fathers' attendance to labor and delivery on the experience of childbirth in Turkey. *Western Journal of Nursing Research* 29, 213-231.
- Habiba, M., Kaminski, M., Da Fre, M., Marsal, K., Bleker, O., Librero, J. et al. (2006) Caesarean section on request: a comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries. *Bjog-An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 113, 647-656.
- Halpert, J.A., Wilson, M.L. & Hickman, J.L. (1993) Pregnancy as a source of bias in performance appraisals. *Journal of Organizational Behavior* 14, 649-663.

- Heres, M.H.G., Pel, M., Borkent-Polet, M., Treffers, P.E. & Mirmiran, M. (2000) The hour of birth: comparisons of circadian pattern between women cared for by midwives and obstetricians. *Midwifery* 16, 173-176.
- Illich, I. (1976) *Limits to medicine. Medical nemesis: the expropriation of health*. London: Marion Boyars.
- Ip, W.Y. (2000) Relationships between partner's support during labour and maternal outcomes. *Journal of Clinical nursing* 9, 265-272.
- Iyengar, S.S. & Lepper, M.R. (1999) Rethinking the value of choice: a cultural perspective on intrinsic motivation. *Journal of Personality and Social Psychology* 76, 349-366.
- Iyengar, S.S. & Lepper, M.R. (2000) When choice is demotivating: can one desire too much of a good thing? *Journal of Personality and Social Psychology* 79, 995-1006.
- Jordan, B. (1997) Authoritative knowledge and its construction. In R. Davis-Floyd & C. Sargent (Eds.), *Childbirth and authoritative knowledge. Cross-cultural perspectives* (pp. 55-79). Berkeley and Los Angeles, California: University of California Press.
- Khayat, R. & Campbell, O. (2000) Hospital practices in maternity wards in Lebanon. *Health Policy and Planning* 15, 270-278.
- Kingfisher, C.P. & Millard, A.V. (1998) "Milk makes me sick but my body needs it": conflict and contradiction in the establishment of authoritative knowledge. *Medical Anthropology Quarterly* 12, 447-466.
- Knijjn, T. & Kremer, M. (1997) Gender and the caring dimension of welfare states: toward inclusive citizenship. *Social Politics* 4, 328-361.
- Kremer, M. (2007) *How welfare states care. Culture, gender and parenting in Europe*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Lazarus, E.S. (1994) What do women want - Issues of choice, control, and class in pregnancy and childbirth. *Medical Anthropology Quarterly* 8, 25-46.
- Leder, D. (1990) *The absent body*. Chicago: Chicago University Press.
- Linder-Pelz, S. (1982) Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science & Medicine* 16, 577-582.
- Lowenberg, J.S. & Davis, F. (1994) Beyond medicalisation-demmedicalisation - The case of holistic health. *Sociology of Health & Illness* 16, 579-599.
- Lumley, J. (1985) Assessing satisfaction with childbirth. *Birth-Issues in Perinatal Care* 12, 141-145.
- Lyon, D.S., Mokhtarian, P.L. & Reeve, M.M. (1999) Predicting style-of-care preferences of obstetric patients - Medical vs. midwifery model. *Journal of Reproductive Medicine* 44, 101-106.
- MacDonald, K.M. (1995) *The sociology of the professions*. London: Sage Publications Ltd.

- Mandel, H. & Semyonov, M. (2006) A welfare state paradox: state interventions and women's employment opportunities in 22 countries. *American Journal of Sociology* 111, 1910-1949.
- Merton, M.K. (1968) *Social theory and social structure*. New York: Free Press.
- Norr K.L., Block C.R., Charles A., Meyering S. & Meyers E. (2004) Explaining pain and enjoyment in childbirth. *Journal of Health and Social Behavior* 18, 260-275.
- Oakley, A. (1980) *Women confined: towards a sociology of childbirth*. Oxford: Martin Robertson.
- Orloff, A. (1996) Gender and the welfare state. *Annual Review of Sociology* 22, 51-78.
- Parsons, T. (1950) *The social system*. Glencoe, Illinois: Free Press.
- Pel, M., Heres, M.H.B., Hart, A.A.M., Vanderveen, F. & Treffers, P.E. (1995) Provider-associated factors in obstetric interventions. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology* 61, 129-134.
- Phipps, S., Burton, P. & Lethbridge, L. (2001) In and out of the labour market: long-term income consequences of child-related interruptions to women's paid work. *Canadian Journal of Economics-Revue Canadienne D Economique* 34, 411-429.
- Prentice, A. & Lind, T. (1987) Fetal heart rate monitoring during labor - too frequent intervention, too little benefit. *Lancet* 2, 1375-1377.
- Sandelowski, M. (1993) Toward a theory of technology dependency. *Nursing Outlook* 41, 36-42.
- Sandelowski, M. (1994) Separate, but less unequal - Fetal ultrasonography and the transformation of expectant mother fatherhood. *Gender & Society* 8, 230-245.
- Sargent, C. & Stark, N. (1989) Childbirth education and childbirth models: parental perspectives on control, anesthesia, and technological intervention in the birth process. *Medical Anthropology Quarterly* 3, 36-51.
- Schwartz, B. (1994) *The cost of living: how market freedom erodes the best things in life*. New York: W.W. Norton & Company.
- Seeman, M. (1959) On the meaning of alienation. *American Sociological Review* 24, 783-791.
- Shankar, A., Cherrier, H. & Canniford, R. (2006) Consumer empowerment: a Foucauldian interpretation. *European Journal of Marketing* 40, 1013-1030.
- Shields, N., Turnbull, D., Reid, M., Holmes, A., McGinley, M. & Smith, L.N. (1998) Satisfaction with midwife-managed care in different time periods: a randomised controlled trial of 1299 women. *Midwifery* 14, 85-93.
- Singley, S.G. & Hynes, K. (2005) Transitions to parenthood - Work-family policies, gender, and the couple context. *Gender & Society* 19, 376-397.

- Skibsted, L. & Lange, A.P. (1992) The need for pain relief in uncomplicated deliveries in an alternative birth center compared to an obstetric delivery ward. *Pain* 48, 183-186.
- Smelser, N. J. (1988) *Handbook of sociology*. London: Sage Publications.
- Stahl, K. & Hundley, V. (2003) Risk and risk assessment in pregnancy - Do we scare because we care? *Midwifery* 19, 298-309.
- Tanassi, L.M. (2004) Compliance as strategy: the importance of personalised relations in obstetric practice. *Social Science & Medicine* 59, 2053-2069.
- Taylor, S.E. (1989) *Positive illusions: creative self-deception and the healthy mind*. New York: Basic Books.
- Terry, R. & Gijsbers, K. (2000) Memory for the quantitative and qualitative aspects of labour pain: a preliminary study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 18, 143-152.
- Thachuk, A. (2007) Midwifery, informed choice, and reproductive autonomy: a relational approach. *Feminism & Psychology* 17, 39-56.
- Thomas W.I. en Thomas D. (1928) *The Child in America: behavior problems and programs*. New York: Alfred A. Knopf.
- Townsend, N.W. (2002) *The package deal: marriage, work and fatherhood in men's lives*. Philadelphia, Temple University Press.
- Tsalikis, G. (1977) Reordering welfare-state - Reason, humanitarianism and false consciousness. *Ethics in Science & Medicine* 4, 107-118.
- Van Kersbergen, K. (1991) *Social Capitalism: a study of Christian democracy and the post-war settlement of the welfare state*. European University Institute, Florence Italy.
- van Teijlingen, E., Hundley, V., Rennie, A.M., Graham, W. & Fitzmaurice, A. (2003) Maternity satisfaction studies and their limitations: "What is, must still be best". *Birth-Issues in Perinatal Care* 30, 75-82.
- Visser, J. (2002) The first part-time economy in the world: a model to be followed? *Journal of European Social Policy* 12, 23-42.
- Wall, T.D., Cordery, J.L. & Clegg, C.W. (2002) Empowerment, performance, and operational uncertainty: a theoretical integration. *Applied Psychology-An International Review-Psychologie Appliquee-Revue Internationale* 51, 146-169.
- Weiner, B. (1980) A cognitive (attribution) - emotion - action model of motivated behavior - An analysis of judgments of help-giving. *Journal of Personality and Social Psychology* 39, 186-200.
- Weinstein, J.N. (2005) Partnership: doctor and patient - Advocacy for informed choice vs. informed consent. *Spine* 30, 269-271.
- Wijma, K., Wijma, B. & Zar, M. (1998) Psychometric aspects of the W-DEQ: a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 19, 84-97.

- Williams, K. & Umberson, D. (1999) Medical technology and childbirth: experiences of expectant mothers and fathers. *Sex Roles* 41, 147-168.
- Zola, I.K. (1972) Medicine as an institution of social control. *Sociological Review* 20, 487-504.
- Zuckerman, M., Porac, J., Lathin, D., Smith, R. & Deci, E.L. (1978) Importance of self-determination for intrinsically-motivated behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin* 4, 443-446.