

# 'Jouw keuze' als frame

## Media en voorlichting over bevalling

José Sanders en Frans Meijman

**Een bevalling vergelijken met een blindedarm-operatie of wortelkanaalbehandeling. Eén pleidooi van Wendy van Dijk voor de ruggenprik tegenover honderd studies over tevredenheid na de bevalling. Steeds meer vrouwen die voor het eerst moeder worden, vragen om een keizersnede. Beeldvorming van de bevalling speelt hier de doorslaggevende rol en verloskundigen kunnen hier gebruik van maken.**

### Voorkeur

Zwangere vrouwen en hun partners moeten al voor de bevalling beslissingen nemen. De bevalling is een zogenoemd 'voorkeursgevoelig' gezondheidsthema geworden: niet de evidente richtingwijzer van zorgverleners bepaalt wat er gebeurt, maar de voorkeur van de zorgontvanger. Het één (ziekenhuisbevalling; met pijnstilling; in rugligging) heeft niet op grond van medische argumentatie de voorkeur boven het ander (thuisbevalling; zonder pijnstilling; in hurkhouding), en het hangt van de voorkeur van de barende af die – althans in aanvang – de doorslag geeft.

Voor een evenwichtige beslissing moet de betrokkene geïnformeerd zijn, maar professionele voorlichting door de verloskundige is niet meer de belangrijkste bron van kennis. Verhalen in de media en in de persoonlijke omgeving kunnen de beeldvorming van de bevalling krachtig beïnvloeden. Dit proces staat bekend als *framing*. Een *frame* is een verwoording van een bepaalde kwestie – zoals de bevalling – vanuit een kader dat ook de visie, de opvattingen en het handelen bepaalt. Een frame kan al opgeroepen worden door het gebruik van enkele woorden en dit geldt nog sterker als mensen met een hoge status dit doen, zoals bekende Nederlanders of

medisch specialisten. Mediateksten en persoonlijke verhalen op het internet verwoorden de bevalling vanuit vier 'frames': interventie, risico, natuur en ervaring. Deze komen soms geïsoleerd en soms in combinatie voor.

### Interventie

Het interventieframe benadrukt de ingrepen die kunnen plaatsvinden om de bevalling tot een goed einde te brengen: *monitoring* van moeder en kind, kunstverlos-sing, keizersnede. In de media-uitingen en voorlichtings-materialen van gynaecologen zien we een benadering van de bevalling als ware het een medische ingreep. Pijn bij een ingreep 'vraagt' om verdoving. Bezien vanuit het interventieframe hoeft ook de bevalling dus ook niet zonder pijnbestrijding plaats te vinden. Vaak wordt verwezen naar bevallingspijn als de pijn van een amputatie; ook wordt verwezen naar vroeger tijden, zoals in uitspraken als: We leven niet meer in de Middeleeuwen.

### Risico

Dit frame wordt opgeroepen wanneer er bij bevalling vooral gesproken wordt over de kans op babysterfte en over de risico's die bevallen met zich meebrengt voor het kind, zoals in alarmerende publicaties over 'de babysterfte' in Nederland. Deskundigen zijn het echter niet met elkaar eens. Maar wanneer het als nieuws wordt gepresenteerd is het wel alarmerend voor zwangere vrouwen, en de media-informatie die vanuit dit frame wordt gegeven is afkomstig van bronnen met een hoge status (artsen, journalisten).

### Natuur

Termen betreffende normaliteit of natuurlijkheid van de bevalling roepen een tegengesteld frame op: verloskundigen benadrukken de ongecompliceerde (thuis) bevalling in de ervaring van de vrouw die moeder wordt. Een voorbeeld is de slogan op de KNOV-website: *De geboorte van een kind is ook de geboorte van een moeder. Zij heeft haar innerlijke kracht ontdekt.* De nadruk op de geboorte van kind en moeder als natuurlijk proces versterkt het frame, waarin de verloskundige als begeleider een centrale rol speelt. Pijn bij de bevalling is functioneel, gericht op de versnelling en de uitkomst van het gezonde proces. Vanuit de invalshoek van natuurlijkheid verstoort het bestrijden van de pijn de

---

dr. José Sanders, Radboud Universiteit Nijmegen, Centre for Language Studies - universitair hoofddocent communicatie- en informatiewetenschappen. [j.sanders@let.ru.nl](mailto:j.sanders@let.ru.nl); dr. Frans J. Meijman, VU Medisch Centrum Amsterdam, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde - universitair hoofddocent. [fj.meijman@vumc.nl](mailto:fj.meijman@vumc.nl)

Samenvatting van het artikel dat eerder verscheen in *Tijdschrift voor Taalbeheersing* (2012) volume 34 no. 3, pp. 229-250.

functionaliteit ervan; interventie komt pas aan de orde als de bevalling niet op natuurlijke wijze kan gaan.

### Ervaring

Uitingen van vrouwen zelf in media-uitingen en op het web duiden erop dat zij hun ervaring van de bevalling centraal stellen, in termen van prettig of niet prettig, tevredenheid of lijden. Vrouwen spreken over hun bevalling als een unieke levensgebeurtenis. Dit frame wordt versterkt door te spreken over barende vrouwen als cliënten en over cliëntgerichte benaderingen. De zorgverlener is in dit frame de leverancier van het unieke levensmoment, en het frame biedt een voorname plaats aan de getuige van dit unieke moment (partner/zus/moeder/vriendin). Dit perspectief leidt tot frustratie als de ervaring niet (uitsluitend) positief is en dit maakt dat de partner in hoge mate meebepaalt welke voorkeuren de barende uitspreekt (inzake pijnbestrijding en interventie).

### Doorgeschoten compromis?

Uit respect voor de zelfstandigheid van de zwangere en haar partner leggen zorgverleners in hun voorlichtingsmaterialen de verantwoordelijkheid bij vrouwen zelf. Zo ontstaat een overkoepelend keuzeframe: bevallen is 'jouw keuze'; we laten je alle objectieve informatie lezen en dan horen we graag wat JIJ wilt. Zo'n aanpak lijkt objectief en goed voor de autonomie van de zwangere vrouw en wordt daarom breed gepropageerd. Keuzehulpen en checklists worden gepubliceerd en op het internet verspreid. Maar de frames in de media en van-horen-zeggen hebben de keuzeruimte al grotendeels bepaald. Al de objectieve verloskundige informatie lijkt toegankelijk en bruikbaar, maar sluit niet goed aan bij de gezondheidsgeletterdheid van veel vrouwen, en ook niet bij hun mediagebruik.

### Beeld verdringt woord

Veel vrouwen kunnen de kansen en inschattingen in professionele gezondheidsinformatie niet goed wegen. Vaak begrijpen ze de informatie helemaal niet. Liever vertrouwen ze op de persoonlijke ervaringen die ze van celebrities, zussen en vriendinnen hebben gehoord. En omdat in die verhalen de interventies en risico's steeds aanwezig zijn, komt het natuurframe psychologisch in de verdrukking. Als vrouwen in hun hoofd bezig zijn met beelden van amputatie, wortelkanaalbehandeling of blindedarmoperatie, en de termen 'risico' en 'babysterfte' hebben horen noemen, is informatie over een natuurlijke bevalling niet meer goed verstaanbaar: ze horen het gewoon niet, want ze raken die beelden niet meer kwijt. Dit kan nog sterker gelden voor de mee-kiezende partners.

### Persoonlijke verhalen

Gezondheidsvoorlichters zullen zich moeten verhouden tot de veranderende mediacontext, waarin hun informatieve, keuzegeoriënteerde voorlichting een steeds minder prominente plaats inneemt. Er zijn goede argumenten om in de voorlichting meer ruimte te maken voor persoonlijke communicatie en verhalen. Dan wordt *informed decision making* tot *shared decision making*. Onderzoek heeft immers laten zien dat communicatie met en betrokkenheid van de zorgverleners dé bepalende factoren zijn voor tevredenheid na de bevalling. Dus: waarom zouden verloskundigen en gezondheidsvoorlichters niet leren van de media en ruim baan geven aan persoonlijke verhalen in hun folders en webteksten? Liefst levendig verteld door rolmodellen van jonge vrouwen van allerlei achtergrond. Dat werkt psychologisch sterker dan objectieve informatie, en trekt meer aandacht dan honderd brochures met feiten en checklists. ■

## Ooproep

Ooproep tot het gebruikmaken van data DELIVER-studie (Data EersteLIjns VERloskunde): een dynamisch prospectief multicenter cohort studie. De data voor deze studie zijn verzameld tussen september 2009 en maart 2011 onder (zwangere) cliënten uit twintig verloskundige praktijken verspreid over heel Nederland.

Er zijn longitudinale data beschikbaar voor een beschrijvend artikel over het verloop in de zwangerschap die gekoppeld kunnen worden aan uitkomsten voor moeder en kind (LVR1).

### Wie heeft onderzoekspiraties en durft deze uitdaging aan?

Graag melden bij Trudy Klomp, projectleider DELIVER-studie; g.klomp@vumc.nl