

Moederschap en geboorte: relationaliteit als alternatieve ethische benadering

In de gezondheidszorg en ethiek rondom zwangerschap en geboorte is de aandacht vaak gefocust op het kind: het kind dat gewenst wordt, het kind dat in de baarmoeder groeit en zo gezond mogelijk ter wereld dient te komen, het kind dat mogelijk een beperking heeft, of dat een erfelijk risico loopt. Deze kwesties krijgen terecht aandacht in de zorg; de inspanningen van de meeste wens- of aanstaande ouders en de zorgprofessionals zijn gericht op een gezond kind met een goede start. Minder aandacht krijgen echter de ethische en existentiële kwesties die te maken hebben met de moeder, haar beleving, haar transitie naar moederschap.

Door de focus op het kind lijken we in de zorg en ethiek een onderscheid tussen moeder en kind te maken, alsof ze van elkaar gescheiden zouden kunnen worden. In dit artikel willen we deze tweedeling tussen moeder en kind agenderen: kunnen we moeder en kind eigenlijk wel los van elkaar denken? En zorgt die scheiding tussen moeder en kind niet voor het verdwijnen van de moeder naar de achtergrond zodra het kind meer in zicht komt? We willen laten zien dat moederschap een thema is waarin in opposities wordt gedacht. Dat geldt in politiek en maatschappelijk opzicht, waarin gestreden wordt om rechten van 'de moeder' óf rechten van 'het kind'. Maar het geldt ook in de gezondheidszorg, waarin vragen rondom zwangerschap en bevalling deze tweespalt weerspiegelen. We belichten beide dimensies, de brede maatschappelijke context én de geleefde ervaring van zwangerschap en bevallen, en laten zien dat op deze beide vlakken de dichotome benadering zijn beperkingen kent. We stellen daarna een andere, relationele benadering voor, die moederschap niet benadert als een veld van tweespalt, maar van relationaliteit.

Moederschap in breder perspectief

Moederschap is niet louter een persoonlijke ervaring of keuze, maar is altijd ingebed in een maatschappelijke en politieke context. Moederschap is in dit bredere veld een thema van strijd. Politiek, maatschappelijk én ethisch wordt er gestreden om rechten. We zullen enkele van de meest in het oog springende voorbeelden van



Foto: Suzan van de Kerk

Dr. Inge van Nistelrooij

Universitair docent zorgethiek en beleid
Universiteit voor Humanistiek
Kromme Nieuwegracht 29
3512 HD Utrecht
E-mail: i.vannistelrooij@uvh.nl



Rodante van der Waal, MA

Verloskundige in opleiding en filosofe
PhD-student aan de Universiteit voor Humanistiek
E-mail: rodantevanderwaal@gmail.com

Internationaal onderzoek laat zien dat de moeder als rationele, autonome en verantwoordelijke actor tijdens de bevalling niet serieus wordt genomen

deze rechtenstrijd rondom moederschap belichten. We beginnen met de maatschappelijke en politieke context en zoomen daarna in op de praktijk van zwangerschap en bevallen. Deze verbinding is volgens ons essentieel: wat er gebeurt in de verloskundige praktijk staat niet los van de bredere politieke context, maar deze wordt daarin weerspiegeld.

De strijd van vrouwen voor hun rechten, zoals het beslissingsrecht over het eigen lichaam, kreeg zijn hoogtepunt in de tweede feministische golf. Daarin werd gestreden om het recht op abortus ('Baas in eigen buik'), in Nederland en veel andere landen. Fundamenteel stond daar op het spel dat vrouwen, en niet de overheid, het recht hebben op reproductieve keuzevrijheid. Ook protesteerden vrouwen tegen de beeldvorming die moederschap 'natuurlijk' maakte, die hen hun rationaliteit ontzegde, en tegen de gelegitimeerde dominantie van de man in huwelijksrelaties. Zij verwierven hun recht om zelf overwegingen en keuzes ten aanzien van hun lichaam en levensdoel te maken. Zij werden burgers, dragers van rechten (zie onder veel meer Gilligan, 1982).

De geschiedenis is echter grillig. In veel landen staat dit recht weer (of nog altijd) onder druk. In de VS is met

de zwaar bevochten benoeming van Brett Kavanaugh weer een meerderheid aanwezig in het Hooggerichtshof die het beruchte 'Roe vs Wade-besluit' uit 1973, de abortuswet, ongedaan kan maken. In Hongarije worden vrouwen beloofd, en daarmee onder druk gezet, om meer kinderen te krijgen (premier Orbán beloofde dat zij vanaf de vierde bevalling levenslang zijn vrijgesteld van inkomstenbelasting; NRC 11 februari 2019) in de strijd tegen een 'gemengde bevolking'. In Oslo gingen duizenden mensen de straat op tegen restricties op toegang tot abortus en in IJsland staat de keuzevrijheid van de vrouw voor abortus na 12 weken ter discussie. In Nederland staat abortus nog altijd in het Wetboek van Strafrecht, ondanks

activisme van 'Wij Vrouwen Eisen' in de jaren 1970 en het initiatief in 2017 van o.a. het Clara Wichmann Fonds en Women on Waves om de abortuspil uit het strafrecht te halen. Ook is er een rechtenstrijd gaande rondom goede obstetrische zorg. Dit recht wordt geschonden waar vrouwen slachtoffer zijn van geweld tijdens de bevalling. Latijns-Amerikaanse vrouwenbewegingen hebben ervoor gezorgd dat er internationaal steeds meer bekend wordt over onrespectvolle of grensoverschrijdende zorg tijdens de baring, bekend onder de noemer *obstetric violence*. Intussen zijn veel landen hen gevolgd en laten onderzoeken zien dat ook als vrouwen ogenschijnlijk 'gezonder' hun bevalling doormaken, er vaak psychische en emotionele schade wordt opgelopen wegens een traumatische bevallingservaring door gebrekkige communicatie met en slechte bejegening door zorgverleners (o.m. OVO-Italy, 2017; Reed et al, 2017; Thomson & Downe, 2008). Het recht op *respectful maternity care* moet wereldwijd nog steeds worden bevochten (WHO, 2015; White Ribbon Alliance, 2011).

De verloskundige praktijk

In landen met goede patiëntenrechten staat goede zorg voor zwangere vrouwen onder druk, omdat cliënten niet altijd volledige en objectieve informatie krijgen. Uitgebreid etnografisch onderzoek in westerse landen heeft bijvoorbeeld aangetoond dat de verwachting dat deskundigen objectieve informatie verstrekken, ongegrond is (Newnham et al, 2018). Zij blijken niet vrij te zijn van vooroordeel, hun inschatting van medische risico's is niet neutraal, en hierdoor wordt de voorlichting aan vrouwen over hun bevalling beïnvloed. Zo is de toename van het aantal ruggenprikken (epiduraal) niet alleen ingegeven door hogere eisen aan pijnbestrijding, maar ook door technocratische waarden en een gefragmenteerd systeem van moeder-en-kindzorg. Het discours over de ruggenprik beïnvloedt niet alleen

de manier waarop vrouwen erover worden voorgelicht, maar ook welke keuze ze vervolgens maken (Newnham et al, 2018).

Internationaal onderzoek laat zien dat de moeder als rationele, autonome en verantwoordelijke actor tijdens de bevalling niet serieus wordt genomen (Newnham & Kirkham, 2019; Sen et al, 2018; Chadwick, 2018; De Vries, 2017; Premkumar & Gates, 2016; Khosla et al., 2016; Harris, 2001). Door de focus op de baby boet haar autonomie tijdens de bevalling sterk in. Er worden vaak

behandel- en interventiebeslissingen genomen die niet duidelijk aan de moeder zijn voorgelegd en waarin zij niet de kans heeft gekregen om geïnformeerde toestemming te verlenen (Chad-

wick, 2018; Sen et al, 2018; Khosla et al., 2016). Door de focus op het leven van de baby wordt de noodzakelijkheid van interventies versterkt, waardoor het moeilijk is voor vrouwen om deze interventies te weigeren (Morton et al., 2018). Dit lijkt logisch. Immers, de baby die op het punt staat geboren te worden lijkt in de meest precare situatie te verkeren. Maar daarmee vergeten we de precariteit van de situatie van de moeder en haar ervaring daarvan: zij is niet meer 'in control', is kwetsbaar, angstig, onzeker, en moet zich omwille van haar eigen leven en dat van haar kind gedurende een lange en extreem intense ervaring overgeven aan de expertise van mensen wier kennis zij niet doorgrondt (Davis-Floyd & Sargent, 1997). De focus op het kind gecombineerd met het verlies aan autonome subjectiviteit van de moeder resulteert in het inleveren van belangen van de moeder aan medische professionals *in het belang van haar kind* (De Vries, 2017; Premkumar & Gates, 2016).

Kortom, moederschap blijkt een veld vol opposities. Individuele ervaringen zijn daarin niet los te zien van een groter verband. Opvallend is het volgende: of het nou gaat om politieke rechten, maatschappelijke of patiëntenrechten, moederschap wordt op één manier gekaderd. Het gaat om rechten die tegenover elkaar staan, waarbij vrouwenrechten onder druk staan of worden genegeerd. Naar ons idee is er ook een andere benadering mogelijk, waarin zwangerschap en bevalling niet vanuit opposities, maar vanuit de verwevenheid van moeder en kind worden bekeken.

Een relationele kijk op moederschap en geboorte

Een dergelijke andere benadering is mogelijk met behulp van zorgethiek. *'Everybody is some mother's child'*, zo stelde zorgethica en *disability* filosofe Eva Feder Kittay (1999) en zij zag in deze gemeenschappelijke menselijke conditie van een afhankelijk begin de basis van onze menselijke gelijkheid. Binnen deze uitspraak kunnen we echter ook van perspectief veranderen: er is een *moeder*

In het geboortjaar, de periode van zwangerschap, baring en kraamtijd, verandert identiteit fundamenteel

nodig om geboren te worden. Iedereen is ‘of woman born’ zoals Adrienne Rich (1986) schreef. Ieder menselijk leven heeft het bestaan te danken aan een vrouw die op een of andere manier zwanger is geraakt, die zwangerschap (positief of negatief) heeft beleefd, het ongeboren kind heeft gevoeld, gevoed en uiteindelijk heeft gebaard. Zij werd ergens tijdens dit proces – fysiek, emotioneel, juridisch, sociaal, genealogisch – moeder, haar identiteit veranderde voorgoed, of ze dat nou wilde of niet. Rondom dit gebeuren spelen zich naast ethische ook existentiële vragen af.

In de Westerse maatschappij is het heersende beeld ten aanzien van onze identiteit dat van individualiteit, differentiatie en scheiding van het individu van anderen. In het geboortjaar, ‘the childbirth year’ (Crowther, 2018), de periode van zwangerschap, baring en kraamtijd, verandert identiteit fundamenteel (Miller et al., 2007; Hartrick et al., 1997; Laney et al., 2015). De verandering geldt de rol (moeder worden) en de sociale status en bezigheid. Ze verandert echter ook op een dieper niveau en verschuift van een ervaring van het zelf als ‘ik’ naar een ervaring van het zelf als ‘wij’ (Prinds et al., 2014; Laney et al., 2015). Deze ervaring van het zelf past moeilijk binnen het Westerse identiteitsbegrip, en toont aan dat dit identiteitsbegrip lacunes vertoont wat betreft het relationele, het contextuele, het temporele, het ruimtelijke, het politieke en het existentiële.

In Nederland verrichtte Marijke Verhoeven (2003) pioniersarbeid voor het dichten van deze lacunes. Zij analyseerde het begrip ‘nataliteit’ van Hannah Arendt en sloeg een brug naar politieke zorgethiek. Verhoeven werkt de gedachten uit van filosofen die nadachten over zwangerschap en geboorte, zoals Luce Irigaray, Julia Kristeva, Iris Marion Young, Adriana Cavarero en Peter Sloterdijk. Zij breidden Arendts werk over nataliteit uit naar het denken over het prenatale leven. De moeder wordt door hen gedacht als een originele ruimte, originele materialiteit en degene die het ‘vlees’ geeft waaruit wij bestaan. Verhoeven brengt deze dimensies samen en verbindt ze met de voornoemde lacunes. We zetten haar denken kort uiteen, en verbinden het later met de concrete zorgpraktijk rondom geboorte.

Verhoeven bouwt voort op de genoemde denkers om te kunnen denken over zwangerschap en geboorte als relevant in sociaal-politiek en politiek-ethisch opzicht én als verweven met het denken over identiteit. Zwangerschap stelt, zoals gezegd, nieuwe vragen bij enkele gangbare (culturele en filosofische) ideeën over identiteit. Veelal wordt identiteit gedacht als individueel (letterlijk:

ondeelbaar), oftewel één geheel dat omsloten is door en eindigt bij onze huid: het ‘ik’ dat zich bevindt binnen de grenzen van mijn vel, dat gehuld gaat in mijn lichaam. Zwangerschap stelt die grenzen van het ‘ik’ ter discussie: de zwangere vrouw valt niet samen met haar lichaam, want in dat lichaam groeit een beginnend ander. Haar identiteit is niet langer één, maar: twee-in-één. Of juist: nóch één, nóch twee-in-een. Zij is namelijk niet te reduceren tot één ondeelbare identiteit, dat zou immers haar zwangerschap ontkennen. Maar het ‘zwanger zijn’ betekent ook niet letterlijk ‘twee zijn’, want de ongeboren vrucht is niet levensvatbaar zonder het moederlichaam. De grenzen van de identiteit van moeder en kind worden hierdoor vaag en fluïde, en ten diepste relationeel. Daarom is relationaliteit bij zwangerschap ook ruimtelijk en temporeel: gedurende de zwangerschap dijt de vorm van het ‘eigen’ moederlichaam uit en de ander neemt mede bezit van het ‘eigen’ lichaam dat daardoor opzwelt, opbolt, ruimte maakt voor de tweede in het ene, het andere in het zelfde (Canullo, 2017[2009]; Hird, 2007; Kristeva (1991[1983]; Van Nistelrooij, 1996; Levinas, 1974).

Filosofische ideeën over zwangerschap geven inzichten over de verwevenheid van nataliteit en vruchtbaarheid. Het is de mogelijkheid van de nataliteit van de ander die de mogelijkheid van zwangerschap constitueert en daarmee de conditie van pluraliteit van de vruchtbare mens (Van der Waal, 2017). Dat betekent dat een relationele visie op zwangerschap en geboorte twee dingen fundeert die niet los van elkaar te zien zijn: enerzijds de specifieke nataliteit van de foetus

die de specifieke zwangerschap structureert, terwijl het anderzijds de vruchtbaarheid is die de specifieke nataliteit van de foetus mogelijk maakt (ibid.). Vanuit een radicaal relationeel perspectief proberen we

daarom én het baren van de vrouw én de geboorte van het kind als fundamenteel vervlochten te denken. Zo ligt de mogelijkheid van het nieuwe niet zozeer in nataliteit zoals bij Arendt, maar verschuift het naar het ‘tussengebied’ (de liminale ruimte) tussen moeder en kind – dat ‘verwachting’ is (Van der Waal, 2017; cf. Van Nistelrooij, 2015; Hamington, 2014).

Deze filosofische denkbeelden helpen om over de menselijke existentie anders na te denken, namelijk als ten diepste relationeel. Moederschap komt in een ander kader te staan, waardoor ook andere ethische vragen opkomen, die niet zozeer draaien om de strijd om rechten, maar om het zien van verwevenheid. Deze abstracte filosofische taal van gelaagde relationaliteit spitsen we hieronder toe op de concrete geboortezorgpraktijk. Hoe is deze *geframed* en wat zou een schets van deze

Ons alternatief bestaat uit een relationele benadering van het geboortjaar én vruchtbaarheid als existentiële fenomenen die niet-individualistisch van aard zijn, maar wél (relationele) autonomie waarborgen

andere, relationele denkwijze op kunnen leveren voor deze praktijk?

Relationaliteit en geboortezorg

In het Nederlandse zorgsysteem van zwangerschaps- en bevallingszorg, zoals bijvoorbeeld beschreven in het nieuwe standaardwerk *Integrale geboortezorg. Samen bevalt goed* (Wildschut & Boesveld, 2018), wordt het belang van zowel moeder als kind benadrukt. In de bijdragen uit dit boek blijkt dat een belangrijk (misschien wel: het belangrijkste) doel van deze zorg is om de internationaal ongunstige Nederlandse perinatale sterftcijfers terug te dringen. Vanuit een individualistische medische ethiek worden de belangen van moeder en baby als tegenstrijdig geconstrueerd, en worden moeder en kind in een dichotomie geplaatst.

Ons alternatief bestaat uit een relationele benadering van het geboortjaar én vruchtbaarheid als existentiële fenomenen die niet-individualistisch van aard zijn, maar wél (relationele) autonomie waarborgen. Het unieke Nederlandse systeem waarin 85% van de zwangeren onder begeleiding van verloskundigen staat, biedt mogelijkheden om langdurig samen op te trekken en daarbij diepgaand in gesprek te gaan over zwangerschap, bevallen en de zorg voor moeder en kind na de geboorte. Een relationele ethiek vraagt daarbij dat nagedacht wordt over de specifieke relationaliteit van zwangerschap en bevallen, én dat gekeken wordt naar manieren om hiervoor de praktijken (verder) te ondersteunen.

Wij sluiten aan bij pleidooien voor 'woman-centered care', omdat de stem, het perspectief en de ervaring van vrouwen in het centrum van de aandacht van zorgprofessionals moeten staan. In de professionele praktijken van zwangerschaps- en bevallingsbegeleiding kan op dit vlak nog meer gebeuren om de vrouw die we in het centrum willen zetten beter te leren kennen en begrijpen, vanuit psychologisch, ethisch en existentieel oogpunt. Dit vraagt om maatwerk, om steeds opnieuw deze concrete persoon, haar achtergrond en ervaringen, haar hoop en vrees, haar beleving van de zwangerschap en ideeën over de bevalling te leren kennen. Dit vraagt om een benadering die zich niet beperkt tot risico's, maar die mensgericht is en ter sprake brengt wat als goed en zinvol wordt ervaren. Daarin moet het gesprek steeds gericht zijn op de relatie, op de pluraliteit van de zwangerschap en bevalling; en dit kan niet vanuit een individualistisch filosofisch en ethisch kader. De vrouw die centraal staat is verwachting en is daarmee de relationaliteit en pluraliteit van het *verwachten* van het kind; dit betekent dat het kind in haar, en dus in 'woman-centered care' is gewaarborgd. Om oprecht 'woman-centered care' in de context van geboortezorg te leveren, moeten we de ontologische relationaliteit en pluraliteit van vruchtbaarheid, zwangerschap, geboorte en vroeg ouderschap diepgaander bestuderen, zodat er samen met betrokkenen in deze

praktijken onderzocht wordt hoe de begeleiding meer hierop gericht kan zijn. Geesteswetenschappelijke vragen dienen daarin centraal te staan: ethische, existentiële en politieke kwesties moeten beantwoord worden in een combinatie van filosofisch-conceptuele studies en empirisch onderzoek.

Wij concluderen dat nieuw onderzoek nodig is dat bottom-up gebeurt, in de specifieke context van de Nederlandse geboortezorg met de stevige positie die verloskundigen daarin innemen, en die uitstekende kansen biedt voor een dergelijke relationele benadering. Internationaal gezien worden we om ons systeem benijd, maar het staat ook onder druk. Onze overtuiging is dat onderzoek kan helpen om gaten in onze inzichten te vullen rondom genoemde kwesties en de zorgpraktijken rondom zwangerschap en geboorte te (helpen) verbeteren.

Literatuur

- Canullo C. Être mère. La vie surprise. (Traduit de l'italien par Davide Ambrosini s.j. et Yves Roulière). Namur: Éditions jésuites, 2017 (oorspr. 2009).
- Chadwick R. Bodies that Birth. Vitalizing Birth Politics. New York: Routledge, 2018.
- Davis-Floyd RE, Sargent CF (eds.) Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-cultural perspectives. Oakland (CA): University of California Press, 1997.
- De Vries R. Obstetric Ethics and the Invisible Mother. Narrative Inquiry in Bioethics, 2017, 3: 215-220. DOI: <https://doi.org/10.1353/nib.2017.0068>.
- Gilligan C. In a different voice. Psychological Theory and Women's Development. Cambridge (Mass.): Harvard University Press, 1982.
- Hamington M. Care as personal, political, and performative. In: Moral Boundaries Redrawn. The significance of Joan Tronto's Argument for Political Theory, Professional Ethics, and Care as Practice. Olthuis G, Kohlen H, Heier J (red.). Leuven: Peeters, 2014.
- Harris LH. Rethinking maternal-fetal conflict: Gender and equality in perinatal ethics. In: Obstetrics and Gynecology 2001; 3: 483.
- Hird MJ. The Corporeal Generosity of Maternity. In: Body & Society, 2007; 1: 1-20. DOI: 10.1177/1357034X07074760.
- Khosla R, Pampas C, Vogel JP, Bohren MA, Roseman M, Erdman JN. International human rights and the mistreatment of women during childbirth. In: Health and Human Rights, 2016; 2: 131-143.
- Kittay EF. Love's Labor. Essays on Women, Equality, and Dependency. New York / London: Routledge, 1999.
- Kristeva J. 'Stabat Mater'. In: Liefdesgeschiedenissen. Een essay over verleiding en erotiek. Amsterdam: Contact, 1991 (oorspr. 1983): 262-292.
- Levinas E. Autrement qu'être ou au-delà de l'essence. Den Haag en Boston: Martinus Nijhoff, 1974.
- Morton CH, Henley MM, Seacrist M, Roth LM. Bearing Witness: United States and Canadian maternity support in workers'

- observations of disrespectful care in childbirth. In: *Birth: Issues in Perinatal Care*, 2018, 3: 263-274. DOI: 10.1111/birt.12373.
- Newnham E, McKellar L, Pincombe J. Towards the humanisation of birth. A study of epidural analgesia & hospital birth culture. Cham: Palgrave Macmillan, 2018.
- Newnham E, Kirkham M. Beyond autonomy: Care ethics for midwifery and the humanisation of birth. In: *Nursing Ethics I-II* 2019. DOI: 10.1177/0969733018819119.
- NRC 11 februari 2019. Orbán haalt uit naar gemengde bevolking en wil meer Hongaarse kinderen.
- OVO-Italy. First data on obstetric violence in Italy First National Survey on Obstetric Violence DOXA-OVO Italia <https://ovoitalia.wordpress.com/2017/11/04/first-data-on-obstetric-violence-in-italy/>.
- Premkumar A, Gates E. Rethinking the Bioethics of Pregnancy. Time for a New Perspective? In: *Obstetrics and Gynaecology*. 2016, 2:396-399. DOI: 10.1097/AOG.0000000000001509.
- Reed R, Sharman R, Inglis C. Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. In: *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2017, 17:21. DOI 10.1186/s12884-016-1197-0.
- Rich A. *Of Woman Born. Motherhood as experience and institution*. New York/London: W.W. Norton & Company, 1986.
- Ricoeur P. *The Course of Recognition*, trans. David Pellauer, Cambridge, MA: Harvard University Press, 2005 (oorspr 2004).
- Schües C. *Philosophie des Geborensseins*. München: Alber, 2008.
- Sen G, Reddy B, Iyer A. Beyond measurement: the drivers of disrespect and abuse in obstetric care. In: *Reproductive Health Matters*. 2018; 53, 6-18. DOI: 10.1080/09688080.2018.1508173
- Thomson G, Downe S. Widening the trauma discourse: the link between childbirth and experiences of abuse. In: *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2018; 4: 268-273. DOI: 10.1080/01674820802545453.
- Van der Waal R. *Expecting. To conceive of an ontology of pregnancy from the perspective of the maternal*. Amsterdam, UvA, 2017 (ongepubliceerde rMA-thesis).
- Van Nistelrooij I. *Martha en Maria revisited. Zorg als ethisch perspectief*. Tilburg: Tilburg University Press, 1996.
- Van Nistelrooij I. *Sacrifice. A care-ethical reappraisal of sacrifice and self-sacrifice*. Leuven: Peeters, 2015.
- Verhoeven M. *Boreling en beginner. Nataliteit bij Hannah Arendt*. Zoetermeer: Boekencentrum, 2003.
- WHO. *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. 2015.
- White Ribbon Alliance. *Respectful Maternity Care: The universal rights of childbearing women*. 2011.
- Wildschut H & Boesveld I. (red.). *Integrale geboortezorg. Samen bevalt goed*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2018.

Websites:

- <https://www.whiteribbonalliance.org/>
- http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth-data/en/
- <https://www.clara-wichmann.nl/nieuws/abortuspil-uit-het-wet-boek-van-strafrecht>
- <https://www.zorgethiek.nu/materniteit-zingeving-zorgethiek>

Samenvatting

In gezondheidszorg en ethiek gaat de aandacht voor zwangerschap en geboorte vaak uit naar het kind. Minder centraal staat het perspectief van de moeder. In ethisch opzicht overheerst een individualistische kijk op moeder en foetus, waardoor hun belangen worden gescheiden en tegenover elkaar geplaatst, waarbij het belang van de moeder ondergeschikt wordt gemaakt. Een alternatieve relationeel-ethische benadering kan een kritisch tegenwicht bieden, filosofische inzichten in zwangerschap vergroten en zorgpraktijken helpen verbeteren. Nieuw onderzoek dient meer licht te werpen op ethische en existentiële vragen rondom moederschap, nu internationale politieke en medische ontwikkelingen de positie van vrouwen onder druk zetten.

Trefwoorden: *relationele ethiek, moederschap, zwangerschap & geboorte*.

Summary

In health care and ethics attention for pregnancy and birth is often focused upon the child. Less attention is paid to the mother's perspective. Within ethics an individualistic approach of mother and foetus dominates, resulting in a separation of their interests and a subsequent undervaluation of the mother's interest. An alternative relational ethical approach could offer a counterbalance, to increase philosophical insights into pregnancy and to improve care practices concerning pregnancy and birth. New research could shed more light on the ethical and existential questions concerning the mother, in a time when international political and medical developments put pressure upon the position of women.