



Een plan voor de bevalling

Afbeelding omslag: *Mother Earth*. Door Dominique Hurley, geplaatst met haar toestemming.

# Een plan voor de bevalling

*Een zorgethisch onderzoek naar de ervaring met geboortepannen in het licht van hoop, verwachting en ongewisheid rondom de baring*

Margriet Lambregtse

Studentnummer: 1018566

en

Aletta Oosten

Studentnummer: 1018256

Masterthesis Zorgethiek en beleid

Universiteit voor Humanistiek

ZEB-70 2017-2018

Eerste begeleider: Dr. Inge van Nistelrooij

Tweede lezer: Dr. Vivianne Baur

Examinator: Prof. Dr. Carlo Leget

Utrecht, 14 juni 2018

# Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Samenvatting	2
1. Probleemstelling en relevantie	5
1.1 Aanleiding	5
1.2 Maatschappelijk probleem	5
1.3 Wetenschappelijk probleem	7
1.4 Vraagstelling	10
1.5 Doelstelling	11
1.6 Zorgethisch perspectief	11
1.7 Leeswijzer	12
2. Methodes	13
2.1 Onderzoeksbenaderingen	13
2.1.1 Theorie	13
2.1.2 Empirie	13
2.2 Zorgethisch onderzoek	14
2.3 Praktijken	15
2.4 Verhalen	16
3. Hoop, verwachting, ongewisheid en perspectieven op de baring	18
3.1 Werkwijze	18
3.2 De concepten hoop, verwachting en ongewisheid	20
3.2.1 Hoop en verwachting	22
3.2.2 Ongewisheid	25
3.3. De baring vanuit zorgethisch perspectief	30
3.3.1 Introductie	30
3.3.2 Lichamelijkheid	31
3.3.3 Continuïteit en scheiding	34
3.3.4 Relationaliteit	35
3.4 Conclusie	36
4. Ervaringen van klinisch verloskundigen	39
4.1 Onderzoeksmethode: institutionele etnografie (IE)	39
4.1.1 Inleiding	39
4.1.2 Onderzoeksopzet	40
4.1.3 Onderzoekseenheid	41
4.1.4 Dataverzameling	42
4.1.5 Data analyse	44

4.2 Empirische bevindingen	45
4.2.1 Taak en dagelijkse praktijk van de klinisch verloskundige	47
4.2.2 Verwachting en ongewisheid vanuit verloskundige perspectief	52
4.2.3 Rol van het geboorteplan	57
4.3 Conclusie	65
4.4 Ethische overwegingen	66
4.5 Kwaliteit van het onderzoek	66
5. Ervaringen van moeders	69
5.1 Hermeneutisch narratieve onderzoeksbenadering	69
5.2 Methode	71
5.2.1 Inleiding	71
5.2.2 Onderzoekseenheid	73
5.2.3 Dataverzameling	73
5.2.4 Aanpak en uitvoering	74
5.2.5 Data analyse	76
5.3 Empirische Bevindingen	79
5.3.1 Saar	79
5.3.2 Maartje	82
5.3.3 Kaat	84
5.3.4 Hailey	86
5.3.5 Anne	87
5.3.6 Tinka	89
5.4 Conclusie	91
5.5 Ethische overwegingen	93
5.6 Kwaliteit van het onderzoek	94
6. Baring, geboorteplan en goede zorg	96
6.1 Samenvatting bevindingen	96
6.1.1 Ervaringen van moeders met geboorteplannen	97
6.1.2 Ervaringen van klinisch verloskundigen met geboorteplannen	97
6.1.3 Samenvatting van concepten en perspectieven	98
6.2 De ervaringen van moeders en klinische verloskundigen vergeleken	99
6.3 Dialoog tussen theorie en empirie	100
6.4 Goede zorg	100
6.5 Geboorteplannen en goede zorg	102
6.5.1 Geboorteplan als voorbereiding en communicatiemiddel	102
6.5.2 Beperkingen van het geboorteplan	104
6.5.3 Aanbevelingen voor goede zorg	105
7. Conclusie	106

7.1 De rol van geboortepannen in goede zorg	106
7.2 kwaliteitscriteria	107
7.3 Aanbeveling voor verder onderzoek	108
Literatuur	111
Bijlagen	<b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>

# Voorwoord

Naast elkaar zaten wij tijdens het college ‘Inleiding in de zorgethiek’, toen onze docent Inge van Nistelrooij aan de groep vertelde dat er twee studenten gezocht werden voor een onderzoek naar geboortepannen. Wij keken elkaar aan, beiden met een twinkeling in de ogen. Dit is wat wij willen. Ieder apart waren wij al bezig met het exploreren van een thesisonderwerp, beiden op het gebied van vrouwen en hun rol bij het krijgen van kinderen, en tegelijkertijd en vol overgave hebben we die overboord gegooid en zijn we, sámen, in dit avontuur gesprongen.

Met samen bedoelen we ook Inge van Nistelrooij, onze begeleider die nooit haar enthousiasme onder stoelen of banken heeft gestoken voor het onderwerp en voor de weg die wij wilden bewandelen. Zij probeerde bij te sturen, maar ondersteunde ons vooral bij al onze vragen van praktisch tot existentieel en meer. Door haar vragen aan ons heeft ze ons gestimuleerd verder te kijken, dieper te gaan en grenzen te verleggen, waar we soms wat angstig, maar toch vol vertrouwen op een goede afloop (want Inge heeft het gezegd) aan hebben toegegeven. Zo is onze thesis ontstaan uit een samensmelting van de inzichten, perspectieven, ervaring, verontrusting, verwondering en werkwijzen van ons alledrie, die een wonderlijk goede aanvulling op elkaar bleken te zijn. Wij zijn Inge dus veel dank verschuldigd, bij deze. Hier past ook een dankwoord aan de tweede begeleider: Vivianne Baur, voor alle tijd die ze ons heeft gegeven en alle meedenkwerk dat ze heeft gedaan bij het vervolmaken van deze thesis.

Een voorwoord is de uitgelezen plek om te bedanken, we gaan dus nog even door. Want zonder het Radboudumc, haar personeel op de verlosafdeling, en vooral Jeroen van Dillen en Gert Olthuis was deze thesis niet geworden wat zij is. Dat geldt zeker ook voor de moeders die hun verhaal wilden vertellen en de klinisch verloskundigen die zich lieten observeren en bevragen. Dankjulliewel!

Tot slot hadden wij deze thesis niet kunnen volbrengen zonder de niet aflatende steun van onze medestudent, die altijd, maar dan ook altijd, in ons bleef geloven en waar we altijd tegenaan mochten zeuren als we het even niet wisten of het niet ging zoals we wilden: dankjewel Anniek. Je had gelijk, het is goed gekomen.

# Samenvatting

Het begin van het leven is een even universeel thema als de dood, maar krijgt uit zingevende en filosofische hoek aanzienlijk minder aandacht. Een bevalling is een natuurlijk gegeven dat al eeuwenlang plaatsvindt, maar dat betekent niet dat het altijd zonder risico's verloopt. Als gevolg van het inherent onzekere proces dat een baring is, ontstaat de maatschappelijke behoefte deze zo veilig en gecontroleerd mogelijk te laten verlopen. Een baring is echter niet alleen een fysiek proces van een individuele vrouw, maar geeft ook betekenis aan het leven van die vrouw, haar naasten, de zorgprofessionals, de sociale omgeving en de tijdsorde. Dit werpt de vraag op wat goede zorg behelst voor de barendende.

Sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw heeft de techniek in de (geboorte)zorg een hoge vlucht genomen, waardoor het denken in termen van maakbaarheid is toegenomen.

Tegelijkertijd wordt er steeds meer gebruik gemaakt van geboortepannen rondom de bevalling. Hierdoor ontstaan nieuwe morele dilemma's, omdat de wensen van degene die gaat bevallen niet altijd goed aansluit bij wat zorgprofessionals gewend zijn. Het begin van het leven is een gebeurtenis die vanuit het perspectief van de moeder, maar ook van degenen die eromheen staan, gekenmerkt wordt door gevoelens van hoop, verwachting en ongewisheid. Deze thesis probeert een bijdrage te leveren aan het vergroten van kennis omtrent materniteit (een begrip dat gebruikt wordt om de hele periode van zwangerschap, bevalling en kraamtijd aan te geven) door een aspect van die materniteit te onderzoeken. Dit onderzoek heeft ten doel te onderzoeken hoe pasbevallen vrouwen en klinisch verloskundigen hoop, verwachting en ongewisheid rondom de baring ervaren, welke rol het geboortepan hierbij speelt en wat dit betekent voor goede zorg.

Deze thesis is geschreven vanuit het perspectief van de zogeheten Utrechtse zorgethiek. Dit perspectief gaat uit van de vraag wat vanuit het oogpunt van zorg het moreel goede is om te doen per particuliere situatie. Deze moraliteit is te vinden in zowel praktijken als theorieën. Daarom is er voor deze thesis onderzoek gedaan naar zowel theorie als praktijk, zodat deze met elkaar in dialoog kunnen worden gebracht.

De theorie is onderzocht door een literatuuronderzoek naar inzichten die opgedaan kunnen worden door te rade te gaan bij filosofische, zorgethische en soortgelijke auteurs met betrekking tot hoop, verwachting en ongewisheid, in relatie tot de baring. Dit heeft als doel



ons zicht op bevallen aan te scherpen. Uit het onderzoek blijkt dat baren niet alleen een individuele fysieke gebeurtenis is, maar ook een relationeel en daarmee moreel proces. De wereld verandert onvermijdelijk en onomkeerbaar wanneer er een nieuw mens geboren wordt. Dit schept verantwoordelijkheden, van generatie op generatie, voor iedereen. Ongewisheid komt voort uit de uniciteit die ieder mens eigen is. Om de mens volledig mens te laten zijn kan ongewisheid geaccepteerd en ruimte gegeven worden. Iets nieuw laten ontstaan is het ongewisse omarmen. Ongewisheid kan worden bedreigd door het organiseren van zorg, maar ook door angst of onbegrip voor de (kracht van de) natuur. Echter, het handelen in het geval van ongewisheid kan belangrijker zijn dan de mate waarin plannen uitkomen. Tegelijkertijd sluit ruimte geven aan het ongewisse, de anticipatie op wat gebeuren gaat niet uit. Wie geen plannen of wensen heeft voor de toekomst staat los in de tijd, het heden mist dan de verbinding met het verleden.

De praktijk is onderzocht door zowel naar de verhalen van de moeders te luisteren en deze te analyseren (narratieve analyse), als de klinisch verloskundigen op de verlosafdeling in het Radboudumc te observeren, te bevragen en documenten te bestuderen (institutionele etnografie). Daarbij ging het met name om het achterhalen van ervaringen met hoop, verwachting en ongewisheid met betrekking tot geboorteplannen. Zowel de moeders als de klinisch verloskundigen uit deze onderzoeken beschouwen een geboorteplan als een nuttig instrument bij de voorbereiding op de baring. Daarnaast is het een handig hulpmiddel bij het op gang brengen van communicatie tussen zorgvrager en zorgverlener over wensen, verwachtingen en mogelijkheden. Een geboorteplan is daarbij echter niet noodzakelijk. Het kan zelfs ook nadelige effecten hebben wanneer een geboorteplan (onbewust) leidt tot het idee dat eigen regie en maakbaarheid het proces van bevallen zullen sturen. Moeders gaven hierbij aan dat wat ter voorbereiding gewenst werd, niet overeen hoefde te komen met wat er daadwerkelijk tijdens de baring gewenst was. Klinisch verloskundigen bleken soms in een spagaat terecht te komen wanneer wensen van de barenden, die het uitgangspunt zijn bij het verlenen van zorg rondom een baring, moeilijk of niet in overeenstemming zijn te brengen met de mogelijkheden die er binnen het ziekenhuis zijn.

De conclusie van deze thesis is dat ongewisheid onlosmakelijk verbonden is aan het mens-zijn, en daarmee ook aan het proces van baren. Hoop en verwachting zijn daarbij belangrijk, omdat zij de verbinding leggen tussen verleden, heden en toekomst net zoals de geboorte van een nieuw mens dat doet. Een geboorteplan lijkt in de huidige vorm een goede aanzet te

geven tot goede zorg, uit dit zorgethisch onderzoek blijkt echter dat er verbeteringen mogelijk zijn. Een geboortepan kan een grotere rol dan nu spelen in de bewustwording van de baring als een meeromvattend relationeel proces. Het kan een middel zijn in het beschrijven van wensen ten aanzien van de hele ecologie van het geboren (laten) worden, met alle dimensies van lichamelijke beleving, context, tijd, ruimte, relaties en het mysterie van het ongewisse. Wanneer de hele context van de vrouw die gaat bevallen meegenomen wordt, alsook de plek die de baring inneemt in het morele leven, kan een geboortepan een beter zorginstrument worden dan het nu is.

# 1. Probleemstelling en relevantie

## 1.1 Aanleiding

Ieder mens is ooit geboren. Dat maakt een bevalling tegelijkertijd zowel een unieke als een alledaagse gebeurtenis. Ervaringen van hoop, verwachting en ongewisheid zijn bij de geboorte van nieuw leven vanzelfsprekend (Lundgren, 2018, p. 81). In deze masterthesis onderzoeken wij, masterstudenten Zorgethiek en Beleid, hoe moeders en zorgverleners de baring ervaren in een context waar controle steeds belangrijker wordt. Vanuit het Radboud Universitair Medisch Centrum (Radboudumc) in Nijmegen kwam de vraag naar kwalitatief onderzoek naar het geboortepan. Als masterstudenten aan de Universiteit voor Humanistiek voldoen wij graag aan deze oproep. Ons intrigeert hoe het controleren en plannen van de baring ervaren wordt met betrekking tot hoop, verwachting en ongewisheid. De vraag die wij ons daarbij stellen, is wat goede zorg is in de particuliere situatie van de baring en welke rol een geboortepan hierbij speelt. Wij hebben zelf het baren aan den lijve ondervonden. Daarnaast hebben wij affiniteit met en ervaring in het omgaan met zwangeren en pas bevallen vrouwen.

## 1.2 Maatschappelijk probleem

Rondom een baring zijn er tal van spanningen. Enerzijds is leven geven aan een nieuw menskind een unieke gebeurtenis, anderzijds danken wij al eeuwenlang ons bestaan hieraan. Een bevalling is daarmee een natuurlijk gegeven, maar dat betekent niet dat het altijd zonder risico's verloopt. Als gevolg van dit inherent onzekere proces is de behoefte ontstaan dit zo veilig en gecontroleerd mogelijk te laten verlopen. Daarnaast is het baren van een kind niet alleen een fysiek proces, maar geeft het ook betekenis aan het leven van de vrouw, haar lichaam, haar naasten, de zorgprofessionals die er (eventueel) bij aanwezig zijn, de sociale omgeving en de tijdsorde (Crowther & Hall, 2018, p. 15; Verhoeven, 2003).

Sinds bevallingen in toenemende mate van de thuissituatie naar de ziekenhuisomgeving zijn verschoven (Volkskrant, 23 feb 2017), zijn de spelregels van het baren gaandeweg veranderd.

Dit heeft met verschillende factoren te maken, onder andere met de perinatale sterftcijfers (NVOG, 2016). Met het borgen van een goede samenwerkingsrelatie tussen alle betrokken partijen wil de Stuurgroep zwangerschap en geboorte, ingesteld door de Ab Klink (CDA), destijds Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport, goede resultaten behalen; namelijk een terugdringing van de perinatale sterftcijfers (Stuurgroep, 2009).

Om bovengenoemde samenwerkingsrelatie te ondersteunen is in 2016 de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (Zorgstandaard) opgesteld. Het doel van integrale geboortezorg is het verbeteren van de zorg door een integrale, multidisciplinaire aanpak. Hierbij staat volgens genoemde Zorgstandaard de zorgvraag en het perspectief van de zwangere centraal, die gekoppeld wordt aan evidence-based kennis (Zorgstandaard, 2016, p. 4).

Volgens de Zorgstandaard is het geboorteplan (daar het Integrale Geboortezorgplan genoemd) van centraal belang. Hierin worden alle aspecten vastgelegd die in de begeleiding en zorg voor een aanstaande moeder van belang zijn, rekening houdend met persoonlijke voorkeuren van de zwangere en eventueel geconstateerde risico's (p. 44). Dit wekt mogelijk de verwachting dat bevallen planbaar en voorspelbaar is en wordt gesuggereerd dat er controle mogelijk is op de ongewisheid van een geboorte. Voor de een is dat een aantrekkelijke gedachte, voor een ander, die de baring liever ondergaat als iets 'natuurlijks', kan het lastig zijn zich te verhouden tot zorgprofessionals die vooral uitgaan van risicobeheersing. Dit veronderstelt grote flexibiliteit in een zorgsetting. Enerzijds moeten zorgprofessionals de individuele wensen van de patiënt centraal stellen, anderzijds werken zij in een systemische omgeving, waarin regels leidend zijn.

Het begin van het leven is even universeel als het thema van de dood, maar krijgt aanzienlijk minder aandacht (Van Wijngaarden, 2016; Verhoeven, 2003). Er is opvallend weinig aandacht besteed aan de beleving van vrouwen rondom het baren, hoe daar vorm aan gegeven wordt en hoe techniek en medicalisering van invloed zijn op de geleefde ervaring. Met het plannen, sturen en inperken van risico's lijkt het begin van een leven langzamerhand een andere betekenis te krijgen dan vroeger.

Bovengenoemde spanningen werpen de vraag op wat goede zorg is voor de berende vrouw met haar behoeften en wensen ten aanzien van een als goed ervaren, betekenisvolle bevalling. De context van de verloskunde 'systematiek' van een ziekenhuis met de daar geldende

protocollen, ingesleten en beproefde manieren van werken, beïnvloed door de wens van veiligheid en controleerbaarheid, is ook onderhevig aan tijdsdruk, tijdgeest en discontinuïteit van zorg. De zorg rondom de geboorte van een kind en de ervaring van de moeder hangen met elkaar samen. Het omarmen of het afwijzen van inherente onvoorspelbaarheid rondom een bevalling beïnvloedt het denken over de geboorte van een kind, en vraagt om reflectie.

### 1.3 Wetenschappelijk probleem

De publicaties *Maternal thinking* van Ruddick (1980), *A different voice* van Gilligan (1982) en *Caring* van Noddings (1984) markeerden het begin van zorgethiek: een moraliteit die voortkomt uit de alledaagse praktijken van zorgen, niet als een universeel van bovenaf opgelegd principe. Zorgethiek betoogt dat alleen rekening houden met principes een helder zicht kan blokkeren op wat in die zorgpraktijken aan de hand is (Van Heijst, 2008, p. 44). Verderop in deze thesis wordt verder uitgewerkt wat zorgethiek is, wat het betekent voor het doen van onderzoek en het zicht op goede zorg (§1.6, §2.2 en §6.2).

Het belang van zorgethiek is dat het aandacht schenkt aan praktijken van zorgen en de daarin verschijnende fenomenen die door abstract moreel denken over het hoofd worden gezien. Juist alledaagse praktijken van zorgen zijn van groot belang voor het menselijk leven. Baren is bij uitstek zo'n zorgpraktijk, uitsluitend uitgevoerd door vrouwen. Over de typisch vrouwelijke praktijk van het baren is binnen (zorg)ethiek weinig geschreven. Arendt bijvoorbeeld schrijft over de geboorte van een nieuw wezen, echter niet vanuit het perspectief van de moeder die het kind baart en de lichamelijke daarvan. Door dit niet te beschrijven verdwijnen belangrijke immanente zingevingsaspecten die aan geboorte verbonden zijn (Verhoeven, 2003, pp. 178-179).

De vrouw vervult bij het baren van een kind een actieve rol binnen dit natuurnoodzakelijke proces, dat haar overkomt (Verhoeven, 2003, p. 182). Baren is niet alleen een lichamelijk proces, maar het heeft betekenis op ontologisch, relationeel en existentieel niveau. Een van de grondleggers van zorgethiek, Nel Noddings (1929) ziet dit proces als basis voor *natural caring* van waaruit *ethical caring* ontstaat (1984, pp. 4-5). Het belang van de baring voor de ethiek wordt dus onderkend, maar ook Noddings beschrijft niet hoe dit wordt ervaren.

Sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw heeft techniek in de zorg een hoge vlucht genomen, waardoor het denken in termen van maakbaarheid is toegenomen. De instrumenteel-technische rationaliteit wijst op een crisis in zingeving, namelijk dat door de inrichting van zorg de eigenlijke horizon van het zorgen uit het zicht aan het raken is. Het wringt met wat mensen tot mensen maakt (Van Heijst, 2014, pp. 19-21). Ook in geboortezorg is het accent komen te liggen op medisch technologische ontwikkelingen, prenatale diagnostiek en preventieve maatregelen. Wat dit betekent voor het ervaren van het proces van het baren en welke gevolgen dat heeft voor zorg rondom de bevalling is nog weinig zorgethisch onderzocht.

Verhoeven (2003) stelt in haar proefschrift over nataliteit bij Hannah Arendt (1906-1975) wel de vraag in welke relatie ‘technische’ genetische ingrepen van buitenaf staan tot de in de nataliteit verankerde vrijheid, onvoorspelbaarheid en nieuwheid (Verhoeven, 2003, p. 233). Het begrip nataliteit, de filosofie van ‘het beginnen’ is een van de kernthema’s in het werk van Arendt, die het begin en het nieuwe verbindt aan de menselijke conditie. Een kind krijgen is feitelijk iets nieuws laten beginnen.

Voor een (aanstaande) moeder is het verwachten van een kind het meest nabij en lijfelijk. Zij kan er niet omheen, zij kent het verwachte het beste, en toch ook niet, want wie kan het nieuwe al kennen? Wie dat nieuwe mensenkind zal blijken te zijn kan nog niet eensluidend worden beantwoord. Daar speelt de hoop een belangrijke rol bij. De hoop dat dit nieuwe leven dat verwacht wordt zonder kleerscheuren ter wereld zal komen, de hoop dat dit nieuwe mensenkind dankzij haar of zijn nataliteit ‘tot een nieuw begin begaafd’, zoals Arendt (1958) het uitdrukt, de daadwerkelijke ruimte daartoe zal krijgen.

Verhoeven (2003, pp. 237-238) spreekt in haar proefschrift over het werk van Arendt over genetische maakbaarheid van nieuw leven. Deze controleerbaarheid kan gevolgen hebben voor het ervaren van hoop, verwachting en ongewisheid. Er kunnen grote veranderingen plaatsvinden in hoe de baring ervaren wordt door wat er technisch mogelijk is en gaat worden in de toekomst (Crowther & Hall, 2018, p. 4). Die mogelijkheden lijken op wens afroepbaar te kunnen worden en vanuit overheidsbeleid gestimuleerd. Er wordt aangestuurd op het maken van plannen, het voeren van eigen regie, bij voorkeur al pre-conceptioneel, door vrouwen die een kindwens hebben (Zorgstandaard, 2016). Uitgangspunt hierbij is het

principe van goed doen als belangrijke richtlijn voor medisch handelen (Verhoeven, 2003, p. 237).

Ongewisheid lijkt haaks te staan op woorden als zelfredzaamheid en eigen regie. Bij Van Heijst (2014) heeft ongewisheid echter geen negatieve klank. Zich baserend op het werk van Arendt stelt zij dat uit de zucht naar beheersing meer dan economische rationaliteit spreekt. Zij komt ook voort uit onvermogen om te leven met het feit dat mensen van elkaar verschillen en de ongewisheid die dat met zich meebrengt (Van Heijst, 2014, pp. 119-120). Iets nieuws, iets anders of iets ongewis, vindt plaats omdat elke dag anders, elk mens nieuw en anders is. Zowel zorgprofessionals als mensen met wie zij te maken krijgen, kunnen onverwachte dingen zeggen en doen. De huidige tijd vraagt om zelfredzaamheid en eigen regievoering, een rol die patiënten, tegenwoordig vaak cliënten genoemd, van vroeger uit niet hadden. Daar moeten zorgprofessionals in de huidige context mee leren werken en aanstaande moeders moeten omgaan met het feit dat ze als patiënt of cliënt bestempeld worden. De barendende vrouw is daarmee wat Kittay (1999) *dependency worker* noemt: iemand die zorgt voor een ander die van haar afhankelijk is. Dit maakt haar als vanzelf kwetsbaar en maakt dat ook zij zorg nodig heeft (Kittay, 1999, p. 49).

De laatste decennia is het aantal thuisbevallingen afgenomen. In de jaren vijftig van de vorige eeuw beviel ruim driekwart van de vrouwen thuis, tegenwoordig is dat dertien procent (Perined, 2017). De toename van ziekenhuisbevallingen vraagt om een bewuster omgaan met, en voortgaande ontwikkeling van de samenwerking tussen zorgprofessionals en aanstaande moeders. Het geboorteplan vormt hier de kern van (Olthuis, 2017; Zorgstandaard, 2016). Bij het meer in zwang komen van geboorteplannen binnen de ziekenhuissetting ontstaan nieuwe morele dilemma's, omdat de wensen van degene die gaat bevallen niet altijd goed aansluiten bij wat de zorgprofessionals gewend zijn (Olthuis, 2017).

Er is weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar geboorteplannen (Olthuis, 2017). De gevonden onderzoeken gaan vooral over het vergelijken van ervaringen met betrekking tot baren met en zonder geboorteplan (Aragon et al, 2013; Kuo et al, 2010; Lundgren et al, 2003). In de onderzoeken staat het geboorteplan als communicatiemiddel tussen zwangere en zorgprofessional centraal. De uitkomsten van de onderzoeken zijn niet eenduidig. Specifiek zorgethisch onderzoek naar de vraag of het geboorteplan een adequaat middel is die aansluit

bij de zorgpraktijken rondom het ervaren van hoop, verwachting en ongewisheid wat betreft de baring is er niet. Deze masterthesis vormt een bijdrage aan het verkleinen van deze lacune.

## 1.4 Vraagstelling

De concepten hoop, verwachting en ongewisheid zijn van groot belang als het gaat om baren en geboren worden. Het begin van het leven is een gebeurtenis die vanuit het perspectief van de moeder, maar ook van degenen die eromheen staan, gekenmerkt wordt door gevoelens van hoop, verwachting en ongewisheid. Niet voor niets noemen we het zwanger zijn ook wel ‘in verwachting zijn’. Waar op gehoopt, en wat verwacht wordt is iets dat zich nog moet openbaren. Hoe het proces van baren en de ontmoeting met het nieuwe leven zullen zijn, is van tevoren nog ongewis. Zowel leven geven als het leven beginnen, is lang veronachtzaamd als filosofisch concept, terwijl dood en sterfelijkheid alle aandacht kregen (Adams & Lundquist, 2013; Mullin, 2005; Ruddick, 1989; Schues, 2017; Verhoeven, 2003). Daarom onderzoeken wij met name deze concepten in relatie tot de baring. De vraag waar deze thesis antwoord op geeft, luidt:

Hoofdvraag:

Hoe hebben pas bevallen moeders en klinisch verloskundigen hoop, verwachting en ongewisheid ervaren rondom een bevalling, welke rol speelt het geboorteplan daarbij en wat betekent dit voor goede zorg?

Deelvragen:

1. Welke inzichten halen we uit zorgethische literatuur met betrekking tot hoop, verwachting en ongewisheid, en hoe kunnen we daarop doordenkend ons zicht op bevallen aanscherpen?
2. Hoe ervaren klinisch verloskundigen in het Radboudumc het werken met een geboorteplan rondom de bevalling, met betrekking tot verwachting en ongewisheid?
3. Hoe hebben pas bevallen moeders hoop en ongewisheid ervaren rondom hun bevalling, en welke rol speelt het geboorteplan hierin?



4. Tot welk begrip over goede zorg rondom bevallen in een ziekenhuis leidt een vergelijking van de empirische bevindingen met de in de literatuur beschreven zorgethische perspectieven op hoop, verwachting en ongewisheid?

## 1.5 Doelstelling

Met dit onderzoek leveren wij een bijdrage aan de *body of knowledge* rondom materniteit. Een duidelijker beeld van de betekenis van een geboorteplan in de context van een academisch ziekenhuis kan bijdragen aan bewustwording van wederzijdse verwachtingen rondom het geboorteplan. Dit vergroot de kennis omtrent goede zorg betreffende een baring.

## 1.6 Zorgethisch perspectief

Het zorgethische perspectief speelt een belangrijke rol in deze masterthesis. Sommige theoretici vinden het beter om het in plaats van zorgethiek ‘liefdes-’, of ‘relatie-’ ethiek te noemen. Maar men blijft terugkeren tot ‘zorg’, omdat zorg in tegenstelling tot de andere termen ook de nadruk legt op het werk dat zorg impliceert (Held, 2006). De zorg rondom een baring is een relationele praktijk die in het ideale geval is omgeven door liefde, maar het heeft ook in meerdere of mindere mate ondersteuning door mensen met verstand van zaken. Vanuit zorgethisch perspectief wordt in deze masterthesis mede onderzocht wat de invloed is van professionalisering, institutionalisering en technologisering (Tronto, 1993, 2013) op de zorg rondom een baring.

Deze thesis richt zich vooral op de ervaring van hoop, verwachting en ongewisheid. Wanneer iemand bevalt zijn er zorgen om wat er gaat komen en hoe het zal gaan. Het gaat om wat een ieder hierbij ervaart, hun ‘*grasp of reality*’ (Vosman, 2017, p. 67). Ethiek gaat erom wat goed en slecht is om te doen in deze situatie voor diegene om wie het gaat. Wat is goede zorg rondom een baring, welke aspecten van de geleefde ervaring worden al dan niet (h)erkend, welke ervaringskennis betekent iets en welke niet (Vosman, 2017, p. 74)?

## 1.7 Leeswijzer

Na deze inleiding (hoofdstuk 1) volgt een uitleg over het doen van zorgethisch onderzoek en hoe dat is toegepast voor deze thesis (hoofdstuk 2). Hoofdstuk 3 (literatuuronderzoek), hoofdstuk 4 (institutionele etnografie) en hoofdstuk 5 (narratieve analyse) beschrijven de onderzoeken die uitgevoerd zijn en geven antwoord op respectievelijk de deelvragen 1, 2 en 3. Hoofdstuk 6 beantwoordt deelvraag 4 en vormt de opstap naar het laatste hoofdstuk (hoofdstuk 7) waar de hoofdvraag van deze thesis behandeld wordt. Dit hoofdstuk wordt gecombineerd met paragrafen over de kwaliteitscriteria van deze thesis en aanbevelingen voor verder onderzoek.

Het onderwerp van deze thesis is geboorteplannen rondom de baring, of bevalling. Deze begrippen worden door elkaar gebruikt. Waar baring staat kan bevalling gelezen worden en vice versa. Dit geldt ook voor de begrippen onzekerheid en ongewisheid. Een geboorteplan is een document dat de zwangere (eventueel met haar partner) maakt ter voorbereiding op de baring.

## 2. Methodes

### 2.1 Onderzoeksbenaderingen

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van drie methodes, namelijk literatuuronderzoek, institutionele etnografie (IE) en narratief onderzoek. Met deze triangulatie volgen we de filosofie van de Utrechtse Zorgethiek (Leget, Van Nistelrooij & Visse, 2017), die recht doet aan de gedachte dat zowel empirie als theorie van cruciaal belang zijn voor onderzoek naar wat zich in de samenleving afspeelt.

Het argument om empirische bronnen te gebruiken is gelegen in het moreel epistemologische vertrekpunt van zorgethiek. Moreel begrip is sociaal en cultureel ingebed. Oog voor de specifieke context en het leven van gewone mensen maakt het bedrijven van ethiek mogelijk, ingebed in een gedeelde en belichaamde visie op moraliteit, op een manier die recht doet aan de rijkdom en diversiteit van waar mensen om geven en verantwoordelijkheid voor nemen (Walker, 2007, p. 111) (zie ook § 6.1).

#### 2.1.1 Theorie

Door het onderzoeken van theorie in zorgethische en daaraan verwante literatuur, worden relevante concepten uitgediept die betrekking hebben op het begin van het leven. De theorie biedt een raamwerk. In zorgethiek is dat raamwerk opgebouwd rondom de opvatting van zorg als een sociale en politieke praktijk (Tronto, 1993). Dat scherpt het inzicht dat analyse van de praktijk bevordert. Van een morele filosofie mag verwacht worden dat ze licht werpt op de vraag hoe een morele koers gevaren kan worden, ruimte biedend aan de wens dat onze levens mogen uitdrukken welke mensen we specifiek en daadwerkelijk zijn (Walker, 2007, p. 111).

#### 2.1.2 Empirie

Kwalitatief-empirisch onderzoek laat zien welke inzichten, ervaringen en ethische overwegingen leven in de sociale en politieke context van (zorg)praktijken, maar ook wat de

geleefde ervaring is van diegenen die daarin betrokken zijn. Voor het empirisch onderzoek wordt in deze thesis gebruik gemaakt van zowel IE als narratieve analyse. Voor de beantwoording van de hoofdvraag betrekken we alle delen van het onderzoek kritisch op elkaar en brengen dit in relatie met goede zorg (Leget, Van Nistelrooij & Visse, 2017), zodat de twee bronnen van empirie en theorie, staande in een dialectische relatie tot elkaar, elkaars inzichten wederzijds ter discussie stellen en verrijken.

## 2.2 Zorgethisch onderzoek

Deze masterthesis is verricht voor de studie Zorgethiek en Beleid. Daarmee plaatst dit onderzoek zich binnen het kennisgebied van de geesteswetenschappen, specifiek het deelgebied filosofie met daarbinnen het terrein van de ethiek.

In deze thesis worden literatuuronderzoek en kwalitatief-empirisch onderzoek gecombineerd, zoals in zorgethiek wordt voorgesteld (Leget, Van Nistelrooij & Visse, 2017). De Utrechtse Zorgethiek zoals die wordt onderwezen aan de Universiteit voor Humanistiek wordt gekenmerkt door een filosofie die zorg als een voortdurende cyclus ziet die de dragende voorwaarde is voor het in stand houden van de wereld (Tronto, 1993). Zorg, constateert Tronto, heeft verschillende in elkaar hakende kanten. Het oog hebben voor zorgbehoefte, de eerste fase die Tronto benoemt, vraagt vervolgens om het verantwoordelijkheid nemen daarvoor. Daarbij is de competentie van zorgverleners van belang die zorgen dat de daad bij het woord gevoegd wordt, dat is de derde fase. De respons van degene die zorg ontvangt, de vierde fase, is eveneens onderdeel van de cyclus. Juist hoe de zorg wordt ervaren door de zorgontvanger is belangrijk om te kunnen zien wat goede zorg is. Zorgen als complex, in elkaar grijpend en zich voortdurend herhalend proces kan alleen plaatsvinden onder de voorwaarde gedragen te zijn en ingebed in het politieke, in de vrijheid van democratie, waar solidariteit bestaat waaraan iedereen kan deelnemen, en de pluraliteit van mensen niet ontkend of vermeden wordt (Tronto, 2013, p. 164). Deze laatste vijfde fase heeft Tronto toegevoegd om aan te geven dat zorgen een voortdurende cyclus is, een intermenselijk gegeven van elkaar opvolgende generaties, waarmee getracht wordt een *life-sustaining web* te vormen.

Zorgethiek is multidisciplinair, wat maakt dat de ethische vraag naar ‘het goede leven’ vanuit verschillende hoeken wordt bekeken, zoals bijvoorbeeld; theologisch, sociologisch, pedagogisch en psychologisch. Goede zorg wordt door zorgethici niet principieel, in algemene termen verdedigd als betref het een ideaal, maar wordt juist gezien als iets dat mensen trachten al doende tot stand te brengen, in praktijken (Mol, 2006). Die benadering leidt tot een betrekken van relevante theorie uit verschillende disciplines op empirisch onderzoek naar geleefde ervaringen, praktijken en ordeningen in de samenleving (Leget, Van Nistelrooij & Visse, 2017). De focus is probleemgestuurd, het gaat juist om te zoeken naar manieren van omgaan met de moeilijkheden waar in de samenleving mee gekampt wordt, waar het brandt. De geboortezorg in Nederland is beladen en geeft reden tot zorg. Zoals aangegeven in de maatschappelijke probleemstelling (§1.2) zijn er tegenvallende cijfers. De zorg rondom moederschap hapert ergens.

Wetenschappelijk kwantitatief onderzoek kan analyseren waar verbetering behaald kan worden. De kracht van zorgethisch onderzoek ligt op het vlak van kwalitatief onderzoek. Walker (2007) stelt dat men alleen toegang kan krijgen tot het goede als verschillende perspectieven, posities en typen kennis worden erkend en in dialoog met elkaar in verbinding gebracht worden. De fasen van het zorgproces zijn te zien als een cyclus, waarin zowel de politiek als zorgprofessionals en de zwangere/barende vrouwen een aandeel hebben. Als alle partijen die betrokken zijn bij het baren, meedoen in het onderzoek naar wat als goed emergeert, geeft dat een levend beeld. Dat is meer dan cijfers, feiten en principes kunnen bewerkstelligen.

## 2.3 Praktijken

Onderzoek doen naar zorgen betekent kijken naar praktijken waarin die zorg plaatsvindt. Daarbij wordt de waarde bepaald door de context van die praktijk. Het woord ‘praktijken’ verwijst naar de manier waarop wij samen dingen doen, het is de organisatie van de activiteiten van verschillende mensen (Gherardi & Rodeschini, 2015, pp. 269-269; Schatzki, 2012, p. 13). Het gaat om de praktijk zoals die gedragen wordt door degenen die het uitvoeren (Spotswood, Chatterton, Tapp & Williams, 2015, p. 24). Wanneer we (zorg)praktijken onderzoeken komen relaties naar boven, daarbij gaat het om activiteiten

tussen mensen en dynamieken binnen die relationele activiteiten (Gherardi & Rodeschini, 2015, p. 269; Schatzki, 2012, p. 13). Dit is een gevolg van het zoeken naar hoe dingen in relatie tot elkaar staan, hoe zij in onderlinge relaties bewegen en wanneer en hoe relaties hersteld worden wanneer zij beschadigd zijn. Zorg als onderdeel van relaties manifesteert zich niet alleen verbaal, maar is ook een lichamelijk ervaren van de dynamiek van raken en geraakt worden, of van zorgen maken over en zorgen voor (Gherardi & Rodeschini, 2015, p. 269-270; Tronto, 1993, p.106-107). Het gaat daarbij bijvoorbeeld om *know-how*, schema's, gewoontes of praktisch bewustzijn. Lichamelijk ervaren en kennis opdoen is hiervoor van groot belang (Schatzki, 2012, p. 14). Ook materialen, of hulpmiddelen spelen een rol binnen praktijken, omdat zij vaak direct betrokken zijn in het sturen van dagelijkse praktijken (Spotswood, Chatterton, Tapp & Williams, 2015, p. 24). Om praktijken te onderzoeken wordt gebruik gemaakt van bijvoorbeeld observatie en interview (Gherardi & Rodeschini, 2015, p. 271). In deze thesis wordt naar de praktijk gekeken door middel van institutionele etnografie en narratieve analyse, theoretisch onderbouwd door (zorgethisch) literatuuronderzoek.

## 2.4 Verhalen

Zorgethiek kenmerkt zich door *bottum-up* te kijken, vanuit de geleefde ervaring van mensen. Morele kwesties zouden van bovenaf redenerend, benaderd kunnen worden, met als vertrekpunt regels, beleid of een code. Walker (2007) stelt echter dat die denkrichting geen recht doet aan de mensen om wie het gaat. Vanuit verhalen kan inzicht in morele kwesties ontstaan. Over grote levensgebeurtenissen worden 'kleine verhalen' (Sools, 2012, p. 32) verteld, zo'n verhaal kan fragmentarisch, onsamenvattend of onaf zijn, maar om juist deze verhalen gaat het in het narratieve onderzoek.

Aristoteles stelde al dat narratieven vaak morele vertellingen zijn, ze geven een breuk weer met het verwachte, ze houden de wereld een spiegel voor (Riessman, 2008, p. 4). Zo kunnen verhalen ook voertuigen zijn voor manieren van zoeken naar wat goede zorg is. Pas als we beginnen te letten op de complexe ervaringen van vrouwen leren we waarderen wat deze ervaringen ons te vertellen hebben zowel over de rijkdom aan betekenis die vrouwen toekennen aan hun ervaring, als de manier waarop hun ervaringen soms negatief beïnvloed zijn door de heersende ideologieën over de betekenis van zwangerschap en materniteit

(Mullin, 2005, p. 27). Vertellend en luisterend komt voor het voetlicht wat bijdraagt of afdoet aan de betekenis van een ervaring, en wat het goede daarin is. Het analyseren van een verhaal legt een praktijk bloot, het laat zien welke waarden gelden, zonder dat overigens meteen duidelijk is of die waarden hun grondslag hebben in een frame dat wenselijk of überhaupt verdedigbaar is.

Het verzamelen van verhalen is volgens Frank (2002, p. 3) een manier van betekenis vinden. Verhalen kunnen gaan over gedane en voortgaande pogingen om manieren van leven te zoeken. Frank (2002) is ervan overtuigd dat narratieve analyse een belangrijk model kan zijn voor een samenleving die haar morele kwesties onder ogen wil zien in verhaalvorm.

Anders gezegd; het naar boven komen van ethiek kan gefaciliteerd worden door het circuleren van verhalen, zodat mensen gemeenschappelijkheden vinden en geconfronteerd worden met '*inconvenient facts*' in het woordgebruik van Weber (1972), van verhalen die ongehoord zijn. In navolging van Frank (2000; 2002) wordt in deze thesis ruimte gecreëerd voor de vertelde ervaring als vorm van ethische arbeid.

### 3. Hoop, verwachting, ongewisheid en perspectieven op de baring

De eerste deelvraag van deze thesis luidt:

*Welke inzichten halen we uit zorgethische literatuur met betrekking tot hoop, verwachting en ongewisheid, en hoe kunnen we daarop doordenkend ons zicht op bevallen aanscherpen?*

Het antwoord op deze vraag is van belang om de ervaring van moeders en klinisch verloskundigen met hoop, verwachting en ongewisheid rondom de baring goed te begrijpen. Onderzoek naar deze ervaring is een onderdeel van de hoofdvraag van deze thesis. In hoofdstuk 1 is beschreven dat de ervaring van hoop, verwachting en ongewisheid beïnvloed kan worden door de groeiende maatschappelijke en wetenschappelijke aandacht voor controle en beheersing van het baringsproces. Onderstaand literatuuronderzoek naar de begrippen hoop, verwachting en ongewisheid en hun relatie tot het baringsproces, waarvan de relevantie reeds summier uiteen is gezet in hoofdstuk 2, leidt tot inzichten over goede zorg rondom de baring.

Dit hoofdstuk bestaat uit drie delen. In paragraaf 3.2 worden de begrippen hoop, verwachting en ongewisheid uitgewerkt aan de hand van (zorgethische) auteurs. Paragraaf 3.3 bespreekt de baring vanuit zorgethisch perspectief. De conclusie (§3.4) beschrijft de relatie tussen bovengenoemde uitwerking van hoop, verwachting en ongewisheid specifiek in relatie tot de baring. Eerst komt echter de werkwijze van het literatuuronderzoek aan bod (§3.1).

#### 3.1 Werkwijze

Bovenstaande deelvraag wordt beantwoord door middel van een literatuuronderzoek. Het onderzoek voor het eerste deel (§3.2) naar de concepten hoop, verwachting en ongewisheid is gebaseerd op werk van verschillende filosofen, waarbij sommigen wel en anderen niet de praktijk van de geboorte in hun denken betrekken. Toch hangen deze concepten onlosmakelijk samen met menszijn in het algemeen en met materniteit in het bijzonder. Met



die kennis verwachten we dat zicht op de hedendaagse praktijk van geboortezorg aangescherpt kan worden. Voor het tweede deel (§3.3) waarin de baring vanuit zorgethisch perspectief wordt beschreven is te rade gegaan bij enkele grondleggers van zorgethiek, die ‘zorgen’ vanuit ‘moederen’ hebben gedacht (Kittay, 1999; Ruddick, 1980). Daarnaast is literatuur bestudeerd die verzameld is door het kort geleden<sup>1</sup> opgerichte onderzoeksverband *Concerning Maternity*. Dit is een groep onderzoekers die regelmatig samenkomt om kennis uit te wisselen en te ontwikkelen rondom materniteit en goede zorg aan het begin van het leven. Deze literatuur is vooral van belang om de baring te beschrijven en daar een zorgethisch perspectief op te betrekken.

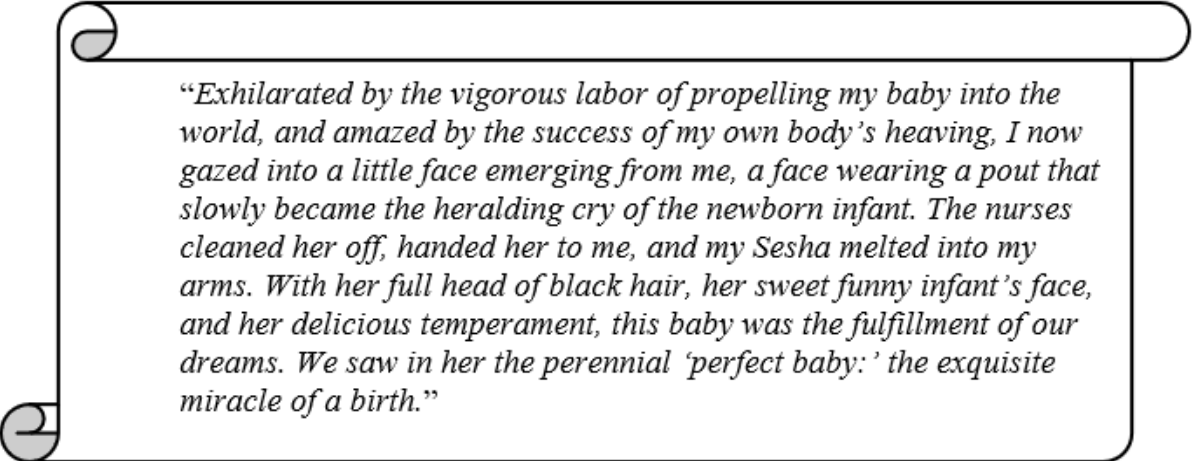
Vanuit bovenstaande bronnen is gezocht naar andere relevante auteurs en literatuur (*snowballing*), en de literatuur waarop deze onderzoekers zich baseerden in hun bronvermelding. Via de zoekmachine Google Scholar is gezocht naar wetenschappelijke literatuur over zorgen in relatie tot hoop, verwachting en omgaan met ongewisheid/onzekerheid, bij voorkeur met betrekking tot de baring en in relatie tot zorgethiek. Hierbij is gezocht op zowel nederlandse termen als engelse termen, en is gezocht naar synoniemen in het nederlands en engels van hoop, verwachting en baring. Daarbij is gezocht op combinaties van die termen met baring, geboorte en specifiek op het gebied van (zorg)ethiek, filosofie en moraliteit.

Om efficiënt samen te kunnen werken aan dit literatuuronderzoek hebben de onderzoekers een tabel gebruikt. De gevonden literatuur is in deze datamanagement tabel gezet met daarin een korte samenvatting en de relevantie voor ons onderzoek. De relevantie is bepaald aan de hand van de vraag of de inhoud van het boek of artikel behulpzaam is bij het beantwoorden van de deelvraag. Dit is hoofdzakelijk beoordeeld door de *abstracts* te lezen. Er is dus allereerst gezocht op de titel, daarna op inhoud. Daarbij is voorkeur gegeven aan zo recent mogelijke literatuur. Wanneer er een keuze was is er gelet op diversiteit van benaderingen om een eenzijdige kijk op het onderwerp te vermijden. Ook ging de voorkeur uit naar Nederlandse auteurs en artikelen over de nederlandse situatie, gezien de empirische onderzoeken (zie hoofdstuk 4 en 5) die in Nederland plaatsvonden. De publicaties zijn zoveel mogelijk beoordeeld op de zorgethische kijk op het onderwerp. Het criterium daarbij is dat er

---

<sup>1</sup> In 2017, zie ook <https://zorgethiek.nu/materniteit-zingeving-zorgethiek>

gekeken is vanuit praktijken en in welke mate de zogeheten *critical insights*<sup>2</sup> die de Utrechtse zorgethiek hanteert, een rol spelen in de publicatie. De bevindingen van de gevonden literatuur werden tussen beide onderzoekers uitgewisseld. Daarbij kwamen inzichten naar boven die in dit hoofdstuk worden besproken: allereerst wordt beschreven wat zorgethische auteurs - of auteurs die zorgethisch gelezen kunnen worden - zeggen over hoop, verwachting en ongewisheid. Daarna wordt de baring besproken vanuit een zorgethisch perspectief. Concluderend scherpen we vanuit zorgethiek ons zicht op de baring.



*“Exhilarated by the vigorous labor of propelling my baby into the world, and amazed by the success of my own body’s heaving, I now gazed into a little face emerging from me, a face wearing a pout that slowly became the heralding cry of the newborn infant. The nurses cleaned her off, handed her to me, and my Sessa melted into my arms. With her full head of black hair, her sweet funny infant’s face, and her delicious temperament, this baby was the fulfillment of our dreams. We saw in her the perennial ‘perfect baby:’ the exquisite miracle of a birth.”*

Afbeelding 3.2: Citaat Kittay (1999, p. 147).

## 3.2 De concepten hoop, verwachting en ongewisheid

### *Inleiding*

In deze thesis naar geboortepannen zijn de concepten hoop, verwachting en ongewisheid centraal gesteld<sup>3</sup>. Eén van de belangrijkste bronnen voor het begrip ‘hoop’ is Hannah Arendt (1906-1975). Arendt verbindt dit nadrukkelijk met het begin van het leven en bouwt haar filosofie van nataliteit rondom het typeren van de mens als ‘een begin’ (Arendt, 1958). Arendt stelt dat hoop onlosmakelijk verbonden is aan ons menszijn; de hoop iets nieuws te beginnen. Ieder mens is een nieuw begin. Het beginnen kenmerkt bij uitstek de menselijke

---

<sup>2</sup> *Critical insights* zijn gedeelde concepten die ons sensitief maken voor morele thema’s in zorgethisch onderzoek. Voorbeelden van *critical insights* zijn relationaliteit, contextualiteit, affectiviteit, praktijken, kwetsbaarheid, lichamelijkeheid, machtsverhoudingen en betekenis/zingeving. (Leget, Van Nistelrooij & Visse, 2017).

<sup>3</sup> Zie ook paragraaf 1.4.

conditie. “De mens als een ‘begin’ typeren betekende voor Arendt niet alleen dat het onverwachte van ieder van ons kan worden verwacht, en zelfs het ‘uiterst onwaarschijnlijke’, maar ook dat hiermee het principe van de hoop pas in de wereld komt” (Hermsen, 2015, p. 68). De nataliteit die een even sterk gegeven is als de mortaliteit van mensen leidt bij Arendt tot een filosofisch zicht op menszijn. Waar de filosoof Heidegger (1889-1976), wiens student zij was, het menselijk bestaan kenmerkt als een *Sein zum Tode* (de mens als sterfelijk wezen zien), geeft Arendt er de voorkeur aan mensen geboortelijke wezens te noemen. Het kunnen maken van een nieuw begin is voor Arendt het synoniem van in leven zijn (Schües, 2017; Verhoeven, 2003).

In het werk van Arendt speelt ‘hoop’ een belangrijke rol als politiek begrip: ons samenleven als mensen kan niet zonder de dimensie van hoop, belofte en toekomst. Aangezien mens-zijn en geboortelijkheid verschillende aspecten en betekenissen heeft, is het van belang daar vanuit een diversiteit van perspectieven naar te kijken (Schües, 2017, p. 104). Geboorte slechts zien vanuit het perspectief van medische ethiek doet geen recht aan de gelaagdheid van alle dimensies ervan (Schües, 2017, p. 104). Een filosofische kijk op het begin van leven, reikt een bewustwording van het essentiële van hoop en verwachting aan, waarbij ruimte overblijft voor het ongewisse. Niet om dat ongewisse te vrezen, maar om het te koesteren. Waarom dat zo is wordt in onderstaande paragraaf (§3.2.1) beschreven aan de hand van de inzichten van Van Heijst (2014), die voor haar werk *Menslievende Zorg* onder andere putte uit het werk van Arendt. Verder denkend op het inherent ongewisse en nieuwe dat bij Arendt verbonden is aan de begrippen nataliteit, hoop en handelen, ontwikkelde zij een visie op zorgen als afstemmingspraktijk. Deze visie wordt nader toegelicht in paragraaf 3.2.2, maar eerst volgt nu een verdere uitwerking van de concepten hoop en verwachting, gebaseerd op enkele klassieke en hedendaagse denkers.

### 3.2.1 Hoop en verwachting

*“The history begins at the beginning, with a birthing woman and infant, whose relationship, however disturbing, is also emblematic of promise. In this history, a body is a testament to hope.”*

Afbeelding 3.1: Citaat Ruddick (1995, p. 206).

Ouders hebben doorgaans hoge verwachtingen van de zwangerschap en een succesvolle geboorte. Vanaf het begin van de wens om ouders te worden, ontstaat het idee van een normale en gezonde zwangerschap in de gedachten, harten en zielen van de ouders (Crowther & Hall, 2018, p. 159). Verwachting en hoop kenmerken de tijd van zwangerschap en geboorte.

#### *Hoop en verwachting in zorgsituaties*

Hoop en verwachting zijn vervolgens het Van Dale woordenboek synoniemen, maar er is toch een verschil in gevoelswaarde gevonden door de onderzoekers Leung, Silvius, Pimlott, Dalziel & Drummond (2009)<sup>4</sup>. Zij achten dat verschil van belang voor de afstemming in zorgsituaties. Hoewel hoop en verwachting beiden toekomst georiënteerde begrippen zijn, is verwachting anders, in die zin dat zij gebaseerd is op een inschatting van de meest waarschijnlijke uitkomst. Hoop is een inschatting van de meest wenselijke - maar niet noodzakelijkerwijs de meest waarschijnlijke - uitkomst. Een beter begrip van hoop en verwachting kan bijdragen aan een goede manier van communicatie met zorgvragers, waarbij verwachtingen van de ene partij de hoop van de andere partij niet teniet doen. Een beter begrip maakt afstemming mogelijk in zorgsituaties. Daar is een evenwicht vereist, tussen de verschillende elementen die een rol spelen in een situatie (Mol, 2006, p. 72). Die elementen zijn min of meer vloeibaar, min of meer taai, en zijn veranderbaar, stelt Mol, die tot 2008 Socrates-hoogleraar politieke filosofie was en auteur van *De logica van het zorgen*.

---

<sup>4</sup> Leung et al (2009) hebben door middel van *integrative literature review* onderzoek gedaan naar de relatie tussen hoop en verwachting. Daarbij is een iteratief, dialectisch proces opgenomen in hun literatuuronderzoek, omdat het doel van hun onderzoek theorievorming was. De conclusie van dit onderzoek was dat wanneer zorgprofessionals de begrippen hoop en verwachting beter begrijpen, dat ondersteunt in de communicatie met patiënten over ziekte gerelateerde verwachtingen terwijl de integriteit van de hoop van de patiënt behouden blijft.

Hoop wordt omschreven als de ideale verwachting (Leung et al., 2009). Het hier en nu zal ingrijpend veranderen op het moment van baren, en daarna. Het denken over toekomstige gebeurtenissen is een hopen en een wensen, maar niet het echte gebeuren zelf. Daarbij is niet slechts het denken betrokken, als psychisch proces, maar komen ook de lichamelijke, ruimtelijke, relationele, tijdelijke en transformatieve dimensies aan het licht, in de daadwerkelijke ervaring van de uitkomst van de hoop en het verwachte, samengebald in de baring/geboorte van een kind (Crowther & Hall, 2018, p. 15). Al deze dimensies samen vragen om aandacht in zorgsituaties.

### *Hoop, verwachting en de tijd*

Hoop en verwachting spelen zich af in het nu, terwijl ze betrekking hebben op de toekomst. Over het pogen te vatten van de toekomst heeft de filosoof Levinas (1906-1995) geschreven in zijn werk 'De tijd en de ander'. Nadenken over de toekomst is niet identiek aan het verwachten dat plannen uitkomen. De toekomst is absoluut ongrijpbaar in het nu. Levinas zegt hierover: "Het anticiperen op de toekomst, het plannen van de toekomst, dat algemeen erkend wordt als het essentiële van de tijd in alle theorieën van Bergson tot Sartre, is slechts het heden van de toekomst en niet de echte toekomst" (Levinas, 1989 (eerste druk 1979), p. 46). Dat is echter geen reden om het anticiperen en plannen af te doen als nutteloos, want het hopen en verwachten heeft een verbindende functie. "Als wij het heden ontdoen van alle anticipatie, heeft de toekomst geen enkele verwantschap meer met het heden. Zij ligt niet geborgen in de schoot van een altijd al bestaande eeuwigheid, waar wij haar vandaan zouden komen halen. Zij is absoluut en anders en nieuw" (Levinas, 1989, p. 50). Zonder het verbindende van hoop en verwachting zou de toekomst losgezongen zijn van het hier en nu. Hoop en verwachting zijn als het ware de verbinding van de toekomst met het nu. Levinas spreekt echter niet over baren en geboren worden vanuit het perspectief van de lichamelijke ervaring van materniteit. De moeder-kind relatie wordt door Levinas vooral als metafoor gebruikt, waarmee hij de vrouw tot object maakt in plaats van een levend, voelend, denkend subject (Adams, 2014, p. 4 & 80). Desalniettemin nodigen zijn opvattingen over tijd, moeder-kind en relaties van generaties op generaties, uit tot verder nadenken. Daarop wordt hieronder ingegaan.

Het belang van deze concepten hoop en verwachting in relatie tot de hierboven genoemde woorden anticipatie en plannen, komt later opnieuw naar voren wanneer zij worden betrokken op het empirische onderzoek naar geboorteplannen, in hoofdstuk 6.

Hierboven werd gesteld dat hoop en verwachting de verbinding zijn van de toekomst met het heden. Daarbij is tijd gedacht als een lijn van verleden via heden naar toekomst, dus als een lineair begrip. Tijd, als lineair begrip, wordt dan gezien als een zich nooit herhalende, altijd maar voortgaande beweging, met het tikken van de klok. De tijd heeft echter nog een andere kwaliteit, namelijk de dimensie waarin tijd ervaren wordt als een moment van eeuwigheid. Dat gebeurt wanneer de ervaring van tijd uitstijgt boven de Chrono-logische kwaliteit van kloktijd (Crowther, 2018, p. 20). Het moment van baren en geboren worden is zo'n moment dat een Kairo-logische kwaliteit heeft (Crowther, 2018; Hermsen, 2015). Op een dergelijk moment is er een samenvallen van het heden, gedragen door het verleden en de weg openend naar de toekomst (Crowther, 2018, p. 22). Elke geboorte is een confrontatie met nataliteit, de gedeelde eigenschap van alle mensen, en tevens een zorgende relationaliteit, doorgegeven van moeder op kind, van generatie op generatie in een continuüm van verleden, heden en toekomst (Adams, 2014, p.85, Verhoeven, 2003, p. 243). "Elk nieuw leven heeft betekenis in een breder verband, namelijk als plek hebbend in de genealogische opeenvolging van menselijke generaties" (Albers, 2016, p. 45).

#### *Hopen versus ingrijpen en controleren*

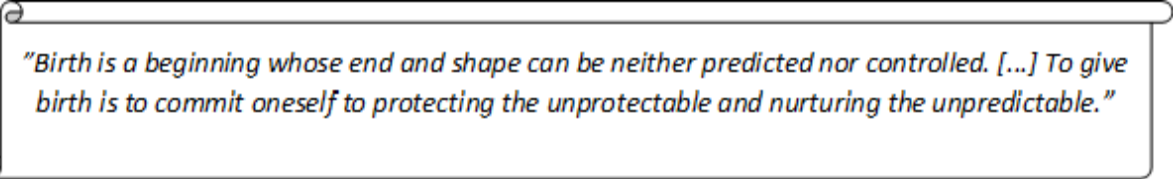
In deze paragraaf wordt ingezoomd op hetgeen gebeurt als hopen zou worden weg geredeneerd, overbodig gemaakt door acties van medisch technisch handelen en protocollaire stappen.

Ruddick beschrijft zwangerschap als een hoopvol werk: "*The culminating moment and defining hope of the work is the act of giving birth*" (Ruddick, 1995, (eerste druk 1989), p. 50). De hoop is gericht op het baren van een kind, de bescherming en het hoeden van de foetus, blijkt uit haar filosofie van zorgen, gedacht vanuit 'moederen'. Ruddick ziet dat baren echter ook een proces is waarbij vrouwen zelf een bepaald risico lopen, lichamelijk gezien. Een zwangerschap vraagt offers, maar er zijn ook hulpmiddelen beschikbaar (Ruddick, 1995 (eerste druk 1989), p. 36). De diensten die geleverd worden maken volgens haar de vrouw mogelijk wel vatbaar voor en afhankelijk van controle door anderen. In het licht van de huidige discussie over de medicalisering van geboorte (Albers, 2016) is het opvallend dat Ruddick reeds in 1989 constateert dat de autonomie van de vrouw en haar zeggenschap over haar eigen zwangerschap nu meer dan ooit bedreigd worden door de technologische ontwikkelingen, waarbij mogelijkheden zich vermenigvuldigen voor medisch ingrijpen. Daarbij kunnen medische interventies in dienst staan van de hoop van de vrouw die gaat baren, maar dat is niet onomstreden. Ook Pasveer en Akrich (1998) zien technologie, evenals

Ruddick, als bedreiging voor de vrouw, echter met name verband houdend met het effect dat technologie heeft op het verlies van intrinsieke kennis van het lichaam.

Mol (2006) argumenteert dat technieken onverwachte effecten hebben, technieken onderwerpen zich niet aan wat we van ze willen, maar interfereren met wie we zijn (p. 69). Als technologie op de voorgrond treedt bij het baren, bestaat de mogelijkheid dat het spiritueel-lichamelijke naar de achtergrond verdwijnt, zoals Crowther opmerkt wanneer zij stelt dat zij die bij de geboorte aanwezig zijn, inclusief artsen, zich moeten keren naar en afstemmen op de bijzonderheid van de geboorte, opdat de *'sacred mood or quality'* niet verloren gaat, verborgen onder de technologische entourage en genegeerd (Crowther, 2018, p. 139). Dat gezegd hebbende, nuanceert zij dat door te stellen dat het niet valt te onderschatten dat medische interventies, keizersnedes en kunstverlossingen door velen gezien worden als positief en voldoening schenkend (Crowther, 2018, p. 143). De woorden *sacred mood* en hoopvol werk laten zich passender verbinden aan de betekenis van het begrip hoop en de afstemming daarop door de berende vrouw en de mede betrokkenen, dan de woorden technologie en interventies. De volgende paragraaf zal verder ingaan op het concept ongewisheid, dat zoals duidelijk zal worden, verbinding heeft met hoop en verwachting.

### 3.2.2 Ongewisheid



*"Birth is a beginning whose end and shape can be neither predicted nor controlled. [...] To give birth is to commit oneself to protecting the unprotectable and nurturing the unpredictable."*

Afbeelding 3.3: Citaat Ruddick (1995, p. 209).

#### *Inleiding*

Ongewisheid staat in flagrante tegenstelling tot de woorden voorspelbaarheid en controle. Volgens Ruddick (1995, eerste druk 1989) is geboorte een voorbeeld daarvan. Geboorte is een beginnen dat onvoorspelbaar en oncontroleerbaar is, in vorm en uitkomst. In deze paragraaf wordt beschreven hoe Ruddick (1995, eerste druk) en Van Heijst (2014) het nataliteits denken van Arendt (1906-1975) verbinden met enerzijds moederen en anderzijds zorgen. Ruddick brengt nataliteit en hoop een stap verder met haar filosofie van moederen,

waarin ongewisheid en hoop hand in hand gaan. Van Heijst verbindt Arendt's visie op handelen en ongewisheid met zorgsituaties in het algemeen. Van Heijst staat in de traditie van zorgethiek in haar weergave en interpretatie van het werk van Arendt. Vervolgens wordt aan de hand van Levinas' denken over de tijd, kort ingegaan op een gerichtheid op de ongewisse toekomst. Tenslotte wordt in deze paragraaf beschreven hoe Walker het ideaal van ambitieuze *life planning* bekritiseert, en ruimte maakt voor de ambiguïteit van verhalen.

#### *Ruddick en het nataliteits denken van Arendt*

De geboorte van een kind wordt door Ruddick (zie citaat hierboven) vergeleken met iets bijna onmogelijks; beschermen wat niet te behoeden is, opvoeden wat onvoorspelbaar is. Ruddick verbindt het beginnen en geboorte met lichamelikheden, meer dan Arendt dat doet. Daarmee legt zij een andere nadruk en maakt zij de fysieke realiteit van materniteit zichtbaar, tastbaar en hoorbaar, terwijl bij Arendt nataliteit zich vertaalt naar noties van beginnen, handelen, verschil, uniciteit en belofte (Ruddick, 1995 (eerste druk 1989), p. 209).

Tegelijkertijd is Ruddick het met Arendt eens dat baren verbonden is aan hoop evenzeer als nataliteit dat is. "*Giving birth [...] is an expression of hopefulness in oneself and in 'nature', one's own and that of the child to whom one has given birth*" (Ruddick, 1995 (eerste druk), p. 210). Ruddick mist bij Arendt echter de fysieke realiteit van geboorte. Die wordt overgeslagen (Ruddick, 1995 (eerste druk), p. 214). Door die lichamelikheden wel te belichten, maakt Ruddick plaats voor afhankelijkheid en de kwetsbaarheid, condities die beiden om zorg vragen.

#### *Arendt, ongewisheid en van Van Heijst*

Zorgsituaties en het ongewisse zijn onderwerp van studie in 'Menslievende Zorg', het werk van Van Heijst. In lijn met Arendt's idee van handelen, als mens beginnen, maar ook als mens verschijnen, ziet zij zorgen als een afstemmingspraktijk. Terwijl Arendt vanuit nataliteit als menselijke conditie redeneert, en daarmee de toon zet voor politiek-ethisch handelen, trekt Van Heijst de concepten ongewisheid en handelen door naar zorgen. In dit literatuuronderzoek scherpt dat niet alleen het zicht op baren, want feitelijk had Arendt het noch over baren, noch over zorgpraktijken, maar de inzichten van Arendt worden door Van Heijst wel ingezet om zorgpraktijken te duiden.

De filosofie van Arendt volgend in een toepassing op de huidige bedrijfsvoering in de zorgsector, is Van Heijst zeer kritisch op de tendens ongewisheid zoveel mogelijk weg te



filteren, in het protocolleren en categoriseren van zorghandelingen. De zorgsector wordt op die manier gerund als een productie- en consumptieproces (Van Heijst, 2014, p. 115). De zorg die Van Heijst daarbij uitspreekt is dat het economische productie denken, het denken in waarden wegdrukt. Utilitaristisch denken zou moeten leiden tot de conclusie dat de zorg wezenlijk onrendabel is en een onnutte onderneming. Met Arendts handelingstheorie wordt de noodzaak tot waardedenken in de zorgsector kracht bijgezet. De ethische grondslag van de hele zorgonderneming berust op het grondbeginsel van de waarde van de mens, waarbij niet uit het oog wordt verloren dat een mens vraagt om zorg, niet slechts een ziekte om behandeling (Van Heijst, 2014, p. 117). Wil zorgen echt menselijk zijn, dan dient er ruimte gemaakt te worden voor het verschijnen van menselijke uniciteit. Het is niet een proces dat bij voorbaat te plannen en te regelen is. Arendt noemt dat “ruimte voor het ongewisse” (Van Heijst, 2014, p. 118). Die uniciteit van ieder mens geldt voor zowel zorgverlener als ontvanger. Respect voor het singuliere van een ieder vraagt om het horen van die ander. Van Heijst grijpt terug op het werk van Arendt en verdedigt “[...] dat het essentieel bij de menselijke maat hoort om ruimte te laten voor het ongewisse, nieuwe, frustrerende en tragische” (2014, pp. 25-26). Zij sluit zich bij Arendt aan in het denken over ontmenselijking van de omgeving door een totalitaire uniformiteit te wensen, een compleet planmatig dicht definiëren en beheersbaar willen maken van zorgsituaties (Van Heijst, 2014, p. 26). Door het kijken naar praktijken van zorg, komt zij tot de conclusie dat vragen om gegarandeerde zekerheden, wat bijvoorbeeld door zorgverzekeraars en politieke beleidsmakers wordt gedaan, de zorg inhumaan maakt (Van Heijst, 2014, p. 26).

De menselijke conditie wordt door Van Heijst gezien in het licht van Arendts opvatting hierover, namelijk “het verdragen van verschillen die tussen mensen bestaan en de ongewisheid die daar per definitie aan vast zit” (Van Heijst, 2014, p. 63). Het is essentieel voor mensen van elkaar te verschillen. Het laten bestaan van dat verschil, en de daaraan inherente ongewisheid over hoe dingen zullen aflopen, is moeilijk gebleken in de geschiedenis van de mensheid (Van Heijst, 2014, p. 86). Het onvergelykelijke van mensen zit in hun hele manier van zijn, en is te ontwaren in de behoefte op het gebied van lichaam, ziel en geest. Dat unieke menselijke kan zich niet openbaren als het omgaan met elkaar wordt bepaald door beheersbaarheid via protocollen en strategische verrichtingen. Het ongewisse wordt weggezet “als een bedreiging voor fraai gestroomlijnde professionele processen” (Van Heijst, 2014, p. 106).

Ongewisheid is bij Arendt een hoofdkenmerk van handelen. Voor haar is handelen de menselijke activiteit van het zich “aan elkaar [...] openbaren in hun daden en woorden, waarin ze van elkaar konden verschillen, waarin niet alles gericht hoefde zijn op planbare uitkomsten, waar iets nieuws kon ontstaan” (Van Heijst, 2014, p. 91). Wie dat onvoorspelbare probeert uit te bannen, vernietigt wat echt menselijk is, in de optiek van Arendt (Van Heijst, 2014, p. 108). De uniciteit van ieder mens vraagt om niet-instrumentele interacties tussen mensen, waarbij het ongewisse en frustrerende plaats mag hebben, als wezenlijk horend bij handelen.

### *Het ongewisse en Walker*

In het voorgaande is uiteengezet hoe Arendt pleit voor ruimte voor het onvoorspelbare. In een andere tijd en vanuit een andere plaats schrijft de filosoof Walker (eerste druk 1998) over het ongewisse, vanuit een politiek ethisch standpunt.

Omdat dit literatuuronderzoek ten doel heeft inzicht te verwerven op de concepten hoop, verwachting en ongewisheid wordt ook te rade gegaan bij Walker. Zonder dat zij schrijft over geboortezorg kijkt zij naar de manier waarop mensen in het leven blijken te staan. Met haar conclusie ontkracht zij een idealistisch beeld van een geordend en gepland leven, waarin geen ruimte wordt gelaten voor ongewisheid.

Walker (2007, p. 142) verzet zich in haar werk *Moral Understandings* tegen een Rawlsiaanse karakterisering van een goed leven. Rawls (1921-2002) heeft de opvatting dat een goed leven een gepland leven is. In Rawls model is leven een kwestie van redelijk en autonoom plannen. Zo zit volgens hem het leven in elkaar, terwijl in Walkers optiek, op empirische studie berustend, mensen helemaal niet zo redelijk en plannend in het leven staan. Ze zegt:

*“I am puzzled that someone would think the degree of clairvoyant control involved in Rawlsian life planning could possibly be part of a normal way “people” do and can go about their lives, regardless of the social environments in which they go about them”* (Walker, 2007, p. 143).

Tegenover *life planning*, waarvoor zij sceptisch een soort helderziendheid verondersteld, stelt zij dat dat niet de manier is waarop mensen normaal gesproken hun leven vormgeven. De sociale context waarin men zich bevindt bepaald dat mede, alsook de particuliere situatie waarin men zich bevindt.

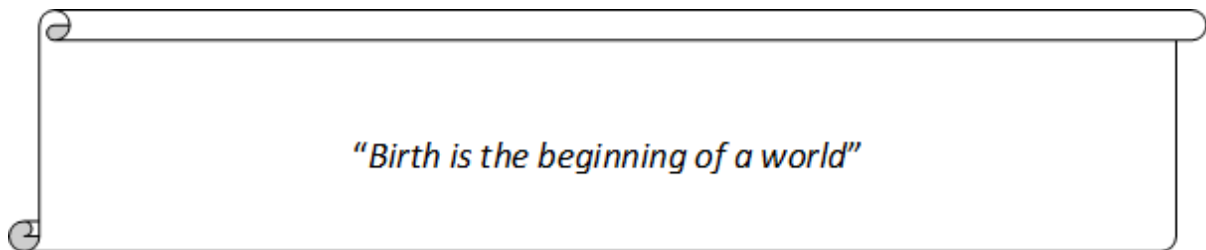
Daarnaast ziet Walker de realiteit van hoe vaak het niet ten uitvoer kunnen brengen van een plan reden is voor een gevoel van falen bij velen. Verlies van controle door onvoorspelbare factoren, leidt toch tot schaamte. Een succesvol gepland leven blijkt een beperkte mogelijkheid en een machtig ideaal, dat veraf staat van de entropie; de wanordelijkheid van bijvoorbeeld zwangerschappen en ziekte (Walker, 2007, p. 143). Daarnaast zijn er eenvoudigweg dingen die je overkomen en bepaald worden door waar je wieg stond, waar niet de resources en macht tot je beschikking staan die je zou hebben gehad als je elders was geboren. Walker stelt vragen bij, en reflecteert ethisch op de idee van een goed leven als een leven-volgens-plan. Hoe moeten we het leven begrijpen? Walker vraagt aandacht voor, en legt de nadruk op de feilbaarheid en limitaties van onze opzettelijke inspanningen en onze pogingen om te gaan met de resultaten daarvan. Of en hoe we onder ogen kunnen zien waar we verantwoordelijk voor zijn, ook wanneer het anders loopt dan we hoopten, of misschien zelfs juist wanneer het anders loopt dan we hoopten, dat maakt het verschil. Met name het niet kunnen voorspellen van de uitkomst van gebeurtenissen en daarop handelen, vraagt meer ethische reflectie dan vooraf vaste overtuigingen te hebben en die publiekelijk te ventileren (Walker, 2007, p. 123).

Dat brengt Walker bij het belang van verhalen tegenover codes, principes en algemene regels. Verhalen helpen bij het bepalen wat moreel gedrag behelst. Zij noemt dat narratieven van morele identiteit, relaties en waarden. Verhalen over hoop, verwachting en ongewisheid hebben niet ten doel zekerheden te verkondigen, zij genereren daarentegen wel een moreel begrip. In het empirische hoofdstuk (hoofdstuk 5) zijn voorbeelden van deze verhalen te lezen.

### 3.3. De baring vanuit zorgethisch perspectief

In de voorgaande paragraaf (§3.2) zijn de concepten hoop, verwachting en ongewisheid aan de hand van filosofische denkers uitgewerkt. In deze paragraaf wordt de baring beschreven vanuit zorgethisch oogpunt om met de bevindingen van beide paragrafen ons zicht op bevallen aan te scherpen (§3.4). Vanuit literatuuronderzoek wordt nu uiteen gezet dat baren een fysieke gebeurtenis is, die allerlei gevoelens met zich meebrengt zoals hoop, verwachting en ongewisheid. Daarnaast speelt het gescheiden worden van moeder en kind een rol. Tot slot komt relationaliteit aan bod. Relationaliteit blijkt op twee manieren betrokken bij baren, namelijk relaties die de bariende vrouw ondersteunen in het baringsproces en de nieuwe relationaliteit die ontstaat doordat er een nieuw mens geboren wordt. Bovengenoemde inzichten ten aanzien van de baring worden uitgewerkt onder de volgende begrippen:

- lichamelijkheid (§3.3.2)
- continuïteit en scheiding (§3.3.3)
- relationaliteit (§3.3.4)



Afbeelding 3.4 Citaat Ruddick (1989, p. 218).

#### 3.3.1 Introductie

Geboren worden is een unieke sociale en culturele gebeurtenis, die zingeving inhoudt voor de hele samenleving en voor ieder van ons individueel (Crowther & Hall, 2018, p. 3). De geboorte van een kind vindt plaats door de baring van de moeder. De moeder ondergaat een proces van een situatie waarin zij en haar baby('s) samen één zijn en als het ware samen één lichaam delen, naar een situatie waarin zij los van elkaar komen te staan (Adams, 2014, p. 7; Requejo & Guillen, 2011, p. 226; Ruddick, 1995 (eerste druk 1989), p. 216; Weiss in Adams & Lundquist, 2013, p. 110). Baren doet meestal fysiek pijn en is in meer of mindere mate gevaarlijk. Dat maakt de baring bedreigend en soms vernederend voor vrouwen. Baren kan

daardoor een bron van angst worden, voor de barende vrouw, maar ook voor diegenen die van haar houden (Ruddick, 1995 (eerste druk 1989), p. 190). De bevalling is daarmee zowel een fysiek als een relationeel gebeuren. Behalve dat de mensen om de barende vrouw met haar meelevens en ondersteunen (hopelijk), is dit proces ook van betekenis voor het *life sustaining web*<sup>5</sup> (Tronto, 1993, p. 103) waarbij er verantwoordelijkheid voor het voortbestaan van de mensheid wordt genomen. Zoals ook ter sprake kwam in paragraaf 3.2.2 leiden de verschillen tussen mensen tot ongewisheid over hoe menselijke processen, zoals de baring, in individuele gevallen zal verlopen. De manier van omgaan met dat proces wordt bepaald door welke waarden van het menselijk bestaan er toe doen (Pasveer & Akrich, 1998, p. 54).

Uit bovenstaande komen inzichten naar voren die te maken hebben met hoop, verwachting en ongewisheid. Literatuur over de baring besteedt minder aandacht aan de morele implicaties van het geboorteprocess (Weiss, 2013, p. 109). De inzichten die gevonden zijn in zorgethische en enigszins soortgelijke literatuur die voor deze thesis is bestudeerd<sup>6</sup>, zijn: lichamelijke; continuïteit en scheiding; relationaliteit. Deze inzichten worden in de volgende paragrafen achtereenvolgens besproken. De geboorte van het kind, en daarmee het baringsproces, wordt in dit hoofdstuk gezien zoals Arendt het heeft overdacht<sup>7</sup>. Tot Arendt lag het accent van de filosofie op de dood en de sterfelijkheid van de mens. Veronachtzaamd was tot die tijd dat om te sterven, er eerst geboren moet worden. Dit nieuwe begin is een reden voor hoop, zoals besproken in paragraaf 3.2. Door hier de term ‘nataliteit’ aan te geven, wordt de mens ‘boreling’ of ‘beginner’ in plaats van ‘sterveling’. Iedere geborene is een nieuw, uniek mens (Arendt, 1989; Verhoeven, 2003, p. 13; Weiss, 2013, p. 112). Hierdoor ontstaat er ook steeds een nieuw begin van de gemeenschappelijke wereld zodra er een mens geboren wordt.

### 3.3.2 Lichamelijke

Het menselijk bestaan is een in de basis lichamelijke bestaan (Hamington, 2012, p. 58). Het baren van een nieuw leven is voor een vrouw een onvermijdelijk fysiek proces, die niet los te koppelen is van haar geest (Berg, Ólafsdóttir & Lundgren, 2012, p. 5). Ruddick (1995, eerste druk 1989) is van mening dat in de huidige tijd, lichaam en geest wel als gescheiden worden

---

<sup>5</sup> Zie ook § 2.2.

<sup>6</sup> Zie § 3.1.

<sup>7</sup> Zie ook § 3.2.

gezien wanneer het gaat om een baring. Zij beschrijft wat hier volgens haar aan ten grondslag ligt: kijkend naar de activiteit van het baren komt Ruddick tot de conclusie dat de dominante westerse filosofie met haar idealen van de rede leidt tot de neiging de baring te controleren en te minimaliseren. Dit wordt ingegeven door het uitgangspunt dat het lichaam en de idealen van de rede tegengesteld aan elkaar zijn, en er gekozen moet worden voor één van beide. De rede wordt geassocieerd met het denken, objectiviteit, afstandelijkheid, cultuur, onpersoonlijkheid, de openbare orde en overeenstemming. Het lichaam daarentegen wordt geassocieerd met subjectiviteit, passie, natuur, genegenheid, privé domein, bekrompen vooroordeel en onoplosbare verschillen (p. 193-194). Afhankelijk van de cultuur staat de kwetsbare bariende vrouw daardoor meer of minder onder controle van anderen (Ruddick, 1995 (eerste druk 1989), p. 36), afhankelijk dus van hoe er over lichaam en geest gedacht wordt.

Hoe er gedacht wordt over het al dan niet gescheiden zijn van lichaam en geest heeft gevolgen voor hoe een baring benaderd wordt. Uit de literatuur blijken er verschillende ideeën te bestaan over wat de beste benadering van het baringsproces is. Deze ideeën vallen samen met de mate waarin lichaam en geest als elkaars tegenpolen wordt beschouwd.

Één benadering is een door wetenschap en techniek ingegeven begeleiding van de baring. De baring wordt daarbij gezien als een risico die medische interventies nodig heeft (Berg, Ólafsdóttir & Lundgren, 2012, p. 1). Overigens zijn er auteurs die hierbij de kanttekening maken dat de wetenschappelijkheid van medische ingrepen meer onderhevig is aan de culturele context, dan dat het een gevolg is van wetenschap (Davis-Floyd, 2001, p. 6; Requejo & Guillén, 2011, p. 215). Bovengenoemde door wetenschap en techniek ingegeven benadering wordt ook wel “Active Birth Management” genoemd, die recht doet aan het zorgmodel waarin alles draait om gynaecologen en hun interventies (Requejo & Guillén, 2011, p. 216). Deze medisch-technische benadering lijkt ingegeven te zijn door het chaotische, oncontroleerbare en dus gevaarlijke baringsproces. Er wordt geprobeerd zoveel mogelijk risico's te vermijden door controle uit te oefenen en in te grijpen als de onzekerheid te groot wordt (Berg, Ólafsdóttir & Lundgren, 2012, p. 1; Davis-Floyd, 2001, p. 9). Zonder de obstetrische routines voelen de zorgprofessionals rondom de bevalling zich machteloos tegenover de kracht van de natuur. De medische gewoonten geven de zorgprofessionals de macht het proces van de baring in te schatten en te categoriseren. Daarmee geven de vastgelegde procedures, die zoals de hierboven al beschreven kanttekening misschien meer

door cultuur ingegeven rituelen zijn, een gevoel van zekerheid dat moeder en baby de bevalling goed zullen doorstaan (Davis-Floyd , 2003 (eerste druk 1986), p. 64).

Een kenmerk van de medisch technische benadering van de baring is de scheiding tussen lichaam en geest. Het lichaam wordt dan als een object gezien en de zorgverlener vervreemdt van de zorgbehoevende, de barendende vrouw. Om het kind in het lichaam van de vrouw te beïnvloeden gebeurt diagnose en behandeling van buitenaf. Gevolg voor de barendende is dat zij aangesloten wordt op controlesystemen. Daardoor wordt haar leven afhankelijk gemaakt van het zorginstituut, net zoals het leven van de baby in haar baarmoeder afhankelijk is van haar. Hiermee komt tegelijkertijd de autoriteit, en de daaropvolgende verantwoordelijkheid terecht bij de zorgprofessional die verstand heeft van de medisch technische zaken. Dit heeft tot gevolg dat de barendende haar autoriteit en verantwoordelijkheid ontnomen wordt (Davis-Floyd, 2001, pp. 6-8). De barendende wordt daarmee een passief object met als enige rol meewerken aan wat haar verteld wordt te doen (Requejo & Guillén, 2011, p. 216). Zoals in 3.2.1 is gezegd, kan dit tevens gevolgen hebben voor de belichaamde kennis van de barendende, die hierdoor vermindert, wat ook gevolgen kan hebben voor het vertrouwen in het eigen kunnen. (Pasveer & Akrich, 1998, p. 49).

Andere benaderingen van de baring focussen meer op de constante communicatie tussen lichaam en geest, waar dus geen of minder sprake is van scheiding tussen die twee. Deze benadering erkent dat emotionele ondersteuning van belang kan zijn bij een baring. De kern hierbij is connectie en compassie. Connectie tussen de barendende, haar familie, de samenleving waarin zij leeft en haar zorgprofessionals. Deze meer humanistische benadering neemt de barendende in acht met respect en vriendelijkheid, het uitgangspunt is kortom menselijkheid. Luisteren naar het verhaal van de barendende is belangrijk om haar te begrijpen en kans te geven symptomen te interpreteren als symbolen van diepere levensbetekenissen, zoals het culturele, persoonlijke en relationele (Berg, Ólafsdóttir & Lundgren, 2012, p. 2; Davis-Floyd, 2001, pp. 10-15;). Er moet tegelijkertijd aandacht zijn voor de angst van vrouwen, hun privacy en het fysieke proces van de baring (Charles, 2013, p. 228). In deze benadering wordt de baring beschouwd als een normaal, sociaal ingegeven gebeurtenis die plaatsvindt binnen een familie en welke niet onnodig verstoord moet worden (Berg, Ólafsdóttir & Lundgren, 2012, p. 1). De autonomie en verantwoordelijkheid wordt de barendende niet ontnomen in deze benadering. Sterker nog, er wordt erkend dat besluitvorming niet los gezien wordt van haar identiteit, die mede gevormd wordt door de relaties die zij met anderen heeft (Van Nistelrooij, 2015, p. 14).

De autonomie wordt dan beschouwd als uitoefening van wie men is en niet als ingegeven door een fysiek proces dat met ondergaat.

Er is behoefte aan een grotere diversiteit van verhalen om de variatie van ervaringen van baren mee te kunnen nemen in onze verwachtingen (Charles, 2013, p. 216). Dit voorkomt dat er gekozen moet worden tussen dichotome visies op het baringsproces. De diversiteit biedt ruimte voor veelzijdige ervaringen en bevindingen. Een baring kan dan gezien worden als een spanningsvolle relatie tussen alle manieren waarop het proces kan verlopen (Charles, 2013, p. 223; Van Nistelrooij, 2015, p. 16).

### 3.3.3 Continuïteit en scheiding

De belangrijke betekenis van lichamelijkheid rondom een baring ligt in het feit dat het een overgang is van een zwangere: een individu die door haar kind in haar buik niet alleen is, naar een moeder waarbij haar kind(eren) eigen individuen zijn waar de wereld kennis mee kan maken. Zwangerschap en geboorte scheppen een bijzonder beeld van de individualiteit van lichamen. De zichtbaar groeiende foetus in de baarmoeder en het geboren worden via het lichaam van een vrouw is een uiting van een samengaan van een zelf en een ander (Ruddick, 1995 (eerste druk 1989), p. 191; Adams, 2014, p. 171). Door de geboorte wordt een kind een eigen zelf en enkelvoudig (Ruddick, 1995 (eerste druk 1989), p. 210). Requejo & Guillén (2011) stellen dat waardigheid volgens Kant het recht is van ieder persoon om als op zichzelf staand beschouwd te worden en niet als instrument in de handen van anderen. Deze vanuit de rede gedachte benadering lijkt te bevorderen dat de zwangere en barende vrouw beschouwd wordt als een container, als een instrument om nieuw leven voort te brengen. Zo lijkt het vreemd dat een mens gedwongen kan worden zijn of haar leven of fysieke integriteit op te offeren ten behoeve van een ander mens. Toch is dit wat er gebeurt wanneer het belang van een ongeboren baby boven het belang van de zwangere wordt gesteld (Requejo & Guillén, 2011, pp. 219-220). Hieruit blijkt een morele complexiteit ten aanzien van zwangerschap en baring.

De morele betekenis verandert radicaal en onomkeerbaar op het moment dat de baby ('s) wordt (worden) geboren. Dit is namelijk het moment dat er voor het eerst gelegenheid is om direct contact te maken met het gezicht en lichaam van de baby. Zoals Levinas (1906-1995)



stelt is het gezicht van de ander de basis van ethiek en daarmee van groot moreel belang. Er is een wederzijdse herkenning in de interactie tussen verzorger en kind. Het is geen eenrichtingsverkeer. Iedereen is responsief voor het expressieve lichaam van de ander. De geboorte maakt deze relatie mogelijk, een relatie die een unieke morele betekenis heeft. De geboorte zelf is daarmee een morele activiteit: een grote verantwoordelijkheid die alleen volbracht kan worden door, maar nooit beperkt kan worden tot, het fysieke lichaam van waaruit een nieuw, enkelvoudig morele actor in de wereld geholpen wordt (Weiss, 2013, pp. 111-113).

### 3.3.4 Relationaliteit

Naast het fysieke proces is er, zoals hierboven beschreven, dus ook een ander proces dat plaatsvindt. Een proces dat gevolgen heeft voor de relaties tussen mensen, uitgaande van de kwetsbaarheid van de mens en de daarmee samenhangende verantwoordelijkheid voor elkaar. De activiteit van het geboren worden leidt tot deze nieuwe verantwoordelijkheid in en voor de pasgeborene als een onafhankelijk bestaande entiteit. Deze nieuwe verantwoordelijkheid komt letterlijk en figuurlijk voort uit de biologische moeder, die zorgt voor de transitie van het bestaan in de baarmoeder naar een bestaan buiten het lichaam van de biologische moeder (Weiss, 2013, p. 110). Baren zit vol met complexe sociale en morele relaties en is veel meer dan alleen een fysieke gebeurtenis (Ruddick, 1995 (eerste druk 1989), p. 212).

De verantwoordelijkheid voor de ander ontstaat uit het zelfstandig uiten (expressiviteit) en kwetsbaarheid van de ander, die daarmee een beroep doet op de ander. Er is een wederzijdse herkenning die plaatsvindt tussen verzorgende en kind, ieder individu reageert op de ander. In tegenstelling tot tijdens de zwangerschap, gaat de verantwoordelijkheid voor het kind daarna rechtstreeks naar het kind, zonder tussenkomst van het moederlichaam. Daarmee verandert dus ook de verantwoordelijkheid van de biologische moeder voor haar kind: zij is niet meer per definitie de enige die direct kan zorgen voor het kind. Iedereen die getuige is van dit extreem kwetsbare pasgeboren mens kan (een deel van) de verantwoordelijkheid om te zorgen op zich nemen (Weiss, 2013, pp. 112-116).

De barende vrouw is net zo goed kwetsbaar als straks haar pasgeboren baby. Ook voor de zorg voor haar kan verantwoordelijkheid genomen worden. Kittay (1999) stelt voor dat, ervan uitgaande dat we allemaal kind zijn van een moeder, we allemaal een fundamentele behoefte hebben aan wederzijdse zorgrelaties. Het gaat daarbij niet om het recht dat we hebben als onafhankelijk individu, maar om de zorgzame band van wederzijdse afhankelijkheid die we hadden en (gaan) hebben met anderen (p. 66). Het gaat dus om de relatie die we met elkaar hebben (Gherardi & Rodschini, 2015, p. 267). Daarbij is niet zozeer sprake van een strikte wederkerigheid: 'ik zorg nu voor jou en dan zorg jij straks voor mij' (Kittay, 1999, p. 67). Er is dan meer sprake van een continue zorgbeweging die tegemoet komt aan zorgbehoeften. Deze kunnen plaatsvinden in groepen mensen, maar ook in en tussen organisaties, instituties en staten (Tronto, 2017, p. 32). De baring impliceert levensvormende verantwoordelijkheden ten aanzien van particuliere kwetsbare anderen (Ruddick, 1995 (eerste druk 1989). Zorg vindt dan plaats in een web waarin het leven in algemene zin ondersteund wordt. Het is dus niet zozeer een individuele activiteit ten bate van andere individuen, maar van alles dat vroeger, nu en in de toekomst op onze wereld met elkaar samenleeft (Gherardi & Rodeschini, 2015, p. 268; Tronto, 1993, p. 103). Daarmee is de baring niet alleen een verantwoordelijkheid van de barende.

### 3.4 Conclusie

In paragraaf 3.2 zijn aan de hand van filosofische en zorgethische denkers de concepten hoop, verwachting en ongewisheid uitgediept. Paragraaf 3.3 benaderde daarna de baring vanuit zorgethisch perspectief.

Uit de bestudeerde literatuur komt naar voren dat baren tegelijkertijd een lichamelijk, relationeel en daarmee moreel proces is. Iedere geboorte luidt een nieuw begin in en aan deze nataliteit is onlosmakelijk het concept hoop verbonden. Zonder materniteit, zonder een moeder die baart, zou er geen nataliteit zijn, geen boreling. Hopen en verwachten is in de eerste plaats iets van de moeder. Onderwerp van die hoop en verwachting is niet alleen het kind, maar ook zichzelf, haar lichaam, haar persoonlijkheid, haar relaties, haar transformatie, haar besef van tijd, haar ondergaan van het hele proces. Die hoop en verwachting behelzen meer dan alleen het fysieke bestaan.

Uit de literatuur blijkt dat er meer (evenredige) aandacht gegeven kan worden voor het morele en relationele aspect van het baren. De verwachting wordt dan niet alleen iets van de barendende en haar partner, maar van iedereen. Er gaat namelijk een mens geboren worden, waardoor de wereld onvermijdelijk en onomkeerbaar verandert. Het oorspronkelijke 'wij' van een moeder en kind tijdens de zwangerschap, dat voorafgaat aan het 'ik' en dat inherent is aan het menszijn is voorwaarde voor elk menszijn en dus ook voor elk medemenszijn. Dit betreft en schept verantwoordelijkheden, voor iedereen, van generatie op generatie. Degene die de baring fysiek ervaart zal zich dan gesteund weten door de hele wereld. Zij en haar baby zullen dan niet als voornamelijk lichamelijk kwetsbaar en hulpbehoevend worden beschouwd, maar als iemand die namens ons allen dit proces doormaakt en daarom alle zorg, begeleiding en steun verdient die er gegeven kan worden.

Ongewisheid speelt een belangrijke rol in hoe er tegen het baren aangekeken wordt. Het is een menselijke conditie die voortkomt uit de uniciteit van ieder mens. Daarmee is de geboorte ook uniek, en per definitie ongewis. De ongewisheid die mensen eigen is, controleren en volledig beheersen, doet afbreuk aan het menszijn. Om de mens volledig mens te laten zijn zou ongewisheid geaccepteerd moeten worden en ruimte krijgen. Iets nieuws laten ontstaan is het ongewisse omarmen.

Er zijn twee zaken die de ruimte voor het ongewisse bedreigen: de institutionalisering/organisatie van zorg en huiver en/of onbegrip voor de (kracht van de) natuur, gekoppeld aan een mogelijke onderschatting van de transformatieve gevolgen van instrumenteel technisch handelen. Het gevolg is dat het ongewisse proces van baren ontkend wordt. Daardoor bestaat het gevaar dat het zorgproces ontaardt tot het uitvoeren van handelingen volgens protocollen. Er moet ruimte blijven voor het onplanbare en ongewisse wil zorg niet onmenselijk zijn. Met het proberen te controleren van het ongewisse van het baringsproces lijkt de hoop beperkt te worden tot een gezonde baby en een zo min mogelijk geschonden vrouwenlijf die de baring heeft ondergaan. De verwachting die daarmee samenhangt verwordt dan tot het anticiperen op een gebeuren dat gezien wordt als onvermijdelijk, zwaar en risicovol. Een succesvol of een goed leven hoeft niet alleen af te hangen van de mate waarin gemaakte plannen uitkomen, maar met name van het handelen wanneer we niet kunnen voorspellen wat de uitkomst van een gebeurtenis zal zijn. Het laten bestaan van het ongewisse sluit anticipatie echter niet compleet uit. Wie geen plannen,

wensen, hoop en verwachting heeft voor de toekomst staat los in de tijd, het heden mist dan de verbinding met wat vroeger was en wat komen gaat. Tegelijkertijd is tijd niet alleen lineair te ervaren, maar op bijzondere en ingrijpende ogenblikken als Kairos-tijd; als iets nieuws begint en de tijd stil lijkt te staan terwijl generatie zich rijgt aan generatie.

## 4. Ervaringen van klinisch verloskundigen

In hoofdstuk 2 (Methodes) is beschreven dat voor zorgethisch onderzoek zowel theorie als empirie van belang zijn. De theorie is door middel van een literatuuronderzoek in hoofdstuk 3 uitgewerkt. Voor de beantwoording van de hoofdvraag naar ervaringen van hoop, verwachting en ongewisheid rondom de baring van moeders en verloskundigen zijn twee empirische onderzoeken gedaan (beschreven in hoofdstuk 3 en 4). Dit hoofdstuk beschrijft het empirische onderzoek naar de ervaringen van de klinisch verloskundigen en geeft antwoord op de tweede deelvraag:

*Hoe ervaren klinisch verloskundigen in het Radboudumc het werken met een geboortepan rondom de bevalling, met betrekking tot verwachting en ongewisheid?*

Deze vraag wordt beantwoord met behulp van de onderzoeksmethode institutionele etnografie (IE). De eerstvolgende paragraaf (4.1.1) geeft een algemene beschrijving van deze methode en vertelt waarom deze methode geschikt is voor de beantwoording van bovengenoemde deelvraag. Daarna komen de onderzoeksopzet (§4.1.2), de onderzoekseenheid (§4.1.3), de dataverzameling (§4.1.4) en data analyse (§4.1.5) van het uitgevoerde onderzoek aan bod. Dit wordt gevolgd door de bevindingen die uit het onderzoek gekomen zijn (§4.2) en de conclusie (§4.3). Het hoofdstuk wordt afgesloten met de ethische overwegingen (§4.4) en de kwaliteit van het onderzoek (§4.5).

### 4.1 Onderzoeksmethode: institutionele etnografie (IE)

#### 4.1.1 Inleiding

De tweede deelvraag is door één van beide onderzoekers<sup>8</sup> onderzocht aan de hand van IE. IE is onderzoek naar gedeelde gedragspatronen, overtuigingen, taal, waarden, gedrag, cultuur enzovoort van mensen, hoe deze met elkaar verbonden zijn en waar deze vandaan komen (Creswell & Poth, 2018, p. 90; DeVault, 2006, p. 294; Rankin & Campbell, 2009). Daarbij

---

<sup>8</sup> Een reflectieverslag over onder andere het schrijven van dit hoofdstuk van deze onderzoeker is als bijlage bijgevoegd.

bestudeert men de mensen in hun dagelijkse praktijk, omdat deze mensen de kennis en ervaring hebben van die praktijk (Rankin & Campbell, 2009). Delen van de wereld worden als het ware begrepen door hoe de mensen in de dagelijkse praktijk die ervaren en er betekenis aan geven (Cook & Crang, 1995, p. 11).

De IE onderzoeksmethode combineert vaak drie manieren:

1. het observeren van de dagelijkse praktijk;
2. het interviewen van de mensen die zich in die praktijk bevinden; en
3. het analyseren van de institutionele teksten en de invloed daarvan op de dagelijkse praktijk (Kolen, Timmerman & Vosman, 2015, p. 40; Rankin & Campbell, 2009).

IE als onderzoeksmethode lijkt niet vanzelfsprekend uit de vraagstelling voort te komen, omdat er gezocht wordt naar ervaringen. Echter, door met IE de dagelijkse praktijk te onderzoeken wordt de ervaring van de verloskundigen duidelijk binnen de context van de instelling (Kolen, Timmerman & Vosman, 2015, p. 39). Het gaat om het zichtbaar maken hoe mensen in een bepaalde setting hun activiteiten uitvoeren in overeenstemming met elders gevormde betekenissen (de *ruling relations*) (DeVault, 2006, pp. 294-295) en hoe dat ervaren wordt. Bij IE gaat het niet om het ontwikkelen van een theorie voortkomend uit de data. Het gaat om het leveren van overtuigende bevindingen die recht doen aan de ervaringen beschreven door de mensen uit de praktijk (Rankin & Campbell, 2009).

#### 4.1.2 Onderzoeksopzet

Zoals hierboven beschreven combineert de onderzoeksmethode IE vaak drie manieren van onderzoek doen, deze worden ook in dit onderzoek gebruikt: observatie, interview en analyse van institutionele documenten. Hieronder wordt besproken hoe deze voor de beantwoording van de deelvraag uitgevoerd zijn.

##### Institutionele documentenonderzoek

IE begint meestal met het observeren van de praktijk en pas daarna wordt op zoek gegaan naar de institutionele documenten die de onderzochte praktijk aansturen (Rankin & Campbell, 2009). Dit onderzoek echter begon met het zoeken naar, verzamelen en bestuderen van institutionele documenten. Daardoor was het mogelijk tijdens de observaties en

interviews gericht te kijken naar wat voor geboorteplannen specifiek van belang is en hoe daarmee omgegaan wordt. De praktijk van het omgaan met het geboorteplan door klinische verloskundigen op de afdeling verloskunde van het Radboudumc is namelijk wat onderzocht wordt. Deze praktijk vindt niet plaats in een vacuüm, maar binnen een instituut die het professionele handelen onvermijdelijk beïnvloedt (Kolen, Timmerman & Vosman, 2015, p. 39).

#### Observatie en interview

Er werden klinisch verloskundigen geobserveerd op de afdeling verloskunde in het Radboudumc. Doel hiervan was in de dagelijkse praktijk van de verloskundige aanwijzingen te vinden die wijzen op hoe activiteiten met elkaar samenhangen. Dit maakt het namelijk mogelijk het handelen en de ervaringen in de sociale omgeving te ontdekken. Dit kan echter niet alleen door middel van observeren, daarom werden de geobserveerde verloskundigen ook bevraagd over het waarom en ervaren van hun handelen (Rankin & Campbell, 2009).

#### 4.1.3 Onderzoekseenheid

Het onderzoek richtte zich op de praktijk van de klinisch verloskundigen op de afdeling verloskunde van het Radboudumc. Klinisch verloskundigen zijn degenen die in het ziekenhuis veel in contact komen met geboorteplannen. Daarnaast zijn de klinisch verloskundigen degenen die bij het hele proces van de baring betrokken zijn.

Er werd in april 2018 bij drie verschillende verloskundigen en diensten geobserveerd en geïnterviewd, in totaal zestien uur. Het ging daarbij om twee dagdiensten en één avonddienst; twee diensten waren op een doordeweekse dag en één dienst in het weekend. Hiermee was er diversiteit in het soort diensten waardoor de praktijk van de verloskundige op verschillende dagdelen, doordeweeks en in het weekend en vanuit verschillende verloskundigen onderzocht is.

De afdeling verloskunde van het Radboudumc bestaat uit zes verloskamers. Het Radboudumc is een academisch ziekenhuis. Er komen vrouwen bevallen omdat ze daar zelf voor hebben gekozen in het geval van een naar verwachting ongecompliceerde bevalling, of er zijn complicaties of de kans erop wordt zo groot geacht dat iemand in het ziekenhuis moet

bevallen. De observaties vonden vooral plaats vanuit de werkplek van de verloskundige. Dit is een ruimte waar de dienstdoende verloskundige en gynaecoloog (i.o.) werken als ze niet bij een patiënt zijn. Daarnaast is er een keuken met koffie en thee en waar gegeten kan worden.

In de praktijk lopen er ook andere zorgprofessionals rond op de verloskunde afdeling. Hierboven is al de gynaecoloog (i.o.) genoemd, daarnaast zijn er drie of vier verpleegkundigen en soms een coassistent. Het contact tussen de verloskundige en de andere zorgprofessionals werd wel in de observaties meegenomen, maar de andere zorgprofessionals zelf niet. Zoals hierboven beschreven was de verwachting dat de verloskundige van de zorgprofessionals het meest met het geboorteplan te maken heeft.

De documenten<sup>9</sup> die werden onderzocht hebben vooral betrekking op twee zaken: op het werk van de (klinisch) verloskundige en op geboorteplannen. Bij de keuze welke documenten te onderzoeken is rekening gehouden met verschillende perspectieven, zoals informatie over hoe er omgegaan dient te worden met zwangerschap en baring, met de zwangere en de barenden en met de professie van verloskundige, maar ook informatie specifiek voor de zwangeren en dan met name over het geboorteplan en over verwachting en ongewisheid ten aanzien van de baring. Het was de verwachting dat deze verschillende perspectieven invloed hebben op hoe er door klinisch verloskundigen met het geboorteplan omgegaan wordt en hoe dat door hen wordt ervaren (Rankin & Campbell, 2009).

#### 4.1.4 Dataverzameling

Zoals hierboven beschreven bestaat de dataverzameling van dit onderzoek uit observatie van de dagelijkse praktijk van de klinische verloskundige, het bevragen van de klinische verloskundige en het verzamelen van documenten. Deze worden hierna achtereenvolgens besproken.

##### Observatie

Tijdens de observaties van de drie diensten is er van gemiddeld ieder kwartier opgeschreven wat de verloskundige aan het doen was en zoveel mogelijk wat er om haar heen gebeurde om

---

<sup>9</sup> Een complete lijst van bestudeerde documenten is als bijlage bijgevoegd.



de context aan te geven. Daarnaast is er wanneer er door de observatie een gedachte bij de onderzoeker opkwam die niet direct een observatie was deze ook opgeschreven (reflectie). Voor het maken van het observatieverslag zijn er formulieren gemaakt om makkelijk datum, tijd, plaats, observatie en reflectie te kunnen noteren (Creswell & Poth, 2018, pp. 169-171).

## Interview

Tijdens het observeren is er zo vaak als mogelijk gevraagd naar wat de klinisch verloskundige aan het doen was, waarom zij dat aan het doen was en wat zij daarbij ervaarde. Tijdens rustiger momenten in de dienst is er dieper op eerdere activiteiten en handelingen ingegaan. Dit is steeds direct of zo snel mogelijk opgeschreven. Deze data is in een ander document dan het observatieverslag opgeslagen. De reden hiervoor is dat de vragen die niet in relatie staan met wat er op dat moment gebeurde niet zou interveniëren in het observatieverslag en de suggestie zou kunnen wekken dat er wel een relatie is. De antwoorden op vragen die wel direct betrekking hadden op de observatie van dat moment staan wel in het observatieverslag. Het interview had de vorm van een gesprek waarbij de kennis geconstrueerd is door de interactie tussen de onderzoeker en de klinisch verloskundige. De gestelde vragen zijn afgeleid van de onderzoeksvraag van deze thesis (Creswell & Poth, 2018, p. 163-164). Daarnaast is er doorgevraagd op ervaringen die de klinisch verloskundige verwoordde. Wanneer het ter sprake kwam vroeg de onderzoeker ook door aan de hand van informatie opgedaan uit het literatuuronderzoek (zie hoofdstuk 3) naar de gedachten en ervaringen van de verloskundige over deze onderwerpen.

## Documenten

Zoals hierboven beschreven zijn er documenten met verschillende perspectieven op het werk van de klinisch verloskundige en geboorteplannen verzameld. Een aantal documenten zijn voor de eerste observatie al bestudeerd. Overige documenten werden zichtbaar of bleken van invloed op het werk van de verloskundige. De onderzochte documenten<sup>10</sup> zijn met name:

- Beroepsprofiel klinisch verloskundige KNOV (2013).
- Beroepsprofiel verloskundige (2014).
- Blanco geboorteplan van het Radboudumc.
- Checklisten aan de muren van de werkruimte van de klinisch verloskundige.
- Deverloskundige.nl.

---

<sup>10</sup> Zie voor een complete lijst van onderzochte documentatie de bijlage.

- Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Advies stuurgroep zwangerschap en geboorte (2009).
- Protocollen met betrekking tot de bevalling.
- Website Radboudumc.
- www. Knov.nl.
- Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (2016).

#### 4.1.5 Data analyse

Deze paragraaf beschrijft hoe de verzamelde ruwe data is geanalyseerd<sup>11</sup>. De analyse van de op drie manieren verzamelde data was niet lineair, maar er is heen en weer bewogen tussen de verschillende bronnen. Het proces van lezen, opvallende dingen eruit halen, nog een keer lezen, betekenissen duiden, nog een keer lezen en voorzichtig concluderen vond zo tegelijkertijd over de gehele uit het IE onderzoek verzamelde data plaats. Hieronder volgt de analyse wel per onderdeel om meer inzicht te geven in het analyseproces.

##### Observatie- en interviewverslag

Het observatie- en interviewverslag zijn een aantal keer goed doorgelezen, waarbij er in de teksten opvallende dingen aangegeven zijn. Hiervan zijn lijsten gemaakt en is gekeken of er dingen te groeperen waren. Hoewel dit niet goed lukte, vielen er wel een aantal dingen op. Deze zijn schematisch weergegeven<sup>12</sup>. Daaruit kwam een metafoor die bruikbaar bleek voor de verdere analyse. Vervolgens is de onderzoeksvraag in drieën geknipt:

1. de verloskundigen in de dagelijkse praktijk;
2. verwachting en ongewisheid; en
3. de rol van het geboorteplan.

Op deze drie punten is het observatie- en interviewverslag nog een keer doorgenomen. Daar kwamen bruikbare puzzelstukken (de eerder genoemde metafoor) uit die vervolgens zijn beschreven. Al schrijvende werd het materiaal verder geanalyseerd en al analyserende werd er geschreven. Het observatie- en interviewverslag zijn (gedeeltelijk) voorgelegd aan zowel de twee begeleiders van de Universiteit voor Humanistiek als de coauteur van deze thesis.

---

<sup>11</sup> In het reflectieverslag dat als bijlage is toegevoegd is meer te lezen over het verloop van het analyseproces.

<sup>12</sup> Een voorbeeld hiervan is als bijlage bijgevoegd.

Daarnaast zijn de eerste analyseresultaten met allen doorgesproken (triangulatie<sup>13</sup>) waaruit een beeld ontstond dat de ingeslagen weg richting resultaten kloppen, waarbij hier en daar een ander accent gelegd kon worden. Dit is verwerkt in de uiteindelijke bevindingen.

#### Documenten

De documenten zijn in eerste instantie minimaal twee keer doorgelezen waarbij in de teksten aangegeven is wat er van belang kan zijn voor de beantwoording van de deelvraag en hier zijn uittreksels van gemaakt, inclusief verbanden die al gelegd konden worden. Zoals hierboven beschreven is daar gedeeltelijk al voor de observaties en interviews mee begonnen. Gedurende de codering en analyse van het observatie- en interviewverslag zijn steeds ook de documenten geraadpleegd en is gekeken in welke relatie deze hiermee staan. Dit is tijdens de overleggen met de eerste begeleider en de coauteur meegenomen. Het proces is tijdens het schrijven doorgegaan, er heeft dus een constante wisselwerking plaatsgevonden tussen observatieverslag, interviewverslag en de verschillende documenten.

## 4.2 Empirische bevindingen

Deze paragraaf beschrijft de bevindingen van het onderzoek naar de ervaring van klinisch verloskundigen met het geboorteplan, rondom de bevalling, met betrekking tot verwachting en ongewisheid.

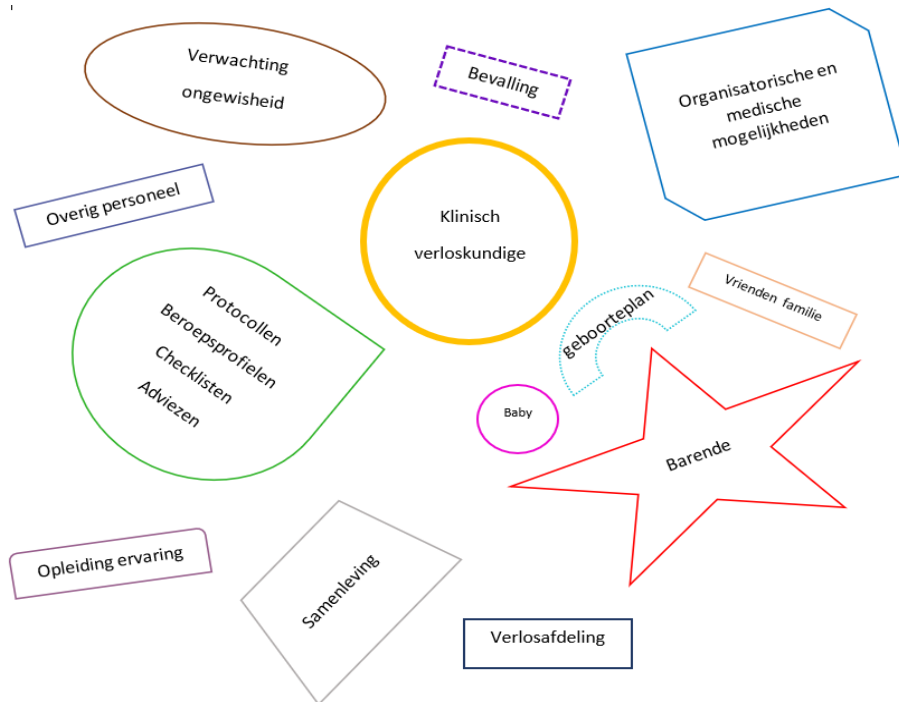
### *De verloskundige als puzzelaar*

Om tot een goede bevalling te komen lijkt de verloskundige als een puzzelaar die alle verschillende stukjes zodanig (ver)vormt dat ze zo goed mogelijk passen, zonder dat van tevoren precies bekend is hoe de puzzel eruit zal zien. Een goede bevalling is een bevalling die moeder en kind gezond hebben doorstaan (Beroepsprofiel klinische verloskundige 2013; Stuurgroep, 2009) en waar de moeder met een positief gevoel op terug kan kijken. Het bijzondere van een bevalling is de complexiteit en onvoorspelbaarheid: door het proces, door de vrouw die het baren voor haar rekening neemt, door de baby in haar buik en door de mate

---

<sup>13</sup> Triangulatie is het gebruikmaken van verschillende invalshoeken bij de analyse, in dit onderzoek is dit gedaan door bij het analyseren van de data gebruik te maken van meerdere onderzoekers, bronnen en methodes. Dit verhoogt de betrouwbaarheid van het onderzoek (Creswell & Poth, 2018, pp. 256 & 260).

waarin deze stukjes passen binnen het instituut waar het proces plaatsvindt, de mensen die erbij betrokken zijn en de medische mogelijkheden. Dit wordt in onderstaande illustratie verbeeld:



Figuur 4.1: de puzzelstukjes van het bevalproces op de verlosafdeling van het Radboudumc.

Bovenstaande puzzelstukjes kunnen grofweg ingedeeld worden in drie overkoepelende onderdelen. De eerste is de taak en dagelijkse praktijk van de klinisch verloskundige op de verlosafdeling van het Radboudumc. De tweede is het verloskundige perspectief op verwachting en ongewisheid. Dit gaat over enerzijds het “in verwachting zijn” van wat komen gaat: de zwangerschap die uit zal monden in een bevalling en een kind dat daarbij geboren wordt uit het lichaam van de vrouw. Anderzijds gaat het om de inherente onvoorspelbaarheid van het verloop van dit proces, de baring zelf, en welke houding ten aanzien hiervan aangenomen kan worden. Het derde dat een rol speelt in het puzzelen van de verloskundige is het geboorteplan.

Hieronder zullen de drie gebieden nader beschreven worden. Daarbij valt op dat de onderdelen geen losstaande puzzelstukken zijn. Ze hebben allemaal in meer of mindere mate met elkaar te maken, geen enkel onderdeel is op zichzelf staand.

#### 4.2.1 Taak en dagelijkse praktijk van de klinisch verloskundige

Uit het onderzoek naar de taken en de dagelijkse praktijk van verloskundigen komen een aantal discrepanties naar boven: tussen rust en spanning, tussen mens en instituut, en tussen patiëntencontact en administreren/intercollegiaal overleg. Met discrepantie wordt bedoeld een potentiële tegenstelling, een wrijving tussen gelijktijdige, schijnbare tegenstellingen.

##### *Rust – spanning*

De afdeling verloskunde, waar de klinisch verloskundige in het Radboudumc onder andere werkt, heeft een warme, vrolijke en rustige uitstraling. De muren zijn heel licht oranje. Voetstappen zijn onhoorbaar. De temperatuur is aangenaam. Het is er vooral heel stil. Het personeel heeft witte jassen aan en is zonder uitzondering vriendelijk, opgewekt en behulpzaam. Ik<sup>14</sup> noteerde in mijn observatieverslag:

*Ik hoor het ruisen van de airco, de toetsen van het toetsenbord van de gynaecoloog in opleiding en van mijzelf. Ik hoor gelach en gepraat, maar vooral veel gelach uit de kamer naast mij. Er heerst hier ondanks de geluiden een stilte. Ondanks de veelal lege gangen beweging. Ondanks rust, spanning.*

De eerste dienst die ik observeerde was het rustig. Er werd één zwangere ingeleid: een mevrouw die zwanger is van haar zoveelste<sup>15</sup> kindje waarvan bekend is dat met name de hersenontwikkeling niet goed is verlopen. De verwachting is dat dit kindje wel levensvatbaar is, maar het is onbekend hoe hij precies ter wereld zal komen. Verloskundige zorg vindt plaats in complexe medische situaties: zoals gelijktijdige zorg aan meerdere patiënten, vaak onder acute situaties (Beroepsprofiel klinisch verloskundige, 2013, p. 7). Zoals ik in mijn observatieverslag noteerde naar aanleiding van de overdracht van de ene dienst op de andere dienst:

---

<sup>14</sup> De 'ik' in paragraaf 4.2 is de onderzoeker, Aletta Oosten, behalve als duidelijk is dat het om een citaat van iemand anders gaat.

<sup>15</sup> In verband met privacy wordt in het midden gelaten het hoeveelste kindje het voor deze ouders precies is.

*Voor mij als iemand met weinig ervaring wat betreft de medische wereld met betrekking tot zwangerschap en bevallen, zijn er erg heftige verhalen. Volgens G<sup>16</sup> was dit voor deze afdeling niet uitzonderlijk. Er was geen “gewone” bevalling, maar allemaal bijzondere dingen die extra aandacht nodig hebben.*

Dit blijkt ook uit de derde dienst die ik observeerde. Simultaan liepen hier meerdere processen: één waarbij de spanning in de loop van de dag evenredig opliep met de heftigheid van de weeën in verband met het risico op veel bloedverlies in combinatie met een moeder die geen bloed wil ontvangen. En terwijl ik de gynaecoloog aan de telefoon hoor melden (volgens protocol) dat er iemand aan het bevallen is die ook in geval van nood bloed zal weigeren, komt een verpleegkundige binnen met de melding dat de vliezen van een andere vrouw spontaan zijn gebroken. Uit mijn observatieverslag:

*17.45 De sfeer lijkt veranderd. Z komt ook niet terug. Ik ben benieuwd hoe lang het gaat duren. 17.55 Er gebeurt hier opeens van alles. Er is toch enigszins opwindend onder het personeel. Een hogere alertheid ofzo. Ondertussen is de gynaecoloog ook nog steeds bezig met een uitslag die moet komen van de vrouw die 25 weken zwanger is.*

Binnen de constante rust op de afdeling verloskunde is er tegelijk een permanente alertheid die ervoor zorgt dat er altijd klaargestaan wordt om direct in te kunnen grijpen bij acute situaties.

#### *Mens - instituut*

Klinisch verloskundige is een beroep met een eigen erkende opleiding. Zij zijn werkzaam in een instelling en hebben een arbeidscontract met hun werkgever. Binnen de organisatie nemen zij een bepaalde plaats in de hiërarchie in. De klinisch verloskundige vervult daarbij verschillende rollen, zoals samenwerker, organisator, medisch deskundige, gezondheidsbevorderaar, communicator, coach en counselor van de zwangere (Beroepsprofiel klinisch verloskundige, 2013, pp. 7 & 12; Beroepsprofiel Verloskundige,

---

<sup>16</sup> De letters G, B en Z staan voor de drie afzonderlijke verloskundigen die ik heb geobserveerd. In verband met de privacy noem ik niet hun echte namen en zijn dit ook niet hun echte voorletters.

2014, p. 45). Wat betreft bovengenoemde hiërarchie staat in het Beroepsprofiel Klinisch verloskundige (2013, p. 7):

*“De gynaecoloog is eindverantwoordelijk voor de organisatie van zorg. Als zelfstandige medisch obstetrisch professional moet de klinisch verloskundige zich kunnen beroepen op de grenzen van haar bevoegdheden.”*

Iedere dienst is er zowel een gynaecoloog als een klinisch verloskundige op de verlosafdeling op het Radboudumc aanwezig is. In de praktijk merk ik niets van een statusverschil. Er wordt vooral veel overlegd tussen allerlei mensen (kom ik later op terug) en vooral ook tussen gynaecoloog en verloskundige. Hierbij valt op dat het ook vooral een elkaar op de hoogte houden is, en checken of de ander het eens is met te volgen beleid met betrekking tot een patiënt:

*G heeft niet getouchéerd. Ze legt uit aan de gynaecoloog dat mevrouw de hele tijd op bed heeft gezeten, en ze heeft haar gestimuleerd in beweging te komen.*

De taakverdeling tussen verloskundige en gynaecoloog wordt ter plekke afgesproken. Een van de door mij geobserveerde verloskundige zegt hier wel over:

*G vertelt dat zwangerschapsafbrekingen meestal gedaan worden door de gynaecologen. G zegt dat ze dat sowieso niet graag doet, want dat voelt voor haar wel heel anders dan verloskundige zijn. Ze is het er ook niet altijd helemaal mee eens, dus dat maakt het dan ook moeilijker.*

De mens speelt binnen het instituut dus ook een eigen rol, naast die van uitvoerder van een vastgestelde functie met bijbehorende taken:

*B geeft aan dat de ene verloskundige en de ene gynaecoloog meer fysiologisch is ingesteld dan de andere. Daarmee bedoelt ze dat die minder geneigd zijn medisch in te grijpen. Het verschilt dus met wie je toevallig aan je bed krijgt.*

Dit wordt beaamd door G, die ook niet denkt dat iedereen hetzelfde denkt over hoe je het beste met een bevalling of barend om kan gaan. Zij geeft hiervoor het voorbeeld van

overleggen die er wel eens op de afdeling zijn over de visie, daar komen ze vaak niet goed uit.

Het lijkt er dus op dat de mens die werkt in het instituut en het instituut twee verschillende dingen zijn die niet altijd vanzelfsprekend hetzelfde uitgangspunt en werkwijze hebben.

*Patiëntencontact– administreren/intercollegiaal overleg*

Het valt op dat hoe rustig het ook was, zowel in sfeer als in activiteiten, de verloskundigen steeds gestoord worden. Er komen geregeld mensen binnen die iets vragen of willen overleggen, of de telefoon gaat met iemand die ook weer iets te vragen of te overleggen heeft, waar vervolgens actie op ondernomen moet worden. Die acties bestaan dan zelf ook vaak weer uit contact zoeken met anderen en iets vragen of overleggen. Daarnaast worden de zo gewetensvol ingevoerde gegevens nagelezen. Zo zag ik dat er van een zwangere van ieder contactmoment een notitie is gemaakt. De verloskundige was dit aan het nalezen, om vervolgens zich te verbazen over iets dat maar één keer gemeten is en waarop wel een beleid is uitgezet. Daar zijn vaker vragen over:

*Z (...) is binnengekomen en B is haar aan het bijpraten over wie er allemaal liggen en wat de plannen zijn. Het beleid van de patiënten wordt besproken. (...) B vraagt Z hoe zij met bepaalde dingen omgaat.*

*Iemand anders komt erbij en overlegt met Z omdat zij het raar vindt dat er iets wel of niet gedaan is met een patiënt.*

Volgens de beroepsprofielen van de (klinisch) verloskundige is één van de taken dan ook die van samenwerker:

*“De verloskundige werkt samen met alle betrokken medewerkers in de verloskundige zorgketen en andere relevante partners ter bevordering van de kwaliteit van de zorg voor individuele cliënten en groepen cliënten.” (Beroepsprofiel Verloskundige, 2014 p. 45).*

Daarnaast is de klinisch verloskundige een organisator die de continuïteit van zorg aan de cliënt waarborgt (Beroepsprofiel verloskundige, 2014, p. 46). Doordat de Stuurgroep (2009)



stelt dat: “zowel op medisch als op (psycho)sociaal gebied moet de zorg voor moeder en kind door alle professionals voldoen aan vooraf vastgestelde en achteraf toetsbare multidisciplinaire normen” (p. 30), vormt zich al het idee dat alles goed geadmineistreerd moet worden, en dat de (klinisch) verloskundige dat tot haar samenwerkende en organisatorische taak mag rekenen:

*B heeft er veel werk aan de gegevens van de bevalling van deze mevrouw over te nemen in het systeem van het Radboudumc.*

Ook de samenwerking tussen de zorgprofessionals die betrokken zijn bij de zorg rondom de zwangere wordt besproken door de Stuurgroep (2009).

*“De professionals in de zorg rond zwangerschap en geboorte zijn samen verantwoordelijk om de zwangeren en het (ongeboren) kind de beste kwaliteit van zorg te bieden.*

*De Stuurgroep vindt dat een meer gestructureerde en naadloze samenwerking nodig is zonder schotten, in plaats van de huidige gefragmenteerde zorg. Een papieren samenwerking alleen is niet genoeg. Samenwerking vergt organiseren, vastleggen, elkaar er aan houden en verantwoorden.” (p. 31)*

En:

*“De samenwerking moet niet langer afhankelijk zijn van de goede wil en inzet van individuele professionals of van hun onderlinge verstandhouding.” (p. 31).*

In de praktijk die ik observeerde heb ik veel geadmineistreerd en geregeld zien worden. Dat gebeurde vanuit een kamer van ongeveer vijf bij vijf meter. Twee wanden bestaan uit glas en kijken uit op meerdere gangen. Tegen deze wanden staan tafels met daarop acht schermen. Op sommige schermen zijn CTG's<sup>17</sup> te zien. Tegen een andere wand staan kasten en hangen er A4tjes aan de muur met titels zoals: partus quicklist (postpartum), partus quicklist (durante partu), spoedsectio quicklist, ontslag kraamvrouw, checklist obstetrie, checklist overdracht

---

<sup>17</sup> CTG staat voor cardiotocograaf. Dit is een instrument dat de hartslag van de foetus en de weeën van de zwangere registreert.

obstetrie. Ook hangt er een papier met het verzoek placenta's te bewaren voor wetenschappelijk onderzoek. Tegen de vierde wand staat een tafel waar omheen gezeten kan worden. Om deze tafel vond de overdracht van diensten plaats die ik geobserveerd heb:

*15.45 Er komen steeds meer zorgverleners<sup>18</sup> binnenlopen en blijven in de ruimte hangen. 16.00 G komt terug en er is een overdracht van diensten. De patiënten die er zijn worden besproken. Er wordt verteld wat er aan de hand is, en er wordt ook verteld hoe de patiënt en eventuele partner er in staan, wat zij vinden, hoe zij reageren. Ook wordt besproken wat er nog aan patiënten verwacht kan worden voor vanavond.*

Op deze tafel staat ook een computer, er liggen wat papieren en lege koffiebekertjes. Naast de tafel is een schuifdeur, die naar een aanliggende kamer gaat. Vanuit deze kamer is gepraat en gelach te horen gedurende de diensten die ik heb geobserveerd.

Alles lijkt georganiseerd en ingericht te zijn op het goed vastleggen van gegevens zodat deze overgedragen kunnen worden en makkelijk toegankelijk contact met elkaar mogelijk te maken. Tenminste, contact tussen de betrokken zorgprofessionals. Maar af en toe was de verloskundige een kwartier of half uur weg naar een patiënt (tot het moment dat de bevalling in laatste fase kwam).

#### 4.2.2 Verwachting en ongewisheid vanuit verloskundige perspectief

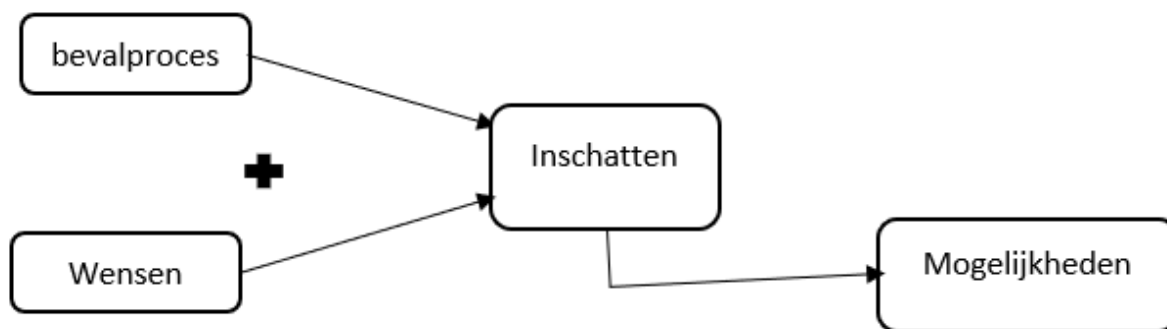
In deze paragraaf beschrijf ik de rol die verwachting en ongewisheid speelt bij verloskundigen en de mogelijke invloed van het instituut daarop.

##### *Het inschatten van verwachting en ongewisheid op de verlosafdeling*

Uit de bevindingen blijkt dat, nog steeds uitgaande van de verloskundige als puzzelaar, er met betrekking tot verwachting en ongewisheid voor de verloskundige drie grote puzzelstukken zijn die moeten worden ingeschat en waarvan geprobeerd wordt ze zo goed mogelijk op elkaar te laten aansluiten.

---

<sup>18</sup> In mijn observatieverslag noem ik iedereen in een witte ziekenhuisjas waarvan ik de functie niet precies weet "zorgverlener".



Figuur 4.2: De verloskundige en haar inschatting van verwachting en ongewisheid rondom de bevalling. Het bevalproces is het barende lichaam; de wensen zijn de verwachtingen en wensen van de barende; het inschatten van het bevalproces en de wensen is de taak van de verloskundige; de mogelijkheden is wat vanuit de instelling, medische stand van zaken en maatschappelijke wenselijkheid mogelijk is.

Het puzzelen van de verloskundige houdt in dat zij steeds moet beoordelen hoe het fysieke proces van de barende vrouw verloopt, wat de wensen zijn van de barende met betrekking tot dat proces, en van beiden moet zij dan bepalen welke mogelijkheden er zijn om de bevalling met al deze facetten rekening houdend zo goed mogelijk te laten verlopen. Dit komt enigszins overeen met wat in het beroepsprofiel van de verloskundige wordt beschreven: “Zij zoekt een ethisch verantwoord evenwicht tussen het belang van de cliënt, de kwaliteit van de zorg en mogelijk beperkende factoren binnen de organisatie van de zorg.” (Beroepsprofiel Verloskundige, 2014, p. 44). Uit mijn onderzoek blijkt dat ook de ervaringen van de verloskundigen hierop duiden:

*Vrouwen komen op heel verschillende manieren binnen. De ene weet precies wat ze wil, maar een ander heeft echt geen idee wat er komen gaat.*

*Deze mevrouw is lastig in te schatten. Ze spreekt geen Nederlands, haar broer is aanwezig en vertaalt voor haar. Dus de vraag de pijn een cijfer te geven op een schaal van één tot tien is al best lastig.*

*Lastig is als mensen bijvoorbeeld echt geen weeën stimulerende middelen willen. Maar soms blijft de ontsluiting maar hangen op zeven centimeter en dan moet er toch wat gebeuren.*

De verloskundige moet steeds een manier zien te vinden waarop het lichaam de bevalling zo goed mogelijk volbrengt, eventueel met medische ingrijpen, en tegelijkertijd zoveel mogelijk tegemoet komen aan de wensen van de barendende vrouw. Deze twee facetten worden hieronder apart beschreven.

### *Betrouwbaarheid, veiligheid en controle*

De visie van de Stuurgroep (2009) is dat de professionals dienend zijn aan de belangen van moeder en kind:

*“Zij moeten nog meer rekening houden met verwachtingen, wensen en angsten van de zwangere en met haar medische en sociale risico’s.” (p. 27).*

Zowel de verwachting als de ongewisheid worden in dit citaat beschreven. Rekening houden met risico’s houdt immers in dat ongewisheid omgezet wordt in risico’s die benoemd kunnen worden. Zo noteerde ik bijvoorbeeld in mijn observatieverslag een gesprek van de aanwezige gynaecoloog die aan de telefoon sprak met iemand van de kinderafdeling, waarbij ze onder andere ook spraken over de afweging van de risico’s van een keizersnede met wat het op zou kunnen leveren, zowel voor de moeder als voor het kind.

Het Radboudumc noemt op haar website<sup>19</sup> de bevalling een belangrijke gebeurtenis in iemands leven. Het wil daarbij een betrouwbare, veilige en vriendelijke partner zijn die de zwangere zo persoonlijk mogelijk begeleid. Het woord “betrouwbaar” geeft aan dat vertrouwen belangrijk is voor het Radboudumc, waarbij het woord “veilig” wijst op zoveel mogelijk de risico’s te beheersen. Het ongewisse lijkt dus een rol te spelen in hoe het Radboudumc zich profileert ten aanzien van de bevalling en hoe zij daarmee omgaat: met betrouwbaarheid en veiligheid.

Dit blijkt ook uit mijn observaties:

*De monitor staat aan, dat is van de patiënt die straks ingeleid gaat worden. Voordat de inleiding start wordt de vrouw aan het CTG gelegd om te kijken hoe het met de baby gaat.*

---

<sup>19</sup> <https://www.radboudumc.nl/afdelingen/verloskunde-en-gynaecologie/onze-aandachtsgebieden/verloskunde>

*Er is een mevrouw die Jehova getuige is. Ik heb net het protocol gelezen, omdat zij bloed weigeren moeten zij sowieso in het ziekenhuis bevallen.*

Betrouwbaarheid en veiligheid als uitgangspunt nemen betekent als vanzelf dat controle ook een rol speelt:

*Zowel in de keuken als in de kamer waar de verloskundige en gynaecoloog zitten zijn schermen die constant aan staan en waar de CTG's van patiënten op te zien zijn. De naam van de patiënt staat erbij, en de hartslag van de baby en weeën activiteit wordt weergegeven. Dus ook als de verloskundige zit te eten, kan ze de patiënt in de gaten houden.*

*Er staat een couveuse in de gang (met een doek erover heen). Die staat er altijd, als reserve. Er zit een schermpje op met daarop 38 graden, de couveuse wordt op temperatuur gehouden. Andere couveuses/bedjes staan op de verloskamers.*

#### *Wensen en verwachtingen van de barende*

Wat betreft de wensen van de barende constateert de Stuurgroep (2009) dat er een gebrek is aan kennis bij de professionals over de verwachtingen, behoeften en ervaringen van de zwangere ten aanzien van de perinatale zorg. Hierin moet dringend verandering komen, aangezien kennis hierover belangrijke input vormt voor verbetering van de kwaliteit van zorg (p. 62).

Uit de Stuurgroep werd de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (2016) ontwikkeld: een kwaliteitskader rondom geboortezorg. In dit kwaliteitskader zijn aanwijzingen te vinden over wat er van de verloskundige verwacht wordt door te kijken naar wat er gezegd wordt over waar de (aanstaande) moeder op moet kunnen rekenen. Er wordt uitgegaan van de zorgvraag en het perspectief van de zwangere (p. 9):

*“Zorgverleners zijn daarbij dienend aan de belangen van moeder en kind. Nog meer dan voorheen zouden zij rekening moeten houden met de verwachtingen en wensen van de zwangere, met haar medische en psychosociale omstandigheden en zouden zij de zwangere moeten ondersteunen in haar intrinsieke vermogen om een gezonde zwangerschap, bevalling en kraamperiode door te maken.” (p. 10).*

In dit citaat wordt in één zin genoemd dat de verloskundige rekening moet houden met de verwachtingen en wensen van de zwangere, maar tegelijk ook met de medische omstandigheden. Het is goed voorstelbaar dat deze niet altijd even makkelijk te verenigen zijn. Het ongewisse van een bevalling maakt het immers onwaarschijnlijk dat verwachtingen altijd uitkomen. Het is aan de verloskundige de verwachtingen van de berende zodanig te vervormen dat het past bij wat er medisch noodzakelijk<sup>20</sup> is. Volgens de Zorgstandaard (2016) moet dat gebeuren door informed consent (pp. 13 en 50). Dat betekent dat:

*“...de zorgverlener de vrouw op een begrijpelijke en zo volledig mogelijke wijze informeert over de voorgestelde behandeling. Duidelijk moet zijn wat de aard en het doel zijn van de behandeling, welke risico's aan de behandeling verbonden zijn en welke alternatieven mogelijk zijn. De zorgverlener mag pas met de behandeling starten als de vrouw hiervoor toestemming heeft gegeven.” (p. 50)*

De Zorgstandaard (2016) geeft hierbij aan dat informed consent niet alleen juridisch van belang is, maar dat goede communicatie met de zwangere goed is voor het wederzijds vertrouwen en bijdraagt aan de eigen regie en zelfmanagement van de zwangere (p. 50).

Eerder in diezelfde Zorgstandaard (2016) staat beschreven dat haar visie is dat “voorkeursgevoelige beslissingen” (zoals wijze en plaats van bevallen, soort pijnbehandeling) tot stand komen in een gelijkwaardige dialoog tussen de zwangere en de zorgverlener (p. 13). De praktijk is volgens de door mij geobserveerde verloskundigen dat zij altijd zodra een patiënt binnenkomt probeert in te schatten wat deze patiënt wil en wat de verwachtingen zijn, naast de medische informatie. Meer hierover komt in de volgende paragraaf aan bod waar het gaat over de rol van het geboorteplan.

---

<sup>20</sup> Wat medisch noodzakelijk is wordt ingegeven door wat zij tijdens haar opleiding heeft geleerd, de ervaring die zij heeft opgedaan, protocollen, richtlijnen, standaarden en mogelijkheden van het ziekenhuis.

### 4.2.3 Rol van het geboorteplan

In deze paragraaf beschrijf ik eerst wat een geboorteplan is zoals beschreven in de door mij onderzochte documenten waarna het geboorteplan in de dagelijkse praktijk van de klinisch verloskundige en haar ervaringen daarmee aan bod komen.

#### *Het geboorteplan volgens de documenten*

In de documenten die ik heb onderzocht krijgt het geboorteplan steeds een iets andere rol toebedeeld. In het Beroepsprofiel van de verloskundigen (2014) staat dat het geboorteplan door de verloskundige gebruikt wordt als leidraad voor de begeleiding van de baring (p. 35). In de Zorgstandaard (2016) staat het geboorteplan bij de beschrijving van de samenwerking in de integrale geboortezorg. Het geboorteplan wordt hier “individueel geboortezorgplan” genoemd. Dit document wordt opgesteld door de zwangere en de coördinerend zorgverlener en heeft als doel “zelfmanagement en gezamenlijke besluitvorming te operationaliseren”. De zelfmanagement betreft de zwangere en de gezamenlijke besluitvorming is die tussen zwangere en coördinerende zorgverlener (p. 44), in de meeste gevallen de verloskundige (p. 45). De taak van die verloskundige is; “op proactieve wijze toezien dat geïntegreerde geboortezorg, zoals beschreven in de voorliggende zorgstandaard, wordt geleverd volgens het opgestelde Individueel geboortezorgplan.” (p. 45). Min of meer komen de in het beroepsprofiel en de Zorgstandaard omschreven rollen van de verloskundige met betrekking tot het geboorteplan op hetzelfde neer. Het woordgebruik is echter in de Zorgstandaard dwingender: erop toezien dat de zorg wordt geleverd zoals beschreven in het geboorteplan, versus beroepsprofiel: leidraad voor de begeleiding.

Zowel het beroepsprofiel als de Zorgstandaard zijn producten gebaseerd op de Stuurgroep (2009). Het advies van de Stuurgroep is dat iedere betrokken professional participeert in een Verloskundig Samenwerkingsverband met onder andere als doel: “het uitwisselen van informatie over iedere zwangere op basis van de intake, geboorteplan en cliëntvolgend

PWD<sup>21</sup>” (p. 32). Het geboorteplan wordt hier omschreven als één van de instrumenten om een zo gezond en veilig mogelijke zwangerschap te garanderen. Onder geboorteplan wordt verstaan:

*“Dit geboorteplan omvat het verwachte verloop van de zwangerschap, de geboorte en de kraamperiode, met heldere ijkmomenten. Ook worden via het geboorteplan de reguliere zwangerschapscontroles ingepland, alsmede het verplichte huisbezoek vóór de 34<sup>e</sup> week. In het geboorteplan is ruimte voor de wensen van de zwangere, bijvoorbeeld ten aanzien van de wijze van bevallen of pijnbehandeling. Doel van het geboorteplan is inzicht geven in wat er wanneer staat te gebeuren en wie daarvoor welke actie moet ondernemen. Het is als het ware een ‘checklist’ die voor zowel de professional als voor de zwangere (digitaal) beschikbaar is. Voor zwangeren met een laag risico voldoet een standaard geboorteplan; voor zwangeren met een hoger risico wordt een maatwerk geboorteplan opgesteld in samenspraak met de daarvoor noodzakelijke professionals.” (pp. 43 en 44)*

De site van de KNOV<sup>22</sup> zegt over het geboorteplan:

*“Een geboorteplan is vooral bedoeld als communicatiemiddel. In een gesprek met de cliënt en haar partner kan de verloskundige nadere uitleg geven en verwachtingen eventueel bijstellen. De cliënt past het geboorteplan aan wanneer zij nieuwe informatie krijgt of wanneer de omstandigheden veranderen.”*

Het lijkt hierbij vooral te gaan om de communicatie tussen verloskundige en zwangere, waarbij de zwangere het geboorteplan kan aanpassen, onder andere aan de hand van informatie die zij van de verloskundige krijgt.

Op de site van het Radboudumc<sup>23</sup> staat een pdf met een blanco geboorteplan. De tekst die daarbij staat is: “Met het geboorteplan kunnen we het proces van uw bevalling goed volgen.”. Dit is weer een iets andere rol die het geboorteplan toebedeeld krijgt, namelijk die van een

---

<sup>21</sup> Perinataal Webbased Dossier.

<sup>22</sup> Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen.

<sup>23</sup> <https://www.radboudumc.nl/afdelingen/verloskunde-en-gynaecologie/onze-aandachtsgebieden/verloskunde/de-bevalling>



document dat bedoeld is voor de professionals van het Radboudumc, met als doel de bevalling van de vrouw goed te volgen.

Document	Benaming plan	Omschrijving plan	Doelgroep
Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte: "Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte". (2009)	Geboorteplan	Instrument om een zo gezond en veilig mogelijke zwangerschap te garanderen	Zorgsector
Beroepsprofiel (klinisch) verloskundige (2013/14)	Geboorteplan	Leidraad voor de begeleiding van de zwangere	(Klinisch) verloskundigen
Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (2016)	Individueel geboortezorgplan	Operationalisering van zelfmanagement zwangere en gezamenlijke besluitvorming met de verloskundige	Zorgsector
Website KNOV	Geboorteplan	Communicatiemiddel tussen aanstaande ouders en verloskundige over verwachtingen en mogelijkheden	Zwangeren
Website Radboudumc	Geboorteplan	Om het proces van de bevalling goed te volgen	Zwangeren

Figuur 4.3: Samenvatting omschrijvingen van geboorteplan in de onderzochte documenten.

#### *De ervaringen met het geboorteplan van klinische verloskundigen*

Tijdens de zwangerschapscontroles wordt de bevalling met de zwangere besproken en hierbij komt het geboorteplan ter sprake:

*Normaal gesproken wordt er op de poli rond de 34-36 weken over de bevalling gepraat. Met 30 weken geeft B aan dat de volgende controle over de bevalling gesproken gaat worden. Dan geeft ze ook een format van een geboorteplan mee. Ze vertelt daarbij dat ze die kan gebruiken, of dat ze zelf iets kunnen schrijven.*

Het is duidelijk dat het initiatief voor de mogelijkheid tot het maken van een geboorteplan ligt bij de zorgverlener, hoewel het ook voorkomt dat de moeder er zelf al mee komt. Op de website van het Radboudumc staat hierover op de pagina over zwangerschapscontroles:

*“Het kan fijn zijn om samen met je partner een geboorteplan te plan te maken. Hierin laat je weten wat je belangrijk vindt tijdens en na de bevalling. Wij nemen dit graag met je door.”*

G zegt hierover:

*Een geboorteplan is ook checken of dat wat de patiënt wil wel kan.*

Niet alleen geeft meestal de verloskundige zelf aan dat er een geboorteplan gemaakt kan worden, ook op de inhoud wordt een voorschot genomen. Z wijst de zwangeren tijdens de controle op de polikliniek op de site verloskundige.nl. Daar staan voorbeelden van ingevulde geboorteplannen. De verloskundige voegt daaraan toe: “Daar staan ook geen gekke voorbeelden in”, waarmee ze bedoelt dat het realistische geboorteplannen zijn waarin geen dingen staan die in het Radboudumc niet mogelijk zijn. B geeft een format van het Radboudumc mee aan de zwangeren. Daarover zegt ze:

*Soms zie je dat mensen copy paste zinnnetjes van internet hebben gehaald, wat ook prima is. Je kan in ieder geval zien dat mensen erover nagedacht hebben.*

B geeft duidelijk aan dat het geboorteplan geen contract is:

*Het is niet een afspraak waar perse aan gehouden moet worden. Het is iets om aan te geven wat je graag zou willen. B geeft daarbij duidelijk aan dat veel dingen die in een geboorteplan staan sowieso gebruikelijk zijn, zodat mensen dat ook weten. En als het iets is waar het ziekenhuis niet aan kan voldoen, dan probeert B goed uit te leggen waarom dat is.*

De verloskundigen bespreken het geboorteplan in eerste instantie dus tijdens de zwangerschapscontroles op de polikliniek. B zegt daarover dat zij meestal niet bij de bevalling is van de mensen die zij erover gesproken heeft, omdat ze een groot team hebben:

*Daarom is een geboorteplan ook belangrijk. Zij bespreekt ze en schrijft er dan dingen bij. Dat scant ze en wordt in de computer gezet. Dan weet iedereen die met deze patiënt te maken heeft dat er over de bevalling gesproken is en wat er besproken is.*

*Bij de gegevens van de patiënt zet G erbij dát er een geboorteplan is als dat er is. Daarbij schrijft ze ook bijzonderheden die in het geboorteplan staan. Dat zijn dingen die extra aandacht nodig zouden kunnen hebben in het contact met de ouders en/of tijdens de bevalling.*

Wanneer een zwangere opgenomen wordt op de verloskunde afdeling, kijken de verloskundigen vaak of er een geboorteplan is:

*Wanneer er iemand binnenkomt kijkt B altijd of ze een geboorteplan hebben en die leest ze door. Als ze naar de mensen toe gaat vraagt ze ook altijd nog even hoe het met ze gaat en brengt ze het geboorteplan ter sprake. Dat hebben de collega's voor haar dan waarschijnlijk ook al gedaan, maar zij vindt het prettig de mensen die zij onder haar hoede heeft te laten weten dat ze het gelezen heeft.*

*Wanneer G een dienst overneemt, gaat ze ervan uit dat haar voorganger over het geboorteplan heeft gesproken. Zij doet dat niet nog een keer.*

Het verschilt blijkbaar per verloskundige of ze het geboorteplan (eventueel nog een keer) bespreken wanneer ze een dienst overnemen. Sommigen vinden het wel fijn om wanneer er een geboorteplan is, dat gelezen te hebben voor het eerste contact met de patiënt:

*Door het geboorteplan eerst te lezen heeft ze er al even over na kunnen denken. Maar ze vraagt sowieso zelf ook altijd wat mensen willen, of ze wensen hebben voor tijdens de bevalling. G geeft aan dat dat misschien voor ouders moeilijk kan zijn om op dat moment meteen goed antwoord te kunnen geven. Met een geboorteplan is er dan al iets en dat kan een goede aanleiding zijn om het te hebben over wat de aanstaande ouders wensen.*

*Maar ze vraagt sowieso zelf ook altijd wat mensen willen, of ze wensen hebben voor tijdens de bevalling.*

*Soms leest ze het geboorteplan wel voordat ze contact maakt met de patiënt, maar soms ook niet. Dat is afhankelijk van hoe het loopt. Als er een patiënt binnenkomt dan maakt ze altijd eerst een praatje.*

De ervaringen van de klinisch verloskundigen die ik geobserveerd heb zijn vrijwel hetzelfde, hoewel ze het anders benoemen. In wat ze vertellen lijkt de één enthousiaster over het geboorteplan dan de ander. Maar als ik kijk naar wat ze feitelijk doen en hoe ze er mee omgaan, is dat vrijwel hetzelfde. Z vindt geboorteplannen niet zo belangrijk in haar werk, meestal staan er dingen in die toch al standaard beleid zijn in het ziekenhuis. Maar ze vindt het wel goed dat mensen nadenken over wat ze kunnen verwachten van een bevalling en dan kunnen aangeven wat ze zouden willen. B vindt een geboorteplan goed, omdat je daarmee kan achterhalen hoe mensen tegen de bevalling aankijken, wat ze graag zouden willen en wat ze niet willen. Daardoor kan je ook doorvragen en onderzoeken waar iets vandaan komt.

Het relevante van een geboorteplan vindt G of mensen speciale wensen hebben. B vindt geboorteplannen heel belangrijk, niet als contract, maar om te achterhalen wat mensen willen, om ze te leren kennen in hun verwachtingen en behoeften. B geeft altijd duidelijk aan dat het niet zeker is dat het zo gaat verlopen zoals in het geboorteplan staat. Maar het is goed als iedereen weet wat mensen verwachten en willen en wat er met de patiënt besproken is. B geeft aan dat een geboorteplan uitnodigt tot een gesprek over dingen die erin staan:

*B gaat sowieso het gesprek aan met mensen. Een geboorteplan helpt om het gesprek aan te gaan om mensen te leren kennen, om te weten wat er bij ze leeft en waar dat vandaan komt.*

*Soms willen mensen geen ruggenprik omdat ze bijvoorbeeld bang zijn voor naalden. Als dat in een geboorteplan staat helpt het om het idee van ruggenprik anders te benaderen.*

*Een geboorteplan helpt ook om als iemand maar niet om pijnstilling vraagt, terwijl de pijn het bevallingsproces wel aan het tegenhouden is.*

Wat dit laatste betreft kan je dan refereren aan wat er over pijnstilling in het geboorteplan staat en vragen waarom ze dat erin gezet heeft.

*Soms zetten mensen in hun geboorteplan dat ze echt geen pijnbestrijding willen. Dan brengt Z voorzichtig ter sprake dat het wel eens anders kan lopen. Dat doet ze door te vertellen dat haar ervaring is dat een bevalling vaak anders loopt dan dat je verwacht of waar je op gehoopt had.*

Geboortewensplan vindt deze verloskundige dan ook een betere benaming.

Wanneer mensen geen geboorteplan hebben kan je meestal ook nog met mensen praten en vragen wat ze willen. Omdat dit een academisch ziekenhuis is komt het ook wel voor dat mensen in zo'n staat binnenkomen dat ze niet meer aanspreekbaar zijn op wat hun wensen zijn tijdens de bevalling. Maar dan is er ook geen tijd om een geboorteplan te lezen. Dan doet G wat haar het beste lijkt om te doen, waarbij ze wel goed probeert de ouders in te schatten. Daarnaast is de partner ook iemand die kan vertellen wat de wensen zijn.

In de andere (dus niet-medische noodsituaties) gevallen waarin er geen geboorteplan is, vraagt de verloskundige of er speciale wensen zijn.

*Als er een patiënt binnenkomt dan maakt Z altijd eerst een praatje. Wel of geen geboorteplan maakt niet uit.*

*Het maakt B niet uit of iemand een geboorteplan heeft of niet. Maar het is natuurlijk anders of iemand rustig binnenkomt of doorgestuurd is vanuit de eerstelijns met heftige weeën. Maar ook dan probeert B altijd een moment te vinden om even te vragen of ze wensen hebben. Je probeert toch een beeld te krijgen van de mensen. Ze wil vooral de mensen laten merken dat ze hun wensen belangrijk vindt en zoveel als mogelijk aan hun verwachtingen wil voldoen.*

Bovenstaande is wellicht de reden dat er heel serieus met geboorteplannen wordt omgegaan. Dat blijkt uit mijn observatie van de praktijk van de verloskundige, maar ook uit wat B vertelt:

*Bij overdrachten wordt heel duidelijk aangegeven dat iemand een geboorteplan heeft en of daar bijzonderheden in staan. Bijzonderheden zijn dingen die niet sowieso al gebruikelijk zijn.*

*G probeert zoveel mogelijk aan de wensen van de patiënt tegemoet te komen. Maar soms vindt ze daar wel wat van.*

De mening van de verloskundige over hoe de bevalling moet verlopen doet er niet zoveel toe. Vooral belangrijk is wat veilig is en wat mogelijk is binnen het Radboudumc. Veel dingen die in geboorteplannen staan zijn al standaard praktijk, dus daarvoor is een geboorteplan niet echt nuttig. Wanneer er dingen in staan die niet gebruikelijk zijn, is het niet altijd mogelijk om aan de wensen te voldoen. Dat is wel een dilemma:

*Soms is dat wel moeilijk. Sommige mensen hebben een heel stellig plan (...) en daar moeilijk vanaf te brengen.*

De geobserveerde klinische verloskundigen in het Radboudumc vinden een geboorteplan tijdens de bevalling belangrijk, maar niet noodzakelijk: het verandert niet hoe er met de patiënt en haar partner omgegaan wordt. Het belangrijkste blijft het achterhalen en juist inschatten van de verwachtingen en wensen van de barende. Naar aanleiding daarvan kan overlegd worden wat mogelijk is, en wat eventueel in welke situatie anders kan verlopen dan gehoopt. Een geboorteplan kan volgens de geobserveerde verloskundigen hier een hulpmiddel bij zijn, zowel bij de communicatie over hoe een bevalling kan verlopen als voorbereiding van de zwangere op de bevalling. Een geboorteplan kan echter ook lastig zijn, als mensen zich vastgepind hebben op wat ze aan wensen opgeschreven hebben en wat niet mogelijk is, of wat volgens de verloskundige een goede en zo veilig mogelijke bevalling verstoort.

## 4.3 Conclusie

Met behulp van de onderzoeksmethode IE is in dit hoofdstuk beschreven hoe klinisch verloskundigen in het Radboudumc het werken met een geboortepan ervaren. Met name ging het om de ervaring rond de baring en met betrekking tot verwachting en ongewisheid. De klinisch verloskundigen zijn daarvoor op de verlosafdeling van het ziekenhuis geobserveerd en bevraagd. Daarnaast zijn er institutionele documenten onderzocht.

Uit het onderzoek blijkt dat klinisch verloskundigen in hun dagelijks werk in een constant spanningsveld zitten tussen rust en spanning, de mens en het instituut en tussen patiëntencontact en administreren/intercollegiaal overleg. Daarnaast bestaat hun werk voornamelijk uit het inschatten van de wensen en verwachtingen van de zwangere die binnenkomt om te baren. Dit terwijl de klinisch verloskundige weet dat het nooit te voorspellen is hoe een baring zal gaan verlopen. De ongewisheid van een baring lijkt door institutionele documenten zoveel mogelijk beperkt te willen worden. De klinisch verloskundigen lijken aangestuurd te worden het proces van baren zoveel mogelijk te controleren. Tegelijkertijd stellen de institutionele documenten dat de wensen van de barendes uitgangspunt moeten zijn van het zorgverlenend handelen.

Het dagelijkse werk van de klinisch verloskundige is als een puzzel: een puzzel die niet te voorspellen is behalve dat er een baby geboren gaat worden. De klinisch verloskundige probeert met alle macht dit proces zo veilig mogelijk en tegelijkertijd voor de barendes zo prettig mogelijk te laten verlopen. Het gebruik van een geboortepan wordt vanuit de institutionele documenten gestimuleerd. De klinisch verloskundigen in het Radboudumc die zijn geobserveerd ervaren over het algemeen een geboortepan als een belangrijk hulpmiddel bij het inschatten van de wensen en verwachtingen van de barendes. Het is een puzzelstuk naast alle andere puzzelstukken die de klinisch verloskundige kan gebruiken bij het zo goed mogelijk begeleiden van de baring van de individuele zwangere. Een geboortepan wordt daarbij echter niet noodzakelijk geacht, en blijkt soms zelfs lastig. Het kan een hulpmiddel zijn bij de communicatie en de voorbereiding van de zwangere op de baring. De klinisch verloskundige legt de wensen en verwachtingen van de barendes (eventueel zijn vastgelegd in een geboortepan), naast wat er beschouwd wordt als een veilige bevalling en de mogelijkheden die het Radboudumc biedt. Zij probeert daarbij zo goed mogelijk tegemoet te komen aan wat de patiënt wil. Lukt het niet om daar volledig aan te voldoen, dan wordt er in

overleg met de patiënt besproken waarom dat zo is, wat er wel mogelijk is en of de patiënt dat wil. Dit is conform de documenten die bestudeerd zijn. Dit kan echter wel leiden tot een spagaat van de klinisch verloskundige, wanneer de barende zich vastgepind heeft op wat zij heeft opgeschreven in het geboorteplan, maar de klinisch verloskundige daar niet aan kan of (medisch gezien) wil voldoen.

Het geboorteplan lijkt een niet-noodzakelijk hulpmiddel bij de baring. Contact met de patiënt is dat wel. Zowel de bestudeerde documenten als de geobserveerde klinisch verloskundigen zijn het over dit laatste eens. De wensen en verwachtingen van de barende worden als essentieel ervaren bij het begeleiden van het baringsproces. Het geboorteplan ervaren de verloskundigen daarbij als een handig, maar niet noodzakelijk puzzelstuk.

#### 4.4 Ethische overwegingen

De data die verzameld is door observatie en interviews zijn zoveel mogelijk dusdanig beschreven dat het niet herleidbaar is tot specifieke personen. Dit geldt zowel voor de klinisch verloskundigen die gevolgd zijn, als hun collega's op de afdeling verloskunde en de patiënten. Er is geen enkel contact geweest tussen patiënt en onderzoeker. Wel is er over patiënten gesproken in het bijzijn van de onderzoeker en zijn hun CTG's gezien, hun namen zijn echter niet in het geheugen van de onderzoeker of ergens anders opgeslagen. De medisch ethische commissie van het Radboudumc heeft de onderzoeken voor deze thesis goedgekeurd, er waren geen speciale eisen voor dit onderzoek naar de ervaring van verloskundigen.

#### 4.5 Kwaliteit van het onderzoek

Het onderzoek op de afdeling verloskunde was relatief kort: drie diensten. Een pre is dat daarbij wel drie verschillende klinisch verloskundigen zijn geobserveerd en bevroegd. Door deze verscheidenheid van bronnen zijn de data waarschijnlijk ook diverser en informatiever omdat er meerdere perspectieven onderzocht zijn. De klinisch verloskundigen met wie



meegelopen is waren enorm behulpzaam en hebben zeer geduldig en serieus alle vragen beantwoord. De aanwezigheid van de onderzoeker kan invloed uitgeoefend hebben op het dagelijks werk van de klinisch verloskundigen. Dit is zoveel mogelijk geprobeerd te voorkomen, met name door de voorafgaande communicatie waarin duidelijk gemaakt werd wat de bedoeling was en door tijdens de observaties zo min mogelijke aandacht te vestigen op de aanwezigheid van de onderzoeker. Enige invloed is echter waarschijnlijk onvermijdelijk.

In paragraaf 4.1.3 kwam al ter sprake dat er naast klinisch verloskundigen meer zorgprofessionals betrokken zijn bij de baring op de verlosafdeling van het Radboudumc, zoals gynaecologen en verpleegkundigen. Het was interessant geweest als deze ook onderzocht waren op hun ervaringen met het geboorteplan. Dit viel nu buiten de onderzoeksvraag van deze thesis, maar zou voor verder onderzoek nog meer inzicht kunnen geven op de rol van het geboorteplan binnen een verlosafdeling.

De rol van het geboorteplan kwam aan bod in paragraaf 4.2.3. Daarbij kwam ook ter sprake dat het geboorteplan een rol kan spelen in de samenwerking tussen alle zorgprofessionals die betrokken zijn bij een zwangere en barendende. Dit aspect is niet verder uitgewerkt, er is meer gefocust op de rol van het geboorteplan binnen de relatie van klinische verloskundige en barendende. Deze keuze is ingegeven door de nadruk die er in deze thesis ligt op de barendende vrouw en de zorg daaromheen.

De onderzoeksmethode IE heeft oorspronkelijk als doel de *ruling relations*, dat waar handelingen op de werkvloer door gestuurd worden, te achterhalen. Strikt genomen is IE in dit onderzoek gebruikt om beter te begrijpen waar bepaald gedrag en ervaringen van klinisch verloskundigen met geboorteplannen vandaan zouden kunnen komen. Een diepere analyse hoe hun ervaringen precies door institutionele documenten zijn gestuurd was voor de beantwoording van de deelvraag niet nodig.

Tevens is door de manier waarop IE is toegepast (met name de keuze voor welke documenten in het onderzoek meegenomen zijn) de professionaliteit van de klinische verloskundige voor een groot deel buiten beschouwing gebleven, in zoverre die voortkomt uit de opleiding tot verloskundige. De sturing op het handelen vanuit de opleiding tot verloskundige komt in deze thesis niet aan bod.

Ondanks de structurering in de beschrijving van de data is er de hoop dat voldoende duidelijk is gemaakt dat alles met alles samenhangt. De structuur is aangebracht om erover te kunnen communiceren met de lezers van dit onderzoek (Van der Meide, 2015).

Tot slot: er is alles aan gedaan om recht te doen aan alle processen rondom het baren en de mensen die er op welke manier dan ook bij betrokken zijn. Dit onderzoek is maar een heel klein stukje, als een punt van een speld, van baren en alles dat daarmee samenhangt. Het moet dan ook niet gelezen worden als bewijs, maar als een illustratie van een praktijk zoals de onderzoeker die beschouwd en opgeschreven heeft.

## 5. Ervaringen van moeders

In dit hoofdstuk wordt de derde deelvraag beantwoord. De deelvraag luidt als volgt:

*Hoe hebben pas bevallen moeders hoop en ongewisheid ervaren rondom hun bevalling, en welke rol speelt het geboorteplan hierin?*

Deze vraag wordt beantwoord door een van beide onderzoekers met behulp van narratief onderzoek. Narratief onderzoek is geschikt voor deze onderzoeksvraag omdat het zich richt op verhalen. Het belang daarvan voor zorgethisch onderzoek is reeds uiteengezet in hoofdstuk 2.

De eerste paragraaf begint met een algemene beschrijving van de narratieve onderzoeksbenadering. In de volgende paragraaf wordt uitgelegd uit hoe de methode gebruikt wordt met achtereenvolgens een beschrijving van de onderzoekseenheid, de dataverzameling, de onderzoeksaanpak en de analyse die uitmondt in de paragraaf bevindingen. Na de conclusie volgt een beschrijving van welke ethische overwegingen bij het empirische deel van dit onderzoek een rol spelen en een bespreking van de kwaliteit van dit onderzoek.

### 5.1 Hermeneutisch narratieve onderzoeksbenadering

De term narratief onderzoek is slechts circa 30 jaar oud (Riessman, 2008; Visse, 2014). Connelly en Clandinin (1990) wijdden er een publicatie aan, en werkten deze methode verder uit. Hoe relatief jong deze methode ook is, aan de basis van onderzoek naar de werkelijkheid via verhalen echter, ligt het werk van filosofen van vele eeuwen. Aristoteles (384-322 v. Chr.) schreef immers al over de tragedie en andere genres, waarmee beargumenteerd kan worden dat narrativiteit al sinds lang onderdeel van wetenschappelijke studie is (Sools, 2012). De Griekse tragedies waar Aristoteles uit putte, als morele vertellingen zijn een heel ander genre dan de bevallingsverhalen die centraal staan in dit onderzoek, maar de overeenkomst bevindt zich in het ontsluiten van de ervaring van de werkelijkheid, *“depicting a rupture from the expected- interpretive because they mirror the world, rather than copying it exactly”*

(Riessman, 2008, p. 4). In verhalen, zowel de grote klassiekers als de kleine persoonlijke, maar van grote levensveranderende invloed op het individu, vindt het zoeken naar en geven van betekenis plaats.

Gadamer (1900-2002), wiens naam verbonden is aan de filosofische hermeneutiek, heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan narratief onderzoek. Hij werd geïnspireerd door de dialogische structuur van de filosofie van Plato (ca. 427-347 v. Chr.), “die naar zijn mening gezien moet worden als een doorlopend gesprek over ervaringen met de werkelijkheid” stelt Widdershoven (2000, p. 53).

Hermeneutiek is letterlijk de leer van het uitleggen of interpreteren. Gadamer (2014, eerste druk 1960) stelde dat betekenis vinden iets is dat gebeurt in dialoog. Hermeneutiek is daarmee niet uit op het aantonen van oorzakelijke verbanden, noch om iets te beoordelen of bewijzen. Ook Riessman (2008) benadrukt het belang van deze manier van onderzoek. Er wordt niet gezocht naar algemeenheden en generalisatie, maar naar hoe het aandachtsvolle luisteren naar, en bestuderen van specifieke verhalen en geschiedenissen van personen, resulteert in een cumulatie van facetten (Riessman, 2008, p. 11). Al die facetten samen geven een voller beeld van de werkelijkheid.

De narratieve onderzoeksbenadering begint bij de ervaringen zoals die geleefd en verteld worden door individuen (Creswell, 2013, p. 70). In Gadamer's voetsporen tredend zijn wij op zoek naar vermenigvuldiging van interpretaties (Widdershoven, 2000, pp. 60-62). Elke interpretatie voegt iets toe. Door te luisteren naar persoonlijke verhalen en daarmee in dialoog te gaan, ontstaat een manier van verstaan die een dieper en rijker gelaagd begrip van onze wereld geeft.

Een verhaal dat wordt onderzocht en geanalyseerd, wordt niet beschouwd als een afgerond geheel (Widdershoven, p. 58). De onderzoeker gaat heen en weer tussen deel en geheel, tussen geheel en context, en zo ontkiemt betekenis van de tekst en de context. De hermeneutiek heeft een speciale rol weggelegd voor de analyserende onderzoeker. De onderzoeker is niet een stoorzender. De onderzoeker brengt zichzelf in het spel. Die blijft niet buiten haakjes (Finlay, 2008, p. 2) zoals bijvoorbeeld zeer van belang wordt geacht in de fenomenologie, waar de onderzoeker radicaal eigen vooraannames en eigen inbreng buiten beschouwing laat, in een reductief proces.

In Gadamer's hermeneutische filosofie bestaat er altijd een cirkelbeweging, of zoals Widdershoven (2000, p. 58) uitlegt; een spiraal, waarin vooruitgang wordt geboekt. Door het interpreteren van het gehoorde verhaal en dat te hervertellen ontstaat er een beweging. "Interpreteren is volgens Gadamer niet het afstandelijk ordenen van materiaal. Elke interpretatie is een proces van bewogen worden door het interpretandum, het te interpreteren werk" (Widdershoven, 2000, p. 55-56). Daarom zijn de bevindingen van dit onderzoek beschreven als hervertelling.

Een van de theoretische posities binnen de narratieve benadering in de sociale wetenschappen betreft de rol die verhalen spelen "in het scheppen van ruimte of het beperken hiervan; hoe de mogelijkheid tot het accepteren, onderhandelen of weerstand bieden tegen dominante culturele verhalen gedacht kan worden" (Sools, 2012, p. 31). Die grote dominante verhalen zijn tijdenlang als universeel en algemeen geldend beschouwd, denk bijvoorbeeld aan ideologieën en religies.

Filosofen als Lyotard constateren echter het einde van de grote verhalen (Frank, 2002, p. 13; Sools, 2012, p. 29). Verhalen achter ideologieën zoals het marxisme en waarheidsclaims van religies zoals bijvoorbeeld het christendom, worden in twijfel getrokken. De autoriteit ervan neemt af. Het verspreiden van persoonlijke verhalen daarentegen heeft humaniserende en democratie bevorderende mogelijkheden (Sools, 2012, p. 29). Er ontstaat hierdoor ruimte voor een diversiteit aan stemmen.

## 5.2 Methode

### 5.2.1 Inleiding

Het verzamelen van verhalen is volgens Frank (2002, p. 3) een manier van betekenis vinden, een opnieuw doen aanspreken en bekoren. Verhalen in het algemeen, kunnen gaan over gedane en voortgaande pogingen om manieren van leven te zoeken, manieren om betekenis te verlenen aan de ervaring van levensgebeurtenissen (Visse, 2014). Bevallingsverhalen in het

bijzonder geven inzicht in hoe de moeder haar baringsproces voor zich zag, wat zij heeft gehoopt, verwacht en gedeeld met degenen die erbij waren.

*“Can we hear stories as attempts - ‘however debased and travestied’- to render lives and experience legible and dialogical? (...) Can we hear others’ stories as discoveries of what things matter to them - since ‘things that matter’ are not there a priori but are discovered in the course of living and narrating”* (Frank, 2002, p. 12).

Bevallingsverhalen zijn geen *success stories*. In al hun indringendheid gaan ze om levensveranderende persoonlijke ervaringen; van vreugde en pijn, kracht en zwakte, hoop en vrees, leven en dood. Die persoonlijke moeilijkheden en triomfen hebben te maken met publieke issues. Het verband tussen het persoonlijke en het publieke is de basis van het politieke (Bauman, 2000; Frank, 2002; Tronto, 1993, 2013). Daarom betoog ik dat het belangrijk is te luisteren naar de stem van vrouwen die kinderen dragen en baren, zodat er aandacht komt voor de ontwikkelingen die er gaande zijn in de geboortezorg, niet alleen in magazines, romans en zelfhulpboeken, maar ook in de filosofie, ethiek, geneeskunde en technologiestedies. Dat gaat ons allen aan, wij zijn allen een moeder’s kind (Kittay, 1999, p. 23). Als de stem van moeders niet gehoord wordt, ontnemen we onszelf als samenleving en cultuur de kans de belangrijke gebeurtenis van baren en geboren worden te duiden, hoe de keuzes die gemaakt worden daarmee samenhangen en hoe het goede gevonden kan worden in wat ons overkomt in een verwarrende, complexe, door uiteenlopende belangen en behoeften aangestuurde tijd.

Er zijn meerdere methoden voor narratief onderzoek mogelijk, die elkaar niet uitsluiten, ze kunnen worden aangepast en gecombineerd. Riessman (2008, p. 18) spoort aan innovatief te zijn en grenzen te doorbreken van de verschillende typologieën, omdat een methode volgens haar geen disciplinerende praktijk hoeft te zijn. Bij een methode als narratief onderzoek hoort geen lijstje met gefixeerde instructies en principes voor het bestuderen van een groot aantal naamloze, gezichtsloze onderwerpen (Riessman, 2008, p. 18). Welke specifieke narratieve analyse ook gebruikt wordt, het doel is om een *close study of the particular* (Riessman, 2008, p. 18) mogelijk maken. Voor deze thesis is daarom gekozen voor de hermeneutisch narratieve methode die door Visse (2014) is voorgesteld. Deze methode laat veel ruimte open voor welke kant het gesprek ook op gaat, zonder dwingende structuur, maar blijft niet zweven in onpersoonlijkheid. Integendeel, iedere vrouw heeft een gezicht, een stem. Vrouwen die pas

bevallen zijn vertellen hun verhaal tijdens een interview. Van dat verhaal maak ik een hervertelling. Ik heb deze methode gekozen omdat hierin naar voren komt hoe het verhaal van de verteller, tegelijkertijd en nadien, het verhaal van de onderzoeker wordt, waarna de lezer eveneens tot de beweging van interpretatie aangezet wordt.

### 5.2.2 Onderzoekseenheid

Voor dit narratieve onderzoek zijn tien moeders benaderd met de vraag om deel te nemen aan dit onderzoek. Zes van hen zijn in april 2018 daadwerkelijk geïnterviewd, op een door hen gekozen tijd en plaats, meestal bij hen thuis. De andere vier zagen er van af, of konden niet meedoen binnen de gegeven tijd. De helft van de deelnemers is benaderd via hun behandelaar in het Radboudumc, de anderen zijn benaderd via mijn eigen netwerk.

De deelnemers zijn allen in het ziekenhuis bevallen. Dat was ofwel in het Radboudumc, ofwel in een ander Nederlands ziekenhuis. Zij hebben geen van allen ernstige complicaties ondervonden en er was geen sprake van ziekte bij moeder en/of kind.

Met opzet is gekozen voor het excluderen van deelnemers met grote gezondheidszorgen om zichzelf en/of om het kind. De reden voor deze keuze is ingegeven door het feit dat meedoen aan een interview een emotionele en mentale belasting is, zeker als het onderwerp van gesprek omgeven is door complexe problematiek en zorgen.

Alle deelnemers hebben voorafgaand aan de bevalling een geboortepan gemaakt. Hoewel (Nederlandse) taalvaardigheid niet expliciet genoemd is als inclusiecriteria heeft taalvaardig zijn mogelijk maar niet opzettelijk, een rol gespeeld, omdat niet taalvaardige mensen mogelijk minder geneigd zijn een plan te schrijven. In de aanbevelingen zal ik met het oog hierop een voorstel doen voor vervolgstudie.

### 5.2.3 Dataverzameling

De data voor dit empirische onderzoek zijn de persoonlijke verhalen van de pas bevallen vrouwen, verkregen tijdens interviews.

Het interview heeft plaatsgevonden binnen ca. zes tot acht weken na de bevalling. Het kortste interview duurde 32 minuten, het langste interview duurde 55 minuten. Het interview heeft het karakter van een dialoog, waarbij de focus de ervaring van de bevallen vrouw is. Mijn inbreng bestond uit het stellen van vragen, soms om een nieuw onderwerp ter sprake te stellen, soms om dieper op het voorgaande in te gaan. Steeds probeerde ik zo min mogelijk te sturen, maar mee te gaan op de flow die de vrouw inzette. Een monoloog ophalen is niet het doel geweest. Zoals Frank (2000, p. 354) stelt: *“One person may be speaking, but stories are told with- not only to- listeners who are part of the storytelling.”* Zo werd het interview en daarmee de dataverzameling, een dialoog.

De verzamelde verhalen gaan over de persoonlijke ervaring van de pasbevallen vrouw met het geboorteplan.

#### 5.2.4 Aanpak en uitvoering

De aanpak van het onderzoek wordt hieronder eerst puntsgewijs weergegeven, waarna een uitgebreide beschrijving en verantwoording volgt in de uitwerking daaropvolgend. Er is als volgt te werk gegaan:

- Het indienen van een onderzoeksopzet, alsmede de informatiebrief en het toestemmingsformulier voor deelnemers ter goedkeuring van de Commissie Mensgebonden Onderzoek (CMO) regio Arnhem- Nijmegen en vervolgens de Lokale CMO van het Radboudumc.
- Het versturen van informatiebrieven en toestemmingsformulieren naar potentiële deelnemers.
- Het afnemen van de interviews.
- Opslag van het audiobestand op de beveiligde schijf van de UVH onder gefingeerde namen.
- Het transcriberen en anonimiseren van de opnames.
- Transcripten naar deelnemers sturen ter becommentariering.
- Het lezen en herlezen van de transcripten.
- Het coderen.



- De *peer debriefing* door mede onderzoeker en docent begeleider.
- De hervertelling van de bevindingen ter beantwoording van de deelvraag.

Het onderzoek bleek niet WMO-plichtig te zijn, en de lokale CMO van het Radboudumc had geen bezwaar tegen de uitvoering van het onderzoek.

Na het verkrijgen van de toestemming werden informatiebrieven verstuurd naar vrouwen die in het Radboud bevallen zijn, alsmede naar een aantal vrouwen die in verschillende ziekenhuizen elders bevallen zijn.

Alle deelnemers hebben kennisgenomen van de voorwaarden voor het onderzoek, de bescherming van hun privacy en hun rechten, en hebben dat ondertekend in het toestemmingsformulier.

Elk interview is anders en onmiskenbaar een dialoog, waarbij de onderzoeker zoveel mogelijk ruimte maakt voor het verhaal van de ander. De onderzoeker is daarbij zelf niet onzichtbaar. De onderzoeker heeft een actieve en zichtbare aanwezigheid in de dataverzameling, analyse en het verslag daarvan (Riessman, 2008, p. 19). Het interview is open, maar de onderzoeker introduceert *topics* (Van der Meide, Van Gorp, Van der Hiele & Visser, 2017; Visse, 2014). Dat zijn de *topics*; geboorteplannen, hoop, het ongewisse en de bevallingservaring. De stijl van het interview is conversationeel en dialogisch, zoals voorgesteld door ervaren narratief onderzoekers (Blodgett, Schinke, Smith, Peltier & Pheasant, 2011; Frank, 2000). Hierin wordt de participerende rol van de onderzoeker erkend.

De positie van de onderzoeker is daarmee niet die van een afstandelijke expert (Frank, 2000). De onderzoeker/luisteraar is mede-onderdeel van het verhaal, evenzeer als de verteller zelf onderdeel is van het verhaal. De onderzoeker/luisteraar geeft, door de selectie van citaten en het indelen in thema's, een bepaalde kleur en invulling aan het verhaal, die een volgende onderzoeker met een verschillende achtergrond anders zou duiden.

Doordat de onderzoeker zich onderdompelt in de narratieven van de persoonlijke ervaringen van pas bevallen vrouwen wordt langzaam duidelijk wat voor de deelnemers belangrijk is. De term onderdompeling stamt uit de *Reflective Lifeworld Research* methode (Dahlberg, Dahlberg & Nyström, 2008), maar is ook toepasbaar in de narratieve analyse vanwege de beschrijving van de houding van de onderzoeker ten opzichte van het verhaal terwijl zij

luistert, leest en analyseert, in innerlijke dialoog en vervolgens in de dialoog met de co-auteur. Dan emergeert wat belangrijk is bij het (plannen van het) baren, welke betekenis die ervaring heeft voor hen, en hoe die ervaringen ingebed zijn in sociale praktijken.

### 5.2.5 Data analyse

De kwalitatieve analyse die ik hanteer is een beschrijving van zowel het verhaal als de thema's die er uit voortkomen, zoals Creswell (2013, p. 75) dat voorstelt. Czarniawska (2004 in Creswell, 2013, p. 75) voegt daar nog elementen aan toe, namelijk het blootleggen van dichotomieën, het onderzoeken van stiltes en het letten op onderbrekingen en tegenstrijdigheden.

De data analyse voor narratief onderzoek bestaat volgens Visse (2014) uit vijf fasen. Die heb ik niet strak lineair, maar iteratief gevolgd, "*to uncover the figure under the carpet*" (Creswell, 2013, p. 76), omdat voortschrijdend inzicht tijd nodig heeft, en herhaling van zetten. Door heen en weer te gaan tussen de vijf fasen worden patronen en verbanden duidelijk.

De eerste van de vijf fasen begint met actief luisteren. Dat vond plaats tijdens het interview, in de vorm van een dialoog, waarbij de focus gericht was op het verhaal van de verteller. Daarmee houdt het actieve luisteren niet op. Actief luisteren is een terugkerende handeling en vraagt om een onderdompeling in de data. Dat houdt in, zoals hierboven uitgelegd, dat al doende het bovendrijven of opwellen van belangrijke betekenissen plaatsvindt.

Daarmee is het interpreteren een voortgaande beweging (Widdershoven, 2000).

In het verhaal van de deelnemer verweeft zich met het verhaal van de onderzoeker. Dat komt tot uitdrukking in de keuze van thema's, de selectie van citaten en de weergave daarvan in de uiteindelijke hervertelling, waarin de pas bevallen vrouw de hoofdpersoon is. Daarnaast is in het blog (zie bijlage) het ik-verslag terug te lezen van de manier waarop ik als onderzoeker blijf geef deel uit te maken van het voortgaande verhaal.

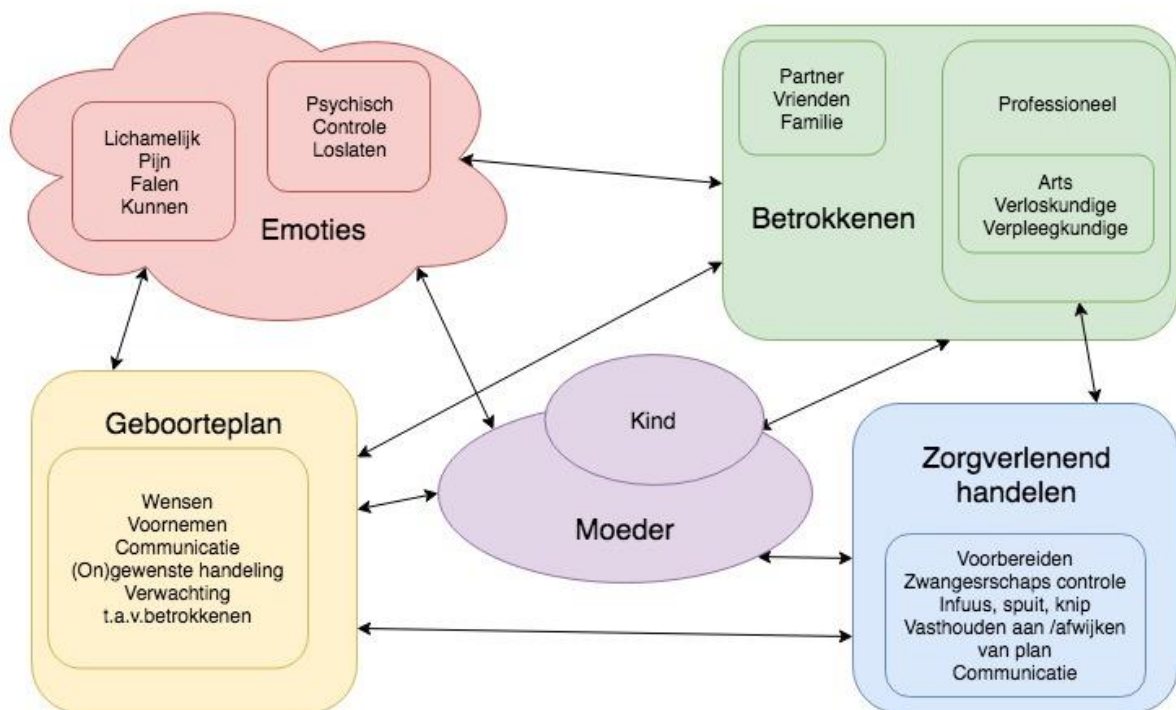
De tweede fase is het transcriberen van het interview. De ervaringsverhalen die de bevallen vrouwen vertelden, zijn met hun toestemming opgenomen, en vervolgens woordelijk

opgeschreven, met inbegrip van stiltes, lachen, aarzelingen (*uhmmm*), en aanmoedigende klanken (*huhumm*).

De derde fase bestaat uit het coderen van de data. Na herhaaldelijk luisteren bleek de data aanleiding te geven tot het bundelen van bepaalde ervaringen. Oplichtende en terugkerende thema's kwamen naar voren in verschillende mate van intensiteit, telkens in iets andere bewoordingen maar steeds opnieuw met een herkenbare thematiek. Die zijn visueel inzichtelijk gemaakt in de transcripties door het werken met kleuren.

De kleurcodes die corresponderen met het gebruik van verwante thema's maken onderlinge verbanden tussen ervaringen, betrokkenen, handelingen en emoties herkenbaar. Het geeft inzicht die nodig is voor de beschrijving van de resultaten in een coherent geheel.

Onderstaande mindmap (figuur 5.1) geeft een schematische weergave van wat boven kwam bij die mentale exercitie.



Figuur 5.1 mindmap van thema's uit ervaringen moeders.

De vierde fase is de hervertelling op basis van mijn interpretatie van de gegevens.

Ik schreef voor elke vrouw een nieuw verhaal. Dat verhaal heeft een compactere vorm dan het originele verhaal uit het verbatim. Ik construeerde het verhaal met behulp van de gethematiseerde ervaringen; -het geboorteplan, - betrokkenen, -zorgverlenend

handelen/spreken en -verschillende emoties die rondom de baring naar voren komen. De *mindmap* was slechts een aanzet. Het begrip ‘ecologie van de geboorte’, geïntroduceerd door Crowther (Crowther & Hall, 2018), bleek later een passende vertolking van alle elementen en dimensies van de ervaring.

In de hervertelling staat de pas bevallen vrouw centraal. Mijn selectie, interpretatie en keuze voor accenten als onderzoeker komen hierin echter duidelijk naar voren. Aan het eind van elk verhaal staan in punten de belangrijkste betekenissen, momenten en gevoelens beschreven. Daarmee is de onderzoeker een *co-constructor* van het persoonlijke relaas van de respondent (Riessman, 2008, p. 31). De verteller construeert een verhaal samen met degene die het hoort (de onderzoeker), die het vervolgens hervertelt, waarmee het overigens niet af is. Voor die beweging gebruikt Gadamer de metafoer van een spel dat samen gespeeld wordt. “De beweging die spel is, heeft geen doel waar het ophoudt, maar begint telkens van voren af aan, in een voortdurende herhaling” (Gadamer, 2014, p. 109). Het verhaal is ook van de ander, wiens interpretatie het voortzetten van het spel is (Gadamer, 2014, p. 108; Widdershoven, 2000, p. 62). Ik ben door het verhaal van de vrouwen bewogen en aangezet tot meebewegen, zoals tot uitdrukking komt in de hervertelling. De interpretatie van het verhaal gaat door. Nu is het aan u, als lezer.

De vijfde en tevens laatste fase die Visse (2014) noemt, is het afstemmen en afsluiten. Dat is een gezamenlijke inspanning, die de onderzoeker met de respondenten uitvoert, maar in het geval van dit onderzoek is dat zonder deelname van de respondenten zelf. Deze thesis moet blijk geven van mijn wetenschappelijke vaardigheden, dat is in deze studiecontext met name ter beoordeling van mijn docenten en examinerator. De respondenten mochten commentaar leveren op het verbatim, wat enkelen op prijs stelden en ook deden, zonder aanpassingen voor te stellen. Ik heb met alle respondenten afgesproken dat ik hen de thesis zal toesturen.

Het afstemmen gebeurde met name in samenspraak met mijn mede onderzoeker, en door mijn werk te leggen langs de kwaliteitscriteria die Visse (2014) benoemt. Dat betreft de criteria; coherentie, mate van inzicht, eenvoud, overtuigingskracht en meervoudigheid. Ten aanzien van het laatste criterium stelt zij: “Sommige ervaringen zijn zo complex, zeker existentiële, dat ze lastig te reduceren zijn tot ‘kloppende’ verhalen [...] met (nog) niet geduide ervaringen of tegenstrijdige evaluaties, kortom een verhaal dat ademt is beter passend” (Visse, 2014).

In dialoog met de co-auteur en de docentbegeleider van het project werden de bevindingen voortgebracht en gecombineerd in de hiernavolgende geanonimiseerde hervertelling.

## 5.3 Empirische Bevindingen

*“Stories don’t fall from the sky (or emerge from the innermost “self”); they are composed and received in contexts --interactional, historical, institutional and discursive-- to name a few [...] a story (is) coproduced in a complex choreography- in spaces between teller and listener, speaker and setting, text and reader” (Riessman, 2008, p. 105).*

Alle respondenten maakten tijdens hun zwangerschap, spontaan of op advies, alleen of in samenspraak met partner, verloskundige of gynaecoloog een geboorteplan. Het ervaren van dat plan, de invloed die ervan uitging, het effect dat werd beoogd en het al dan niet bewaarheid worden ervan is voor alle respondenten verschillend. De levensgebeurtenis van het baren van een kind is voor iedereen zeer ingrijpend, echter voor ieder op een andere manier. Dat komt tot uiting in hoe er verteld wordt over de gebeurtenis, welke specifieke herinneringen zich opdringen of gaandeweg opborrelen. Iedereen heeft een eigen, gedeeld, verhaal.

### 5.3.1 Saar

**Saar**, voor wie dit de derde zwangerschap betrof, maakt al voor de tweede keer een plan. Bij de eerste had zij dat ook gedaan, vertelde ze, maar door vroeggeboorte was daar niets van uitgevoerd. Daar is zij niet rouwig om, het bevallen toen was een mooie positieve ervaring. De volgende zwangerschap eindigt al voor het verwachte kind levensvatbaar is. De derde zwangerschap wordt gekenmerkt door verlangens, angst en spanning. De zwangerschap wordt in eerste instantie nauwlettend in de gaten gehouden vanuit het ziekenhuis, en het plan, door Saar ‘een vragenlijstje’ genoemd, wat in het dossier terecht komt bevat niet veel meer dan de standaard wensen; veel rust, geen nadrukkelijk benoemen van centimeters ontsluiting, grote rol voor en nabijheid van partner, navelstreng uit laten kloppen en baby meteen bij moeder. Een plan is een bepaalde wens, het geeft niet een extra gevoel van controle, zegt Saar, maar wel een gevoel van rust.

*“Het is heel anders gelopen dan we het wilden en hoopten, maar we kijken er toch positief op terug”.*

Partner wil graag de baby aanpakken, en de navelstreng doorknippen.

Een specifieke wens is dat er geen baarkruk genoemd of neergezet zal worden. De manier waarop de baarkruk een rol speelde had een traumatiserend effect gehad bij de vorige bevalling waarbij het niet levensvatbare kindje werd geboren.

Saar zegt: *“stiekem zou ik heel graag in bad bevallen”*. Bij het medisch personeel durft ze dat eigenlijk niet eens ter sprake te brengen, zo erg verwacht ze dat dat toch niet gehonoreerd zou worden. Ze heeft voor de ziekenhuisbevalling *“niet zoveel durven wensen”*.

Wanneer opeens een thuisbevalling toch weer tot de mogelijkheden behoort, is dat voor Saar een wens die werkelijkheid wordt, in potentie. Ze gaat in gesprek met een 1e-lijns verloskundige en *“er ging een wereld voor ons open. Opeens konden we denken; laten we het doen zoals wij het willen”*.

Daar hoort douchen en in bad bevallen bij. Een paar dagen later tempert een andere verloskundige van dezelfde praktijk de eerst gewekte verwachtingen weer: *“je kan een bepaald beeld hebben bij je bevalling, je kan een bepaalde wens hebben, maar uiteindelijk gaat het om de gezondheid van je kind”*. Saar stapt dan ook over op dat gezichtspunt, want dat verwoordt voor haar ook de bottom-line: *“dat is ook zo, ik wil niets liever dan een gezond en levend kind op de wereld zetten”*.

Het verschil in nadruk die gelegd wordt door de afzonderlijke verloskundigen vindt Saar wel opvallend, bij de een lijken de wensen en ervaring voorop te staan, bij de ander de gezondheid van het kind. Voor haarzelf is het afwisselend het een of het ander, alsook een mengeling van die gevoelens.

Het loopt uit op een ingeleide bevalling. De vliezen breken wel, maar 24 uur later is de bevalling nog steeds niet op gang gekomen. Opname in het ziekenhuis is toch noodzakelijk. Tijdens de weeën lijkt het plan om in bad te bevallen helemaal niet fijn meer. Ook onder de douche trekt haar opeens niet meer. Niemand noemt of brengt de baarkruk en daar is Saar erg blij om. Haar plan is blijkbaar gelezen.

Saar zou het erg naar hebben gevonden als ze daaraan gehouden zou zijn door de zorgprofessionals. Terwijl ze van tevoren bedacht en opschreef dat ze het verloop van de ontsluiting niet wilde weten, wat wel tegen partner mocht gezegd worden, loopt ook anders.

Ze wil het toch zelf horen, zodat ze kan beslissen of ze zonder pijnstilling door wil gaan of niet. Er is veel pijn en enorm drukgevoel, dat Saar staande naast het bed probeert de baas te blijven. Als Saar voor het toucheren wordt verzocht weer te gaan liggen, voelt dat als een onmenselijke opgave. De verpleegkundige probeert het nog op te nemen voor Saar, vertelt ze. *“De verpleegkundige vroeg aan de verloskundige: ‘kan jij als zij staat de ontsluiting meten?’ , maar ze zei: ‘nee het is echt handiger als je gaat liggen’, daar baalde ik wel van, en ik heb er niks van gezegd, maar ik heb wel gedacht; kan je het niet proberen. Maar ik heb er niks van gezegd.”*

Dan is het zover. Als partner het nog natte lijfje van het kind aanpakt terwijl het geboren wordt, voelt ze het meer dan dat ze het ziet. Ze heeft haar ogen dicht, het moment is zo voorbij. Er is vooral opluchting, het is voorbij. De baby ligt op haar borst, en blijft daar, zoals ze opschreef in haar plan.

Een vriendin die fotografeert is er de hele tijd bij. Saar is enorm blij met de foto's, want dat vluchtige moment dat in een oogwenk de wereld veranderde, en plaats vond terwijl ze haar ogen dicht had, staat op de foto. Die terugkijkend vindt ze het machtig om te zien dat partner dat eerste contact legt met hun kind, aanpakt, omhoog houdt en aan de wereld presenteert. Die wereld moet overigens verder nog op afstand blijven, liefst een paar weken lang. Saar stelt er groot belang in dat het kind alleen bij haar of bij haar partner is, en niet bij anderen, of zelfs in het eigen bedje. Nee, die baby is dan wel uit haar buik, maar mag niet uit haar oog, die is voor altijd in haar hart.

- Plannen maken is eigenlijk vooral wensen.
- Niet veel durven wensen in ziekenhuis setting.
- Vooraf denken dat bepaalde handelingen fijn zullen zijn, die op het moment suprême helemaal niet meer zo gewenst zijn.
- Zorgverleners hebben verschillende opvattingen over wensen van moeder versus belangen van kind.
- Partner die het kind aanpakt en navelstreng doorknipt als betekenisvol moment.
- Het volgen van het plan door zorgverleners kan goed uitpakken; fijn dat er geen baarkruk wordt gebruikt, maar het niet volgen ervan kan ook goed uitpakken; fijn dat er geen bad was klaargezet.
- Herinneringen worden versterkt, en gemiste stukjes teruggevonden door foto's die vriendin maakt.

### 5.3.2 Maartje

**Maartje** begint haar verhaal meteen met de verontwaardigde uitroep: *”Zo ’n plan, dat vind ik dus echt verschrikkelijk, want een bevalling gaat niet volgens plan!”* Toch heeft ze een geboorteplan gemaakt, samen met de verloskundige. Ze schrijft erin dat ze thuis wilde bevallen, liefst zonder pijnstilling en het belangrijkste, haar partner erbij. Als haar wordt gevraagd op te schrijven in het plan hoe ze de rol van de verloskundige ziet, antwoordt ze: *“Ik had gezegd dat ik wil dat die aanmoedigt, maar ik wil dat partner de belangrijkste is die bij m’n bevalling is. Die kan het volgens mij het beste”*. Wanneer de weeën toenemen in kracht en pijnlijkheid moedigt de verloskundige Maartje aan om het zonder pijnstilling te doen, zoals in het plan staat. Toch gaat het niet en vertrekken ze naar het ziekenhuis. Daar verloopt alles heel anders dan gedacht. De ruggenprik is snel gezet, ze ontspant, het voelt heerlijk.

In alle hectiek en tussen de veelheid aan mensen rond het bed is haar partner haar anker: *“Hij was de enige die ik zag”*, aldus Maartje. Daarmee komt het belangrijkste uit haar plan toch uit. Voor Maartje is het maken van een plan iets dubbels. Ze wilde het niet maar deed het toch. Het dubbele van wel plannen en toch niet plannen komt duidelijk naar voren in een verschil in beleving die ze nuanceert nog binnen het bestek van het interview; *“van tevoren vond ik het heel fijn en dacht ik; nou dat geeft een heleboel rust, zo ’n controle gevoel, en je hebt overal over moeten nadenken, dus dat vind ik heel positief aan zo ’n plan. Alles komt voorbij van wat is er mogelijk, en dat je goed geïnformeerd raakt, dat vind ik de positieve kant van zo ’n plan. Maar de negatieve kant is dat je het achteraf, als [...] het niet zo gaat zoals je wil, en eh dat ligt een beetje aan hoe je in elkaar zit als persoon, maar ik baalde enorm van; ja jeetje, nou heb ik het niet gekund zonder pijnstilling en dan ook nog niet zonder ingrijpen”*. Als ze er weer over nadent concludeert ze dat het alleen maar negatief effect kan hebben. Want een plan geeft een vals gevoel van controle, vindt ze. Er gaan twee waarderingen gelijk op; het positieve maar ook de beperkingen van het plan worden ervaren.

Maartje heeft achteraf sterk het gevoel dat communicatie ontbrak. Ze baalt ervan dat ze een knip heeft gekregen *“terwijl het echt niet nodig was”*. In een volgend plan gaat ze zeker noemen dat ze overleg en communicatie zeer belangrijk vindt. *“Degene die uiteindelijk mijn bevalling heeft gedaan die een half uurtje met mij geperst heeft en gehecht en een uur bij me is geweest in totaal denk ik, dat was wel echt een veearts zeg maar, dat gaat echt niet met een plan, dat was niet iemand die met een plan ging werken”*.



Die ingreep, de knip, die voor haar idee totaal onnodig was had enorme impact. Het zou voor haar anders zijn geweest als ze erover mee had mogen beslissen. *“Ik heb wel gezegd dat ik niet wil dat er medisch ingegrepen wordt zonder echt met mij te overleggen, maar op zo 'n moment zelf, ja wat ben je dan nog aan het overleggen, dan zit je zo met jezelf in een soort van fff, (ademt sissend uit) dat zou dan mijn partner kunnen doen voor mij, ik weet niet of dat mag.*

Het naderhand opvragen en lezen van rapportage en medische verslagen heeft het nare gevoel van een onnodige knip niet kunnen wegnemen. Ze beseft ook dat communicatie op een moment dat ze *‘in zo 'n roes zit’*, lastig kan zijn, en daarmee ook ingewikkeld voor haar om een beslissing te nemen. Het plan geeft haar het gevoel te falen, omdat het niet lukt zonder pijnbestrijding. *“Het voelde voor mij alleen als falen dat ik me niet aan mijn vooropgestelde plan hield (...) je hoop was; mijn lijf kan dat, ik ga dat doen. (..)voor mijn gevoel was het nu een soort afspraak geworden en als je afspreekt we gaan het zo doen dan, dan, ja...vind ik het ook fijn om het zo te doen of zo”.*

- Plannen is afschuwelijk, geeft een vals gevoel van controle.
- Plannen geeft rust bij het voorbereiden.
- Plannen is als een afspraak maken die je na moet komen.
- Plannen werkt een gevoel van falen in de hand als het niet ‘gaat volgens plan’.
- Communicatie is belangrijker dan plan schrijven.
- Ingrijpen zonder overleg voelt als *‘obstetric violence’*.
- Partner die aanmoedigt, die als enige zichtbaar is, is een vervulling van een van de belangrijkste wensen van het plan.
- Verloskundige die aan het plan vasthoudt, terwijl de barendes liever verandert van plan.
- Klinisch verloskundige overlegt niet, wat resulteert in een onnodig ervaren traumatiserende ingreep.
- Verpleegkundige maakt foto's waarmee herinneringen versterkt worden.
- Berusting in het feit dat er veel wisselende zorgverleners zijn.

### 5.3.3 Kaat

Ook **Kaat** heeft haar bevalplan samen met de klinisch verloskundige opgesteld. Zij zal in het ziekenhuis bevallen omdat de vorige keer op een keizersnee was uitgelopen. Vanwege het litteken en de kans op het scheuren van de uterus door de kracht van de weeën moet ook deze bevalling in het ziekenhuis plaatsvinden.

Een belangrijk punt in het plan van Kaat is de hoop deze keer vaginaal te bevallen, andere punten zijn; goede communicatie tijdens keuzemomenten en tenslotte zelf de controle houden. Kaat wil liever geen pijnstilling, maar verder heeft ze geen speciale wensen. Ze vindt het onzin om te zeggen dat je de pijn voor lief moet nemen, er bestaan toch middelen tegen, maar tegelijkertijd is het *“ook wel iets moois omdat pijn een functie heeft als manier om je voor te bereiden op de bevalling, ja, ik vind het ook wel iets moois hebben dat je toch eventjes... ja, ja,* Ze is er wat ambivalent over. Als het te dragen is zal het wel iets moois hebben om mee te maken, door de pijn heen.

Een geboorteplan is niet zo nuttig tenzij iemand een negatieve ervaring met bevallen heeft gehad in het verleden. Voor haarzelf heeft het niet zo'n toegevoegde waarde: *“Ik laat het over me heen komen”*. Ze ziet bevallen als een natuurlijk proces. Tegelijkertijd zegt ze het fijn te vinden om controle te houden, door meegenomen te worden in keuzemomenten. Kaat benadrukt dat een plan niet perse hoeft: *“Ik denk niet dat je iedereen kan dwingen zo'n geboorteplan te hebben, want als je geen wensen hebt dan ga je daar moeilijk over nadenken, terwijl als er geen bijzonderheden zijn en je wilt het gewoon over je heen laten komen, dan nog is het goed dat je er over nadent. Dus in die zin heeft het ook wel een functie”*.

De betrokken zorgverleners en haar partner steunen haar en communiceren helder met haar. Ze vindt het fijn wanneer anderen opmerken dat de weeën heftig zijn, terwijl er nog niet veel effect gemeten wordt in centimeters ontsluiting. Haar teleurstelling over het niet vorderen wordt gerespecteerd en gehoord door anderen. Dan is daar het moment dat het geboorteplan toch wel dringend aan de orde komt. De ontsluiting vordert niet snel genoeg naar de maatstaven van de klinische verloskunde, en de keizersnee doemt weer op. Dan zegt de klinisch verloskundige, haar aan haar plan herinnerend: *“maar je wilde toch graag vaginaal bevallen, je hebt dit echt eigenlijk gewild”*. En met die aansporing, die ze als fijn ervaart, kiest ze voor een ruggenprik en bijstimulatie via een infuus, en niet voor een keizersnee op dat moment.

Ondanks deze actie vordert de ontsluiting niet, en het eindigt toch met de gevreesde keizersnee, vier uur later. Vier uur waarin ze wel aan het idee heeft kunnen wennen dat het ook dit keer niet gaat lukken zonder verder ingrijpen. De keizersnee wordt gedaan. Door het luikje in het groene doek dat over haar en de operatietafel heen is gespannen ziet ze haar baby, maar helemaal zeker weten doet ze dat niet, want de verdoving maakt alles blurry. Ze is echt een stuk kwijt van dat begin. Gelukkig zijn er zijn wel foto's van.

Kaat komt er niet helemaal uit in hoeverre ze vindt dat je de geboorte van je kind moet kunnen afspreken op een bepaalde dag en op een bepaalde tijd. Enerzijds zou ze rationeel gezien zelf best voorstander van een inleiding zijn als ze voorbij de uitgerekende datum komt, anderzijds spreekt haar gevoel, dat zegt dat zoiets willen plannen wel gemakkelijk lijkt, maar gevoelsmatig niet oké is. Het daadwerkelijke beslissen daarvoor is in haar geval niet aan de orde gekomen. De baby kondigde zelf zijn komst al aan.

- Plannen is nuttig na een negatieve ervaring.
- Plannen heeft geen toegevoegde waarde.
- Een plan maken is niet af te dwingen, open erin gaan is ook belangrijk.
- Controle houden via goede communicatie belangrijk.
- Plannen gaat over wensen.
- De tijd geeft een bepaalde ordening, hier als helder ervaren.
- Een natuurlijk proces heeft iets van “moeilijk doen”, een inleiding of electieve keizersnee lijkt veel logischer, tegelijkertijd is het natuurlijke proces iets moois, en een medisch ingrijpen juist van een tegen het gevoel in druisende rationaliteit.
- Dat betrokkenen blijven communiceren en vervolgstappen samen bespreken met de barende levert ondertussen maar ook naderhand een goed gevoel op.
- De klok tikt, maar wordt niet als dwingend ervaren door deze moeder, ze laat zelf ook de klok meewegen in de beslissing voor de keizersnee en heeft daar vrede mee.

### 5.3.4 Hailey

Voor **Hailey** komt deze zwangerschap als een complete verrassing. Haar partner en zij staan juist op het punt een fertiliteitstraject te beginnen. Het is de tweede zwangerschap en de bevalling zal in het ziekenhuis plaatsvinden vanwege de keizersnee waar de eerste bevalling op uitliep.

Hailey is een voorstander van het geboorteplan, maar vooral ter voorbereiding, *“om niet in een blinde vlek te stappen”*.

Vorbereiding is voor haar iets dubbels. Aan de ene kant is het goed, aan de andere kant is het ook belangrijk vertrouwen te hebben, de oerkracht die komt kijken bij een bevalling, daar moet je op vertrouwen, die is ook niet tegen te houden, zegt ze. Hailey plukt een standaard plan van het internet en vult dat in. Daarmee gaat ze naar de verloskundige op het spreekuur en kaart het vroegtijdig aan, zelfs voordat de verloskundige erover begint.

Onderwerpen die ze belangrijk vindt staan er in; communicatie, om zelf ook nog controle te houden over wat er gebeurt, niet zonder overleg medicatie of ingrepen, zoals een knip, veel rust en gedimd licht. Ze vraagt zich wel af wat de meerwaarde is van het beschrijven van zulke algemene dingen in een plan.

Wat haar voor haar gevoel enorm heeft geholpen is het openstaan voor het onplanbare. *“we zien wel wat er gebeurt, er zijn verschillende mogelijkheden”*, er is niet maar een manier die de goede is. Ze laat bewust het gevoel los dat het allemaal perfect moet zijn en denkt: *“we zien ook wel, want het loopt toch nooit hoe we het van tevoren denken”*.

De fijnste herinnering heeft te maken met de mensen die om haar bed heen staan terwijl zij ligt te baren. Op het moment dat het moeilijk wordt gaat haar tijdsbeleving er met haar vandoor, haar tijdsbeleving gaat precies andersom, wat 5 minuten leek was een half uur en omgekeerd. Opeens is er blinde paniek, het gaat erg snel, de persdrang is enorm, ze weet niet wat moet, wat mag, wat kan. De verloskundige zegt ferm: *“Kijk me aan, je moet door je neus in door je mond uitademen”*, de anderen moedigen haar aan, iemand houdt haar hand vast, ze heeft het gevoel dat allen er echt voor gaan, en dat voelt heel goed. De steun komt van overal, van opzij, bij haar handen, bij haar voeten en haar man duwt in haar rug. Dan gaat het snel en de baby wordt zonder problemen geboren.

De kraamtijd na deze bevalling “*zat ik meteen op die roze wolk, dat mensen om mij heen, (lacht), er een beetje aan moesten wennen, ja ik was echt, zelfs als hij een snotje had vond ik het fantastisch, (lacht)*”.

- Een plan maken is een goede voorbereiding,
- Plan juist om open te staan voor niet één maar meerdere mogelijkheden/scenario's,
- Algemene dingen wil je niet hoeven benoemen in een plan, dat is standaard goede zorg en mag verwacht worden.
- Betrokkenen steunen enorm; het hele lichaam van de barende vrouw heeft baat bij de steun; handen, voeten en rug, naast de mentale geruststelling dat ook anderen er helemaal voor gaan.
- Tijd is fluide; rust en paniek wisselen elkaar af binnen fracties van ogenblikken.
- Tijdsbeleving heeft niks meer met de kloktijd te maken.

### 5.3.5 Anne

**Anne** had een snelle bevalling gepland. Gehoopt in ieder geval. Voor haar was het plan erg belangrijk. Ze heeft een algemeen format gedownload van het internet en daar veel tijd voor genomen, in de loop van de tijd groeide het plan steeds verder.

Belangrijke punten zijn voor haar de mogelijkheid tot het aannemen van wisselende houdingen tijdens de weeën, zo min mogelijk ingrepen, veel aandacht voor borstvoeding direct na de geboorte, geen pijnbestrijding en geen keizersnee. “*Indien mogelijk*” schrijft ze bij alles.

Zo'n plan vindt ze handig omdat de verloskundige praktijk waar ze bij is uit een groot team bestaat. Met name voor wisselende betrokkenen is het een rustig idee dat er wat op papier stond over haar wil, en wat ze belangrijk vindt. Toch ziet ze dat je over de nodige ontspanning en rust “*niet van tevoren kan bepalen of dat gaat lukken*”.

Naast haar uitgebreide plan houdt ze zichzelf voor: “*...er open in te gaan, we moeten het maar zo accepteren zoals het gaat, je kan toch niet plannen (...) roeien met de riemen die je hebt.*”

Uiteindelijk baart Anne, na een korte periode van pijnstilling via de ruggenprik, een mooie dochter. Tijdens de storm van pijnlijke weeën is ze alles helemaal kwijt:

*“Ik had helemaal geen idee meer van wat of hoe, dat eh dan ben je zo afhankelijk van het personeel die suggesties geeft van eh oh wil je toch nog even gaan staan, waarschijnlijk had ik dat nog wel gedaan ook dan, maar je komt niet zelf met ik wil gaan staan, tenminste ik niet, ik had dat helemaal niet”*. Ze is blij met de steun van de zorgverleners, al is dat ook dubbel. Ze voelt zich afhankelijk van hun suggesties, omdat ze het zelf op dat moment niet kan verzinnen, maar denkt ondertussen ook dat het wel:

*“Het is natuurlijk wel makkelijk als ik in bed lig, als ik niet zelf had aangegeven dat ik toch even een stukje wilde wandelen of even wil staan, dan gaan zij dat ook niet aangeven, (lacht) dat is allemaal niet makkelijk voor hen.”*

Ze denkt ook dat het makkelijker, handiger en sneller is voor het medische personeel als een barende vrouw pijnstilling neemt, ze ziet ze vaak op de klok kijken en hoort in hun aanmoedigen de aansporing toch vooral op te schieten voordat hun dienst erop zit. Voor haarzelf staat de tijd stil en doet ze het liever zonder pijnstilling, maar voelt dat ze er dan wel mentale en fysieke hulp bij kan gebruiken, van mensen die rustig aan doorgaan, niet gehaast door het tikken van de klok. Tegen haar wens in krijgt ze direct volgend op de geboorte van haar dochter toch een oxytocine prik, om de moederkoek snel te laten komen. Dat ze vindt ze heel jammer, omdat nadrukkelijk in haar plan had gestaan: *‘zo min mogelijk ingrepen’*. Daar had ze ook deze spuit mee bedoeld, maar het plan is niet gelezen, vermoedt ze.

Het plan gaf haar rust, maar als blijkt dat ze het niet redt zonder pijnstilling vindt ze dat wel een gevoel van falen geven ten opzichte van haar eigen plan. Later gaat dat gevoel gelukkig weg. *“Achteraf gezien zou ik het wel anders willen hebben, maar ik heb er vrede mee (lacht) zeker als je dan naar haar (de baby, ML) kijkt”*.

- Plan is handig als communicatiemiddel bij veel wisselende zorgprofessionals,
- Plan zorgt voor gevoel van rust,
- Plan geeft, bij niet daarnaar handelen, gevoel van falen.
- Tijd is niet belangrijk maar professionele zorgverleners hebben een ander gevoel van tijd dan de barende, de indruk die zorgverleners uitstralen is dat tijd en snelheid belangrijk zijn (vanwege het wisselen van de wacht).
- Ingrijpen in de vorm van een prik na de baring tegen nadrukkelijk beschreven wens (in het plan) geeft teleurstelling.

### 5.3.6 Tinka

Bij **Tinka** staat de zwangerschap vanaf twee maanden voor de uitgerekende datum niet meer in het onbezorgde licht van daarvoor. Ze heeft met haar partner een geboorteplan geschreven voor thuis, en alleen zo nodig naar het ziekenhuis.

Dat plan is meer *“een plaatje, in ons hoofd geschetst, van hoe gaat dat dan straks worden”*. Het plan vermeldt steeds de voorzichtige, of misschien vooral flexibele zin, ‘zo mogelijk’. Ze voelen het plan als heel abstract, omdat ze beseffen nog geen idee te hebben ten tijde van het schrijven over hoe het echt zal gaan worden. Het voornaamste is dat Tinka heel graag een natuurlijke bevalling zou willen en liever geen keizersnee. Het vertrouwen in haar eigen lijf en dat de baby een sterk kind is staat voor haar als een paal boven water.

In de loop van het verhaal verschijnen er veel medespelers op het toneel. Voor Tinka zijn partner, verloskundigen, medisch personeel, vrienden, familie en een tante die overlijdt kort voor de bevalling belangrijke betrokkenen. Zij kleuren het verhaal mee, zij zijn getuige, hun mening telt voor Tinka en ze deelt haar vreugde en verdriet met hen, en omgekeerd. Dood en leven liggen zo dicht bij elkaar, ervaart Tinka.

Ook bij de checks die in toenemende mate zorg geven vanwege een achterblijvende groei van de baby, voelt Tinka zich niet erg ongerust. Doordat ze flexibele mensen zijn, zij en haar partner, zijn ze niet erg teleurgesteld dat het een ziekenhuis bevalling blijkt te moeten worden, ze hadden ook van te voren de open dag bezocht, om een realistisch beeld te krijgen van het bevallen daar, de ruimte, de mensen.

Uiteindelijk wordt de bevalling ingeleid, en daarmee verdwijnt het gevoel van eigen kunnen naar de achtergrond. *“Ik heb alles eigenlijk volledig buiten mezelf gelegd bij die artsen, zo van jullie moeten echt maar zeggen wat nu nodig is, want ik heb echt geen idee. In die situatie heb ik de controle buiten mezelf gelegd”*. Die overgave aan de expertise van de zorgverleners gaat heel ver. Tinka zegt dat ze, als de dokter haar dat zou opdragen, zo een rode clownsneus op zou zetten, als het goed zou zijn voor de baby, vertrouwend op zijn kennis.

Het wordt een spannende gebeurtenis, met veel overleg tussen de zorgprofessionals onderling, veelal op de gang. De bevalling wordt gestuurd op basis van de conditie van het kind. En ondertussen ligt Tinka maar steeds op haar rug, een oncomfortabele houding voor haar.

Ze zegt er zelf over: *“Het was eigenlijk in alles niet wat we hadden verwacht, het voelde absoluut niet als een fijne natuurlijke bevalling maar omdat je zag dat zij dat dus echt eh nodig had, ik denk hier thuis zou ze zijn overleden. Dat had ze helemaal niet aangekund”*.

De volgende keer zou ze hetzelfde plan maken, zegt ze, maar ze zou wel om tijd vragen voor het lichaam en het natuurlijke proces. In het plan zou ze communicatie noemen, het managen van verwachtingen meer bespreken, en ruimte maken voor eigen inspraak en regie. Tegelijkertijd zou ze zich ook weer overgeven aan de expertise van het medische personeel.

Uiteindelijk perst ze het kind er op eigen kracht uit, omdat het erop of eronder wordt. Het woord keizersnee hing al in de lucht, als het zwaard van Damocles. De knip, die zonder te wachten op het inwerken van de verdoving wordt gezet, komt later nog terug als *“minitraumaatje. Dat voelde bruut, alsof we in de slagerij waren”*.

Als ze haar kind aankijkt ziet ze daar de ogen van tante die overleden is. Zo dicht liggen dood en leven bij elkaar. Maar ook zie je; zo kwetsbaar is kracht, zo taai is een klein, in groei achterblijvend kind, zo pijnlijk is iets moois en zo vliegensvlug voorbij kan iets afschuwelijks zijn. Tinka's conclusie is dat bevallen minder romantisch is dan ze gedacht had, maar desondanks goed.

- Plannen is een ander woord voor mentale zelf-voorbereiding,
- Plan is als een romantisch plaatje,
- Plan losgelaten toen het medisch werd,
- Plan om te verwoorden dat ze gehoord wil worden.
- Medisch ingrijpen wordt ervaren als bruut, als *obstetric violence*.
- Betrokkenen als partner, medisch personeel, vrienden, familie spelen allemaal een rol in dit bevallingsverhaal, ook een overleden tante die herkend wordt in het gezicht van de boreling.
- Kracht en kwetsbaarheid, dood en leven, pijn en vreugde liggen enorm dichtbij elkaar aan het begin van een nieuw leven.



## 5.4 Conclusie

De geboorte van een kind vindt plaats in een bepaalde tijd, ruimte en context, en het ervaren van deze gebeurtenis wordt beïnvloed door de mate waarin de barendende vrouw en de daarbij betrokkenen open staan voor lichamelijke, mentale en spirituele dimensies.

De levensgebeurtenis die de vrouw meemaakt in het baren van haar kind is omgeven door een gelaagdheid in wensen, willen, plannen, voelen, ervaren en herinneren. Ambigüiteit van iets willen en toch ook niet willen is een terugkerende factor in de verhalen.

Er is een samenspel tussen enerzijds controle houden op wat er gebeurt, maar het ook over durven geven aan de zorgprofessional. Naast het niet ervaren van meerwaarde en het eigenlijk afschuwelijk vinden te ‘moeten’ plannen zijn alle respondenten voorstander van een goede voorbereiding op de bevalling. Een geboortepan kan daarbij helpen, al kan het een vals gevoel van controle geven. Het openstaan voor eventualiteiten en het openhouden van verschillende scenario’s helpt meer dan het vasthouden aan een scenario, temeer daar het daadwerkelijke bevallen heel anders voelt dan bij voorstelling, ver voor dat tijdstip, mogelijk werd geacht.

Het thema geboortepan komt het meest prominent naar voren, omdat de vraag naar ervaringen met het geboortepan centraal stond in de communicatie via de informatiebrief aan de respondenten.

De andere thema’s lichten op tijdens het lezen en herlezen van het verbatim. De partner en de andere betrokkenen die veelal deel uitmaken van het verloskundige en medische team, verschijnen als vanzelfsprekend, gevraagd ofwel ongevraagd op het toneel. Het zorgverlenend handelen, uiteenlopend van spreken, dat ik eveneens beschouw als handeling, tot het zetten van een episiotomie (beter bekend als “de knip”), vormen de thema’s die bij de respondenten rijk geschakeerde emoties bleken op te roepen. De thema’s zijn onderling verbonden, oefenen invloed uit op elkaar en zijn niet los verkrijgbaar.

Aan het plan gehouden/herinnerd worden heeft voor sommigen van de respondenten goed gewerkt, voor anderen was het juist helemaal niet prettig.

Iedereen spreekt uit vooral belangrijk te vinden dat de communicatie goed verloopt, dat de beslissingen worden voorgelegd en samen afgewogen. Iets op papier zetten kan nooit goede

communicatie vervangen of overbodig maken. Het vertrouwen in de zorgprofessionals is groot, met uitzondering van het gevoel rondom ‘de knip’. Dat heeft bij twee van de zes respondenten metaforen opgeroepen die met geweld te maken hebben (veearts en slagerij), en met vernederend en kwalijk handelen. De vrouwen in kwestie hebben het ingrijpen ervaren als *obstetric violence*. Dat wordt hier gesignaleerd zonder de medische professie aan de schandpaal te willen nagelen, omdat de medische noodzaak vanaf hier niet beoordeeld kan worden, maar om stem te geven aan de manier waarop de ervaring beleefd wordt.

Er spreken verschillende, schijnbaar tegenstrijdige en ambivalente gevoelens uit de herinneringen van de respondenten. Deze ambiguïteit in de empirische data hoeft niet geduid te worden als incoherentie, maar getuigt eerder van complexiteit en gelaagdheid van ervaringen, waarbij ruimte blijft bestaan voor het ongewisse.

Betrokkenen spelen in de verhalen verschillende rollen. Partners spelen een belangrijke rol, andere familieleden komen in de meeste verhalen niet aan de orde, hoewel dat voor een van de vrouwen juist een heel belangrijk aspect was.

In het ene verhaal worden zorgprofessionals slechts zijdelings genoemd, in een ander verhaal staan zij juist op de voorgrond en geeft de vrouw zich volledig over aan de expertise van de zorgverlenende betrokkenen. De ene keer wordt het wisselen van de wacht vanwege het dienstverband van de zorgverleners pijnlijk laconiek benoemd, een andere keer is dat iets dat wordt betreurd. Voor een deelnemer was de fijnste ervaring rondom de baring juist de aanmoedigende en steunende rol van de betrokken zorgverleners.

Ook het zorgverlenend handelen en spreken wordt verschillend ervaren. Soms voelt de vrouw zich zeker gehoord en als gelijkwaardige gesprekspartner betrokken bij beslissingen, bij een ander lijkt al het overleg op de gang plaats te vinden, wat haar meer verontrusting dan geruststelling oplevert. Handelen in overleg wordt altijd als positiever ervaren, dan handelen zonder overleg.

De factor tijd is in de meeste verhalen fluide, zonder met het daadwerkelijke tikken van de klok gelijke tred te houden. In de beleving van de berende vrouw is tijd van een andere orde. Als anderen op de klok wijzen en aansporende opmerkingen maken met het oog op de tijd is dat iets contraintuïtiefs voor de vrouw, botsend met haar beleving. Toch heeft ook tijdsbeleving verschillende kleuren. In een verhaal wordt verteld dat de werkelijke kloktijd

meetelt, omdat de berende mee mag beslissen over de stappen. Het protocol en de klok geven haar houvast.

Uit de verhalen komt naar voren dat de schijnbaar tegengestelde polen van pijn en vreugde, paniek/onzekerheid en rust/controle, natuurlijk en medisch/technisch, geen mensen erbij wil hebben en de steun en expertise van anderen enorm waarderen, lichaam en geest, naast pijn doorstaan en pijn willen bestrijden elkaar zowel aantrekken als afstoten. Gevoelens en ervaringen wisselen elkaar af, spreken elkaar tegen en roepen elkaar op. Dat alles samen maakt elk narratief intens, diep, en levensecht ambigue.

## 5.5 Ethische overwegingen

Een aantal aandachtspunten bij de ethische overwegingen werden ondervangen bij de indiening van het onderzoeksvoorstel bij de medisch ethische commissie van het Radboudumc. Zo is er voldaan aan de zorgvuldigheidseisen ter bescherming van de privacy van de respondenten, de gegevens zijn opgeslagen op een beveiligde server en anonimiteit is gewaarborgd met fictieve namen. Ook is vooraf duidelijk gecommuniceerd dat deelnemers zich ten allen tijde mogen terugtrekken en van deelname afzien, zonder opgaaf van redenen.

Dat neemt niet weg dat een dermate persoonlijk verhaal vertellen een moedige onderneming is. Ook als een zogenaamd neutrale luisteraar tegenover je zit.

Van Wijngaarden, Leget & Goossensen (2017, p. 3) merken op dat de *Nuremberg Code* uit 1947 en de *Declaration of Helsinki* gedateerd 1964, als criterium voor procedurele onderzoeksethiek niet alle ethische onzekerheden kunnen ondervangen met de opgestelde formele procedures. Zo zijn er geen vaste regels voor het praten over moeilijke en mogelijk traumatische ervaringen, die pijnlijke herinneringen weer oprakelen en hertraumatiserend kunnen zijn (Van Wijngaarden, Leget & Goossensen, 2017, p. 4). Ook kan de onderzoeker in het hervertellen van de verhalen van de deelnemers, hen doen overkomen als veel ambivalentener en kwetsbaarder dan zij zichzelf zouden willen beschreven zien hebben. In antwoord daarop zou ik willen stellen dat de kracht van dit soort onderzoek juist is ambivalenties en ambiguïteit te doen oplichten, omdat het niet gaat om ‘hoe men denkt dat het hoort’, maar de gecontextualiseerde geleefde ervaring.

Een verhaal vertellen en beluisteren is een relatie aangaan (Frank, 2000), en daar was ik me zeer van bewust. Toch is het slechts een kortdurende verbinding; ik kom als vreemde en ik ga als vreemde, terwijl de ander een intiem deel van haar leven bloot geeft. Het gaat daarbij niet alleen over lichamen, wat al een kwetsbaar onderwerp kan zijn, maar ook over het beleven van emoties, falen en pijn.

De interpretatie van de verhalen is de mijne, een ander zou het anders doen, zelfs de verteller zelf zou het anders doen. Ik heb het verhaal in zekere zin afgepakt en mijzelf eigen gemaakt, en dat zal op haar/zijn beurt elke lezer gaan doen. Dat is onontkoombaar. Het minste wat ik heb kunnen doen is een stukje van mezelf laten zien in mijn aanwezigheid, houding en expressie van mijn gezicht. Zoals toegezegd tijdens het interview maak ik de deelnemers uiteindelijk deelgenoot van het eindresultaat.

## 5.6 Kwaliteit van het onderzoek

Gezien mijn onervarenheid als interviewer denk ik dat een daartoe toegerust en opgeleid persoon, een beter onderzoek zou hebben neergezet.

Accuraatheid en betrouwbaarheid zijn voor onderzoek belangrijk criteria. Door de transcripten aan te bieden aan de respondenten, heb ik daaraan willen voldoen. Vier van de zes gaven aan dat niet te behoeven. De twee respondenten die het verbatim wel hebben gekregen, vonden het een lange tekst. Een van beide gaf slechts als commentaar: “*Super, dankjewel! Leuk om terug te lezen*”. De ander zei niet alles gelezen te hebben, maar slechts enkele passages. Daarbij merkte ze op: “*Ik heb geen aanvullende dingen op deze uitgebreide uitwerking*”. Ik durfde onmogelijk nog meer tijd van de respondenten te vragen door mijn hervertelling aan ze voor te leggen, hoewel dat zeker aan het onderzoek zou kunnen bijdragen.

Tijdens het uitwerken en coderen van de data heeft regelmatig overleg plaatsgevonden tussen beide auteurs, om de dialoog te laten doorwerken in een rijkere analyse.

Voor wat betreft de coherentie, mate van inzicht, eenvoud en overtuigingskracht is de lezer de jury. Ik denk dat de inzichten kunnen bijdragen aan de zorgpraktijk, niet omdat de

uitkomsten generaliseerbaar zouden zijn, maar wel overdraagbaar. Daarmee bedoel ik dat een specifiek geval niet de blauwdruk kan zijn voor alle andere gevallen, maar dat de verhalen kunnen bijdragen aan een beter begrijpen van beleving van, en ervaring met geboorteplannen. Dat is radicaal anders dan het pakken, grijpen en in een hokje stoppen, van diversiteit en complexiteit.

Centrale vragen die zorgethiek stelt zijn: Wat is goed, wat doet ertoe en hoe kunnen we zoveel mogelijk perspectieven includeren op wat goede zorg is in sociale en zorgpraktijken (Visse & Niemeijer, 2016, p. 302).

In plaats van aan narratieven de eis te stellen dat ze coherent moeten zijn, probeert de narratieve analyse zo dicht mogelijk bij zowel de expliciete als de impliciete ervaringen van betrokkenen te komen, hoe rommelig die ook zijn. Daarom houden we paradox en ambiguïteit hoog, precies zoals het geval is in situaties van ziekte en welbevinden en het leven als geheel (Visse & Niemeijer, 2016, p. 310). Daarnaast is het onmogelijk aan te nemen dat de woorden die respondenten zeggen allesomvattend zijn wat betreft de ervaring (Crowther, Ironside, Spence & Smythe, 2017). Temeer daar er nog een scala aan andere ervaringen mogelijk is dan alleen degenen die op het moment van het interview gedeeld zijn.

Het onderzoek is beperkt gebleven tot gezonde vrouwen, met gezonde baby's. Daarmee wordt een grote groep vrouwen gemist, zoals zij die het ongewisse en het onvoorspelbare aan den lijve hebben ervaren en hebben moeten leren omgaan met de tragiek van ziekte of verlies. Dat is een categorie die een onderzoeker niet graag belast met het meedoen aan aan onderzoek, maar wiens stem een grote bijdrage zou opleveren voor onderzoek naar geboorteplannen.

## 6. Baring, geboorteplan en goede zorg

Dit hoofdstuk geeft antwoord op de vierde deelvraag:

*Tot welk begrip over goede zorg rondom bevallen in een ziekenhuis leidt een vergelijking van de empirische bevindingen met de in de literatuur beschreven zorgethische perspectieven op hoop, verwachting en ongewisheid?*

Deze vraag wordt beantwoord door de conclusies uit de onderzoeken naar de eerste drie deelvragen (zie hoofdstuk 3, 4 en 5) met elkaar in verband te brengen en dit te relateren aan wat de Utrechtse zorgethiek verstaat onder goede zorg. De eerste paragraaf (6.1) geeft een samenvatting van de bevindingen uit zowel de empirische als het conceptuele onderzoek zoals beschreven in de hoofdstukken 3, 4 en 5 van deze thesis. De paragraaf (6.2) daarna vergelijkt de uitkomsten van de empirische studies naar de ervaringen van de klinisch verloskundigen met die van de moeders en wordt gezocht naar een gemeenschappelijke uitkomst. Het resultaat hiervan wordt in de volgende paragraaf (6.3) in dialoog gebracht met de uitkomst van het literatuuronderzoek. Vervolgens wordt in paragraaf 6.4 kort uiteengezet wat de Utrechtse zorgethiek verstaat onder goede zorg. Tot slot (§6.5) wordt beschreven tot welk begrip over goede zorg het samenbrengen van alle bevindingen leidt.

### 6.1 Samenvatting bevindingen

Deze paragraaf is bedoeld om wat in voorgaande hoofdstukken is beschreven, in de navolgende paragrafen met elkaar te kunnen verweven. In deze paragraaf worden de bevindingen uit de empirische en literatuurstudies zoals beschreven in de hoofdstukken 3, 4 en 5 herhaald in korte samenvattingen.

### 6.1.1 Ervaringen van moeders met geboorteplannen

Uit het onderzoek naar de ervaringen van moeders met het geboorteplan tijdens de baring blijkt dat de mate waarin betrokkenen openstaan voor lichamelijke, mentale en spirituele dimensies bepalend zijn voor hoe de baring ervaring wordt. Daarnaast lijkt er een gelaagdheid ervaren te worden wat betreft wensen, willen, plannen, voelen, ervaren en herinneren. Ambigüiteit speelt een rol bij het aan de ene kant controle willen houden over wat er gebeurt en aan de andere kant zich over willen geven aan de zorgprofessional. Er is een gelijktijdig willen en niet willen, een behoefte aan regie en behoefte hebben aan het open laten. Ondanks deze ambigüiteiten komt uit de verhalen van de moeders naar voren dat zij voorstander zijn van een goede voorbereiding op de bevalling. Een geboorteplan kan daarbij helpen, maar kan ook een vals gevoel van controle geven. Het ongewisse van het baringsproces en hoe dat op het moment van het baren ervaren wordt, heeft ruimte nodig. Wat vooral belangrijk lijkt te worden gevonden is communicatie. Elkaar spreken en gehoord worden kan niet vervangen worden door een geschreven geboorteplan.

### 6.1.2 Ervaringen van klinisch verloskundigen met geboorteplannen

Uit het onderzoek naar de ervaringen van klinisch verloskundigen met het geboorteplan blijkt dat de onderzochte verloskundigen het geboorteplan een belangrijk hulpmiddel vinden in hun werk. Het helpt hen bij het inschatten van de wensen en verwachtingen van de bariende. Daarmee is het een nuttig puzzelstuk om gezamenlijk te komen tot een goede baring, binnen de mogelijkheden van het Radboudumc waar de baring plaatsvindt. Alles dat een verloskundige doet lijkt ingegeven door de ongewisheid van het proces van bevallen. Het geboorteplan speelt vooral een rol bij de communicatie, gezamenlijke besluitvorming en het bevorderen van de eigen regie van degene die gaat bevallen. Verloskundigen ervaren een geboorteplan dus als handig, maar niet noodzakelijk, en soms als lastig.

De uitkomsten van het onderzoek naar ervaringen met het geboorteplan van moeders en klinische verloskundigen worden in paragraaf 6.2 met elkaar in verband gebracht. Eerst volgt nog een korte samenvatting van de bevinding uit de literatuurstudie (zie hoofdstuk 3).

### 6.1.3 Samenvatting van concepten en perspectieven

Baren blijkt niet alleen een fysieke gebeurtenis, maar is ook relationeel en daarmee een moreel proces. Hoop, verwachting en ongewisheid hangen hier onlosmakelijk mee samen. Uit de literatuur blijkt dat er meer aandacht gegeven kan worden aan het morele en relationele aspect van het baren. Daarmee zou recht gedaan worden aan een bredere betekenis van de baring. Er komt dan erkenning voor het morele proces van de individuele barende en hoe dit betekenis geeft aan deze gebeurtenis en voor de idee dat de baring een gedeelde verantwoordelijkheid is. De wereld verandert namelijk onvermijdelijk en onomkeerbaar wanneer er een mens geboren wordt. Dit schept verantwoordelijkheden, voor iedereen, van generatie op generatie. Degene die de baring fysiek ervaart weet zich dan gesteund door die wereld. Zij en haar baby zullen dan niet als voornamelijk lichamelijk kwetsbaar en hulpbehoevend worden beschouwd, maar als iemand die namens ons allen dit proces doormaakt en daarom alle zorg, begeleiding en steun verdient die er gegeven kan worden.

Ongewisheid komt voort uit de uniciteit die ieder mens eigen is. Ongewisheid willen controleren en volledig beheersen doet afbreuk aan ons menszijn. Om de mens volledig mens te laten zijn kan ongewisheid geaccepteerd en ruimte gegeven worden. Iets nieuws laten ontstaan is het ongewisse omarmen. Ongewisheid kan worden bedreigd door het organiseren van zorg (bijvoorbeeld door institutionalisering) en angst of onbegrip voor de (kracht van de) natuur. De verwachting die samenhangt met het controleren van het ongewisse, leidt ertoe dat de baring als onvermijdelijk, zwaar en risicovol wordt beschouwd. Echter het handelen in het geval van ongewisheid kan belangrijker zijn dan de mate waarin plannen uitkomen.

Tegelijkertijd sluit ruimte geven aan het ongewisse, anticipatie op wat gebeuren gaat niet uit. Wie geen plannen of wensen heeft voor de toekomst staat los in de tijd, het heden mist dan de verbinding met verleden en toekomst.



## 6.2 De ervaringen van moeders en klinische verloskundigen vergeleken

In deze paragraaf worden de bevindingen van de empirische onderzoeken naar de ervaringen van moeders en klinisch verloskundigen met elkaar vergeleken. De uitkomst hiervan wordt in paragraaf 6.3 in dialoog gebracht met de conclusie van het literatuuronderzoek.

Uit de bevindingen van de empirische onderzoeken blijkt dat zowel de moeders als de klinisch verloskundigen een geboorteplan als nuttig, maar niet noodzakelijk ervaren. Hier liggen twee redenen aan ten grondslag.

Allereerst wordt het nuttige van een geboorteplan enerzijds beschouwd als een goede aanzet voor communicatie tussen de moeder en de zorgprofessional. Anderzijds vinden beiden het echter geen vervanging van goede communicatie, maar zien het meer als een handig hulpmiddel daarbij.

De tweede reden waarom een geboorteplan als nuttig, maar niet noodzakelijk wordt gezien, is omdat het maken van een geboorteplan voorbereidt op de baring. Deze voorbereiding is belangrijk, omdat wensen, verwachtingen en mogelijkheden daarmee enigszins op elkaar afgestemd kunnen worden. Een belangrijke kanttekening daarbij is dat er ruimte moet blijven voor het ongewisse. Want dat een baring ongewis is blijkt zowel uit de bevindingen van het onderzoek naar de verhalen van de moeders als het institutioneel etnografische onderzoek naar ervaringen van klinisch verloskundigen. Uit beiden komt naar voren dat hoe een bevalling zal gaan verlopen niet te voorspellen is. Bovendien kan het baren op het moment zelf anders door de barende ervaren worden dan van te voren werd gedacht. Dat maakt het voor de verloskundige een hele uitdaging om de wensen, verwachtingen en behoeften van de barende op het moment van baren in te schatten en deze in te passen in de mogelijkheden van het ziekenhuis. Voorbereiding door middel van een geboorteplan is hierbij geen wondermiddel. Het plan kan ook blijken te botsen met het geldende protocol. Als dat van tevoren besproken is, worden pijnlijke teleurstellingen voorkomen op het moment van potentiële tegenstrijdigheid, die anders kunnen uitlopen op het ervaren van een gevoel van *'obstetric violence'*.

## 6.3 Dialoog tussen theorie en empirie

Deze paragraaf is een dialoog tussen de uitkomsten van de empirische onderzoeken naar ervaringen met geboortepannen met de bevindingen die voortgekomen zijn uit het literatuuronderzoek.

Uit zowel de empirische onderzoeken als het literatuuronderzoek blijkt dat een baring per definitie ongewis is. De onderzochte filosofische literatuur beschrijft hoe mensen betekenis kunnen geven aan de ongewisheid die het menszijn kenmerkt. Dit heeft te maken met hoop en verwachting, als een anticiperen op een onzekere toekomst. De baring is als onvoorspelbare gebeurtenis een onderdeel van de ongewisheid van het menselijk bestaan. De literatuur beschrijft dat er verschillende manieren zijn om deze onzekerheid van het baringsproces te benaderen. Controle en risicobeheersing spelen daarbij een grote rol. Het geboortepan lijkt hier een uitingsvorm van te zijn. Zoals blijkt uit de ervaringen van de moeder en de klinisch verloskundige wordt het geboortepan gezien als onderdeel van de voorbereiding op de baring, communicatie en afstemming hierover tussen moeder en klinisch verloskundige. Daarmee speelt het een rol in de hoop en verwachting ten aanzien van die baring. Dit lijkt vooral te gelden voor het fysieke aspect van de baring. De literatuur beschrijft echter, uitgaande van de uniciteit van de mens, dat een baring breder benaderd kan worden dan alleen als een individueel fysiek proces dat een bepaalde soort zorg behoeft. Door de geboorte van een nieuw mens die de wereld onvermijdelijk en onomkeerbaar verandert is de baring een morele gebeurtenis met consequenties voor zorgen en verantwoordelijkheden daarin. Het is de vraag of een geboortepan hier een goed hulpmiddel bij is. Dit wordt uitgewerkt in de volgende paragraaf, waarin goede zorg met betrekking tot deze bevindingen besproken wordt.

## 6.4 Goede zorg

Zorgethiek ziet zorg als een humaniserende praktijk die op vele en uiteenlopende manieren de wereld helpt leefbaar te maken (Leget, 2013, p. 14). De traditionele en tot nu toe dominante ethiek gaat uit van de principes van rechtvaardigheid, autonomie, weldoen en niet schaden (Beauchamp & Childress, 2001), terwijl zorgethiek door middel van andere thema's

kijkt naar wat goede zorg is. Zorgethiek beschouwt zorg allereerst als het aangaan van een betekenisvolle verbinding (Leget, 2013, p. 21). Zorgen wordt gezien als een voortdurende verantwoordelijkheid voor, en betrokkenheid met elkaar (Adams, 2014, p. 16). Zorg is goed wanneer deze is afgestemd op de zorgbehovende. Daarbij wordt gekeken naar de hele persoon aan wie de zorg gegeven wordt en niet alleen naar dat onderdeel waar op dat moment de directe zorg voor nodig is. Bij goede zorg is er meer sprake van ondersteuning dan genezing alleen. Het gevolg is dat er niet voornamelijk gekeken wordt naar medische behoeften, maar ook naar de emotionele, sociale en betekenis of zingevende behoeften (Van der Meide, Olthuis & Leget, 2015). Wat goede zorg is bepalen we uiteindelijk in samenspraak met, en luisterend naar elkaar. Daarmee is de moraliteit die aan zorg verbonden is niet beperkt tot een individuele capaciteit. Zorgethiek ziet zorg als een relationele activiteit (Leget, Van Nistelrooij & Visse, 2017, p. 3).

Moraliteit is te vinden in zowel praktijken als theorieën. Daarom is het ook nodig vanuit de praktijk van de zorgbehovende te kijken naar wat er voor zorg nodig is en hoe de zorg ervaren wordt (Walker, 2007, p. 16). De Utrechtse onderzoeksgroep formuleert een specifieke vorm van zorgethiek, namelijk één die uitgaat van de vraag wat vanuit het oogpunt van zorg het morele goede is om te doen in deze particuliere situatie. Zorg wordt daarbij breed gedefinieerd. Vanuit dit perspectief vindt zorg primair plaats in een sociale en politieke praktijk. Dit betekent dat mensen constant afstemmen op anderen en zichzelf en altijd ingebed zijn in een georganiseerde samenleving. Dat afstemmen is noodzakelijk omdat mensen wederzijds met elkaar te maken hebben, er is sprake van een onderlinge verbondenheid, waar onvermijdelijk spanning, gelaagdheid en complexiteit in mee resoneren (Van Nistelrooij & Leget, 2016). Dit vindt plaats om de wereld waarin wij leven te behouden en vorm te geven zodat wij er zo goed mogelijk in kunnen leven (Tronto, 1993, p. 102). In de praktijken kan het moreel goede emergeren door hen die deelnemen aan of betrokken zijn bij die praktijk, want het perspectief van de zorgontvanger speelt een belangrijke rol bij het bepalen wat goede zorg is (Leget, Van Nistelrooij & Visse, 2017, p. 6).

## 6.5 Geboorteplannen en goede zorg

Zoals staat beschreven in paragraaf 6.4 formuleert de Utrechtse zorgethiek een specifieke vorm van ethiek die onderzoekt wat vanuit het oogpunt van zorg, het moreel goede is om te doen in een particuliere situatie. Deze thesis beoogt onder andere te beschrijven wat naar boven is gekomen met betrekking tot ervaringen met het geboorteplan. Het moreel goede verschijnt in de mate waarin betekenisvolle verbindingen binnen zorgrelaties vorm krijgen; of en in hoeverre de zorgvrager als uniek persoon inclusief context en specifieke behoeften benaderd wordt; in hoeverre de zorg in samenspraak wordt gegeven en er afstemming gezocht wordt. De triangulatie<sup>24</sup> van de onderzoeken die voor deze thesis zijn gedaan wordt nu betrokken op deze goede zorg.

Volgens goed zorgethisch gebruik heeft dit de vorm van een drieluik; mee-, tegen- en omdenken. Dat is een methode waarmee de positieve punten de eer krijgen die hen toekomt. Tegelijkertijd wordt er kritisch gekeken naar waar het hapert of schuurt, en wat anders zou kunnen. Tenslotte wordt er een alternatief voorgesteld op basis van het voornoemde, waarbij aanbevelingen voor goede zorg worden gedaan.

### 6.5.1 Geboorteplan als voorbereiding en communicatiemiddel

Geboorteplannen worden door de moeders die voor deze thesis hun verhaal hebben verteld, over het algemeen ervaren als een voorbereiding van zichzelf en hun partner op de komende baring. De geobserveerde klinisch verloskundigen zien dit ook zo, waarbij het voor hen een handig middel is om communicatie over de komende baring op gang te brengen en daarmee wensen en verwachtingen op elkaar af te stemmen. Hoe de baring zal gaan verlopen, is voor iedereen ongewis. Uit de in hoofdstuk 3 beschreven literatuurstudie blijkt dat, afhankelijk van hoe er aangekeken wordt tegen de mate van scheiding van lichaam en geest, er verschillende uitgangspunten zijn die de manier van benaderen van een baring beïnvloed. Tijdens de bespreking van het plan, als voorbereiding op de baring, kan datgene wat de moeder wenst en verwacht, als ook de inherente ongewisheid van de baring, aan bod komen.

---

<sup>24</sup> Triangulatie is het gebruikmaken van verschillende invalshoeken bij de analyse, in dit onderzoek is dit gedaan door bij het analyseren van de data gebruik te maken van meerdere onderzoekers, bronnen en methodes. Dit verhoogt de betrouwbaarheid van het onderzoek (Creswell & Poth, 2018, pp. 256 & 260).

Een geboortepan speelt zo ook een rol in de relatie die er aangegaan wordt tussen de zwangere en de klinisch verloskundige die de baring begeleidt. Hoop, verwachting en ongewisheid maken mensen tot wie ze zijn, uniek en divers. In het uitspreken (en opschrijven) van die gedachten en wensen kan een vrouw aangeven wie zij is. De verwachtingen en mogelijkheden van de zorgprofessionals kunnen daar al dan niet mee botsen, maar wanneer ze uitgesproken worden naar elkaar kan er afstemming plaatsvinden, en kunnen zowel zorgvrager als zorgverlener als mens aan elkaar verschijnen.

Uit de literatuurstudie (hoofdstuk 3) blijkt dat de vormgeving van de relatie tussen zorgvrager en zorgverlener beïnvloed wordt door hoe de baring benaderd wordt, vaak afhankelijk van de mate waarin de barende voornamelijk als een fysiek lichaam wordt beschouwd dat een baby geboren moet laten worden, of meer als een mens bestaande uit lichaam en geest, relaties en context. In een geboortepan kan ruimte gemaakt worden voor het persoonlijke, individuele en particuliere van de aanstaande moeder, als aanvulling op het institutionele van geldende protocollen en richtlijnen waarmee de klinisch verloskundige moet werken. In een complexe situatie, waarin er snel levensreddend gehandeld moet worden of waarbij zorgverleners elkaar aflossen en er voor meerdere mensen tegelijk gezorgd moet worden is het begrijpelijk dat er regels worden gehanteerd, dat hoort ook bij goede zorg. Er moeten voorbereidingen getroffen worden, instrumenten klaargelegd worden voor het geval ze nodig zijn. De ingrepen die gedaan worden als daar medisch noodzaak toe is, zullen echter de lichamelijke integriteit van de moeder raken, zowel als haar gevoel. Wederzijdse afstemming genereert aandacht en respect. Dat geeft invulling aan een zorgzame betrekking. Als het gehanteerde medisch protocol en het geboortepan beiden besproken worden en gecommuniceerd blijven, kunnen zij elkaar mogelijk aanvullen, zonder te botsen. Dit kan de ervaring van zowel de barende vrouw als de klinisch verloskundige ten goede komen.

Een geboortepan is een instrument dat gebruikt wordt om rekening te houden met de particuliere wensen en verwachtingen van degene die gaat baren, daarom kan een geboortepan gezien worden als onderdeel van goede zorg. Daarnaast blijkt uit het samen bespreken van het geboortepan dat de baring een gezamenlijk proces is, waarin de barende ondersteund wordt door klinisch verloskundigen voor wie de wensen en verwachtingen van de barende van grote betekenis zijn en die handelt vanuit de georganiseerde zorg.

## 6.5.2 Beperkingen van het geboorteplan

Naast de hierboven beschreven positieve kanten van een geboorteplan kan de voorbereiding op de baring door middel van een geboorteplan echter ambivalente gevoelens oproepen bij de moeders. Het voorbereiden en bespreken van de komende baring kan nuttig zijn, maar het gevaar bestaat dat dit ongemerkt ervaren wordt als vastleggen van afspraken. Dit geldt zowel voor de moeders, als voor klinisch verloskundigen die vanuit institutionele documenten gestuurd worden om de wensen en verwachtingen van de zwangere als uitgangspunt voor de zorg te nemen.

Het lijkt alsof dit het gevolg is van het toch zoveel mogelijk willen controleren van de ongewisheid van het baringsproces. Ongewisheid is niet uit te bannen. Hoewel sommige mensen succes afmeten aan het uitkomen van vooraf bedachte plannen, is een bevalling vrijwel altijd onvoorspelbaar. De context van de baring wordt gevormd door zoveel in elkaar hakende elementen en dimensies; gevoelens, relaties, ruimtelijkheid, tijdsbeleving, lichamelijke en identiteit dat het onmogelijk is van tevoren te bepalen hoe het zal zijn. De mate van pijn, het ervaren van de tijd, de betrokkenheid van anderen, de ingrepen die nodig zijn en hoe het kind eruit zal zien, hoe knap de 3D techniek van echo's tegenwoordig ook is, het is niet te voorspellen. Succes is niet alleen af te meten aan in hoeverre plannen stap voor stap gevolgd zijn. Wat uitmaakt voor het ervaren van een betekenisvolle gebeurtenis is hoe er mee om werd gegaan als iets niet helemaal liep zoals gedacht was. Wat ten tijde van het maken van de plannen nog wenselijk lijkt, kan op het moment van de uitkomsten van het plan volledig ambigu ervaren worden. De toekomst is het heden niet. Dat maakt het moeilijk alvast iets anders te benoemen dan het fysieke en oppervlakkige.

De huidige praktijk van het geboorteplan lijkt zich te beperken tot de barendende zonder rekening te houden met de baring als een morele gebeurtenis en de daaruit voortkomende bredere relationele context. In geval van een baring zou goede zorg zijn dat er niet alleen rekening gehouden wordt met het proces van baring en degene die dit aangaat, maar met de gehele persoon aan wie de zorg gegeven wordt zoals wie is zij, hoe staat zij in het leven, hoe is haar relatie met anderen en wie zijn die anderen, waar komt ze vandaan enzovoort. Het is de vraag of een geboorteplan dat suggereert hier een instrument voor te zijn, op dit moment een goed genoeg instrument is om het verlenen en ontvangen van goede zorg vorm te geven.

### 6.5.3 Aanbevelingen voor goede zorg

Een geboortepan zou een grotere rol kunnen spelen in de bewustwording van alle facetten die meegenomen kunnen worden bij de zorg rondom een baring. Er kan daarbij gedacht worden aan het beschouwen van de baring als een breder, meeromvattend relationeel proces waarbij men niet alleen bewust is van een gezin dat gevormd wordt, maar ook dat de wereld met deze geboorte verandert. Het geboortepan zou dan een middel kunnen zijn in het beschrijven van wensen ten aanzien van de hele ecologie van het geboren worden, met alle dimensies van lichamelijke beleving, context, tijd, ruimte, relaties en het mysterie van het ongewisse. Als bijvoorbeeld voor de barendende de kloktijd en het computerscherm met de hartslag en weeënactiviteit alleen maar afbreuk doen aan haar beleving, kan de klinisch verloskundige in het gesprek daarover, daardoor verrast zijn en zich plotseling bewust worden van de misschien onevenredige aandacht die daarvoor is, ten opzichte van de persoonlijke aandacht voor de hele mens, en het bijzondere dat zich afspeelt in de kleine oogwenken van de tijd binnen het geheel van de zich aaneenrijgende gebeurtenissen. Anderzijds kan de barendende meer begrip krijgen voor, en afstemmen op de klinisch verloskundige als zij weet heeft van de verwachtingen die bij de betrokken zorgprofessional op uitkomst wachten.

Relationaliteit heeft enerzijds betrekking op de deelnemers aan de zorgsetting, waar een ieder als mens aan de ander verschijnt, en afstemming gezocht dient te worden tussen de behoeften van de moeder en de mogelijkheden van de klinisch verloskundige, hoe spanningsvol ook. Anderzijds gaat relationaliteit over het fundamentele gegeven van de relatie tussen de moeder en het ongeboren kind, die ontologisch verandert op het moment dat het kind geboren wordt.

Uit het begin van een mensenleven, gebaard door de moeder, klinkt de roep om erkenning van iets belangrijks, de stem van het mysterieuze ongewisse dat ons stilzet en vraagt om een soort ontzag en bewondering in het midden van de turbulentie van een moderne verloskunde afdeling. Die tijd en dat moment van baren en geboren worden heeft koestering en bescherming nodig, opdat het niet verdwijnt onder een laag richtlijnen en protocollen. Goede zorg is aandachtig en afstemmend op de emotionele, lichamelijke en relationele behoefte van de barendende vrouw.

## 7. Conclusie

Het slot van deze thesis is de beantwoording van de hoofdvraag die in het gehele stuk centraal staat. De hoofdvraag luidt:

*Hoe hebben pas bevallen moeders en klinisch verloskundigen hoop, verwachting en ongewisheid ervaren rondom een bevalling, welke rol speelt het geboortepan daarbij en wat betekent dit voor goede zorg?*

Na de beantwoording van deze vraag (§7.1) wordt dit hoofdstuk afgesloten met een bespreking van de kwaliteit van het uitgevoerde onderzoek (§7.2) en aanbevelingen voor vervolgonderzoek (§7.3).

### 7.1 De rol van geboortepannen in goede zorg

Zoals zorgethiek stelt, is *practice-based ethics* de leidraad voor goede zorg. De praktijk is onmiskenbaar complex en gelaagd, en gekenmerkt door vele ambiguïteiten. Door te kijken naar de praktijk (empirie) van het baren en theorie over het baren en deze met elkaar te combineren, kan gezien worden wat goede zorg is. Deze thesis stelt daarbij de vraag welke rol het geboortepan in die goede zorg speelt en zou kunnen spelen.

De in het kader van deze thesis bestudeerde literatuur geeft de complexiteit aan van hoop, verwachting en ongewisheid, wanneer het gaat om de baring en hoe die begrippen verbonden kunnen zijn met lichamelijke, continuïteit en scheiding, en relationaliteit. Uit de empirische onderzoeken naar de ervaring van moeders en klinisch verloskundigen met geboortepannen, blijken deze facetten daarin niet duidelijk meegenomen te worden. De ervaringen van de geïnterviewde moeders lijken erop te wijzen dat er tijdens een baring meer speelt dan van tevoren verwacht werd. Wensen tijdens het daadwerkelijke baren zijn vaak anders dan tijdens de voorbereiding gedacht. De ervaringen van de geobserveerde klinisch verloskundigen met het geboortepan lijken ook te duiden op een discrepantie tussen wel willen voldoen aan de wensen van de zwangere, maar dat binnen de mogelijkheden van de instelling niet altijd volledig te kunnen doen.



Ongewisheid is onlosmakelijk verbonden aan het menszijn, en daarmee ook aan het proces van baren. Hoop en verwachting zijn daarbij belangrijk, omdat zij de verbinding leggen tussen verleden, heden en toekomst net zoals de geboorte van een nieuw mens dat doet. Iets nieuws laten ontstaan is per definitie het ongewisse omarmen.

Het geboortepan lijkt in de huidige vorm een aanzet te geven voor goede zorg, maar in het licht van goede zorg zoals zorgethiek dat voorstelt zijn er verbeteringen mogelijk. Een geboortepan zou een grotere rol dan nu kunnen spelen in de bewustwording van de baring als een meeromvattend relationeel proces. Het kan een middel zijn in het beschrijven van wensen ten aanzien van de hele ecologie van het geboren worden, met alle dimensies van lichamelijke beleving, context, tijd, ruimte, relaties en het mysterie van het ongewisse. Daarbij zou een geboortepan persoonlijker, vollediger en meer specifiek afgestemd kunnen worden op het hele proces dat een baring behelst. Wanneer ook de hele context van de zwangere en plek die een baring inneemt in het morele leven meegenomen wordt, kan een geboortepan een beter zorginstrument worden dan het nu is.

## 7.2 kwaliteitscriteria

De onderzoekers hebben beiden affiniteit met het proces van baren en moeder worden, zowel professioneel als uit eigen ervaring. Om deze ervaringen zoveel mogelijk ondersteunend te laten zijn en niet sturend, is degene die het meeste ervaring heeft in lotgenotencontact met moeders de eerste onderzoeker wat betreft de deelvraag over ervaringen van zorgverleners, en degene die het meeste ervaring heeft in de zorgverlening is de eerste onderzoeker wat betreft de deelvraag naar de ervaringen van de moeders. Zij hebben elkaar kritisch gemonitord op eventuele vooringenomenheid. Dat vond plaats door een open en eerlijke communicatie en een nauwkeurig volgen van elkaars stappen in het onderzoek en denkprocessen. Op gezette momenten en bij twijfels zijn de begeleiders vanuit de opleiding Zorgethiek en Beleid geraadpleegd.

Wij gebruikten een triangulatie van onderzoeksmethoden om zo goed mogelijk de zorgpraktijk met de ervaringen die er zijn rondom het begin van het leven te doorgronden.

Het gevolg is dat wij, binnen de beperkte tijd die ons binnen de studie gegeven is, niet voldoende personen hebben kunnen onderzoeken tot de zogenoemde verzadiging. Al zijn de geleerde lessen lokaal en specifiek, ze bieden een ijkpunt (Mol, 2006, p. 18). Wij denken met ons onderzoek een aanzet te kunnen geven tot inzicht in de rol van geboortepannen bij ervaringen rondom de baring.

Daarnaast hebben we het onderzoek voor een groot deel gedaan in de context van het Radboudumc, een instituut dat bepalend kan zijn in de uitkomsten van ons onderzoek, maar waarvan we vooraf niet wisten welke dat zouden zijn. Mede door de begrenzing van ons onderzoek, dat wellicht uitnodigt tot meer studie (zie ook §7.3), vinden wij het belangrijk dat alle fasen in ons onderzoek transparant zijn, naast het wetenschappelijke belang hiervan.

De generaliseerbaarheid van het onderzoek is niet het doel dat wij nastreefden. Het onderzoek levert empirische gegevens op die ten doel hebben betekenissen te vermeerderen (Gadamer, 2014; Widdershoven, 2000), niet het meten van feiten, om die vervolgens te reduceren tot algemeenheden. Er is dan ook getracht de bevindingen zo rijk mogelijk weer te geven, zodat de lezer zelf de voortgaande beweging van interpretatie kan continueren.

Wij sluiten ons aan bij Van der Meide, Olthuis en Leget: “*Our study offers in-depth understanding rather than generalizable insights*” (2015, p. 578). De verschillende onderzoeksmethoden en de verschillende onderzoekseenheden kunnen het lastig maken resultaten logisch met elkaar in verband te brengen. We denken echter dat dit de beste manier is om te ontdekken wat de ervaringen van de verschillende partijen zijn.

### 7.3 Aanbeveling voor verder onderzoek

Uit bovenstaand onderzoek blijkt dat op verschillende gebieden aanvullend onderzoek nuttig zou kunnen zijn. Deze worden hieronder puntsgewijs benoemd:

- De literatuurstudie zou intensiever kunnen inzoomen op het gebied van de ethische inzichten die oprijzen uit materniteit. Door in te zoomen op geboortepannen is er een groot gebied buiten beschouwing gebleven, of slechts zeer licht aangeraakt.

- In de paragrafen 4.1.3 en 4.5 wordt beschreven dat de rol van het geboortepan, binnen de samenwerking van alle betrokken zorgprofessionals, grotendeels buiten beschouwing is gebleven in deze thesis. Dieper onderzoek hiernaar zou echter interessante inzichten op kunnen leveren over de samenwerking rondom een baring, en uitgaande van goede zorg, welke instrumenten daar behulpzaam bij zijn en in welke mate die nuttig zijn.
- De ambiguïteit die naar voren kwam in de narratieve onderzoeken heeft nog veel meer facetten dan in deze thesis uitgewerkt zijn. Het is een dimensie waar dieper onderzoek naar gedaan zou kunnen worden.
- De geïnterviewde vrouwen waren allen van nederlandse nationaliteit en hebben een tamelijk ongecompliceerde bevalling ondergaan. Vervolgonderzoek naar praktijken van interculturele beleving, en geleefde ervaringen van moeders bij wie alles anders ging dan verwacht en de hoop op een gezond kind mogelijk omsloeg in de realiteit van een zieke dochter of zoon, zou waardevol zijn.
- Dit onderzoek roept de vraag op of ervaringen rondom bevallen universeel zijn, of cultuurgebonden. Het zou interessant zijn te achterhalen welke ervaringen universeel zijn, en welke universeel lijken maar cultureel blijken te zijn, omdat dit van belang kan zijn voor goede zorg.
- Ten aanzien van de rol van de verloskundigen zou het waardevol zijn te kijken hoe er in de verloskundigenopleiding vorm gegeven wordt aan de ethische dimensies van goede zorg, en hoe in de ecologie van geboorte onderwezen wordt. Daarmee samenhangend zou ook gekeken kunnen worden of er verschillen zijn tussen het werken in de eerstelijns en tweedelijns verloskunde.
- Er zijn nog meer zorgprofessionals betrokken bij de baring dan alleen klinisch verloskundigen. Het zou interessant zijn te kijken naar waar hun rollen van elkaar verschillen en overeenkomen, en waar er mogelijkheden liggen om ruimte te geven aan ongewisheid en relationaliteit. Dat hoeft niet alleen beperkt te worden tot personen, maar kan bijvoorbeeld ook benaderd worden vanuit de fysieke ruimte, tijd en techniek.
- Naast verschillende zorgprofessionals is onderzoek naar andere omstanders (in het ruimste begrip van het woord) van belang om te onderzoeken hoe de baring en geboorte de wereld buiten de verloskamer en naastbetrokkenen wordt ervaren. Dit kan van belang zijn om waarden te achterhalen die nu grotendeels verborgen en misschien onbewust zijn, maar door politiek en beleid wel in praktijk gebracht worden.

- Tot slot: het is nauwelijks ter sprake gekomen in deze thesis, maar het viel de onderzoekers op dat zodra het over baring gaat daar pijn bij genoemd wordt. Het zou, ook in het licht van geboortepannen, zinnig kunnen zijn om te onderzoeken wat deze pijn precies is, wat het betekent voor de baring, de barende, de zorgprofessional, de omstanders en de samenleving. Hoe wordt deze pijn door de verschillende groepen beleefd en gaat het om één en dezelfde pijn? Inzicht in bovenstaande zou wellicht iets kunnen betekenen voor goede zorg, omdat het blijktbaar, in ieder geval in de beleving, een belangrijk aspect is van de baring.

# Literatuur

- Adams, S. L. & Lundquist, C. R. (2013). *Coming to life. Philosophies of pregnancy, childbirth, and mothering*. New York: Fordham University Press.
- Adams, S. L. (2014). *Mad mothers, bad mothers, & what a “good” mother would do. The ethics of ambivalence*. New York: Columbia University Press.
- Arendt, H. (1989, eerste druk 1958). *The human condition*. Chicago: University of Chicago Press.
- Aragon, M., Chhoa, E., Dayan, R., Kluftringer, A., Lohn, Z & Buhler, K. (2013). Perspectives of expectant women and health care providers on birth plans. *JOGC*, 35(11), 979-985.
- Baart, A. & Vosman, F. (2015). *De patiënt terug van weggeweest. Werken aan menslievende zorg in het ziekenhuis*. Amsterdam: SWP.
- Bauman, Z. (2000). *Liquid modernity*. London: Polity Press.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press, USA.
- Berg, M., Ólafsdóttir, Ó. A., & Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care–In Swedish and Icelandic settings. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3(2), 79-87.
- Beroepsprofiel klinisch verloskundige KNOV. (2013). Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen en Nederlandse Vereniging Obstetrie en Gynaecologie.
- Beroepsprofiel verloskundige. (2014). Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen.
- Blodgett, A., Schinke, R., Smith, B., Peltier, D. & Pheasant, C. (2011). In indigenous words: exploring vignettes as a narrative strategy for presenting the research voices of aboriginal community members. *Qualitative inquiry*. geraadpleegd van <http://qix.sagepub.com> op: 1 mei 2018.
- Charles, S. (2013). Disempowered women? The midwifery model and medical intervention. In Adams, S. L. & Lundquist, C. R. (Eds.), *Coming to life. Philosophies of pregnancy, childbirth, and mothering* (pp. 215-238). New York: Fordham University Press.
- Connelly, F.M. & Clandinin, D.J. (1990). Stories of experience and narrative inquiry. *Educational Researcher*, 19(5), 2-14.
- Cook, I. & Crang, M. (1995). *Doing Ethnographies*. Norwich: Geobooks.
- Creswell, J.W. (2013). *Qualitative inquiry and research design. Choosing among five approaches* (3e ed.). Thousand Oaks/London: Sage.

- Creswell, J. W. & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design. Choosing among five approaches*. Thousand Oaks/London: Sage Publications.
- Crowther, S., Ironside, P., Spence, D. & Smythe, L. (2017). Crafting stories in hermeneutic phenomenology research: a methodological device. *Qualitative Health Research*, 27 (6), 826-835. Geraadpleegd op 6 april 2018 van: <https://openair.rgu.ac.uk>.
- Crowther, S. & Hall, J. (2018). *Spirituality and childbirth. Meaning and care at the start of life*. Abingdon/New York: Routledge.
- Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nystrom, M. (2008). *Reflective Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur.
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, 5-23.
- Davis-Floyd, R. (2003). *Birth as an american rite of passage* (2nd revised edition). London: University of California Press.
- DeVault, M. L. (2006). Introduction: What is institutional ethnography? *Social Problems*, 53(3), 294-298.
- Doorman, M. & Pott, H. (Eds.) (2000). *Filosofen van deze tijd*. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker.
- Finlay, L. (2008). A Dance between the reduction and reflexivity: Explicating the “phenomenological psychological attitude”. *Journal of Phenomenological Psychology*, 39, 1-32.
- Frank, A. (2000). The standpoint of storyteller. *Qualitative Health Research*, 10( 3), 354-365.
- Frank, A. (2002). Why study people’s stories? The dialogical ethics of narrative analysis. *International Journal of Qualitative Methods*, 1 (1), artikel 6. Geraadpleegd van <http://www.ualberta.ca/~ijqm> op 15 april 2018.
- Gadamer, H. (2014) *Waarheid en methode: Hoofddlijnen van een filosofische hermeneutiek*. Nijmegen: Vantilt.
- Gherardi, S. & Rodeschini G. (2015). Caring as a collective knowledgeable doing: About concern and being concerned. *Management Learning*, 47(3), 266-284.
- Hamington, M. (2012). Care ethics and corporeal inquiry in patient relations. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 5(1), 52-69.
- Held, V. (2006). *The ethics of care: personal, political, and global*. Oxford: Oxford University Press.
- Hermsen, J. (2015). *Kairos: Een nieuwe bevlogenheid*. Amsterdam: Arbeiderspers.

- Kittay, E. (1999). *Love's labor: essays on women, equality, and dependency. Thinking gender*. New York: Routledge.
- Kolen, M., Timmerman, G. & Vosman, F. (2015), Onder het oppervlak van alledaagse zorg. Over de ontwikkeling van een onderwaterscherp, een instrument dat institutionele invloeden op de alledaagse zorgrelatie identificeert. *Kwalon*, (20)3, 38-46.
- Kuo, SC., Lin, KC., Hsu, CH., Yang, CC., Chang, MY., Tsao, CM & Lin, LC. (2010) Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47(7), 806-814.
- Leget, C. (2013). *Zorg om betekenis. Over de relatie tussen zorgethiek en spirituele zorg, in het bijzonder in de palliatieve zorg*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Leget, C., Van Nistelrooij, I. & Visse, M. (2017). Beyond demarcation: Care ethics as an interdisciplinary field of inquiry. *Nursing Ethics*, <https://doi.org/10.1177/0969733017707008>
- Leung, K., Silviu, J. L., Pimlott, N., Dalziel W. & Drummond, N. (2009). Why health expectations and hopes are different: the development of a conceptual model. *Health Expectations*, 12, 347-360.
- Levinas, E. (1979). *De tijd en de ander*. Baarn: Ambo.
- Lundgren, I., Berg, M. & Lindmark, G. (2003) Is the childbirth experience improved by a birth plan? *Midwifery Womens Health*, 48, 322-328.
- Lundgren, I. (2018). Spiritual questions during childbearing. In Crowther, S. & Hall, J. (2018). *Spirituality and childbirth. Meaning and care at the start of life*. Abingdon/ New York: Routledge.
- Mol, A. (2006). *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam: Van Gennep
- Mullin, A. (2005). *Reconceiving pregnancy and childcare. Ethics, experience and reproductive labor*. New York: Cambridge University Press.
- Noddings, N. (1984). *Caring. A feminine approach to ethics & moral education*. Berkeley en Los Angeles: University of California Press.
- NVOG (2016). Position paper Geboortezorg. Geraadpleegd op 10 december 2017 van <http://www.nvog.nl/voorlichting/Nieuws+en+persberichten/NVOG+position+paper+Geboortezorg.aspx>.
- Olthuis, G. (2017). Bevalplannen. *TVZ - Tijdschrift voor verpleegkundige experts*, 127(3), 49.

- Pasveer, B. & Akrich, M. (1998). Hoe lichamen circuleren. Over definities van het zwangere lichaam, medische technologie en de toekomst van de thuisbevalling. *Tijdschrift voor genderstudies*, 1(3), 47-55.
- Rankin, J. M. & Campbell, M. (2009). Institutional Ethnography (IE), nursing work and hospital reform: IE's Cautionary Analysis. *Forum: Qualitative Social Research*, 10(2), art. 9.
- Requejo, S. V. & Guillén, F. F. (2011). Fully entitled subjects: births as a philosophical topic. *Ontology Studies*, 11, 211-230.
- Riessman, C. K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. Los Angeles: Sage.
- Ruddick, S. (1980). Maternal thinking. *Feminist Studies*, 6(2), 342-367.
- Ruddick, S. (1995, eerste druk 1989). *Maternal thinking. Toward a politic of peace*. Boston : Beacon Press.
- Schatzki, T. R. (2012). A Primer on practices. Theory and research. *Practice-based Educations: Perspectives and Strategies*, 13-26.
- Schües, C. (2017). Birth. In M. Solomon, J. R. Simon & H. Kincaid (Eds.), *The Routledge companion to philosophy of medicine* (pp. 103-114). New York: Routledge.
- Sools, A. (2012). Narratief onderzoek. *Kwalon*, (17)1, 27-35.
- Spotswood, F., Chatterton, T., Tapp, A. & Williams, D. (2015). Analysing cycling as a social practice: an empirical grounding for behaviour change. *Transportation Research Part F*, 29, 22-33.
- Stuurgroep voor Zwangerschap en Geboorte. (2009). *Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte*. Geraadpleegd op 3 december 2017, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2009/12/30/een-goed-begin-veilige-zorg-rond-zwangerschap-en-geboorte>
- Tronto, J. C. (1993). *Moral Boundaries. A Political argument for an ethic of care*. New York: Routledge.
- Tronto, J. C. (2013). *Caring democracy. Market, Equality, and justice*. New York: New York University Press.
- Tronto, J.C. (2017). There is an alternative: homines curans and the limits of neoliberalism. *International Journal of Care and Caring*, 1(1), 27-43.
- Van der Meide, H., Olthuis, G. & Leget, C. (2015). Participating in a world that is out of tune: shadowing an older hospital patient. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 18(4), 577-585.



- Van der Meide, H., Van Gorp, D., Van der Hiele, K. & Visser, L. (2017). Always looking for a new balance: toward an understanding of what it takes to continue working while being diagnosed with relapsing-remitting multiple sclerosis. DOI: 10.1080/09638288.2017.1342278
- Van Heijst, A. (2008). *Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning*. Kampen: Klement.
- Van Heijst, A. (2011). *Professional loving care. An ethical view of the health care sector*. Leuven: Peeters.
- Van Heijst, A. (2014). *Menslievende zorg: Een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Klement.
- Van Nistelrooij, I. (2015). Wat moeten we met naasten en familie? Gezamenlijke besluitvorming en het relationele netwerk van de patiënt. *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek* 25(1), 14-18.
- Van Nistelrooij, I. & Leget, C. (2016). Against dichotomies: On mature care and self-sacrifice in care ethics. *Nursing Ethics*. 24(6), 694-703.
- Van Wijngaarden, E. (2016). *Voltooid leven, over leven en willen sterven*. Atlas Contact: Amsterdam.
- Van Wijngaarden, E., Leget, C. & Goossensen, A. (2017). Ethical uneasiness and the need for open-ended reflexivity: the case of research into older people with a wish to die. *International Journal of Social Research Methodology*, 21(3), 317-331.
- Verhoeven, M. (2003). *Boreling en beginner. Nataliteit bij Hannah Arendt*. Zoetermeer: Boekencentrum.
- Visse, M. (2014). Hermeneutisch narratief analyseren: creëren van mogelijkheden. *Kwalon*, 19, nr 3. Geraadpleegd op 7 december, van <https://www.tijdschriftkwalon.nl/inhoud/tijdschrift-artikel/KW-19-3-18/Hermeneutisch-narratief-analyseren-cre-ren-van-mogelijkheden>
- Visse, M. & Niemeijer, A. (2016). Autoethnography as a praxis of care: The promises and pitfalls of autoethnography as a commitment to care. *Qualitative Research Journal*, (16)3, 301-312.
- Vosman, F. J. H. (2017). The moral relevance of lived experience in complex hospital practices. A phenomenological approach. In S. van den Heuvel, P. Nullens & A. Roothaan (Red.), *Theological Ethics and Moral Value Phenomena: The Experience of Values* (pp. 66-92). Oxon: Routledge.
- Walker, M. U. (2007). *Moral understandings: a feminist study in ethics* (2nd edition). New York: Oxford University Press. Original 1998.

- Weiss, G. (2013). Birthing responsibility. A phenomenological perspective on the moral significance of birth. In S. L. Adams & C. R. Lundquist (Eds.), *Coming to life. Philosophies of pregnancy, childbirth, and mothering* (pp. 109-119). New York: Fordham University Press.
- Widdershoven, G. A. M. (2000). Hans Georg Gadamer. In Doorman, M. & Pott, H. (Eds.), *Filosofen van deze tijd* (pp. 50-63). Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker.
- Zorgstandaard integrale geboortezorg. (2016). *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg*. Geraadpleegd op 23 november, van <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/publicatie/2016/06/28/zorgstandaard-integrale-geboortezorg-versie-1.1>