

Op (eigen) tijd in prenatale zorg: Een andere kijk op tijdig in zorg komen bij de verloskundige.

Masterthesis Zorgethiek & beleid, Universiteit voor Humanistiek.
Christel Kings (1035452)



Een zorgethische studie naar de constructie en reproductie van de heersende discourses rondom de normatieve verwachting dat zwangeren tijdig prenatale zorg moeten krijgen in Nederlandse beleidsdocumenten voor verloskundige zorg.

Begeleider: Dr. Elleke Landeweer
Tweede lezer: Dr. Merel Visse
Examinator: Dr. Elleke Landeweer

Inleverdatum: 28 juni 2024, Rotterdam

Aantal woorden: 24.765.

Voorwoord

En toen was jij er.. Inmiddels ben je er nu bijna 17 maanden en heb je mijn leven en kennis zo verrijkt.

Als moeder heb ik de afgelopen maanden kunnen ervaren hoe lastig het soms is om een keuze te maken tussen onze beide belangen. Ik heb gemerkt dat ik soms mijn keuzes baseer op wat ik hoor en leer van anderen, gewoon omdat het zo 'hoort'. Tegelijkertijd merk ik ook dat mijn intuïtie mij hier soms sterk in corrigeert. Dat ik geneigd ben om naar jou te kijken om te kunnen zien en ervaren of deze blik die op jou gericht is mij kan leiden in de te maken keuzes. En soms betekent dit dat ik juist de noodzaak voel om af te wijken van hetgeen dat eigenlijk wordt gepresenteerd alsof het zo 'hoort'. Dit voelt vaak spannend, eng en maakt mij kwetsbaar. Immers, willen we stiekem niet allemaal dat wijzelf in al onze hoedanigheden gezien en geaccepteerd worden?

Als we het hebben over prenatale zorg dan heb ik er als verloskundige bewust voor gekozen om onder controle te gaan bij caseload verloskundige Annick, een zogenoemde vroedvrouw die werkt vanuit een holistisch perspectief. Tot op de dag van vandaag ben ik Annick dankbaar voor haar begeleiding, haar bemoedigende woorden en haar onvoorwaardelijke steun tijdens mijn zwangerschap. Echter, mijn motivatie voor het ontvangen van prenatale zorg was wellicht ook niet helemaal zoals 'hoort'. Kennis over diagnostische testen, preventieve maatregelen en complicaties bezat ik immers al vanuit mijn eigen verloskundige expertise. Mijn lieve partner Erik daarentegen... Voor hem vond ik prenatale zorg noodzakelijk. Deze transitie naar het ouderschap zag ik als een gezamenlijke opgave, waarin hij naar mijn idee net zo goed op de hoogte zou 'horen' te zijn van alle keuzes, opties en mogelijkheden om het bevorderen en behouden van een gezonde zwangerschap zo goed als mogelijk na te streven. Ook voor de periode hierna. Zo gaf ik invulling in wat voor mij belangrijk was in het ontvangen van prenatale zorg. Om mij heen zag ik verloskundige vriendinnen die eenzelfde slag keuzes maakten. Zij weken daarmee af van de gebruikelijke 'norm'. Zij combineerden hun thee-afspraken met andere verloskundigen met het beluisteren van de harttonen van de baby-in-de-buik. Of zij controleerden na een lange spreekuurdag of tussen de kraamvisites door hun eigen bloeddruk en stelde aan de hand daarvan hun eigen zorgpad op. Ongekaderd en passend bij hun eigen intuïtieve wensen, ideeën en behoeften. Vervolgens gingen deze verloskundige vriendinnen na de geboorte van hun kind weer aan het werk en hoorde ik opnieuw de verhalen over de moeilijkheden die zij ervoeren als cliënten, al dan niet onbewust, afwijken van de voorgeschreven zorgpaden. Moeilijkheden waarin ik mijzelf goed herkende, ook ik heb hier als verloskundige weleens moeite mee.

Als verloskundigen zijn wij erin opgeleid om in te zetten op preventie. Niet voor niets worden wij de poortwachters van de geboortezorg genoemd. Dit gaat gecombineerd met een enorme verantwoordelijkheid. En toch vraag ik mij af... Als wij nou eens wat meer van die verantwoordelijkheid terugleggen bij degenen om wie het uiteindelijk gaat en onze kracht inzetten in het empoweren van deze zwangeren in plaats van hen te wijzen op hoe het 'zwanger zijn' volgens de norm 'hoort' te verlopen. Zou dit dan leiden tot betere zorg voor deze zwangeren?

Wat hier allereerst voor nodig lijkt te zijn, is een andere kijk. Een andere benadering vanuit een ander perspectief. De zorgethiek biedt dit andere perspectief. Tegelijkertijd is dit perspectief niet zo anders, als je bedenkt dat de zorgethiek een perspectief belicht waarin het draait om onze eigen positie de manier waarop deze positie zich weerhoudt in relatie tot de verschillende posities van de mensen om ons heen. Het praktiseren van zorgethiek klinkt daarmee als een natuurlijk streven, een kracht vanuit een perspectief waartoe wij allemaal beschikking hebben. Dit praktiseren doen we niet alleen. De praktijk van de zorgethiek komt tot uiting in de relatie met elkaar. Zo ook deze scriptie.

Bedankt Inge van Nistelrooij en bedankt Elleke Landeweer. Jullie wijze woorden en bemoedigende feedback hebben mij geholpen om deze scriptie te kunnen vormen tot het eindresultaat dat nu voor jullie ligt.

Samenvatting

In deze scriptie onderzoek ik hoe een analyse van discourses rondom de normatieve verwachting dat zwangeren tijdig prenatale zorg moeten krijgen in verloskundige beleidsdocumenten kan bijdragen aan het verkrijgen van inzicht in hoe institutionele en culturele invloeden ertoe leiden dat het niet (tijdig) in prenatale zorg komen als probleem wordt gedefinieerd. Door deze discourses te analyseren, kunnen we beter begrijpen hoe beleidsdocumenten negatieve aannames en stigmatisering in de hand kunnen werken en hoe ze kunnen worden aangepast om verloskundigen beter te ondersteunen in hun omgang met zwangeren die volgens de maatschappelijke norm te laat in zorg komen. De centrale onderzoeksvraag is: *Hoe worden de heersende discourses rondom de normatieve verwachting dat zwangeren tijdig prenatale zorg moeten krijgen geconstrueerd en gereproduceerd in Nederlandse beleidsdocumenten voor verloskundige zorg, en hoe kunnen zorgethische inzichten over relationaliteit, macht/positie en kwetsbaarheid bijdragen aan een kritische evaluatie en verbetering van deze discourses ter bevordering van de verloskundige zorg?*

Het onderzoek betreft een zorgethisch onderzoek en bestaat uit een theoretisch en empirisch deel. In het theoretisch onderzoek werd literatuur bestudeerd over moederlijke zorgpraktijken tijdens de zwangerschap, de invloed van het medische discours en de relevantie van tijdsaders in de prenatale zorg, daarnaast werd zorgethische literatuur bestudeerd over relationaliteit, macht/positie en kwetsbaarheid. In het empirisch onderzoek werden verschillende tekstselecties verzameld uit zes landelijke beleidsdocumenten voor verloskundige zorgverlening en werd op basis van Bacchi (2005, p.199) een analyse van discourses toegepast, waarbij vier discourses werden geïdentificeerd: 1) Voorkomen is beter dan genezen; 2) Iedere zwangere heeft begeleiding nodig; 3) De foetus is beschermwaardig; en 4) De verloskundige is de expert. Vervolgens werd onderzocht hoe deze thema's werden gereproduceerd in vijf regionale protocollen.

De resultaten uit de theorie en empirie tonen de noodzaak aan om de verantwoordelijkheden van verloskundigen en zwangeren te herschikken, waarvoor de geografie van verantwoordelijkheden, zoals voorgesteld door Walker (2008), een oplossing kan bieden. Het samenstellen van protocollen voor verloskundig handelen, waarin naar het verhaal van zwangeren die laat in zorg komen wordt geluisterd en waarin zij actief betrokken worden bij de prenatale beleidsvorming, kan stigmatisering voorkomen en hen in staat stellen zich erkend te voelen in hun zorgbehoeften.

Inhoudsopgave

1. Problematisering en relevantie.....	6
1.1. Aanleiding	6
1.2. Maatschappelijke probleemstelling.....	6
1.3. Wetenschappelijke probleemstelling.....	8
1.4. Vraagstelling	9
1.5. Doelstelling	10
2. Methode	11
2.1. Onderzoeksbenadering	11
2.2. Onderzoeksmethode	11
2.3. Verantwoording literatuur en bronnenselectie	12
2.3.1. Geraadpleegde literatuur.....	13
2.3.2. Sensitizing concepts	13
2.4. Casusdefinitie, onderzoekseenheid en dataverzameling	13
2.5. Data-analyse	14
2.6. Ethische overwegingen.....	16
3. Theoretisch kader.....	17
3.1. Zorgethische verkenning	17
3.1.1. <i>Relationaliteit</i>	17
3.1.2. <i>Macht en positie</i>	18
3.1.3. <i>Kwetsbaarheid</i>	19
3.2. Contextuele verkenning.....	21
3.2.1. <i>De normatieve verwachtingen van de zwangere in de huidige maatschappij</i>	21
3.2.2. <i>De impact van het medische discours op de prenatale zorgverlening</i>	22
3.2.3. <i>Het dominante kader van tijdsplanningen in de prenatale zorgverlening</i>	24
3.3. Conclusie.....	25
4. Bevindingen uit empirisch onderzoek.....	27
4.1. Discours: Voorkomen is beter dan genezen.	28
4.1.1. <i>Vroegtijdige zorg is nodig voor het streven naar goede zwangerschapsuitkomsten</i>	28
4.1.2. <i>Regelmatige prenatale controles helpen om (ernstige) complicaties te voorkomen</i>	28
4.1.3. <i>Alle zwangeren hebben recht op een tijdige toegang tot deskundige prenatale zorg</i>	29
4.1.4. <i>De reproductie van dit discours in regionale protocollen</i>	30
4.2. Discours: iedere zwangere heeft begeleiding nodig.....	30
4.2.1. <i>Zwangeren hebben als belangenbehartigers van het kind een noodzaak aan ondersteuning</i>	31
4.2.2. <i>Zwangeren behoeven wetenschappelijke kennis ter voorbereiding</i>	32
4.2.3. <i>Zwangeren in achterstandssituaties of met andere culturele achtergronden behoeven intensievere zorg</i>	33
4.2.4. <i>De reproductie van dit discours in regionale protocollen</i>	33
4.3. Discours: het ongeboren kind is beschermwaardig.....	34
4.3.1. <i>Tijdige interventies zijn cruciaal voor de gezondheid van het kind</i>	34
4.3.2. <i>De bescherming van het kind is een politieke en maatschappelijke kwestie</i>	35
4.3.3. <i>De reproductie van dit discours in regionale protocollen</i>	36
4.4. Discours: De verloskundige zorgverlener is de expert.....	36
4.4.1. <i>Juist en tijdig handelen door de zorgverlener levert het beste resultaat</i>	36
4.4.2. <i>Zorgverleners zijn verantwoordelijk voor goede zorg aan zwangeren</i>	37
4.4.3. <i>Een late opstart van zorg is een knelpunt voor zorgverleners</i>	38
4.4.4. <i>De reproductie van dit discours in regionale protocollen</i>	39
4.5. Conclusie.....	39
5. Discussie	41
5.1. Een herschikking van verantwoordelijkheden.....	41
5.1.1. <i>Meedenken</i>	41

5.1.2. <i>Tegen denken</i>	42
5.1.3. <i>Omdenken</i>	44
5.2. De destigmatisering van laat in prenatale zorg komen.	45
5.2.1. <i>Meedenken</i>	45
5.2.2. <i>Tegen denken</i>	46
5.2.3. <i>Omdenken</i>	46
6. Conclusie.....	48
6.1. Bevindingen uit de conclusie	48
6.2. Zorgethiek als alternatief perspectief	48
6.2. Beperkingen	48
6.3. Aanbevelingen.....	49
7. Kwaliteitscriteria.....	50
8. Literatuurlijst.....	51
Bijlagen	55
Bijlage 1: Overzicht van de beleidsrapporten	55
Bijlage 2: Overzicht van de protocollen.....	56

Disclaimer

Aangezien niet alle zwangeren zich identificeren met het vrouw-zijn, is er in dit onderzoek voor gekozen om de term 'zwangere', 'zwangere cliënt' of het meervoud hiervan aan te houden. In dit onderzoeksverslag wordt soms de term 'vrouw' gebruikt om naar de zwangere te verwijzen, zoals overgenomen uit bepaalde beleidsdocumenten en andere literatuurbronnen. De auteur van dit artikel heeft ervoor gekozen om dicht bij de oorspronkelijke tekst van deze bronnen te blijven. Echter, in de huidige context wordt hiermee ook verwezen naar de zwangere die zich niet identificeert als 'vrouw'. Daarnaast worden afwisselend de termen 'zorgvrager' en 'zorgontvanger' gebruikt, waarmee dezelfde persoon wordt bedoeld, evenals de termen 'verloskundige zorgverlener' en 'verloskundige'.

1. Problemativering en relevantie

1.1. Aanleiding

In mijn onderzoek heb ik gekeken naar de discoursen rondom de normatieve verwachting dat zwangeren tijdig prenatale zorg moeten krijgen, zoals die voorkomen in verloskundige beleidsdocumenten. Ik heb onderzocht hoe deze discoursen bijdragen aan het inzicht in hoe institutionele en culturele invloeden ertoe leiden dat het niet (tijdig) verkrijgen van prenatale zorg als een probleem wordt gedefinieerd. Door deze discoursen te analyseren, kunnen we beter begrijpen hoe beleidsdocumenten negatieve aannames en stigmatisering in de hand kunnen werken en hoe ze kunnen worden aangepast om verloskundigen beter te ondersteunen in hun omgang met zwangeren die zorg mijden of missen. Prenatale zorg betreft in de context van dit onderzoek de zwangerschapsbegeleiding vanuit verloskundige zorgverleners.

In de meeste literatuur wordt een zwangerschap die pas na de 24e of 30e week gecontroleerd wordt door een verloskundige zorgverlener, aangeduid als ongecontroleerd. Deze term en de heersende gedachten over niet tijdig in zorg komen, gaan vaak gepaard met negatieve aannames over de redenen waarom zwangeren niet eerder zorg hebben gezocht. Het ontvangen van professionele zorg tijdens de zwangerschap lijkt hierdoor als een morele verplichting voor de zwangere te worden gezien. Recent onderzoek toont aan dat professionele verloskundige zorg niet alleen potentiële gezondheidsvoordelen biedt voor de zwangere, maar ook voor het ongeboren kind (Roseboom, 2018, p. 13-16). Een late zorgmelding kan daarom leiden tot verwarring, frustratie en onbegrip bij verloskundigen, wat eveneens soortgelijke gevoelens bij zwangeren kan veroorzaken. Een recent gepubliceerd onderzoeksrapport onder zwangeren die na de 30e zwangerschapsweek in prenatale zorg waren gekomen, toont aan dat een groot deel van de geïnterviewde vrouwen het gevoel had dat zij niet serieus werd genomen door hun verloskundige of gynaecoloog (Van Brouwers et al., 2023, p. 5). Dit maakt een onderzoek naar de onderliggende discoursen die de aannames van verloskundige zorgverleners beïnvloeden zeer actueel.

De aanleiding voor dit specifieke onderzoek komt voort uit het ongemak dat ik als verloskundige zelf heb ervaren wanneer een zwangere volgens de norm te laat in zorg kwam. Een gebrek aan extra tijd en ruimte in de gesprekken tijdens prenatale consulten met deze zwangeren vormen vaak een beperkende factor om goed in te kunnen spelen op hun authentieke zorgbehoeften. In de reguliere zorgverlening hebben verloskundigen vaak beperkte tijd voor prenatale consulten, meestal is dit ongeveer 15 minuten. Hoe later een zwangere in zorg komt, des te minder tijd er tijdens het zorgtraject over is, tenzij er extra tijd wordt vrijgemaakt. Aangezien een groot deel van de verloskundigen werkt als waarnemer (vervangend verloskundige die verschillende taken in een verloskundigenpraktijk overneemt), hebben de meeste verloskundigen weinig tot geen controle over het agendabeheer. Hierdoor is een groot deel van de werkzame verloskundigen afhankelijk van de geplande tijd om optimaal in te kunnen spelen op de zorgvragen van de cliënt. Ook zijn preventieve maatregelen tijdens de zwangerschap vaak tijdsgebonden (zoals het uitvoeren van echoscopische onderzoeken tijdens de verschillende fases van ontwikkeling van het kind of het starten met medicatie om mogelijke complicaties op een later moment te voorkomen). Dit kan betekenen dat (te) laat in zorg komen ook betekent dat preventieve maatregelen ter bevordering van de gezondheid van moeder en kind mogelijk (te) laat worden ingezet.

1.2. Maatschappelijke probleemstelling

Enkele jaren geleden publiceerde het Nivel een rapport waaruit bleek dat steeds meer Nederlanders te laat op zoek dreigen te gaan naar professionele zorgverlening (Van Esch et al., 2015, p. 14-24). Dit fenomeen, bekend als 'zorg mijden' of 'zorg missen', lijkt sindsdien te zijn toegenomen en komt ook voor tijdens de zwangerschap. Recent onderzoek van Anouk Verschuuren (2024) toont aan dat zwangere asielzoekers in het asielzoekerscentrum Ter Apel meer risico lopen op slechtere geboorteuitskomsten door een late start van prenatale zorg en inadequate verloskundige zorg.

Nieuwsartikelen benadrukken dat deze zwangere asielzoekers verhoogde risico's hebben op zwangerschapscomplicaties en sterfte van moeder en kind vanwege hun beperkte vertrouwdheid met het Nederlandse zorgsysteem, taalbarrières, laaggeletterdheid en gebrek aan vervoer naar ziekenhuizen (Palm, 2024; Soudagar, 2024; KNOV, 2024). Hoewel de Nederlandse Grondwet (Artikel II-35) recht geeft op toegang tot preventieve gezondheidszorg en medische verzorging, blijkt dit in de praktijk vaak niet uitvoerbaar te zijn, vooral voor kwetsbare groepen zoals asielzoekers. Deze uitdagingen tonen aan dat beleidsdocumenten en protocollen niet altijd effectief inspelen op de specifieke behoeften van zwangeren.

Vanwege de toenemende mate waarin Nederlandse burgers zorg missen en het gebrek aan handvatten hierbij voor zorgverleners werd in 2021 de richtlijn '*Signaleren en omgaan met zorgmijding in de eerste lijn*' gepubliceerd door het Trimbos-instituut in samenwerking met de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Deze richtlijn stelt dat zorgprofessionals in de eerstelijnszorg, waaronder ook eerstelijns verloskundigen vallen, een aantal knelpunten ervaren in hun zorgpraktijk bij het bereiken, benaderen en ondersteunen van mensen die zorg missen (Trimbos-V&VN, 2021, p.6). De richtlijn noemt verschillende oorzaken die kunnen leiden tot zorg missen, zoals teleurstellingen door eerdere ervaringen in de zorg, lange wachttijden, wantrouwen in het zorgsysteem, angst voor verlies van inkomen, vrees voor uithuisplaatsing van kinderen, en schaamte of angst voor vooroordelen (idem, p.6). Echter, ook sociale factoren zoals een migratieachtergrond, laaggeletterdheid, onduidelijkheid over het zorgaanbod en persoonlijke opvattingen over ziekte en gezondheid zijn van invloed (idem, p.13; p.37). Daarnaast kunnen specifiek tijdens de zwangerschap ook oorzaken zoals twijfels over het behoud van de zwangerschap of het niet direct opmerken van zwangerschapsverschijnselen een rol spelen (Van Brouwers et al., 2023, p.3-4). De richtlijn van het Trimbos-instituut biedt handvatten voor het omgaan met zorgmijding in de eerste lijn, maar deze zijn alleen van toepassing op cliënten die al bij een zorgverlener bekend zijn. Verloskundigen worden vaak pas geconfronteerd met zorgmijding wanneer zwangeren zich later dan gebruikelijk melden voor zorg.

In tegenstelling tot de oorzaken die het Trimbos-instituut aanhaalt voor zorgmijding, heerst in de verloskundige zorg vaak het idee dat 'zorg mijden' of 'zorg missen' gepaard gaat met psychosociale problematiek. Feijen-de Jong (2015, p.36) stelt dat factoren zoals roken, jonge maternale leeftijd, laag opleidingsniveau, etnische minderheden, en andere sociale determinanten verbonden zijn met het missen van zorg tijdens de zwangerschap. Van Caspel (2021, aangehaald door Werdmuller & Brouwershaven, 2024) beschrijft de associatie tussen zorg mijden en de aanwezigheid van psychische of psychiatrische problemen, een verstandelijke beperking, overgewicht of het onbewust ontkennen van de zwangerschap. Zorgverleners associëren het fenomeen van 'zorg mijden' of 'zorg missen' vaak met psychosociale problematiek, doordat ze aannemen dat een onopgemerkte zwangerschap vooral voorkomt bij mensen in een kwetsbare positie die moeite hebben met het omgaan met de zwangerschap (Van Brouwers et al., 2023, p.5). Deze associatie wordt ook beschreven in het Verloskundig Vademecum, dat de landelijke basis stelt voor samenwerkingsafspraken in de verloskundige keten en adviseert om de thuissituatie extra aandacht te geven als er geen prenatale zorg is verleend (CVZ, 2003, p.115). Het idee dat zwangeren te laat in zorg komen als gevolg van psychosociale problematiek wordt dus vanuit meerdere perspectieven benoemd.

Het gebrek aan duidelijke richtlijnen voor verloskundigen dwingt hen om te vertrouwen op hun eigen morele kompas, gevormd door persoonlijke ervaringen en externe bronnen zoals landelijke beleidsrapporten en regionale protocollen. Wanneer late zorgmeldingen complicaties veroorzaken die anders voorkomen hadden kunnen worden, kan dit leiden tot morele schade bij zorgverleners, ook wel 'moral residu' genoemd. Dit begrip verwijst naar de morele schade die overblijft wanneer men beseft niet juist gehandeld te hebben (Kohlen, 2009, p.139). Selma Sevenhuijsen (2004, p.26) stelt dat beleidsdocumenten vaak mensen aanmoedigen meer verantwoordelijkheid te nemen, wat het risico op moral residu niet noodzakelijk vermindert. Deze aanmoediging om meer verantwoordelijkheid te nemen heeft twee kanten. Enerzijds kan het verloskundigen stimuleren om nog actiever zwangeren aan te moedigen om tijdig prenatale zorg te zoeken. Anderzijds kan het er ook toe leiden dat verloskundigen zwangeren verantwoordelijk houden wanneer zij niet tijdig in zorg komen. Van Brouwers et al. (2023,

p.5) benadrukt dat zwangeren die volgens de norm te laat in zorg komen, hier vaak geen bewuste keuze maken en juist behoefte hebben aan erkenning van zorgverleners.

Een analyse van de manier waarop verwachtingen in verloskundige beleidsdocumenten worden gevormd en gereproduceerd, kan inzicht bieden in de manier waarop deze documenten kunnen bijdragen aan de normatieve verwachting dat zwangeren tijdig prenatale zorg moeten zoeken. Dit inzicht kan helpen bij het ontwikkelen van richtlijnen voor verloskundigen om adequaat om te gaan met zwangeren die volgens de norm te laat in zorg komen.

1.3. Wetenschappelijke probleemstelling

Er is veel geschreven over de constructie van discoursen die bijdragen aan heersende normatieve verwachtingen. Het sociaal constructivisme stelt dat onze sociale omgeving en onze relaties binnen deze omgeving van invloed zijn op onze waarneming en interpretatie van de werkelijkheid (Creswell & Poth, 2018, p.24). Volgens Paulo Freire (Freire, 1972, p.132, aangehaald door Bacchi, 2012, p.1) verstoren geconstrueerde problematiseringen onze gangbare 'waarheden'. Deze problematiseringen presenteren onze waarheden als problemen, zetten ze ter discussie en worden beïnvloed door normatieve ideeën over hoe de werkelijkheid zou moeten zijn (idem, p.1). Deze constructies bestaan volgens Foucault (1971, aangehaald door Bacchi, 2012, p.2) niet als denkobjecten buiten de relaties van politieke systemen. In de context van dit onderwerp betekent dit dat begrippen zoals 'te laat in zorg komen' of 'een ongecontroleerde zwangerschap' enkel bestaan als denkobjecten binnen de relaties van politieke systemen die de verantwoordelijkheid van burgers om zorg te ontvangen benadrukken. Foucault stelt dat de betekenissen van deze taalconstructies het discours vormen (Bacchi, 2012, p.2). Hierdoor kunnen beleidsdocumenten normatieve verwachtingen scheppen over de verantwoordelijkheden van zwangere cliënten, maar ook van hun verloskundige zorgverleners, wanneer de late zorgmelding als problematisering wordt beschreven.

In de medische wetenschap is echter weinig onderzoek gedaan naar de gevolgen van de normatieve verwachting dat zwangeren tijdig prenatale zorg moeten zoeken. Uit onderzoek blijkt dat de toenemende medicalisering en culturele perceptie van zorg hebben geleid tot het normatieve idee dat professionele zorgverlening ontvangen essentieel is (Horstman & Slatman, 2010b, aangehaald door Horstman, 2011, p.19). Dit normatieve idee komt duidelijk naar voren in literatuur over de zwangerschap. De Nederlandse wetenschapsfilosoof Trudy Dehue (2023, p.288) benadrukt in haar laatste werk *'Ei, foetus, baby'* de hedendaagse normatieve verwachting dat zwangeren 'zo vroeg mogelijk' in zorg moeten komen. Ook Steegers et al. (2021) en Roseboom (2018) wijzen erop dat de gebruikelijke zwangerschapstermijn in Nederland om in prenatale zorg te komen tussen 8 en 12 weken ligt en dat wanneer zwangeren later in zorg komen dan deze termijn, dit als 'te laat' wordt gezien. Zo beschrijven Steegers et al. (2021, p.23) in hun boek *'Sociale Verloskunde'* hoe de eerste zwangerschapscontrole normaliter tussen 8 en 12 weken zwangerschap plaatsvindt in Nederland en benoemen zij dat de gemiddelde termijn van 14 weken waarbij zwangeren in grote steden en met een migrantenachtergrond in zorg komen *"..dus te laat"* is. Roseboom (2018, p.12) beschrijft hierover in haar werk *'De eerste 1000 dagen'* dat vrouwen vaak *"..te laat"* starten met gezondheidsbevorderende aanpassingen voor het ongeboren kind.

De vraag blijft of prenatale zorg daadwerkelijk essentieel is voor een gezonde zwangerschap. De dominante benadering van 'goede zorg' in de verloskunde richt zich volgens Horstman (2011, p.19) op meetbare uitkomsten, gebaseerd op (inter)nationale geboortestatistieken. Annelies van Heijst (1993, aangehaald door Horstman, 2011, p.20) waarschuwt dat deze illusie van controle in de verloskundige zorg kan leiden tot weerloosheid bij onverwachte gebeurtenissen. Filosofen zoals Nussbaum (1998, aangehaald door Horstman, 2011, p.20) stellen dat normatieve ideeën over controle en risicomijding een onrealistisch ideaal van een 'risicoloos leven' creëren. Voor zwangeren die te laat in zorg komen, betekent dit een groter risico op stigmatisering, omdat het niet tijdig zoeken van zorg kan worden gezien als risicovol gedrag vanwege het verhoogde risico dat complicaties niet tijdig worden opgemerkt. Van Nistelrooij (2015a, p.49) waarschuwt ons voor het denken in dichotomieën zoals goed/fout, omdat

dit onze blik kan beperken. Deze beperking van onze blik zou wellicht de kern van stigmatisering kunnen vormen, omdat deze voortkomt uit de dichotomie risicovol/risiceloos, die ten grondslag lijkt te liggen aan preventieve zorg.

Verschillende opvattingen over de normatieve verwachting dat zwangeren tijdig in zorg moeten komen, kunnen aanzienlijke gevolgen hebben voor de zorgrelatie tussen de verloskundige en de zwangere cliënt. Perry et al. (2002, aangehaald door Jenkinson et al., 2017, p.3) wijzen erop dat zorgen over de veiligheid tijdens de zwangerschap en ideeën over de beste manier om deze te waarborgen, kunnen leiden tot conflicten tussen zorgverleners en zwangeren. Goffman (1963, aangehaald door Kurzban & Leary, 2001, p.187) beschrijft hoe stigmatisering kan optreden wanneer iemands gedrag niet overeenkomt met maatschappelijke verwachtingen. Zwangeren die niet aan de verwachtingen van de maatschappij en hun zorgverleners voldoen, lopen dan ook het risico om in een conflict te verzeilen en gestigmatiseerd te worden door hun verloskundige. Dit maakt hen kwetsbaar. De zorgethiek probeert op deze kwetsbaarheid aan te sluiten door de specifieke zorgvraag en behoeften van zorgontvangers centraal te stellen en de nadruk te leggen op persoonsgerichte zorg, waarbij zij zich richt op het bieden van aandacht, het nemen van verantwoordelijkheid en een competente en responsieve benadering van de zorgontvanger (Van Nistelrooij, 2015b, p.61). De zorgethiek biedt hierdoor een waardevol perspectief op relationaliteit, macht/positie en kwetsbaarheid. In de zorgethiek wordt kwetsbaarheid namelijk gezien als een fundamenteel aspect van het menselijk bestaan (Tronto, 1993, p.135). Daarnaast wordt in de zorgethiek de complexiteit van menselijke relaties benadrukt en de noodzaak om machtsdynamieken en posities te erkennen binnen de zorgverlening (idem, p.124).

Zorgethisch onderzoek naar de heersende discourses over tijdige prenatale zorg in verloskundige beleidsdocumenten biedt een kritische reflectie op de boodschap die deze documenten aan verloskundigen overbrengen. Dit inzicht is essentieel om de complexiteit en implicaties van de zorgrelatie tussen verloskundigen en zwangeren die niet tijdig prenatale zorg ontvangen te begrijpen en om verbeterpunten in de zorg te ontdekken.

1.4. Vraagstelling

Uit de probleemstelling volgt de hoofdvraag:

Hoe worden de heersende discourses rondom de normatieve verwachting dat zwangeren tijdig prenatale zorg moeten krijgen geconstrueerd en gereproduceerd in Nederlandse beleidsdocumenten voor verloskundige zorg, en hoe kunnen zorgethische inzichten over relationaliteit, macht/positie en kwetsbaarheid bijdragen aan een kritische evaluatie en verbetering van deze discourses ter bevordering van de verloskundige zorg?

Uit deze hoofdvraag volgen de volgende drie deelvragen:

1. *Welke inzichten biedt de literatuur over de heersende discourses die van invloed zijn op normatieve verwachtingen rond tijdige prenatale zorg, en wat zegt de zorgethische literatuur specifiek over relationaliteit, macht/positie en kwetsbaarheid in relatie tot deze discourses?*
2. *Hoe worden discourses omtrent 'tijdig in zorg komen' tijdens de zwangerschap geconstrueerd en gereproduceerd in Nederlandse beleidsdocumenten voor verloskundige zorg?*
3. *Hoe kunnen de inzichten uit de zorgethische literatuur over relationaliteit, macht/positie en kwetsbaarheid bijdragen aan een kritische evaluatie van de heersende discourses rondom de normatieve verwachting dat zwangeren tijdig prenatale zorg moeten krijgen, ter verbetering van de verloskundige zorg?*

1.5. Doelstelling

De interne doelstelling van dit onderzoek is het blootleggen van de discourses in Nederlandse beleidsdocumenten voor verloskundige zorg omtrent de normatieve verwachting dat zwangeren tijdig prenatale zorg moeten ontvangen en het verhelderen van het begrip van deze discourses vanuit een zorgethisch perspectief te verhelderen. Daarnaast is de externe doelstelling om inzicht te krijgen in hoe de discourses omtrent de normatieve verwachting dat zwangeren tijdig prenatale zorg ontvangen, worden geconstrueerd en gereproduceerd in Nederlandse beleidsdocumenten voor verloskundige zorg. Hierbij wordt onderzocht hoe zorgethische inzichten over relationaliteit, macht/positie, en kwetsbaarheid kunnen bijdragen aan een kritische evaluatie van deze discourses en aan de verbetering van de verloskundige zorg. Het uiteindelijke doel is om te begrijpen hoe deze discourses bijdragen aan de vorming van normatieve verwachtingen en de stigmatisering van zwangere cliënten die te laat in zorg komen, om vervolgens aanbevelingen te formuleren voor een meer inclusieve en zorgzame benadering van prenatale zorg door verloskundigen.

2. Methode

Dit hoofdstuk beschrijft de methode die is gehanteerd om het onderzoek uit te voeren. Het bevat een omschrijving van de onderzoeksbenadering (2.1), onderzoeksmethode (2.2), verantwoording van literatuur en bronnenselectie (2.3), casusdefinitie, onderzoekseenheid en dataverzameling (2.4), data-analyse (2.5) en ethische overwegingen (2.6).

2.1. Onderzoeksbenadering

Dit onderzoek betreft een zorgethisch onderzoek, waarbij de Utrechtse benadering van zorgethiek zal worden gehanteerd. In de Utrechtse benadering van zorgethiek wordt zorgethiek gezien als een interdisciplinair veld van onderzoek dat gedreven wordt door maatschappelijke vragen (Leget et al., 2017, p.21). De sleutelvraag die in deze maatschappelijke vragen centraal staat, is: "Wat is goede zorg, gegeven deze particuliere situatie?" (idem, p.21). Om hierop antwoord te geven, is gebruikgemaakt van een theoretisch kader dat functioneert als een multifocale interpretatieve lens (idem, p.21). Dit betekent dat er meerdere perspectieven zijn gebruikt om een complex onderwerp op een grondige, veelzijdige manier te begrijpen en analyseren. Een zorgethische benadering is van toegevoegde waarde voor dit onderzoek omdat het diepgaand inzicht biedt in de ethische dimensies van zorgrelaties, verantwoordelijkheid, en kwetsbaarheid binnen de onderzochte context.

In het onderzoek is een theoretisch kader opgebouwd rond het concept van zorg, waarbij moederlijke zorgpraktijken, zoals het ontvangen van prenatale zorgverlening, een centrale rol hebben gekregen. Dit is van belang omdat het de basis biedt voor het begrijpen, interpreteren en verklaren van de verzamelde data. Ook is er in het theoretisch kader onderzocht welke invulling moederlijke zorgpraktijken krijgen in onze hedendaagse maatschappij en hoe deze invulling van invloed is op het huidige morele beeld van de 'perfecte moeder'. Verondersteld wordt dat dit morele beeld leidend is in de wijze waarop van zwangeren wordt verwacht dat zij invulling geven aan het (aankomend) moederschap. De focus ligt hierbij op de volgende zorgethische concepten: relationaliteit, macht/positie en kwetsbaarheid. Deze begrippen staan in de zorgethiek bekend als '*critical insights*'. Dit zijn uitgewerkte begrippen die als gedeelde inzichten binnen de zorgethiek richtinggevend zijn voor de verdere ontwikkeling van theorie (idem, p.23).

In de Utrechtse benadering van zorgethiek wordt het theoretisch kader afgezet tegen empirisch onderzoek om de link tussen de theorievorming van zorgethiek en de dagelijkse praktijk te leggen (Leget et al., 2017, p.22). In dit onderzoek is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksbenadering, waarbij een analyse van discoursen is toegepast. Deze onderzoeksbenadering is geschikt voor dit zorgethische onderzoek omdat het inzicht biedt in de machtsdynamieken binnen discoursen, die het verloskundig beleid beïnvloeden. Door te analyseren hoe institutionele en culturele invloeden het huidige beeld van de prenatale zorg vormen, helpt een analyse van discoursen de normatieve verwachtingen rondom zorgpraktijken kritisch te bekijken. Het identificeren van tegenstrijdige en beperkende discoursen maakt de complexiteit en ethische dilemma's binnen de prenatale zorg zichtbaar.

2.2. Onderzoeksmethode

In dit onderzoek wordt een koppeling gemaakt tussen theorie en empirie om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Het onderzoek begon met een literatuurstudie, bestaande uit een zorgethische verkenning en een contextuele verkenning. De zorgethische verkenning richt zich op het verduidelijken van de relevantie van zorgethiek, terwijl de contextuele verkenning een helder beeld geeft van de context waarin de specifieke discoursen die in deze studie werden onderzocht, tot stand zijn gekomen. Vervolgens werd een thematische analyse toegepast om patronen en discoursen in beleidsdocumenten te identificeren. Het theoretisch onderzoek vormde hierbij de basis voor de vorming van de thema's. De

verschillende fases die voor een thematische analyse gelden zijn: het bekend raken met de data, het genereren van codes, het construeren van thema's, het herzien van potentiële thema's, het definiëren en benoemen van de thema's en het samenstellen van het onderzoeksrapport (Terry et al., 2017, p.12).

De methodologische basis van het empirische onderzoek is geïnspireerd door de analytische tradities van de Canadees-Australische politicologe Carol Bacchi. Bacchi (2005, p.199) onderscheidt twee onderzoeksmethoden: een sociaal-psychologische benadering gericht op taalpatronen (discoursanalyse) en een politiek-theoretische benadering gericht op betekenisvorming binnen sociale contexten (analyse van discoursen). Ik heb gekozen voor de tweede methode, omdat het doel van dit onderzoek is om te ontdekken hoe institutionele invloeden bepaalde inzichten over problemen en problematiseringen vormen. Om de onderliggende discoursen in beleidsdocumenten op te sporen, heb ik daarnaast inspiratie opgedaan uit de TRACE-methode van de Nederlandse voormalig hoogleraar vrouwenstudies Selma Sevenhuijsen (2004). De TRACE-methode is waardevol voor een zorgethische analyse, omdat het een gestructureerde en grondige benadering biedt om beleidsdocumenten te evalueren en te verbeteren vanuit een zorgethisch perspectief. De methode omvat vier stappen. Tabel 1 geeft een overzicht van deze stappen.

Tabel 1. Stappenplan behorend bij de TRACE-methode.

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Opsporen: Onderzoek naar de regels, machtsposities en autoriteit van de tekstschrijver, evenals dominante waarden, aannames en retorische kenmerken (Sevenhuijsen, 2004, p.23-32).2. Evalueren: Analyse van de onderliggende politieke filosofie, probleemdefinities, machtsverhoudingen en beoordeling van de sterktes, zwaktes en de impact van het beleid (idem, p.32-34).3. Herziening met de zorgethiek: Vergelijking van zorgdefinities volgens Tronto en Fischer, met aandacht voor de basisprincipes van de zorgethiek: aandacht hebben, verantwoordelijkheid nemen, competent zijn, responsief zijn, aangevuld met het creëren van een klimaat van vertrouwen (idem, p.34-39).4. Concretiseren: Het reflecteren op de verantwoordelijkheden en maatregelen, evaluatie van beleidsinhoud, en beoordeling van de implementatie van zorgethiek in beleidsdocumenten, met aandacht voor politieke uitdagingen (idem, p.40-42). |
|---|

In dit onderzoek heb ik dominante waarden en aannames in de empirie opgespoord door een analyse van discoursen (stap 1). Vervolgens heb ik de probleemdefinitie in beleidsdocumenten geanalyseerd, specifiek gericht op de normatieve verwachting dat zwangeren tijdig in prenatale zorg moeten komen (stap 2). Daarna heb ik deze empirische bevindingen vergeleken met zorgethische inzichten uit theoretisch onderzoek, waarbij ik heb onderzocht hoe vanuit een zorgethisch perspectief naar de problematisering van het 'laat in zorg komen' wordt gekeken (stap 3). Als laatste heb ik, gebaseerd op de alternatieve benadering voorgesteld door zorgethische inzichten, aanbevelingen gedaan over hoe de prenatale zorg inclusiever kan worden vormgegeven voor zwangeren die laat in zorg komen (stap 4). De combinatie van de zorgethiek met de bevindingen uit het theoretisch onderzoek en het empirisch onderzoek biedt mogelijkheden om de gevonden discoursen te benaderen vanuit een ander (zorgethisch) perspectief. Zo is aan de hand van zorgethische discussie onderzocht hoe de geïdentificeerde discoursen vanuit een zorgethisch perspectief kunnen worden beïnvloed of veranderd.

2.3. Verantwoording literatuur en bronnenselectie

In het theoretisch kader is ervoor gekozen om diverse auteurs te raadplegen om zo verschillende perspectieven te kunnen belichten en inzicht te krijgen in de vorming van de huidige heersende discoursen rondom de normatieve verwachting dat zwangeren tijdig prenatale zorg moeten krijgen.

Deze literatuurselectie biedt een brede en diepgaande basis voor een kritische evaluatie van deze discourses.

2.3.1. Geraadpleegde literatuur

Joan Tronto's werk *'Moral Boundaries'* (1993) vormt de basis van de Utrechtse zorgethiek en is daarom relevant voor de koppeling tussen zorgethiek en empirie in dit onderzoek. Ditzelfde geldt voor Nancy Chodorow's literatuur (1999) over de reproductie van het moederschap, die uitlegt hoe het huidige beeld van moederschap is gevormd door het neoliberale tijdperk. Deze literatuur werd geraadpleegd voor een eerdere thesis en bleek eveneens van meerwaarde in het kader van dit onderzoek (zie: Kings, 2022, p.11-12). Sarah Jane Brubaker en Heather Dillaway (2009) bespreken de medicalisatie in de geboortezorg, en Emily Burns (2015) onderzoekt discourses in relatie tot natuurlijk moederschap. Amali Lokugamage en collega's werk (2022) biedt een dekoloniaal perspectief op verloskundige zorgverlening. Deze drie artikelen werden aangehaald in een eerdere studie-opdracht en bleken relevant vanwege hun inzichten over de positie van de zwangere in het medische discours (zie: Kings, 2024, p. 6-8). Het overige deel van de literatuur voor de contextuele verkenning werd verzameld via verschillende zoekopdrachten in Google Scholar gevonden, waarbij naar literatuur werd gezocht op de termen discours analysis AND midwifery care.

Voor de uitwerking van zorgethische concepten zijn verschillende bronnen geraadpleegd. Margaret Urban Walker's boek *'Moral Understandings: A Feminist Study in Ethics'* (2008), aanbevolen door mijn thesisbegeleider, verheldert de rol van verantwoordelijkheid binnen de zorgethiek. Sara Ruddick's baanbrekende werk *'Maternal Thinking'* (1989) biedt een andere visie op moederschapspraktijken en wordt beschouwd als een grondlegger van de zorgethiek. Daarnaast is een artikel van politicoloog en zorgethicus Fiona Robinson (2013) geraadpleegd, waarin Ruddick wordt gebruikt om de discourses over moederschap te belichten. Ten slotte zijn artikelen van zorgethica Inge van Nistelrooij en een gezamenlijk artikel met Rodante van der Waal (2019) meegenomen, waarin de overgang naar het moederschap vanuit een zorgethische invalshoek wordt toegelicht. Deze bronnen vormden de basis voor de zorgethische verkenning in mijn onderzoek.

2.3.2. Sensitizing concepts

De sensitizing concepts *'laat in (prenatale) zorg'*, *'ongecontroleerde zwangerschap'*, *'relationaliteit'*, *'macht/positie'*, *'kwetsbaarheid'*, *'verantwoordelijkheid'*, *'stigmatisering'*, *'moederschap'*, *'discourses'* en *'zorgethische benadering'* dienen als theoretische lens om het analyseproces tijdens de uitvoering van het onderzoek te structureren en om de complexiteiten betreffende het onderwerp te helpen begrijpen (Boeije & Bleijenbergh, 2019, p.39).

2.4. Casusdefinitie, onderzoekseenheid en dataverzameling

In dit onderzoek werd gekozen om verschillende beleidsdocumenten te raadplegen die in de afgelopen jaren impact hebben gehad op de vorming van het huidige verloskundig beleid in Nederland. Hiervoor werden vier inclusiecriteria gehanteerd. Tabel 1 geeft een overzicht van de toegepaste inclusiecriteria.

Tabel 1. Overzicht van inclusiecriteria.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">◆ Het beleidsdocument is van toepassing op de Nederlandse context (d.w.z. werd gepubliceerd in Nederland en is gericht op Nederlandse artsen, zorgverleners, beleidsmakers en/of politici).◆ Het beleidsdocument werd gepubliceerd in de afgelopen 20 jaar. Deze termijn werd aangehouden omdat de verloskundige beroepsgroep in 2004 voor het laatst een voorstel deed voor een uitwerking van de prenatale zorg in beleidsdocumenten, welke in de hedendaagse praktijk nog steeds wordt |
|--|

gehanteerd door Nederlandse verloskundigen (KNOV, 2008, p.5).

- ◆ Het beleidsdocument gaat expliciet in op het belang van tijdige prenatale zorgverlening aan zwangeren.
- ◆ Het beleidsdocument bevat aanbevelingen voor het organiseren en faciliteren van prenatale verloskundige zorgverlening in de eerste lijn. Er is in dit onderzoek gekozen om specifiek te kijken naar beleidsdocumenten die van toepassing zijn op de eerste lijn, omdat zwangeren in Nederland enkel op indicatie en na een doorverwijzing van een huisarts of eerstelijns verloskundige in de tweede of derde lijn terecht kunnen voor het ontvangen van hoogrisico zorgverlening. Van deze groep zwangeren wordt verondersteld dat zij reeds in zorg zijn geweest alvorens zij in de tweede lijn terecht komen voor prenatale zorg.

Voor het empirische onderzoek zijn beleidsdocumenten verzameld via Google. Het startpunt was het adviesrapport van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (2009), dat tijdens mijn verloskundige opleiding als standaard gold. Aangezien dit rapport inmiddels ruim 15 jaar oud was, zijn aanvullende beleidsrapporten gezocht die voortbouwden op de aanbevelingen ervan. Ook bleken de publicaties van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) relevant, omdat zij invloed hebben op de vorming van verloskundigen en een ander perspectief bieden op tijdige prenatale zorg en afwijking van standaardzorg, in tegenstelling tot beleidsrapporten die vooral door gezondheidswetenschappers en beleidsmakers zijn opgesteld met focus op het verminderen van perinatale sterfte- en morbiditeitscijfers.

Vervolgens werd een selectie van protocollen gemaakt aan de hand van een zoekopdracht in Google met de focus op prenatale verloskundige zorg aan zwangeren die niet of (te) laat in zorg komen. Hiervoor werden de zoekcombinaties “protocol” AND “te laat in zorg” AND “zwangerschap” en “protocol” AND “ongecontroleerde zwangerschap” gebruikt. Niet elke regio bleek aan de hand van deze zoekopdracht hiervoor een specifiek protocol te hebben. De regio's die hier wel een protocol voor hadden dat via Google vrij toegankelijk was werden opgenomen in dit onderzoek. Deze protocollen, afkomstig uit verschillende regio's in Nederland, bieden inzicht in de lokale implementatie van landelijke beleidskaders en de manier waarop discoursen rondom verloskundige zorg vanuit landelijke beleidsdocumenten worden gereproduceerd op regionaal niveau. De selectie van vijf regionale protocollen zorgt voor een brede geografische representatie en beperkt het risico op geografische bias.

In de totale selectie van data voor dit onderzoek werd erop gelet dat er sprake zou zijn van een brede mate van diversiteit binnen de keuze voor de beleidsdocumenten. Hierdoor worden verschillende sociaalpolitieke, culturele en demografische contexten vertegenwoordigd in het onderzoek.

2.5. Data-analyse

Na het selecteren van beleidsdocumenten en het identificeren van relevante hoofdstukken voor analyse, worden tekstfragmenten geïdentificeerd waarin het belang van (tijdige) prenatale zorgverlening en de rollen van zwangeren, zorgverleners, de sociale omgeving en de politiek worden benadrukt. Specifieke tekstpassages die de organisatie en noodzaak van prenatale zorg behandelen, worden zorgvuldig geselecteerd. Daarnaast wordt rekening gehouden met de context van het discours, aangezien taalgebruik volgens Van den Berg (2004, p.31) sterk afhankelijk is van de context.

Voor het analyseren van de geselecteerde tekstfragmenten uit de beleidsrapporten heb ik eerst de zes landelijke beleidsrapporten inductief gecodeerd. Vervolgens ben ik overgegaan op een deductieve analyse aan de van thema's volgens het stappenplan van Boeije & Bleijenbergh (2019, p.133-140). In de daaropvolgende fase heb ik de discoursen in de beleidsrapporten opgespoord door de volgende vragen te stellen: *'Hoe worden de zwangere, de foetus, de verloskundige zorgverlener en de prenatale zorg gepositioneerd?'* Deze vragen vormden de basis voor het identificeren van de heersende discoursen. Daarbij onderzocht ik welke aannames in de beleidsrapporten aanwezig zijn en

welke typische uitdrukkingen, metaforen en stereotypes worden gebruikt, zoals beschreven in de eerste stap van de TRACE-methode (Sevenhuijsen, 2004, p.26).

Vervolgens is er een analyse uitgevoerd van vijf regionale protocollen om te onderzoeken hoe deze discourses worden gereproduceerd in de protocollen. Hierbij wordt gekeken naar de discursieve praktijken (d.w.z. tekstuele interacties) in de protocollen, die dienen om de sociale werkelijkheid te construeren en die daardoor mogelijk (onbewust) maatschappelijke ongelijkheden legitimeren (Van den Berg, 2004). De protocollen worden pas na de eerste analyse van beleidsdocumenten bestudeerd om vooringenomenheid te voorkomen. Het coderen van tabellen, afkortingen en steekwoorden blijkt uitdagend vanwege de beknopte aard van de informatie. Om toch nauwkeurig te coderen, wordt opnieuw gereflecteerd op de posities van de zwangere, de foetus, de verloskundige zorgverlener en de prenatale zorg binnen specifieke tekstregels, en hoe deze posities gerelateerd kunnen worden aan de eerder geïdentificeerde discourses. Hiermee wordt onderzocht hoe de discourses uit de zes landelijke beleidsrapporten worden gereproduceerd in de vijf regionale protocollen, en hoe de beschrijvingen in deze protocollen bijdragen aan de normatieve verwachting dat zwangeren tijdig prenatale zorg moeten ontvangen. Tabel 2 geeft een overzicht van het analyseproces.

Tabel 2. Overzicht van analyseproces.

1. **Selecteren van fragmenten:** De landelijke beleidsdocumenten werden zorgvuldig gelezen om relevante tekstfragmenten te kunnen identificeren die het belang of de organisatie van prenatale zorg en de risico's van zwangeren die (te) laat in zorg komen, inzichtelijk maken. Deze relevante fragmenten werden geselecteerd op basis van sleutelbegrippen zoals *'tijdig in zorg (komen)'*, *'laat in zorg (komen)'*, *'ongecontroleerde zwangerschap'*, *'prenatale zorg'*, en aanverwante termen. De geselecteerde fragmenten werden vervolgens gekopieerd naar een Excel-bestand voor de verdere analyse.
2. **Toewijzen van initiële codes:** In deze stap werden de geselecteerde tekstfragmenten in het Excel-bestand voorzien van initiële codes. Deze codes werden toegewezen op basis van de inhoud van de fragmenten en dienen als voorlopige labels om de data te organiseren en inzicht te krijgen in de belangrijkste thema's.
3. **Identificeren van thema's:** De initiële codes werden meermaals doorgenomen om patronen en verbanden tussen verschillende codes te identificeren. Op basis van deze verbanden werden bredere thema's gevormd om de data verder te structureren en te interpreteren.
4. **Formuleren van centrale begrippen:** Vanuit de onderzoeksvraag werden één belangrijk centrale begrip afgeleid: *'heersende discourses'*. Dit centrale begrip dient als hoofdthema voor de verdere analyse en biedt een kader om de data te begrijpen.
5. **Samenstellen van dimensies:** Het centrale begrip werd verder onderverdeeld in specifieke dimensies, gebaseerd op de inzichten uit de probleemstelling en de bevindingen uit het theoretisch kader. Vanuit het centrale begrip werden de volgende dimensies gevormd: *'Algemene context'*, *'Specifieke context'*, *'Verantwoordelijkheid van de zwangere'* en *'Verantwoordelijkheid van de zorgverlener'*.
6. **Opsplitsen in indicatoren:** De dimensies werden vervolgens opgesplitst in meer specifieke indicatoren die de kernaspecten van elk thema vertegenwoordigen. Deze indicatoren zijn:
 1. Algemene context: *'Organisatie en kwaliteit van de zorg'*, *'Medicalisering'*, *'Zorguitkomsten'*, *'Wetenschappelijke inzichten'* en *'Hulpmiddelen'*.
 2. Specifieke context: *'Toegankelijkheid en bereikbaarheid van zorg'*, *'Controleschema'*, en *'Diversiteit en culturele aspecten'*.
 3. Verantwoordelijkheid van de zwangere: *'Gezondheidsbevordering en preventie'*, *'Besluitvorming'*, *'Zelfmanagement'* en *'Sociale omgeving'*.
 4. Verantwoordelijkheid van zorgverleners: *'Persoonsgerichte zorg'*, *'Informatievoorziening'*, *'Risicoselectie'*, *'Samenwerking in de geboortezorg'* en *'Knelpunten'*.
7. **Clusteren van indicatoren en codes:** In een tweede Excel-bestand werden de indicatoren gekoppeld

aan de initiële codes uit stap 2. Deze codes werden geclusterd op basis van de dimensies, wat resulteert in een uitgebreide dataset van gecodeerde fragmenten.

8. **Formuleren van heersende discourses:** Op basis van de bevindingen uit het empirisch onderzoek werd geanalyseerd hoe de thema's een bepaalde denkwijze weerspiegelen. Daarbij werden de inzichten uit het theoretische onderzoek opnieuw gebruikt en werd gekeken naar de bredere context waarin de thema's worden beschreven en de impliciete aannames die in de tekst aanwezig zijn. Op deze manier konden vier heersende discourses worden geformuleerd:
 - (1) Voorkomen is beter dan genezen;
 - (2) Iedere zwangere heeft begeleiding nodig;
 - (3) Het ongeboren kind is beschermwaardig;
 - (4) De verloskundige zorgverlener is de expert.
9. **Koppelen van discourses aan vooronderstellingen:** De geformuleerde discourses werden gekoppeld aan de dimensies en verder opgesplitst in vooronderstellingen aan de hand van de eerder geïdentificeerde indicatoren.
10. **Analyseren van de vooronderstellingen:** De vooronderstellingen werden gedetailleerd geanalyseerd en gespecificeerd in analyserende teksten, waarbij de initiële codes en bijbehorende tekstcitataten werden gebruikt om de empirische resultaten te ondersteunen.
11. **Coderen van de protocollen:** Vervolgens zijn in een derde Excel-bestand ook de regionale protocollen voorzien van initiële codes.
12. **Opsporen van reproducties:** Tot slot werden eerder geïdentificeerde discourses uiteindelijk gekoppeld aan de initiële codes van de regionale protocollen, om vast te stellen hoe deze discourses in de regionale protocollen worden gereproduceerd.

2.6. Ethische overwegingen

In dit onderzoek wordt gestreefd naar een verantwoorde aanpak bij het analyseren van beleidsdocumenten door zorgvuldigheid te hanteren bij het selecteren en analyseren van tekstfragmenten. Hierbij wordt de context van de publicatie meegenomen om tot een diepgaande en correcte interpretatie van het discours te komen. Een nauwkeurige interpretatie is essentieel om de integriteit, geloofwaardigheid en potentiële impact van dit onderzoek te waarborgen. Zorgvuldigheid biedt tevens de mogelijkheid om de verschillende belangen van degenen die (indirect) betrokken zijn bij de formulering en uitvoering van het beleid zoveel mogelijk te respecteren. Om die reden heb ik ervoor gekozen om de beleidsdocumenten in de analyse niet expliciet bij naam te noemen, maar om deze te anonimiseren. Alle geselecteerde beleidsdocumenten zijn openbaar beschikbaar en hebben geen disclaimer met betrekking tot voorbehouden rechten, waardoor voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteurs niet vereist is.

3. Theoretisch kader

Dit hoofdstuk presenteert de bevindingen uit het theoretisch onderzoek, waarin een literatuurstudie werd uitgevoerd om een dieper inzicht te krijgen in hoe de heersende discourses rondom de normatieve verwachting dat zwangeren tijdig prenatale zorg moeten krijgen, tot stand zijn gekomen. Op basis van deze inzichten wordt vervolgens onderzocht wat de zorgethische literatuur zegt over verantwoordelijkheid en stigmatisering in relatie tot deze discourses. Daarmee beantwoordt dit hoofdstuk de eerste deelvraag:

Welke inzichten biedt de literatuur over de heersende discourses die van invloed zijn op normatieve verwachtingen rond tijdige prenatale zorg, en wat zegt de zorgethische literatuur specifiek over relationaliteit, macht/positie en kwetsbaarheid in relatie tot deze discourses?

3.1. Zorgethische verkenning

Deze paragraaf richt zich specifiek op de zorgethiek en de centrale rol van de zorgethische critical insights *relationaliteit*, *kwetsbaarheid* en *'macht en positie'* in relatie tot de onderzoeksvraag. In deze paragraaf wordt eerst de rol van relationaliteit besproken in de normatieve verwachting dat zwangeren tijdig zorg ontvangen. Daarna wordt ingegaan op de rol van macht en positie, gevolgd door een analyse van hoe kwetsbaarheid een rol speelt volgens Walker's theorie over verantwoordelijkheid.

3.1.1. Relationaliteit.

In deze paragraaf onderzoek ik welke rol het zorgethische critical insight *relationaliteit* speelt bij de normatieve verwachting dat zwangeren tijdig in zorg komen. Ik maak hierbij gebruik van de inzichten van de Nederlandse zorgethica Inge van Nistelrooij (2019; 2022) en verloskundige en filosoof Rodante van der Waal (2019).

Het is aannemelijk te bedenken dat de invulling van het critical insight *relationaliteit* tijdens de zwangerschap een andere betekenis krijgt. Immers, de fysieke verbintenis tussen moeder en kind maken hen tijdens de zwangerschap onlosmakelijk aan elkaar verbonden. Volgens Van Nistelrooij en Van der Waal (2019, p.55) stelt een zwangerschap nieuwe vragen bij gangbare (culturele en filosofische) ideeën over de identiteit, doordat de ervaring van het zelf als 'ik' veranderd naar de ervaring van het 'wij'. De zwangere is volgens hen niet langer meer een individu, want in haar zwangere lichaam groeit een beginnend ander (idem, p.55). Van Nistelrooij en Van der Waal (2019, p.55) schrijven het volgende over de rol van relationaliteit binnen deze onlosmakelijke verbintenis tussen de zwangere en de foetus: *“Daarom is relationaliteit bij zwangerschap ook ruimtelijk en temporeel: gedurende de zwangerschap dijt de vorm van het ‘eigen’ moederlichaam uit en de ander neemt mede bezit van het ‘eigen’ lichaam dat daardoor opzwellt, opbult, ruimte maakt voor de tweede in het ene, het andere in het zelfde”*. Van Nistelrooij en Van der Waal (idem, p.56) benadrukken dat de zwangere, niet alleen de verwachting van het kind draagt, maar ook de relatie en diversiteit van verwachtingen die hiermee samenhangen. Dit bevestigt dat de ervaring van het 'zwanger zijn' voor de zwangere niet enkel fysiologisch is, maar ook relationeel.

Andersom maakt de foetus tijdens de zwangerschap deel uit van het lichaam van een ander, namelijk de zwangere. Van Nistelrooij (2022, p.6) stelt dat vanwege het feit dat de foetus tijdelijk onderdeel is van het lichaam van de zwangere, beiden verweven zijn in een zogenaamde wij-vorm voordat de foetus als opzichzelfstaand lichaam (of individu) bestaat. Het continue appèl op het lichaam van de zwangere dat door het aankomende kind reeds tijdens de zwangerschap wordt gedaan, kan zorgen voor momenten waarop de maternale zelf (in de vorm van de zwangere) ontregeld raakt, zo vervolgt Van Nistelrooij (idem, p.14). Dit is van belangrijke invloed op de relationaliteit en heersende discourses, omdat het voortbrengen van een nieuwe generatie niet per definitie een privégebeuren is en ons handelen in de maatschappij veelal toekomstgericht is in collectieve zin (idem, p.17). Kortom, de

foetus maakt, net zoals de zwangere, deel uit van een breder web aan relaties, te noemen: de relatie tussen de foetus en de zwangere; tussen de zwangere en de maatschappij; en daardoor ook tussen de foetus en de maatschappij. Dit verduidelijkt het collectieve belang van een gezonde ontwikkeling van de foetus. Echter, dit roept ook de vraag op: *Wiens verantwoordelijkheid is de foetus?*

3.1.2. Macht en positie.

In deze paragraaf onderzoek ik welke rol het zorgethische critical insight '*macht en positie*' speelt bij de normatieve verwachting zwangeren tijdig in zorg komen en de stigmatisering van deze zwangeren. Ik maak hierbij gebruik van de inzichten van de Amerikaanse filosoof Sara Ruddick (1995) en de Britse politicoloog en zorgethica Fiona Robinson (2013) en de Amerikaanse politicoloog en zorgethica Joan Tronto (1993).

In de verwachting dat zwangeren tijdig prenatale zorg ontvangen, schuilt een machtsverhouding. Er kan worden gesteld dat degenen die deze verwachting scheppen en uitdragen, aanzienlijke invloed hebben op hoe er wordt omgegaan met zwangeren die zich niet of laat melden voor zorg. Ruddick (1995, p.6) betoogt in haar werk '*Maternal Thinking*' dat filosofen vaak suggereren dat rationaliteit superieur is aan alle andere menselijke vaardigheden en dat rationele mensen daardoor het recht zouden hebben om anderen uit te sluiten en te domineren. Ruddick beschrijft hoe zij lang eenzelfde gedachtegang koesterde totdat zij vanuit haar eigen moederschapservaring opmerkte dat de praktijken van het moederschap haar in een nieuwe rol positioneerde, waarbij haar eigen identiteit niet langer volledig van haarzelf was, en Ruddick tot de conclusie kwam dat zij vanwege haar moederlijke gevoelens deze nieuwe rol graag aannam (idem, p.8). Ruddick stelt op basis van haar eigen ervaringen dat de passies van het moederschap vaak plotseling, intens en verwarrend kunnen zijn, waardoor vrouwen dikwijls onbewust zijn van hun eigen perspectief en gedachten die door het moederschap gevormd worden (idem, p.10). Volgens Ruddick leren de praktijken van het moederschap moeders wat moeders als redelijk kunnen aannemen binnen de context van deze praktijken (idem, p.14). Ruddick benadrukt dat moeders 'moeders' zijn doordat zij zich wijden aan de eisen die aan het moederschap worden gesteld (idem, p.17). Deze eisen worden maatschappelijk bepaald en vaak als vanzelfsprekend aangenomen. Een voorbeeld is het idee van de moederlijke liefde die aanzet geeft tot bescherming en opvoeding van het kind. Ruddick beschrijft dat het bieden van bescherming en opvoeding door ouders niet om enthousiasme en liefde vraagt, maar om het zien en erkennen van de kwetsbaarheid van het kind (idem, p.19). Op basis van Ruddick's werk kan gesteld worden dat de praktijken van het moederschap, en mogelijk ook de transitie naar het moederschap die plaatsvindt tijdens de zwangerschap, niet enkel op rationaliteit berusten. Terwijl filosofen rationeel denken als het hoogste goed zien, toont Ruddick aan hoe het niet-rationele denken van moeders een waardevolle en accepterende benadering voor moeders kan zijn.

Maar hoe zit het met het idee dat moeders als niet-rationele wezens verschillende verantwoordelijkheden hebben ten gunste van het kind? Volgens Ruddick (1995, p.20) zijn veel moeders, en ook anderen, van mening dat moeders verantwoordelijk zijn voor hun kind in de ouder-kind-relatie. Van moeders wordt verwacht dat zij hun kinderen op een 'acceptabele' wijze opvoeden en het falen hierin kan door moeders als persoonlijke mislukking worden ervaren (idem, p.21). Deze gevoelens worden vaak gevoed vanuit angst voor de reacties uit de omgeving en zijn volgens Ruddick minder afhankelijk van de eigen morele definitie die moeders aan het moederschap geven (idem, p.22). Volgens Ruddick (idem, p.26) maakt dit moeders tot een machteloze groep. Zij noemt dat het moederlijk denken, als het al erkend wordt, vaak wordt geïnterpreteerd en gecontroleerd in plaats van beluisterd (idem, p.26). Er lijkt daardoor weinig ruimte voor het eigen perspectief van de moeder. Op basis van Ruddick's werk lijken de verantwoordelijkheden die worden gelinkt aan het moederschap voort te komen uit de veronderstelling dat dit is wat de samenleving van moeders verwacht.

Ruddick's werk heeft tot nieuwe inzichten over het moederlijk denken geleid onder filosofen, politicologen en ethici. Een van hen is Fiona Robinson. Robinson (2013, p.102-105) beschrijft hoe

Ruddick's theoretische concept van moederlijke praktijken, dat bekend staat als de *"politics of peace"*, aantoonde dat het 'moederlijke denken' ook een morele en politieke dimensie heeft. Robinson illustreert aan de hand hiervan hoe er op basis van geslacht onderscheid wordt gemaakt tussen mannelijke en vrouwelijke ouderfiguren, waarbij mannelijke ouders vaak als autoritaire figuren worden gezien en worden beloond wanneer zij vanuit hun ouderlijke rol controle uitoefenen, terwijl van vrouwen wordt verwacht dat zij bereid zijn zichzelf op te offeren in het belang van hun kinderen (idem, p.103). Robinson (2013) schrijft over dit onderscheid het volgende: *"When women are constructed as 'mothers', we limit and constrain women's opportunities and capabilities."* (p.99) met als gevolg: *"Any 'maternal' health initiative construct women as mothers, links 'children' to 'women' discursively and normatively, and focuses attention and resources on health issues related to the embodied work of mothering"* (p.100). Hiermee legt Robinson een belangrijk aspect van de stigmatisering van zwangere cliënten die niet tijdig zorg ontvangen bloot, namelijk het onderliggende seksisme, want terwijl zwangeren bekritiseerd worden wanneer zij niet tijdig in prenatale zorg komen, blijft de rol van hun partner hierbij onbesproken. Deze inzichten benadrukken de noodzaak om de waarde van het moederlijk denken te erkennen en te integreren in bredere sociale en politieke discussies, waardoor er een breder en inclusiever begrip van burgerschap en menselijke relaties kan ontstaan.

Ook Tronto (1993) benadrukt hoe de man/vrouw-verhoudingen invloed hebben op het beeld van moeders in de samenleving. Tronto legt uit dat het romantische Westerse discours over de dyadische relatie tussen moeder en kind bijdraagt aan de veronderstelling dat zorg van nature individualistisch is, waardoor de zorg voor een kind ook als individualistisch goed wordt beschouwd en daarmee enkel tot de verantwoordelijkheid van de biologische moeder wordt gemaakt (p.104-105). In tegenstelling tot het stereotype van vrouwen als hoofdzakelijke verzorgers, toont Tronto aan dat wanneer men breder kijkt naar de verzorgende rollen in de samenleving, deze vaak worden vervuld door mensen met minder privileges en niet alleen door vrouwen (p.82-83). Hiermee wordt het stereotype beeld van vrouwen in de rol van verzorgers ontkracht. Op basis van Tronto's filosofie kan worden aangetoond dat de stigmatisering van zwangere cliënten die laat in zorg komen, naast seksisme, ook wordt beïnvloed door machtsdynamieken waarin het wel of niet hebben van bepaalde privileges eveneens van invloed is.

Ruddick, Robinson en Tronto benadrukken hoe maatschappelijke normen rond moederschap machtsverhoudingen en stigmatisering kunnen versterken. Ruddick en Robinson illustreren de opofferende rol die moeders vaak op zich nemen onder druk van de maatschappij, terwijl Tronto aangeeft dat mensen met minder privileges eveneens vaak meer zorgtaken krijgen. Deze theorieën laten zien dat de stigmatisering van zwangere cliënten die laat in zorg komen zowel seksisme weerspiegelt, als ook de dieper liggende machtsdynamieken in de samenleving blootlegt. Dit doet de vraag rijzen: *In hoeverre dragen zorgverleners bij aan het opleggen van verantwoordelijkheden aan zwangeren voor de foetus?*

3.1.3. Kwetsbaarheid.

In deze paragraaf onderzoek ik wat verantwoordelijkheid betekent in de context van de normatieve verwachting dat zwangeren op tijd prenatale zorg zoeken. Dit zal ik doen vanuit het zogethische critical insight *'kwetsbaarheid'*. Daarbij baseer ik mij op de inzichten van de Amerikaanse filosoof Margaret Urban Walker uit haar werk *'Moral Understandings: A Feminist Study in Ethics'* (2008).

Walker heeft in haar werk onderzoek gedaan naar welke verantwoordelijkheden in de maatschappij als morele verplichting kunnen worden gezien en welke veelal worden genegeerd of als onaanvaardbaar worden beschouwd. Volgens Walker (2008, p.104) presenteren verantwoordelijkheden zich voornamelijk in de context van veroordelingen, percepties, gevoelens en reacties. Om deze complexiteit beter te begrijpen onderzoekt zij of er aan de hand van de normatieve morele theorie *'Protecting the Vulnerable'* (PPV) van Goodin (1985), meer duidelijkheid kan worden gekregen over de rol van verantwoordelijkheden binnen onze relaties met diegenen die in een kwetsbare positie gebracht

kunnen worden als gevolg van ons handelen. Goodin stelt volgens Walker (2008, p.86), dat we verantwoordelijk zijn voor het beschermen van degenen die kwetsbaar zijn voor onze acties en keuzes en benadrukt daarbij dat mensen specifieke verantwoordelijkheden krijgen op het moment dat hun handelen van invloed zou kunnen zijn op anderen. Walker is hier kritisch over, omdat het toewijzen van verantwoordelijkheden degene die de verantwoordelijkheid krijgt toegewezen ook in een kwetsbare positie kan plaatsen. Zij schrijft hierover dat Goodin zich naar haar idee voornamelijk op situaties richt waar kwetsbaarheid en verantwoordelijkheid betekenen dat een blootstelling aan iemands hulpvraag impliceert dat de ander deze persoon zou kunnen helpen (idem, p.88). Echter, volgens Walker gaat de ideologie van het beschermen van de kwetsbaren niet alleen over deze en soortgelijke uitzonderlijke verplichtingen naar de ander die gebaseerd zijn op kwetsbaarheid, maar ook over de onderlinge afhankelijkheid tussen degene die controle heeft over de situatie en degene die zich in een kwetsbare positie bevindt. Dit noemt zij het "*dependency-in-fact*" principe (idem, p.90). Om die reden stelt zij een "*Ethics of Responsibility*" voor als normatief moreel kader, dat mensen en verantwoordelijkheden op de juiste plaats zet met respect voor elkaar (idem, p.84). Concluderend presenteert Walker in reactie op Goodin's ideologie vanuit zorgethisch perspectief een alternatieve benadering om naar verantwoordelijkheid te kijken waarin het critical insight '*kwetsbaarheid*' een belangrijke rol speelt.

Als men specifiek kijkt naar de context waarin zwangeren verantwoordelijk worden gesteld voor de ontwikkeling van de foetus dan zou men op basis van Goodin's ideologie kunnen stellen dat het toekennen van deze verantwoordelijkheid aan zwangeren juist is. Volgens Goodin (aangehaald door Walker, 2008, p.93) is het de voornaamste taak van ouders om voor hun kinderen te zorgen, waarbij de speciale verantwoordelijkheden van het ouderschap worden gevormd door de kwetsbaarheid van het kind en niet door de vrijwillige keuze van de ouders om het kind te verwekken. Walker (2008, p.94) denkt hier anders over, zij betoogt dat de behoeften van kinderen niet losstaan van de betekenissen die door sociale normen worden ingegeven. Volgens Walker (idem, p.94) zouden primaire ouderlijke verantwoordelijkheden om die reden moeten worden herzien, aangezien gemeenschappen variëren in hun ideeën over wat noodzakelijk wordt geacht in de zorg van kinderen en deze ideeën ook afhankelijk zijn van individuele omstandigheden en het stadium van de zwangerschap (idem, p.94). Duidelijk wordt dat Goodin in zijn ideologie uit gaat van een universeel idee van ouderlijke verantwoordelijkheden, waarbij geen rekening wordt gehouden met culturele en sociale verschillen.

Het idee dat wij het zogenoemde product zijn van onze opvoeding en de maatschappij waarin wij opgroeien (denk hierbij aan het eerdergenoemde sociaal constructivisme), heeft ook invloed op de verwachtingen die men van ons heeft en die wij van onszelf hebben, zo geldt dit ook voor zwangeren. Walker (2008) stelt dat sociaal geaccepteerde ideeën niet uniform zijn binnen samenlevingen, maar afhankelijk van de capaciteiten, mogelijkheden en bronnen van de ouder(s), politieke agenda's en beschikbare technologie. Deze veranderlijke normen zorgen voor verschuivingen in verantwoordelijkheden en verschuivingen in de beschuldigingen over wie waarvoor verantwoordelijk zou moeten zijn (idem, p.95). Volgens Walker spelen sociaal-maatschappelijke en geïnstitutionaliseerde normen een grote rol in de wijze waarop om wordt gegaan met verantwoordelijkheid, waarbij niet altijd rekening wordt gehouden met andere belanghebbende partijen of verschillende morele culturen (idem, p.91). Walkers analyse benadrukt dat ons oordeel over wie waarvoor verantwoordelijk is, wordt geleid door ons denken over schuld en verantwoordelijkheid (idem, p.105). Om die reden pleit Walker voor een geografie van verantwoordelijkheden, een structuur die inzicht geeft in gangbare aannames over verantwoordelijkheden, hoe deze worden toegewezen, onderhandeld en afgeleid in het morele leven (idem, p.105-106). Een geografie van verantwoordelijkheden beperkt zich niet alleen tot de maatschappelijke ideeën over welke verantwoordelijkheden men hoort te nemen, maar kijkt ook naar het vermogen van het individu om hieraan te kunnen voldoen.

In dit onderzoek kan door middel van de theorie van Walker worden aangetoond hoe de behoeften van de foetus binnen het sociale zorgsysteem worden gedefinieerd en beheersbaar gemaakt (idem, p.96). Dit creëert kwetsbaarheden voor de zwangere die afhankelijk is van deze systemen. Deze kwetsbaarheid laat zich bijvoorbeeld zien door de mate waarin zwangeren die later dan gewenst in zorg

komen, zich niet serieus genomen of zelfs gestigmatiseerd voelen en waarin de gedachte dat zij niet hebben voldaan aan deze normatieve verwachting kan leiden tot gevoelens van schaamte en beschuldigingen (idem, p.96). Hierdoor wordt de noodzaak van een gedetailleerde en contextuele benadering van verantwoordelijkheid binnen de verloskundige zorgverlening onderstreept vanuit de vraag: *Waartoe verhoudt de zwangere zich in de verantwoordelijkheid voor de foetus?*

3.2. Contextuele verkenning

Om antwoord te geven op de vragen die in de zorgethische verkenning aangekaart werden is in de contextuele verkenning onderzocht hoe de normatieve verwachtingen van de zwangere in de huidige maatschappij zijn ontstaan (3.2.1.), welke impact het medische discours heeft op de organisatie van prenatale zorgverlening (3.2.2.) en welke rol het dominante tijds kader van de prenatale zorg speelt in de heersende discourses rondom de normatieve verwachting dat zwangeren tijdig prenatale zorg moeten krijgen (3.2.3.). Daarnaast zijn de uitkomsten uit de contextuele verkenning toegepast om de dimensies en indicatoren voor de deductieve analyse te definiëren.

3.2.1. De normatieve verwachtingen van de zwangere in de huidige maatschappij

In deze paragraaf beschrijf ik hoe de zwangere als verzorgend moreel model wordt gepresenteerd in de huidige heersende discourses, hoe deze presentatie is ontstaan en welke consequenties dit moreel beeld kan hebben voor zwangeren. Onderzoek naar de genealogie (ontstaanswijze) is relevant voor dit onderwerp, omdat dit inzicht biedt in de diep gewortelde overtuigingen, waarden en machtsrelaties die aan het huidige discours ten grondslag liggen. Ik maak ter onderbouwing gebruik van de inzichten van de Amerikaanse socioloog Nancy Chodorow (1999), de Britse politicoloog en zorgethicus Fiona Robinson (2013) en de Israëlische psychologische wetenschappers Rivka Tuval-Mashiach en Shirith Shaiovitz-Gourman (2014).

Allereerst heb ik in de literatuur gezocht naar bronnen die inzicht geven in de wijze waarop vrouwen in hun rol als moeder in de hedendaagse maatschappij worden gepresenteerd. Volgens Robinson (2013, p.98) zien dominante politieke benaderingen vrouwen vaak als kwetsbaar en beperken hen tot de rol van 'moeder' of 'verzorger', waardoor ze worden buitengesloten van het publieke leven. Tuval-Mashiach & Shirith Shaiovitz-Gourman (2014, p.358) stelt dat de 'perfecte moeder' volgens de norm onvoorwaardelijke liefde aan haar kinderen hoort te geven, een constante fysieke aanwezigheid hoort te zijn en haar kinderen van emotionele kracht kan voorzien om hen te begeleiden in tijden van nood en crisis. Samenvattend wordt het moederschap gedefinieerd door het zijn van iemands primaire verzorgende op basis van een aangeboren moederlijk instinct. Deze normering van het moederschap heeft diepe historische wortels waarbij het huidige Westerse moraalbeeld van de moeder is ontstaan in de begintijd van het kapitalisme, aldus door Chodorow (1999). Ten gevolge van de industrialisering, waarbij mannen vaker op afstand en ver van huis aan het werk gingen, begon het 'vrouw'-zijn zich meer te definiëren door biologische aspecten, zoals zwangerschap en het geven van borstvoeding (idem, p.4-5). Dit is van invloed op de huidige ideeën over het 'ideale moederschap' en hoe moeders hiernaar kunnen streven.

Een vraag die hieruit voortvloeit, in de context van dit onderzoek, is hoe dit beeld van het moederschap zich verhoudt tot de representatie van vrouwen tijdens de zwangerschap. Immers, al tijdens de zwangerschap lijken zwangeren aan het beeld van de 'perfecte moeder' onderworpen te worden. Volgens de gedragsonderzoekers Alice en Michael Balint (1939, aangehaald door Chodorow, 1999, p.22), ontstaat de behoefte om te moederen tijdens de zwangerschap vanwege de onderlinge afhankelijkheid tussen de zwangere en de foetus. Benedek (1959) en Winnicot (1986), welke beiden worden aangehaald door Chodorow (1999, p.22), suggereren dat de fysieke aanwezigheid van de foetus in het lichaam van de zwangere zorgt voor de ontwikkeling van haar identiteit als moeder en dit aanzet tot het 'moederen'. Echter, hierin ontbreekt het gegeven dat menselijk gedrag niet uitsluitend instinctief bepaald wordt, maar ook wordt beïnvloed door culturele en maatschappelijke invloeden. Op

basis van deze inzichten kan verondersteld worden dat zwangeren tijdens de zwangerschap reeds beschouwd worden als moeders, waarbij de transitie naar het moederschap wordt gezien als een natuurlijk proces dat inherent is aan het 'zwanger zijn'.

Concluderend, kan worden gesteld dat de verantwoordelijkheid voor de foetus voornamelijk wordt gezien als een verantwoordelijkheid van de zwangere. Dit wordt afgeleid uit de beschrijving van politieke en maatschappelijke benaderingen die zwangeren in hun rol als moeders en verzorgers zien. De zwangerschap wordt gezien als het begin van de moederrol, waarbij zwangeren door culturele en maatschappelijke normen onder druk worden gezet om aan het ideaalbeeld van de 'perfecte moeder' te voldoen. Zo wordt impliciet de verantwoordelijkheid voor de foetus aan de zwangere toegekend. Hiermee kan de vraag worden beantwoordt: *Wiens verantwoordelijkheid is de foetus?*

3.2.2. De impact van het medische discours op de prenatale zorgverlening

In deze paragraaf beschrijf ik hoe het medische discours van invloed is op de wijze waarop de hedendaagse prenatale zorgverlening wordt georganiseerd. Het verkrijgen van inzicht over de wijze waarop het medische discours van invloed is, zorgt ervoor dat inzichtelijk wordt hoe dit medische discours de organisatie, normen en percepties van de prenatale zorgverlening beïnvloedt. Ik maak hierbij gebruik van de inzichten van de Amerikaanse politicoloog en zorgethicus Joan Tronto (1993), IJslandse socioloog Annadis Greta Rudolfsdottir (2000), de Nederlandse filosoof Irma van der Ploeg (2001), de Amerikaanse sociologen Sarah Jane Brubaker en Heather Dillaway (2009), de Australische kunsthistoricus Emily Burns (2015) – die gepromoveerd is op een onderzoek naar de rol van spiritualiteit en de huiselijke omgeving op thuisbevallingen, de Australische filosoof Daniëlle Ferndale en collega's (2017), de Britse verloskundige en onderzoeker Bernie Divall (2018) en de Britse gynaecoloog en obstetricus Amali Lokugamage en collegae (2022).

De medicalisering van de geboortezorg kent een brede geschiedenis. Zo begon de opmars van medicalisering in de geboortezorg tijdens de Verlichting in de achttiende eeuw (Ehrenreich & English (2010, aangehaald door Lokugamage et al., 2022, p.13). De Verlichting bracht een beweging op gang waarbij de controle over de zwangerschap steeds meer in handen kwam te liggen bij medici in plaats van bij vroedvrouwen (MacDonalds, 2006, aangehaald door Brubaker & Dillaway, 2009, p.35). In deze vroegere jaren waren zwangerschap en bevallen vaak gevaarlijke gebeurtenissen en een duidelijke oplossing om medische complicaties te voorkomen was niet voorhanden. Om die reden werden zwangerschappen een 'potentieel gevaarlijk' onderdeel in het medische discours, waarin het niet langer nodig was voor het zwangere lichaam om pathologie te vertonen maar ook het gezonde lichaam in aanmerking komt voor interventies (Van der Ploeg, 2001, p.36). Inmiddels heeft de medische technologie veel vooruitgang geboekt en zijn bijvoorbeeld de sterftcijfers afgenomen. Maar ook is de continue monitoring van de zwangere en de foetus tijdens de zwangerschap inmiddels heel gangbaar (Martin, 1992; Riessman, 1998; aangehaald door Brubaker & Dillaway, 2009, p.34). Hiermee neemt de invloed van het medisch discours met betrekking tot de zwangerschap en bevalling steeds verder toe.

De ontwikkelingen binnen het medisch-wetenschappelijke kennisdomein hebben ertoe geleid dat zowel verloskundige zorgverleners, als zwangeren, medische controles en handelingen tijdens de zwangerschap zijn gaan beschouwen als een natuurlijk en inherent aspect van het zwangerschapsproces. Dit geldt ook voor prenatale zorg. Burns (2015, p.7) schrijft de machtsinvloed van medicalisering toe aan het Westerse kennissysteem, waarin de kennis van medici en technologische innovaties zwaarder wegen dan de zelfkennis van de zwangere. Van der Ploeg (2001, p.37) licht dit verder toe door te opperen dat een uitkomst in het medische discours pas meetelt als deze officieel gepubliceerd wordt en wordt erkend door wetenschappelijke journals (Van der Ploeg 2001, p.37). Dit benadrukt de macht van het medische discours op de verloskundige zorgverlening. Volgens Ferndale et al. (2017, p.3) leiden de angst voor risico's tijdens zwangerschap tot preventiegerichte reacties om negatieve uitkomsten te vermijden. Deze risico's worden daardoor het uitgangspunt bij het samenstellen van prenatale zorgprotocollen (Benoit et al., 2010; Blaaka & Schauer

Eri, 2008; Hallgrimsdottir & Benner, 2014, aangehaald door Ferndale et al., 2017, p.3). Prenatale zorgprotocollen worden dus samengesteld op basis van medisch-wetenschappelijke kennis wat daarmee de basis wordt van het handelen door verloskundige zorgverleners.

Alternatieve modellen voor prenatale zorg, zoals holistische en antroposofische benaderingen, zijn beschikbaar. Desondanks geven verloskundige instellingen veelal de voorkeur aan technocratische en gemedicaliseerde modellen, waarbij de focus ligt op foetusmonitoring en risicobeheersing (Lupton, 2015; Ross, 2015, aangehaald door Ferndale et al., 2017, p.3-4). Het beschikbaar zijn van technocratische en gemedicaliseerde modellen beïnvloedt ook verloskundigen, die door het aanbod aan interventies een vertekend beeld kunnen krijgen van de risico's (Healy et al., 2017, aangehaald door Divall, 2018, p.26). Hierin schuilt een potentieel ander gevaar. Haskell (2020, aangehaald door Lokugamage, 2022, p.8) stelt namelijk dat er door de medicalisering vaak voorbij wordt gegaan aan de daadwerkelijke zorgbehoeften van zwangeren. Volgens Lupton (1999/2015, aangehaald door Ferndale, 2017, p.4) worden de risico's op afwijkende uitkomsten door medici gebruikt om de monitoring van de zwangerschap te rechtvaardigen, soms zelfs door dwang. Carter (2010, aangehaald door Ferndale, 2017, p.4) en Ferndale (2017, p.26) beschrijven dat zwangeren door verloskundigen worden aangemoedigd om prenatale consulten bij te wonen, waarbij ook risicoselectie en monitoring plaatsvindt.

Terwijl zwangeren een passieve rol toebedeeld krijgen in het medische discours, worden verloskundigen juist in een autoritaire positie geplaatst waarbij hun kennis leidend is. In het medisch discours worden zwangeren in de prenatale zorg vaak geschetst als passief, beoordeeld door 'experts' en vergeleken met statistische normen om zwangerschapsuitkomsten te bepalen (Ferndale et al., 2017, p.4). Zo blijkt uit het onderzoek van Ferndale et al. (2017, p.17) dat de zorgen van zwangeren over potentiële risico's door verloskundige zorgverleners vaak worden gebagatelliseerd en genormaliseerd. Of iets 'normaal' of 'afwijkend' is, wordt door de verloskundige bepaald, waarbij medische discourses domineren (idem, p.14). De werkwijze van verloskundigen wordt hierbij sterk beïnvloed door geldende richtlijnen, standaarden en protocollen. Dit kan de keuzes van zwangeren beperken, vooral als ze later dan verwacht wordt in prenatale zorg komen, omdat richtlijnen een beperkte definitie van normaliteit bieden.

De normativiteit die wordt verbonden aan de medische zorgverlening tijdens de zwangerschap wordt ook weerspiegelt in de maatschappij. Brubaker en Dillaway (2009, p.38) beschrijven dat ook veel zwangeren prenatale controles wenselijk vinden. Vanwege dit dominante beeld worden negatieve zwangerschapsuitkomsten die zich voordoen bij zwangeren die niet (tijdig) preventieve maatregelen hebben getroffen, toegeschreven aan de keuzes van deze zwangeren (Ferndale et al., 2017, p.23). Martin (1987, aangehaald door Rudolfsdottir, 2000, p.340) wijst erop dat de conceptualisatie van de voortplanting in het medisch discours het lichaam van de zwangere beschouwt als onafhankelijk van haar wil of verlangens, waarbij de baarmoeder als een onvrijwillige spier functioneert (idem, p.340). Dit duidt op de zwangerschap als toestand waarin zwangeren passief de adviezen van zorgverleners volgen en zich moeten overgeven aan de krachten van de natuur en benadrukt de passieve rol van de zwangere in het medisch discours.

Concluderend, kan op basis van deze paragraaf gesteld worden dat zorgverleners bijdragen aan het opleggen van verantwoordelijkheden aan zwangeren over de zorg van de foetus door middel van de medicalisering van de geboortezorg. De medicalisering heeft geleid tot een dominant discours waarin de zwangerschap wordt gezien als medische aangelegenheid die gemonitord en gecontroleerd hoort te worden door verloskundigen en andere zorgverleners. Hierdoor worden zwangeren vaak gepositioneerd als passieve deelnemers in hun zorg en worden hun keuzes voornamelijk beïnvloed door de medische richtlijnen en protocollen die hun zorgverleners hanteren. De focus ligt in deze benadering op het voorkomen van risico's en het naleven van wetenschappelijke aanbevelingen, waardoor zwangeren de verantwoordelijkheid voor het voorkomen van risico's en naleven van deze aanbevelingen krijgen opgelegd en hun autonomie kan worden beperkt. Hiermee kan de vraag worden

beantwoordt: *In hoeverre dragen zorgverleners bij aan het opleggen van verantwoordelijkheden aan zwangeren voor de foetus?*

3.2.3. *Het dominante kader van tijdsplanningen in de prenatale zorgverlening.*

In deze paragraaf beschrijf ik hoe het tijdsgebonden karakter van preventie tijdens de zwangerschap het huidige discours beïnvloedt, waarin van zwangeren wordt verwacht dat zij tijdig prenatale zorg zoeken. Ik maak hierbij gebruik van de inzichten van de Duitse socioloog Eva Sanger (2015), de Australische filosoof Danielle Ferndale (2017), de Britse verloskundige en onderzoeker Bernie Divall (2018).

De rol van preventie binnen de verloskundige zorgverlening heeft in de afgelopen eeuw aanzienlijk meer vorm gekregen waarbij strikte tijdsplanningen worden gehanteerd. Zo werd in de twintigste eeuw de 'uitgerekende datum' geïntroduceerd waardoor de zwangerschap werd verbonden aan de tijd (Sanger, 2015, p.106). Sanger stelt dat ten gevolge hiervan de normen in de verloskundige zorg veelal worden gesteld op basis van tijdschema's die potentiële risico's blootleggen (idem, p.106). De introductie van de uitgerekende datum heeft geleid tot een continue tijdslijn waarin medische concepten, interventies en technologieën samenkomen, aldus Arnie (2012, aangehaald door Sanger, 2015, p.106). Volgens Sanger (2015, p.117) is een gevolg hiervan, dat zowel de nabije toekomst van de zwangere, als de langere termijn van de foetus kunnen worden beïnvloedt, waarbij de foetale ontwikkeling en dagelijkse tijdgebonden normen met elkaar verstrengeld raken. De perceptie van tijd leidt er daarnaast toe dat de foetus en zwangere vaak worden behandeld alsof de foetus al is geboren en de zwangere al moeder is, zo stelt Van der Ploeg (2002, aangehaald door Sanger, 2015, p.106). Dit impliceert dat de identiteit van de foetus al vaststaat en zich alleen nog verder hoeft te ontwikkelen tijdens de zwangerschap (idem, p.107). De uitgerekende datum heeft daarmee de zwangerschap omgevormd tot een resultaatgerichte onderneming, waarbij de focus gericht is op het behalen van een gezond kind bij de eindstreep.

Deze tijdsplanningen hebben ook nadelen. Volgens Adams et al. (2009, aangehaald door Sanger, 2015, p.106) zorgt het dominante kader van tijdsplanningen ervoor dat mensen voortdurend vooruitkijken en zich voorbereiden op de toekomst. Dit handelen volgt als reactie op de onzekerheden die betrekking hebben op de toekomst en kan helpend zijn bij het treffen van voorbereidingen wanneer mensen geconfronteerd worden met onzekerheden (idem, p.106). Echter, de mogelijkheid om hiernaar te handelen doet ook een moreel beroep op mensen, want hierdoor kan het nemen van specifieke verantwoordelijkheden worden verondersteld. Sanger (2015, p.117) beschrijft dat hierdoor de verwachting van het handelen, ofwel 'anticiperen', ontstaat dat wordt aangestuurd door maatschappelijke, culturele en institutionele factoren, wat kan leiden tot drie scenario's:

- ◆ De toekomst wordt een onderdeel van het heden, waarbij medische zorg en controle in het heden plaatsvinden om slechte uitkomsten voor moeder en kind in de toekomst te voorkomen;
- ◆ Het verloskundig management en culturele en sociale vormen van het (aankomende) ouderschap worden 'gerationaliseerd' en gestructureerd door tijdschema's;
- ◆ Er ontstaan nieuwe maatregelen die betrekking hebben op het (gewenste) ouderlijk gedrag, medische behandelingen en politieke aandacht voor het verloskundig (prenataal) beleid.

Volgens Sanger (p.118) negeert deze benadering niet alleen het alledaagse tijdsconcept van zwangeren, maar ontmoedigt dit ook om kritisch te kijken naar bijvoorbeeld de tijdsdruk in de verloskundige zorg. Vanwege de tijdsdruk in de verloskundige zorg worden tijdsintensieve kwesties weggezet als privékwesaties en worden zwangere cliënten, wanneer zij niet meegaan in het aanbevolen beleid, ervan beschuldigd dat zij de 'natuurlijke' ontwikkeling en toekomstige kansen van hun kinderen belemmeren (idem, p.118).

Preventieve maatregelen tijdens de zwangerschap zijn dus gericht op het verminderen van risico's die gebonden zijn aan tijd. Maar wat betekent dit? Burns (2015, p.7) en Sanger (2015, p.108) illustreren dat 'risico' geen neutraal begrip is, maar eerder beladen wordt met implicaties voor menselijk gedrag en het handelen van zorgverleners. Volgens Sanger ligt de significantie van het risico in hetgeen waaraan het risico verbonden is en hoe dit risico wordt gebruikt om gedragingen aan te sturen en preventieve interventies aan te dragen (idem, p.108). Duden (1993, aangehaald door Sanger, 2015, p.108) stelt dat het domein van de geboortezorg hierdoor wordt gekenmerkt door medische interventies die op elk moment in de tijd voor handen liggen. Zo worden in de prenatale zorgverlening echoscopische onderzoeken gebruikt om te beoordelen of een foetus risico loopt (idem, p.112). Echter, dit proces is circulair en discutabel te noemen, doordat de datering van de zwangerschapsduur, met name voor de definitieve termijnstelling, veranderlijk is maar gelijktijdig als vaste standaard wordt gebruikt voor de beoordeling van foetale groei (idem, p.117). Daarbij is ook de definitie van het 'normaal' veranderlijk over tijd, doordat technocratische ingrepen zijn genormaliseerd waardoor een dichotome benadering van verloskundige zorg niet het juiste beeld geeft van de huidige praktijk en ervaring, aldus Darra en Murphy (2016, aangehaald door Ferndale, 2017, p.4). Hierdoor kan de objectiviteit van risico-inschattingen en preventieve maatregelen in de huidige prenatale zorgverlening ondermijnd worden.

Concluderend, verhoudt zwangere zich tot de verantwoordelijkheid voor de foetus door zich te conformeren aan de strikte tijdsplanningen en medische normen die gepaard gaan met preventieve maatregelen in de verloskundige zorg. Dit betekent dat ze vooruit hoort te kijken naar de toekomst, handelt naar de tijdschema's en risico-inschattingen die door medisch-wetenschappelijke kennis worden bepaald en zich daarnaast voorbereidt op mogelijke complicaties om eventuele negatieve uitkomsten te voorkomen. Hiermee kan de vraag worden beantwoordt: *Waar toe verhoudt de zwangere zich in de verantwoordelijkheid voor de foetus?*

3.3. Conclusie

Uit de contextuele verkenning blijkt dat de industrialisering eraan heeft bijgedragen dat het begrip van 'vrouw zijn' zich meer dan daarvoor definieert door het vermogen van vrouwen om zwanger te raken. Hiermee lijkt het moreel beeld van de 'ideale moeder' te zijn geschapen, waarin de verwachting schuilt gaat dat vrouwen: hun kinderen van onvoorwaardelijke liefde moeten voorzien, continue voor hen fysiek beschikbaar moeten zijn, en voldoende sterk in hun schoenen moeten staan om hun kinderen te voorzien van emotionele steun. Vrouwen beschikken, volgens de geraadpleegde literatuur, over een intrinsieke motivatie om reeds te moederen tijdens de zwangerschap vanwege de fysieke aanwezigheid van de foetus in de baarmoeder.

De constructie van het perfecte moederschap leidt daarnaast tot gendergerelateerde opvattingen over het 'vrouw zijn'. Andere rollen dan het zijn van 'de drager van het kind' en de samenhangende verantwoordelijkheden die met deze taak gepaard gaan dreigen hierdoor systematisch genegeerd te worden. Het discours dat hieruit kan worden afgeleid, is het discours van de vrouw in de rol als ideale moeder en heeft als ongewenst effect dat vrouwen zich gedwongen kunnen voelen om zich naar dit normatieve beeld te gaan gedragen.

De toegewezen rolverdeling van de zwangere in de rol van de aanstaande moeder en de foetus in de rol van het ongeboren kind, lijkt in het Westers discours eveneens te worden gebruikt om te illustreren hoe de zorg voor de zwangere en de foetus er in de hedendaagse praktijk uit zou moeten zien. Naast het morele beeld lijkt ook de toegenomen medicalisering in de geboortezorg van invloed te zijn op deze rolverdeling, waarbij de zorgverlener als deskundig professional een autoriteitspositie krijgt toebedeeld. In dit discours lijken de uitkomsten van wetenschappelijke onderzoeksresultaten over potentiële complicaties en risicobeheersing leidend. De behoefte aan de inzet van preventieve interventies om negatieve zwangerschapsuitkomsten te voorkomen lijkt daarbij vooral aangewakkerd te worden door gevoelens van angst bij zorgverleners en zorgvragers.

Prenatale zorg op basis van medische kennis lijkt daarmee een antwoord op de vraag hoe een zwangerschap zoveel als mogelijk gecontroleerd kan worden om negatieve zwangerschapsuitkomsten tegen te gaan, waarbij risicoselecties en het handelen op basis hiervan bijdragen aan de praktische uitvoering van het streven naar volledige controle over het zwangere lichaam van de vrouw en de fysieke ontwikkeling van de foetus. De medisch-wetenschappelijke kennis van professionals komt hierdoor in de huidige discourses zwaarder te wegen dan de existentiële en lichamelijke zelfkennis van zwangeren. In dit discours is het niet langer aan de zwangere om te bepalen of zij iets als 'normaal' of 'afwijkend' ervaart, maar aan de zorgverlener die zich hierbij in de regel laat leiden door uitkomsten uit diagnostische testen. De existentiële zelfkennis van zwangeren is hierdoor geen allesbepalende factor maar een meebepalende factor in de beleidsvoering.

De hantering van standaardnormen in meetbare diagnostische onderzoeken zijn, volgens de literatuur, gebonden aan specifieke meetmomenten die op zichzelf ook weer afhangen van specifieke meetmomenten. De optelsom van deze metingen is hierbij leidend in de bepaling van de zorgbehoeften van de zwangere en het ongeboren kind. Deze zorgbehoeften worden in het huidige discours gesteld op basis van de voorspellingen over het ontstaan van mogelijke complicaties. Het laatste kan van negatieve invloed zijn op de zorgrelatie tussen de zorgverlener en de zwangere. Immers, plaatst deze rolverdeling de zwangere in een positie, waarin de beoordeling van haar geschiktheid als moeder afhankelijk wordt gemaakt van haar keuze om zich wel of niet te conformeren aan het prenatale controleschema. Deze verworven afhankelijkheid benadrukt het belang van een alternatieve benadering op basis van de zorgethische inzichten over relationaliteit, macht/positie en kwetsbaarheid.

Uit de zorgethische verkenning blijkt dat de zorgethiek handvatten kan bieden om op een andere manier naar de positie en verantwoordelijkheden van zwangeren in de huidige discourses te kijken. De zorgethiek biedt hierbij meer aandacht voor de zorgbehoeften van zwangere cliënten die volgens de norm te laat in zorg komen en voor de context waarin de verdeling van specifieke zwangerschapsgelateerde verantwoordelijkheden plaatsvinden. De geografie van verantwoordelijkheden waar Walker (2008) naar verwijst biedt aandacht voor de context waarin de verdeling van verantwoordelijkheden plaatsvindt en ruimte voor een toewijzing van verantwoordelijkheden op basis van de individuele draagkracht en draaglast en zwangeren. Concreet betekent dit dat het begrip van verantwoordelijkheid tijdens de zwangerschap een andere invulling krijgt voor zwangeren als hier met een zorgethische lens naar wordt gekeken, waarbij rekening wordt gehouden met de veranderende identiteit van de zwangere en de kwetsbare positie waarin zij verkeerd ten gevolge van seksisme en heersende machtsdynamieken in de hedendaagse maatschappij.

Concluderend, op basis van de literatuur lijkt de normatieve verwachting dat zwangeren op tijd prenatale zorg moeten krijgen veranderlijk over tijd en onderhevig aan de ontwikkeling van nieuwe technologieën, waarbij mogelijke verbanden met andere verantwoordelijkheden en de autonomie om hier zelf beslissingen over te nemen naar de achtergrond verschuiven. Onderzoek naar hoe deze normatieve verwachting zichtbaar wordt in de heersende discourses in beleidsdocumenten voor prenatale zorg kan de machtsstructuren die hierop van invloed zijn blootleggen en scheidt daarmee de voorwaarden voor een kritische reflectie vanuit een zorgethisch perspectief.

4. Bevindingen uit empirisch onderzoek

Dit hoofdstuk presenteert de bevindingen uit het empirisch onderzoek, waarin discourses eerst werden geïdentificeerd en vervolgens geanalyseerd om inzicht te krijgen in de constructie en reproductie van de heersende normen rondom de verwachting dat zwangeren tijdig prenatale zorg moeten krijgen. Uit de data-analyse waarbij zes landelijke beleidsrapporten zijn geraadpleegd, zoals beschreven in paragraaf 2.5, kwamen de volgende vier discourses naar voren: *Voorkomen is beter dan genezen* (4.1), *Iedere zwangere heeft begeleiding nodig* (4.2), *Het ongeboren kind is beschermwaardig* (4.3) en *De verloskundige is de expert* (4.4). Deze discourses worden ondersteund door vooronderstellingen die gezamenlijk het discours vormen. Tabel 3 geeft een overzicht van deze discourses en de bijbehorende vooronderstellingen.

Uit de analyse van vijf regionale protocollen blijkt dat deze discourses worden gereproduceerd door de nadruk te leggen op preventie (gebaseerd op: voorkomen is beter dan genezen), de essentiële verloskundige begeleiding (gebaseerd op: elke zwangere heeft begeleiding nodig), bescherming van de foetus (gebaseerd op: het ongeboren kind verdient bescherming), en de dominante positie van de verloskundige zorgverlener ten opzichte van de zwangere (gebaseerd op: de verloskundige is de expert). Hiermee beantwoordt dit hoofdstuk de tweede deelvraag:

Hoe worden discourses omtrent ‘tijdig in zorg komen’ tijdens de zwangerschap geconstrueerd en gereproduceerd in Nederlandse beleidsdocumenten voor verloskundige zorg?

Tabel 3. Overzicht van discourses en bijbehorende vooronderstellingen.

Discourses en bijbehorende vooronderstellingen
<ol style="list-style-type: none">1. Voorkomen is beter dan genezen.<ol style="list-style-type: none">(1) Vroegtijdige zorg is nodig voor het streven naar goede zwangerschapsuitkomsten.(2) Regelmatige prenatale controles helpen om (ernstige) complicaties te voorkomen.(3) Alle zwangeren hebben recht op een tijdige toegang tot deskundige prenatale zorg.2. Iedere zwangere heeft begeleiding nodig.<ol style="list-style-type: none">(1) Zwangeren hebben als belangenbehartigers een noodzaak aan ondersteuning.(2) Zwangeren behoeven wetenschappelijke kennis ter voorbereiding op de zwangerschap en het moederschap.(3) Zwangeren in achterstandssituaties of met andere culturele achtergronden behoeven intensievere zorg.3. Het ongeboren kind is beschermwaardig.<ol style="list-style-type: none">(1) Tijdige interventies zijn cruciaal voor de gezondheid van het kind.(2) De bescherming van het kind is een politieke en maatschappelijke kwestie.4. De verloskundige zorgverlener is de expert.<ol style="list-style-type: none">(1) Juist en tijdig handelen door de zorgverlener levert het beste resultaat.(2) Zorgverleners zijn verantwoordelijk voor goede zorg aan zwangeren.(3) Een late opstart van zorg is een knelpunt voor zorgverleners.

4.1. Discours: Voorkomen is beter dan genezen.

Volgens alle geraadpleegde beleidsrapporten vormen een vroege start van zorg, regelmatige prenatale controles en universele toegang tot kwalitatief goede zorg de hoekstenen van een effectief prenataal zorgsysteem. In deze paragraaf beschrijf ik hoe het dominante discours waarin gesteld wordt dat voorkomen beter is dan genezen, lijkt te bestaan uit drie verschillende onderliggende vooronderstellingen, namelijk:

- ◆ Vroegtijdige zorg is nodig voor het streven naar goede zwangerschapsuitkomsten;
- ◆ Regelmatige prenatale controles helpen om (ernstige) complicaties te voorkomen;
- ◆ Alle zwangeren hebben recht op een tijdige toegang tot deskundige prenatale zorg.

Daarnaast beschrijf ik hoe de constructie van dit discours wordt gereproduceerd in regionale protocollen voor verloskundige zorgverlening.

4.1.1. Vroegtijdige zorg is nodig voor het streven naar goede zwangerschapsuitkomsten.

Een eerste vooronderstelling in de beleidsrapporten dat valt onder dit discours, is het belang van vroegtijdige zorg en monitoring om goede zwangerschapsuitkomsten te waarborgen. Deze vooronderstelling richt zich op tijdige identificatie en aanpak van gezondheidsrisico's. Vroegtijdige prenatale zorg, betekent minimaal één persoonlijk contactmoment in het eerste trimester (voor de 12^e zwangerschapsweek), waardoor zorgverleners de gezondheid van zowel moeder als foetus kunnen beoordelen en indien nodig vroegtijdig kunnen ingrijpen.

In [Beleidsrapport 1] wordt bijvoorbeeld aangegeven dat de intake voor prenatale zorg is vervroegd naar 6-8 weken zwangerschap, dankzij verbeterde prenatale screening. Dit vroege consult zou tegemoetkomen aan de behoeften van cliënten. Echter, het rapport waarschuwt ook voor een potentieel nadeel: *"Het gevaar bestaat dat weinig tijd overblijft voor afstemming op de vragen en behoeften van de cliënt"*. Dit wijst erop dat hoewel vroegtijdige zorg is ingesteld, de daadwerkelijke zorgbehoefte van de cliënt soms onvoldoende meegenomen wordt.

[Beleidsrapport 5] benadrukt het belang van een eerste contact met een verloskundige zorgverlener vóór negen weken zwangerschap. Dit contact is belangrijk voor meerdere factoren, zoals het opbouwen van een vertrouwensband, het vaststellen van de à terme datum, het identificeren van zwangeren met verhoogd risico, en het bieden van counseling over prenatale screening. Daarnaast kan vroeg prenataal onderzoek ernstige aandoeningen opsporen, wat de aanname ondersteunt dat vroegtijdige zorg essentieel is voor goede zwangerschapsuitkomsten.

Daarentegen biedt [Beleidsrapport 6] een nuancering door te stellen dat de beschikbaarheid en kwaliteit van zorg weliswaar cruciale factoren zijn, maar niet de enige bepalende factoren voor de hoogte van babysterfte. Het rapport wijst op de rol van de zwangerschapsduur bij trends in perinatale sterfte en benadrukt de noodzaak van een adequate termijnstelling.

Ten slotte merkt [Beleidsrapport 2] op dat niet alle oorzaken van complicaties eenvoudig aan te pakken zijn. Een voorbeeld hiervan is groeivertraging van de foetus, een probleem dat niet altijd gemakkelijk te detecteren is en waarvoor nog geen goede behandeling bestaat. Dit nuanceert de aanname dat vroegtijdige zorg altijd leidt tot goede zwangerschapsuitkomsten.

4.1.2. Regelmatige prenatale controles helpen om (ernstige) complicaties te voorkomen.

Een tweede dominante vooronderstelling is dat regelmatige prenatale controles nodig zijn om ernstige complicaties te voorkomen. Het standaardconsultschema, dat bestaat uit 13 afspraken, is zo ontworpen dat de frequentie van controles toeneemt naarmate de zwangerschap vordert. Deze regelmatige controles zijn cruciaal voor het monitoren van de voortgang van de zwangerschap en het vroegtijdig

opsporen van complicaties zoals pre-eclampsie (zwangerschapsvergiftiging), diabetes (suikerziekte) en groeivertraging van de foetus.

Volgens [Beleidsrapport 5] hoort een zwangere de verloskundige zorgverlener na de intake en de eerste controle regelmatig te bezoeken. Interessant genoeg toont buitenlands onderzoek, dat is opgenomen in [Beleidsrapport 1], aan dat een vermindering van het aantal prenatale consulten niet noodzakelijk leidt tot slechtere uitkomsten. Desondanks raden verschillende rapporten een vermindering van het aantal prenatale consulten af, waarbij het belang van zorg-op-maat wordt benadrukt.

[Beleidsrapport 3] benadrukt dat prenatale zorg niet alleen afgestemd moet zijn op de behoeften van de cliënt, maar ook draait om het signaleren van risicofactoren en complicaties. Het rapport maakt duidelijk: *"Alle eventuele risicofactoren en complicaties worden tijdig herkend en geregistreerd."* Een time task matrix die zorgverleners kunnen raadplegen bij sprake van risicofactoren of complicaties wordt in het rapport gepresenteerd. Dit maakt het belang van regelmatige prenatale consulten, om adequaat te kunnen handelen op basis van deze risicofactoren en complicaties, zichtbaar.

[Beleidsrapport 2] legt eveneens de nadruk op het belang van prenatale controles om complicaties te voorkomen. Het rapport stelt dat *"perinatale preventie en zorg de uitkomst van de zwangerschap en de levenskansen van de pasgeborenen en hun moeders sterk kunnen verbeteren."* Het rapport merkt op dat het verloskundig systeem destijds onvoldoende grip had op het tijdig opsporen en voorkomen van oorzaken die kunnen leiden tot (foetale) sterfte. Het benadrukt dat een vermindering van perinatale sterfte kan worden nagestreefd door risicoselecties in de eerstelijnszorg en een proactieve benadering door verloskundige zorgverleners. Hiervoor is meer preventie en zorg nodig door de toename van risico's voor de zwangere en haar kind.

De zorgen over inadequate prenatale zorg, waardoor het risico op ernstige complicaties toeneemt, komen ook naar voren in [Beleidsrapport 6]. Dit rapport wijst op een verband tussen stijgende perinatale sterftcijfers en onvoldoende of minder adequate zorg. Het stelt: *"Nederlands onderzoek geeft verder aan dat bij vrouwen in achterstandswijken, waar een niet-westerse herkomst vaak voorkomt, hogere perinatale sterfterisico's te zien zijn. Het lijkt erop dat vrouwen daar onvoldoende of minder adequate zorg ontvangen."* Dit citaat onderstreept dat regelmatige prenatale controles van vitaal belang zijn om ernstige complicaties te voorkomen, vooral in kwetsbare bevolkingsgroepen.

4.1.3. Alle zwangeren hebben recht op een tijdige toegang tot deskundige prenatale zorg.

Een derde belangrijke vooronderstelling in de geboortezorg is dat universele en gelijke toegang tot kwalitatief goede prenatale zorg essentieel is voor alle zwangeren. Dit betekent dat iedere zwangere, ongeacht haar etnische achtergrond, sociaaleconomische status of woonplaats, toegang moet hebben tot adequate zorg.

In [Beleidsrapport 1] wordt het belang van vroegtijdig contact met de cliënt benadrukt. Het rapport stelt: *"Zorg dat u vroeg in het eerste trimester van de zwangerschap voor het eerst contact met uw cliënt hebt."* Dit betekent dat er in het eerste trimester minstens één persoonlijk consult moet plaatsvinden, wat impliceert dat het ontbreken van dit consult als onwenselijk wordt gezien. Verder wordt benadrukt dat de timing en frequentie van verdere consulten moeten worden afgestemd op zowel medisch noodzakelijke zorg als de wensen en behoeften van de cliënt. Echter, medische noodzaak prevaleert, zoals blijkt uit de aanbeveling: *"U kunt naar gelang de behoefte van de cliënt en uw eigen inzicht de interval tussen de consulten verlengen of verkorten. Vervang eventueel een individueel consult door een groepsbijeenkomst. Deze flexibiliteit moet binnen de medische kaders vallen."*

[Beleidsrapport 4] stelt dat elke zwangere in Nederland recht heeft op goede, competente, respectvolle en empathische, betaalbare en toegankelijke geboortezorg. Een basisvoorwaarde is dat de

zwangere toegang heeft tot een goed en coherent netwerk van zorgvoorzieningen en zorgverleners die de nodige zorg kunnen bieden. Het rapport benadrukt het belang van een samenwerkend zorgnetwerk om goede zorg aan alle zwangeren te kunnen bieden.

Tot slot wordt in [Beleidsrapport 6] de noodzaak om de prenatale zorg voor zwangeren in achterstandssituaties te verbeteren om tijdige toegang tot zorg te waarborgen, benadrukt. Het rapport stelt voor: "*Gerichte voorlichting ontwikkelen voor specifieke groepen, bijvoorbeeld in achterstandswijken en asielzoekerscentra, om te bevorderen dat deze vaak kwetsbare zwangeren tijdig in de zorg komen.*" Dit citaat maakt duidelijk dat specifieke groepen een groter risico lopen om niet tijdig in zorg te komen, en dat gerichte voorlichting een mogelijke oplossing kan bieden. In aanvulling hierop blijkt uit [Beleidsrapport 2] dat er verschillen zijn in het tijdstip van de eerste zwangerschapscontrole en dat deze verschillen vaak gebaseerd zijn op etniciteit. Dit rapport laat zien dat zwangeren van verschillende etnische achtergronden niet altijd vroegtijdig zorg ontvangen.

4.1.4. De reproductie van dit discours in regionale protocollen.

In de geanalyseerde protocollen wordt het discours '*Voorkomen is beter dan genezen*' bevestigd. Zo wordt in [Protocol C] wordt het hogere risico op ongunstige zwangerschapsuitkomsten gekoppeld aan het 'laat in zorg komen'. Het discours '*Voorkomen is beter dan genezen*' wordt hierin ondersteund door de nadruk op vroegtijdige zorg voor betere zwangerschapsuitkomsten. Het protocol benadrukt hoe een accurate termijnstelling en tijdige herkenning van foetale groeivertraging of macrosomie (een foetus die zwaarder wordt geschat dan normaal) complicaties kunnen voorkomen. De focus ligt hier op (echoscopische) monitoring en termijnbepaling. Ook [Protocol D] en [protocol E] richten zich op de zorgoptimalisatie voor zwangeren die na de 12^e zwangerschapweek in zorg komen met een nadruk op echoscopische onderzoeken. Dit is te zien in de aandacht voor termijndiagnostiek en risicodetectie. [Protocol D] benadrukt daarnaast de specifieke afspraken over de timing en locatie van de bevalling voor zwangeren die 'laat in zorg komen', terwijl [protocol E] de rol van prenatale screening breed toelicht. Echter, de specifieke zorgvraag en context van de zwangere lijken in deze protocollen niet te worden belicht.

In [protocol A] blijkt dat tijdige prenatale zorgverlening en structuur belangrijk worden gevonden om de prenatale zorg voor zwangeren duidelijk te regelen. Het aangepaste consultschema dat wordt gehanteerd voor zwangeren die laat in zorg komen, benadrukt het belang van monitoring door middel van bloed-, lichamelijke- en echoscopische onderzoeken, maar legt daardoor weinig nadruk op de specifieke zorgvraag van de zwangere. [Protocol B] lijkt hier meer ruimte voor te scheppen en beschrijft expliciet: "*Belangrijkste vraag! Wat is de reden van het laat in zorg komen / Ongecontroleerde zwangerschap?*". Echter, na deze vraag ligt de nadruk weer op monitoring en het inhalen van gemiste onderzoeken, zonder verdere aandacht voor de redenen van late zorg. Terwijl er in de protocollen aandacht wordt besteed aan de monitoring van de zwangerschap en het belang van tijdige zorg wordt benadrukt, blijft de vraag waarom sommige zwangeren laat in zorg komen onderbelicht. Hoewel er een duidelijke reproductie van het discours '*Voorkomen is beter dan genezen*' aanwezig lijkt in alle protocollen, blijft de specifieke context van de zwangere vaak buiten beschouwing. Hierdoor staat de zorgbehoefte van de zwangere cliënt vaak niet centraal.

4.2. Discours: iedere zwangere heeft begeleiding nodig.

In de geraadpleegde beleidsdocumenten lijkt veelal een generalisatie te worden gemaakt over zwangeren, waarbij onder andere wordt gesteld dat alle zwangeren (verloskundige) begeleiding behoeven tijdens de zwangerschap. In deze paragraaf beschrijf ik hoe het dominante discours waarin gesteld wordt dat iedere zwangere begeleiding nodig heeft, lijkt te bestaan uit drie verschillende onderliggende vooronderstellingen, namelijk:

- ◆ Zwangeren hebben als belangenbehartigers een noodzaak aan ondersteuning;

- ◆ Zwangeren behoeven wetenschappelijke kennis ter voorbereiding;
- ◆ Zwangeren in achterstandssituaties of met andere culturele achtergronden behoeven intensievere zorg.

Daarnaast beschrijf ik hoe de constructie van dit discours wordt gereproduceerd in regionale protocollen voor verloskundige zorgverlening.

4.2.1. *Zwangeren hebben als belangenbehartigers van het kind een noodzaak aan ondersteuning.*

In de beleidsdocumenten worden zwangeren gepositioneerd als belangenbehartigers van hun ongeboren kind, wat impliceert dat hun zorgbehoeften primair gericht zijn op het welzijn van het kind. Dit benadrukt de noodzaak van adequate en informatieve ondersteuning door (verloskundige) zorgverleners. Deze vooronderstelling wordt in de verschillende rapporten meermaals aangehaald.

[Beleidsrapport 1] benadrukt bijvoorbeeld dat de gezondheid van zowel de moeder als het kind de voornaamste reden is waarom zwangeren prenatale zorg zoeken. Volgens dit rapport is het essentieel dat zwangeren in het eerste trimester minstens één persoonlijk consult hebben. Dit vroege contactmoment zorgt ervoor dat de zwangere goed geïnformeerd en voorbereid is op de bevalling. Ook wordt aanbevolen dat de begeleiding tijdens de gehele zwangerschap door een vast team van maximaal vier tot vijf verloskundigen plaatsvindt, waardoor een sterke zorgrelatie ontstaat. Deze relatie wordt als gunstig voor de zwangere en haar kind omschreven: *“Dit leidt tot versterking van de vrouw, waardoor zij toegerust is om het proces van zwangerschap en bevalling en de uitkomsten voor haarzelf en haar ongeboren kind zo gunstig mogelijk te beïnvloeden.”* (p.21).

In [Beleidsrapport 4] wordt een ander aspect besproken, namelijk de mogelijkheid dat zwangeren adviezen en zorg kunnen afwijzen vanwege verschillen in visie of negatieve ervaringen. Het rapport wijst erop dat het moeilijk is om de rechten van de foetus af te dwingen als de zwangere niet bereid is om de aangeboden zorg te accepteren. Daarom wordt geadviseerd om altijd te streven naar consensus met de zwangere over de verloskundige zorg. De gedachte hierachter is volgens het rapport, dat niemand wil dat een kind zonder enige vorm van professionele hulp geboren wordt. Dit benadrukt de noodzaak van goede samenwerking tussen zorgverlener en zwangere en de afhankelijkheid van de zorgverlener van de zwangere om wenselijke zorg aan het (ongeboren) kind te kunnen bieden.

[Beleidsrapport 5] start met het citaat: *“De Zorgstandaard Integrale Geboortezorg beschrijft op hoofdlijnen de gewenste inhoud van de geboortezorg vanuit het perspectief van de (aanstaande) zwangere en haar (ongeboren) kind. Dat wil zeggen: geboortezorg die aansluit op de individuele behoeften en verwachtingen van zwangeren.”* De tweede zin verduidelijkt dat zorg vanuit het perspectief van de zwangere en haar kind gaat om de individuele behoeften en verwachtingen van zwangeren, maar laat de behoeften van het ongeboren kind onbesproken. Dit kan verwarring veroorzaken over het eerdergenoemde perspectief van het ongeboren kind. De nadruk op de zwangere als belangenbehartiger van het kind blijkt ook uit het citaat: *“In deze zorgstandaard wordt vaak gesproken over de vrouw, de (aanstaande) zwangere, de kraamvrouw of de (aanstaande) moeder. Uiteraard is de zorg aan haar ook altijd gericht op de gezondheidssituatie van haar (ongeboren) kind. Dit wordt niet steeds apart vermeld.”* (p.9). Dit impliceert dat de zorg aan de zwangere automatisch de zorg aan het ongeboren kind omvat. Tot slot beschrijft de zorgstandaard dat de zwangere *“zelf”* een sleutelrol speelt in acute situaties door vroegtijdig contact op te nemen met een zorgverlener. Er wordt in gezamenlijkheid met de zorgverlener een beslissing genomen, maar de uiteindelijke beslissingsbevoegdheid ligt bij de zwangere.

Verder wordt in [Beleidsrapport 5] besproken dat zwangeren ook gewezen moeten worden op het belang van vroegtijdige zorg en ondersteund moeten worden in hun vermogen om voor zichzelf en hun familie te zorgen. Dit plaatst de zwangere in de rol van de verzorgende, waarbij deze zorg zich

tijdens de zwangerschap niet enkel lijkt te beperken tot zelfzorg, maar ook de zorg voor de familie omvat.

Deze beleidsdocumenten laten zien dat zwangeren een centrale rol spelen in de zorg voor hun ongeboren kind en dat een goede samenwerking en duidelijke communicatie tussen zorgverleners en zwangeren essentieel is om hen te ondersteunen in hun rol als belangenbehartiger van het kind.

4.2.2. Zwangeren behoeven wetenschappelijke kennis ter voorbereiding.

In de beleidsdocumenten wordt benadrukt dat zwangeren wetenschappelijk bewezen kennis nodig hebben over zwangerschap en bevalling om zich adequaat voor te bereiden op het moederschap. Volgens de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) hebben zwangeren recht op informatie om zich te beschermen tegen gezondheidsrisico's, en zij wensen deze informatie volledig te ontvangen van deskundige zorgverleners.

[Beleidsrapport 1] stelt dat *“zwangere vrouwen veel behoefte aan informatie hebben”* en dat het huidige aanbod vaak onvoldoende is. Er wordt beschreven dat verloskundige zorgverleners de informatiebehoefte van zwangeren onderschatten, zowel nationaal als internationaal. Dit blijkt uit het citaat: *“Internationaal onderzoek wees uit dat cliënten vinden dat verloskundige zorgverleners de behoefte aan informatie onderschatten of vinden dat zij voldoende informatie geven.”* Volgens het rapport helpt informatie bij de aanpassing aan het moederschap en geeft het de zwangere een gevoel van controle, maar een gebrek aan informatie leidt tot ontevredenheid. Echter, te veel informatie kan ook onrust en angst veroorzaken. De oplossing die het rapport biedt is dat zwangeren die niet geïnformeerd willen worden dit kunnen aangeven bij de zorgverlener, wat impliceert dat hoewel toegang tot kennis belangrijk is, niet alle informatie nuttig of geruststellend is. De verantwoordelijkheid ligt zowel bij de verloskundige (voor het verstrekken van kennis) als bij de zwangere (voor het aangeven van grenzen).

[Beleidsrapport 2] benadrukt het belang van vroegtijdige preconceptiezorg en regelmatige controles om complicaties tijdig te herkennen en te behandelen. Het stelt dat *“het tijdig starten van preconceptiezorg, regelmatige controles van de zwangere, het tijdig en juist herkennen van mogelijke complicaties, een goede baringsbegeleiding en kraamzorg essentieel zijn.”* Het rapport suggereert dat de toenemende mondigheid van zwangeren leidt tot kritische blikken op het handelen van zorgverleners en irreële verwachtingen. Dit benadrukt de complexiteit van optimale zorg, omdat de behoeften van zwangeren niet altijd overeenkomen met de richtlijnen. De noodzaak van gezondheidsbevorderende maatregelen begint volgens het rapport al vóór de zwangerschap, waarbij actieve preventie door zorgverleners belangrijk is. Vroegtijdig zorg zoeken, bij voorkeur starten met preconceptiezorg, biedt een beter perspectief op de effecten van preventie. Het rapport streeft naar *“zorg-op-maat voor alle zwangeren, toegespitst op de individuele behoeften en omstandigheden.”*

Het belang van preconceptionele maatregelen wordt ook in [Beleidsrapport 5] benadrukt. Het rapport stelt dat voorlichting niet alleen van toepassing is op maatregelen vóór de zwangerschap, maar ook in de eerste weken van de zwangerschap cruciaal is, omdat zwangeren zich doorgaans pas na twee maanden melden bij een zorgverlener. Het rapport beschrijft dat zwangeren na het verkrijgen van informed consent kunnen afzien van zorg, wat impliceert dat gedegen informatievoorziening essentieel is voor het maken van weloverwogen beslissingen. Daarnaast benadrukt het rapport dat *“iedere vrouw aan het begin van de zwangerschap op de hoogte wordt gebracht van haar recht op geïnformeerde keuze,”* en dat de zorgvraag van de zwangere centraal staat door deze te koppelen aan wetenschappelijke inzichten. Het verkrijgen van informatie op basis van evidence-based practice (EBP) wordt gezien als een recht van zwangeren, waardoor zij in staat worden gesteld om de regie over hun zorg te nemen.

4.2.3. Zwangeren in achterstandssituaties of met andere culturele achtergronden behoeven intensievere zorg.

Het discours benadrukt de toenemende risico's waaraan zwangeren worden blootgesteld door maatschappelijke veranderingen, wat de noodzaak van 'zorg-op-maat' onderstreept, vooral voor zwangeren uit achterstandswijken en met lage gezondheidsvaardigheden. De beleidsdocumenten dat achterstandswijken hogere perinatale sterftcijfers kennen, maar dat diversiteit en etniciteit ook leiden tot verschillende gebruiken en gewoonten. Dit leidt tot de veronderstelling dat een gebrek aan adequate zorg in deze wijken bijdraagt aan verhoogde sterftcijfers en dat meer aandacht en middelen nodig zijn om de zorg voor zwangeren in achterstandssituaties te verbeteren.

In [Beleidsrapport 2] worden lezers erop gewezen dat bijna 95% van de Nederlandse en anders-Westerse zwangeren vóór de 18e week hun eerste zwangerschapscontrole heeft gehad. Daarentegen melden Surinaamse, Turkse, Marokkaanse en Antilliaanse vrouwen zich later, terwijl Ghanese vrouwen zich het laatst aanmelden (12% na de 24e week). Redenen voor deze late aanmelding zijn onder andere jonge leeftijd, slechte taalbeheersing, lage opleiding, hoog kindertal, ongeplande zwangerschap en onvrede met de zwangerschap. Dit illustreert aanzienlijke verschillen tussen etnische groepen, die worden beïnvloed door sociaaleconomische factoren en persoonlijke omstandigheden. Daarom benadrukt het rapport dat een proactieve benadering door verloskundigen het meest noodzakelijk is voor zwangeren in achterstandswijken, van niet-westerse afkomst en met een lage sociaaleconomische status. Deze zwangeren lopen volgens het rapport de meeste risico's, leven meer geïsoleerd en zijn meer afhankelijk van anderen voor hulp.

[Beleidsrapport 6] beschrijft eveneens dat er sprake is van hogere perinatale sterftcijfers in achterstandswijken en suggereert dat zwangeren daar onvoldoende of minder adequate zorg ontvangen. Dit verschil in perinatale sterftcijfers is significant, vooral in asielzoekerscentra waar het sterftcijfer tot vijf keer hoger ligt dan het Nederlandse gemiddelde. Het rapport benadrukt dat etniciteit niet de enige bepalende factor is in de prevalentie van morbiditeit en mortaliteit, en concludeert dat de geboortezorg voor zwangeren in achterstandssituaties, en met name voor statushouders en asielzoekers, moet worden verbeterd.

[Beleidsrapport 5] stelt dat *"vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden meer moeite hebben een regierol op zich te nemen en vaak meer zorg behoeven."* Dit legt bloot dat wordt verondersteld dat vooral zwangeren in achterstandsposities, en met name zwangeren met lage gezondheidsvaardigheden, prenatale zorg nodig hebben. Het is wenselijk dat alle zwangeren vóór de 9e zwangerschapsweek prenatale zorg ontvangen, maar dit is vooral belangrijk voor zwangeren met lage gezondheidsvaardigheden, zo stelt dit rapport.

Tot slot wordt in [Beleidsrapport 4] het belang van prenatale zorg benadrukt voor zwangeren die geestesgestoord en daardoor wilsonbekwaam zijn. Bij deze zwangeren is een Rechtelijke Machtiging voor een In Bewaring Stelling mogelijk is, waardoor zij wettelijk verplicht kunnen worden om gecontroleerd te worden tijdens de zwangerschap.

4.2.4. De reproductie van dit discours in regionale protocollen.

In de geanalyseerde protocollen wordt duidelijk dat het discours *'ledere zwangere heeft begeleiding nodig'*, wordt gereproduceerd. Zo worden zwangeren die niet (tijdig) in zorg komen, worden in [protocol A] gepresenteerd als zwangeren waarover zorgverleners zich *"zorgen baren"*. Deze zwangeren worden gekenmerkt aan de hand van de ongecontroleerde status van hun zwangerschap, wat in het protocol wordt voorgesteld als een probleem dat om een andere benadering van zorg vraagt. Als oplossing voor dit probleem worden met name extra echoscopische onderzoeken voorgesteld. Uit dit protocol komt niet duidelijk naar voren vanaf welke termijn zij spreken van een 'ongecontroleerde status', maar aan de hand van de groeiecho-indicatie wordt wel duidelijk dat dit onder andere geldt voor zwangeren die gedurende het derde trimester (vanaf de 27e zwangerschapsweek) in zorg komen. Ook wordt onder andere in [protocol A] gesuggereerd dat zwangeren die niet of onvoldoende gecontroleerd zijn tijdens

de zwangerschap, vatbaarder zijn voor andere vormen van problematiek, zoals een onveilige hechting met het kind, waarvoor een observatiebeleid van moeder en kind na de bevalling wordt voorgesteld. Dat er bij een late zorgmelding ook rekening moet worden gehouden met mogelijke sociale problematiek wordt daarnaast ook aangekaart in de overige protocollen. In aanvulling hierop wordt gewezen op een verhoogd risico op pathologie.

In [protocol C] wordt de invloed van taalbarrières en cultuurverschillen bij niet-Westerse zwangeren op het 'laat in zorg komen' expliciet genoemd. Het protocol stelt: *“Bij niet-Westerse vrouwen kan een late zorgmelding worden veroorzaakt door taalbarrières en cultuurverschillen”*. Het opvallende is dat anderstalige Westerse zwangeren hierbij buiten beschouwing worden gelaten. In de protocollen wordt voorgeschreven wat verloskundige zorgverleners aan beleidsvoering zouden moeten implementeren, waarbij voor de definitie van het *“laat in zorg komen”* een termijn wordt gehanteerd die varieert van 12, 13, 14 tot 18 zwangerschapsweken. In de geraadpleegde protocollen lijkt de zwangere niet als een actieve partij in de beleidsvoering te worden betrokken. Dit reflecteert een paternalistische benadering waarin de autonomie en participatie van de zwangere onderbelicht blijft. Het discours dat iedere zwangere begeleiding behoeft wordt hiermee gereproduceerd.

4.3. Discours: het ongeborn kind is beschermwaardig.

In de beleidsdocumenten komt een derde discours naar voren waarin de beschermwaardigheid van het ongeborn kind of foetus wordt benadrukt. De terminologie die wordt gehanteerd om het ongeborn kind of de foetus aan te duiden verschilt in de documenten. De nadruk op de beschermwaardigheid van de foetus en het belang van prenatale zorg in de beleidsdocumenten kan bijdragen aan het begrip van het stigma rondom niet tijdig in zorg komen tijdens de zwangerschap. Het kan impliceren dat het niet tijdig zoeken van zorg als onverantwoordelijk of schadelijk wordt gezien, omdat dit de gezondheid en het welzijn van het kind kan beïnvloeden. In deze paragraaf beschrijf ik hoe het dominante discours waarin gesteld wordt dat het ongeborn kind beschermwaardig is, lijkt te bestaan uit twee verschillende onderliggende vooronderstellingen, namelijk:

- ◆ Tijdige interventies zijn cruciaal voor de gezondheid van het kind;
- ◆ De bescherming van het kind is een politieke en maatschappelijke kwestie.

Vervolgens beschrijf ik wederom hoe dit discours wordt gereproduceerd in de beschrijving een de regionale protocollen, die werden geraadpleegd in de kader van dit onderzoek.

4.3.1. *Tijdige interventies zijn cruciaal voor de gezondheid van het kind.*

Het discours legt de nadruk op het belang van prenatale zorg en tijdige interventies ter bevordering van de gezondheid van het kind. Dit omvat het identificeren en verminderen van preconceptionele risicofactoren, het opsporen van foetale aandoeningen in een vroeg stadium van de zwangerschap, en het overwegen van zwangerschapsafbreking in geval van ernstige aandoeningen.

In [Beleidsrapport 6] wordt beschreven dat er onvoldoende grip is op het tijdig opsporen en voorkomen van de oorzaken die kunnen leiden tot foetale sterfte. Eerdere veranderingen in de zorg hebben geleid tot een daling van het sterftcijfer, maar inmiddels is sprake van een stagnerende daling van het perinatale sterftcijfer en om die reden staat dit probleem hoog op de politieke en maatschappelijke agenda. Het rapport benadrukt dat het tijdig identificeren en verminderen van preconceptionele risicofactoren bij de foetus hier bescherming in kan bieden. Vanuit deze beredening blijkt de vooronderstelling dat tijdige interventies cruciaal zijn voor de gezondheid van het kind.

[Beleidsrapport 5] benadrukt het belang van de monitoring van de foetale groei tijdens zwangerschapscontroles door verloskundigen. Het rapport stelt: *“Een meer systematische aanpak zou de opsporing van kinderen met een verhoogd risico door een achterblijvende groei sterk kunnen verbeteren.”* Dit citaat suggereert dat er behoefte is aan intensievere interventies om de gezondheid

van de foetus te waarborgen. Verder benadrukt het rapport dat prenataal onderzoek in een vroeg stadium van de zwangerschap cruciaal is om ernstige aandoeningen bij de foetus vast te stellen. Dit biedt de mogelijkheid om vroegtijdig met interventies te beginnen om de gezondheid van het kind te bevorderen. Bovendien stelt het rapport dat een tijdige diagnose van ernstige foetale aandoeningen ouders in staat stelt een geïnformeerde beslissing te nemen over het al dan niet voortzetten van de zwangerschap. Het benadrukt dat er *“tot 24 weken [...] de mogelijkheid [bestaat] om de zwangerschap af te breken,”* wat keuzemogelijkheden biedt voor ouders die geconfronteerd met ernstige medische prognoses bij het kind.

Een andere invalshoek van waaruit de vooronderstelling blijkt dat tijdige interventies cruciaal zijn voor de gezondheid van het kind wordt beschreven in [Beleidsrapport 4]. Dit rapport beschrijft dat de WGBO stelt dat er voor elke (be)handeling toestemming van de zwangere nodig is, nadat er aan haar informatie is verstrekt over het doel en de uitvoering van deze (be)handeling. Echter, het rapport stelt ook dat een zogenoemde *“opting-out”* mogelijk is bij ernstige foetale nood: *“Bij ernstige foetale nood is opting-out mogelijk: ‘ik stel voor een spoed SC te doen omdat uw kind in nood is, ik neem aan dat u daarmee akkoord gaat?’”* Dit benadrukt de beschermwaardigheid van het kind bij sprake van acute situaties waarin snel gehandeld dient te worden en duidt daarmee op de vooronderstelling dat ondernemen van tijdige interventies hierbij van belang is.

4.3.2. De bescherming van het kind is een politieke en maatschappelijke kwestie.

Het discours legt eveneens de vooronderstelling bloot dat de bescherming van het kind een politieke en maatschappelijke kwestie is.

[Beleidsrapport 4] stelt dat de beschermwaardigheid van het ongebornen kind toeneemt naarmate de zwangerschap vordert, maar er zijn in de praktijk weinig mogelijkheden om dit recht af te dwingen als een zwangere een behandeling weigert: *“Er zijn in de praktijk weinig mogelijkheden om dit recht af te dwingen als een zwangere een behandeling weigert.”* Dit impliceert dat de schrijvers van mening zijn dat bescherming van de foetus als een (burgerlijk) recht behoort, wat normaal alleen voor reeds geboren burgers geldt. Het rapport vermeldt ook dat het kind na de geboorte wettelijke rechten krijgt, ongeacht de wil van de ouders, wat het belang van de beschermwaardigheid van het (ongeboren) kind benadrukt.

[Beleidsrapport 2] benadrukt de noodzaak van meer wetenschappelijke aandacht voor *“perinatale sterfte en daaraan gerelateerde volksgezondheidsproblemen.”* Het rapport stelt dat door de opkomst van medicalisering de belangen van moeder en kind naar de achtergrond zijn verschoven en identificeert speerpunten om deze weer centraal te stellen. In de inleiding wordt de politieke dimensie hiervan duidelijk gemaakt: *“Bij de start heeft [...] bewust de keuze gemaakt dat de inhoud leidend moet zijn in haar advies aan de minister. Dus met welke concrete en realistische maatregelen kan de huidige zorg rond zwangerschap en geboorte worden verbeterd, zodat de vermijdbare perinatale sterfte en morbiditeit wordt teruggedrongen?”* Het rapport vervolgt: *“Het publiek moet erop kunnen vertrouwen dat rond zwangerschap en geboorte de beste zorg wordt geleverd.”* Dit benadrukt de inzet op het verbeteren van de zorg ter vermindering van perinatale sterfte, en maakt duidelijk dat deze aanbevelingen als speerpunten worden gedeeld met de minister, waarmee de politieke betrokkenheid wordt aangetoond.

Ook [Beleidsrapport 5] bevestigt dat de bescherming van het ongebornen kind als een politieke kwestie kan worden beschouwd. Het rapport stelt: *“Hoewel perinatale sterfte en morbiditeit niet volledig te vermijden zijn, kan een deel wél worden voorkomen door effectievere preventie en een betere samenwerking in de zorg. Daarom staat sinds begin 2008 de perinatale sterfte in Nederland hoog op de politieke en maatschappelijke agenda.”* Dit citaat benadrukt dat er verbeteringen mogelijk zijn in de zorg voor de foetus door effectievere preventieve maatregelen en een verbeterde samenwerking tussen zorgverleners, waardoor een deel van de sterftcijfers kan worden voorkomen. Het rapport onderstreept daarbij dat dit ook een zaak van de maatschappij en de politiek.

4.3.3. De reproductie van dit discours in regionale protocollen.

In een aantal van de geraadpleegde protocollen wordt duidelijk dat het discours van de beschermwaardigheid van de foetus wordt gereproduceerd. Een voorbeeld hiervan is het opnemen van postnatale observatielijsten, die dienen ter inventarisatie van versturende factoren in de ouder-kindrelatie en ter observatie van de hechting tussen ouders en kind. Deze observatielijsten suggereren een streven naar het bevorderen van een gezonde relatie tussen het kind en de ouders, wat kan worden gezien als onderdeel van de verloskundige zorgverlening. De focus op de hechting benadrukt het belang van een gezonde en veilige ontwikkeling van het kind, wat impliciet de beschermwaardigheid van de foetus benadrukt. Door het waarborgen van een goede start na de geboorte, wordt de continuïteit van de verloskundige zorgverlening belicht, wat aantoont dat de zorg voor de foetus niet eindigt bij de geboorte.

Uit verschillende protocollen blijkt dat de veiligheid van het kind als hoofddoel wordt gesteld. In [protocol A] staat bijvoorbeeld: *“Met het protocol wordt gestreefd een weloverwogen inschatting te maken van de mogelijkheden en veiligheid van het op komst zijnde kind.”*. Daarnaast geven de protocollen aanwijzingen voor extra aandacht voor de foetale groei in verband met mogelijke risico's op een groeivertraging. Dit benadrukt opnieuw de focus op het beschermen en waarborgen van de gezondheid van het kind. De aandacht voor de opsporing van deze groeivertraging onderstreept het belang van vroegtijdige signalering om de beste uitkomsten voor het ongeboren kind te waarborgen. En hoewel het ongeboren kind in de meeste protocollen, niet expliciet wordt genoemd, is de onderliggende boodschap duidelijk: de beschermwaardigheid van het ongeboren kind staat centraal. Hiermee wordt het discours van de beschermwaardigheid gereproduceerd in de geraadpleegde protocollen.

4.4. Discours: De verloskundige zorgverlener is de expert.

Een discours dat prominent naar voren komt uit de geanalyseerde beleidsdocumenten is dat van de (verloskundige) zorgverlener als professional. In de beleidsdocumenten wordt benadrukt dat zorgverleners gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor het waarborgen van de beste kwaliteit van zorg voor zwangeren en hun (ongeboren) kind. In deze paragraaf beschrijf ik hoe het dominante discours waarin gesteld wordt dat de (verloskundige) zorgverlener de professional is, lijkt te bestaan uit de volgende drie onderliggende vooronderstellingen, namelijk:

- ◆ Juist en tijdig handelen door de zorgverlener levert het beste resultaat;
- ◆ Zorgverleners zijn verantwoordelijk voor goede zorg aan zwangeren;
- ◆ Een late opstart van zorg is een knelpunt voor zorgverleners.

Vervolgens beschrijf ik hoe het discours van de (verloskundige) zorgverlener als expert wordt gereproduceerd in de beschrijving een de geraadpleegde protocollen.

4.4.1. Juist en tijdig handelen door de zorgverlener levert het beste resultaat.

Volgens beleidsdocumenten heeft de medicalisering van de geboortezorg geleid tot een verschuiving waarbij de belangen van moeder en kind naar de achtergrond zijn gedrongen. Hierdoor pleiten de beleidsdocumenten voor een centrale rol van de zwangere en haar (ongeboren) kind, ondersteund door professionals die zich bewust zijn van hun behoeften. Het uitgangspunt is het juist en tijdig handelen door de juiste persoon voor het beste resultaat.

In [Beleidsrapport 1] wordt benadrukt dat Nederlandse zwangeren graag door een verloskundige worden begeleid. Dit zou leiden tot grotere tevredenheid over de zwangerschap en minder medische ingrepen. Het rapport stelt dat de verloskundige ervoor zorgt dat de zwangere wordt versterkt en dat stress en stemmingsstoornissen tijdig worden opgespoord. Het volgende citaat uit het

rapport illustreert dit: *"Nederlandse vrouwen willen tijdens de zwangerschap graag door een verloskundige begeleid worden."* En hoewel het rapport ook erkent dat aanpassingen in het consultschema mogelijk zijn als zwangeren dit wenselijk achten, en dit presenteert als een vanzelfsprekendheid, wordt ook gesuggereerd dat deze aanpassingen wel binnen de medische kaders moeten blijven. Dit wordt duidelijk in het volgende citaat: *"Natuurlijk zijn er cliënten die aangeven dat zij minder behoefte hebben aan informatie en begeleiding door de verloskundige zorgverleners. Deze wens kan resulteren in een aangepast consultschema, uiteraard binnen de medische kaders."*

[Beleidsrapport 5] introduceert het concept van een *"window of opportunity"*, waarin verloskundigen worden aangemoedigd om actie te ondernemen om risicofactoren te verminderen of te elimineren ter bescherming van de foetus. Dit benadrukt het belang van tijdige zorgverlening en het handelen volgens professionele maatstaven. Het volgende citaat verduidelijkt dit: *"De preconceptionele periode is een zogenaamd 'window of opportunity'. Alleen in deze fase kunnen risicofactoren verminderd of geëlimineerd worden voordat deze negatieve effecten kunnen genereren voor de foetus."* De onderliggende boodschap van dit citaat doet vermoeden dat de verantwoordelijkheid voor het elimineren van deze risicofactoren aan de verloskundige wordt toevertrouwd, maar er klinkt ook een waarschuwing doorheen: namelijk dat het alléén in deze fase mogelijk is om deze te elimineren.

In [Beleidsrapport 4] wordt beschreven hoe het *"professionele vermogen"* van de verloskundige zorgverlener ervoor zorgt dat de zwangere kan worden voorzien van *"informatie, advies en hulp"*. Hierbij staat expliciet beschreven dat de verloskundige zorgverlener *"niet verantwoordelijkheid [is] voor een weloverwogen keuze van de zwangere"*. Het benadrukt echter dat de verloskundige zorgverlener wel verantwoordelijk is voor een zorgvuldige procedure en wijze van handelen, maar niet voor de uiteindelijke uitkomst.

[Beleidsrapport 5] beschrijft hoe van zorgverleners wordt verwacht dat zij de regie nemen in het besluitvormingsproces. De auteurs schrijven: *"Eerst introduceert de zorgverlener het idee dat er een keuze is en alternatieve acties of opties mogelijk zijn. Hierbij onderzoekt de zorgverlener in welke mate de vrouw betrokken wil zijn bij de besluitvorming"*. Daarna worden de persoonlijke situatie en voorkeuren van de zwangere ten aanzien van de besproken mogelijkheden in kaart gebracht.

4.4.2. Zorgverleners zijn verantwoordelijk voor goede zorg aan zwangeren.

De geraadpleegde beleidsdocumenten benadrukken de gezamenlijke verantwoordelijkheid van zorgverleners voor het waarborgen van de beste kwaliteit van zorg voor zwangeren en hun (ongeboren) kind. Dit impliceert een behoefte aan samenwerking tussen verschillende beroepsgroepen binnen de geboortezorg om betere zorg te bieden. Een goede samenwerking tussen professionals wordt als essentieel beschouwd om zwangeren tijdig in zorg te laten komen, wat bijdraagt aan duidelijkheid over de geboden zorg.

[Beleidsrapport 1] benadrukt meermaals dat verloskundige zorgverleners verantwoordelijk zijn voor het verlenen van goede zorg. De auteurs schrijven: *"Zwangeren nemen als vanzelfsprekend aan dat de verloskundige goed opgeleid is en bevoegd en bekwaam is"*. Ook wordt beschreven dat de verloskundige zorgverlener een verplichting heeft tot het verlenen van zorg en het verschaffen van toegang tot bepaalde informatievoorzieningen. Dit blijkt uit het volgende citaat: *"De laatste jaren vindt een toename plaats van de hoeveelheid informatie en advies die de verloskundige aan de zwangere zou moeten aanbieden (verplicht)"*. Dit impliceert de verantwoordelijkheid van verloskundige zorgverleners en het belang dat wordt gegeven aan de levering van zorg aan zwangeren.

In [Beleidsrapport 2] wordt het belang van zwangerschapsbegeleiding door diverse zorgverleners benadrukt, waarbij het tijdig signaleren en inschatten van risico's als cruciaal wordt beschouwd. Het rapport stelt dat vroegtijdige preconceptiezorg, regelmatige controles van de zwangere, en het correct herkennen van mogelijke complicaties, evenals goede begeleiding tijdens de bevalling en kraamzorg, essentieel zijn om de gezondheid van zowel de aanstaande moeder als haar

ongeboren kind te waarborgen. Echter, het rapport wijst ook op een hoog percentage overdrachten tussen professionals tijdens de zwangerschap, waarbij de actieve rol van de zwangere in de zorgrelatie vaak onderbelicht blijft.

Deze documenten illustreren het professionele discours in de prenatale zorg, waarin van zorgverleners wordt verwacht dat zij vertrouwd, deskundig en proactief zijn en een leidende rol nemen in het waarborgen van de kwaliteit van zorg en het begeleiden van zwangeren door het besluitvormingsproces.

4.4.3. Een late opstart van zorg is een knelpunt voor zorgverleners.

De geraadpleegde beleidsdocumenten benadrukken dat zorgverleners gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor het bieden van optimale zorg aan zwangeren en hun ongeboren kinderen. Verloskundigen ervaren uitdagingen in het bieden van optimale zorg aan zwangeren die niet tijdig in prenatale zorg komen. Deze uitdagingen omvatten een gebrek aan bekendheid en gebruik van verloskundige zorg, beperkte bereikbaarheid en beschikbaarheid van acute zorg in perifere gebieden, en het omgaan met de afwijzing van aanbevolen zorg door zwangeren. Het vergt zorgvuldige communicatie, samenwerking, en een goed georganiseerde aanpak om deze problemen te overwinnen en de verantwoordelijkheid voor optimale zorg waar te maken.

In [Beleidsrapport 4] wordt beschreven hoe zorgverleners vaak moeite hebben met afwijzing van aanbevolen zorg door zwangeren: *"Soms wijst een zwangere dergelijke aanbevolen zorg af, zoals een advies tot tweedelijns zorg, extra bewaking of een inleiding. Vaak is het voor zorgverleners lastig hiermee om te gaan."* Het rapport benadrukt het belang van samenwerking en een zorgvuldige omgang met gevoelens van "irritatie" om vertrouwen te winnen: *"De verloskundige zorgverleners mogen de zwangere nooit van hulp verstoken laten wanneer de zwangere vrouw een andere mening is toegedaan dan de zorgverlener."* Bij het uitblijven van een "acceptabel beleid" wordt geadviseerd om andere zorgverleners te consulteren: *"Mocht u, ondanks bovengenoemde pogingen en meerdere gesprekken, toch geen overeenstemming bereiken over de zorg die u wilt en kunt leveren, dan zult u met de zwangere naar andere oplossingen moeten zoeken."*

Daarnaast benadrukt [Beleidsrapport 2] de knelpunten rondom de toegankelijkheid van verloskundige zorg: *"Een deel van de zwangeren is onvoldoende bekend met of maakt onvoldoende gebruik van de verloskundige zorg."* Hoewel het prenatale zorgaanbod voldoende lijkt, is de bereikbaarheid en beschikbaarheid van acute zorg in perifere gebieden problematisch: *"In perifere gebieden is echter een probleem ontstaan rondom de bereikbaarheid en beschikbaarheid van acute zorg."* Het rapport pleit voor een beter georganiseerde zorg onder strakke regie: *"Deze twee speerpunten vragen nieuwe instrumenten in een beter georganiseerde zorg rond zwangerschap en geboorte, die onder strakke regie en met alle professionals wordt uitgevoerd."*

Tot slot benadrukken de beleidsdocumenten het belang van een goede relatie tussen de zwangere en de verloskundige, waarin vertrouwen, goede communicatie en individuele begeleiding essentieel zijn. Er wordt een open houding en interesse van de verloskundige verwacht, evenals voldoende informatie en regelmatige controles, vooral voor zwangeren met een lage sociaaleconomische status of lage gezondheidsvaardigheden. Richtlijnen en zorgpaden dienen als leidraad, maar het afwijken hiervan kan soms gerechtvaardigd zijn om optimale zorg te bieden aan individuele cliënten.

4.4.4. De reproductie van dit discours in regionale protocollen.

De geraadpleegde protocollen leggen sterk de nadruk op het belang van professionele zorgverlening, vooral voor zwangeren die 'laat in zorg komen'. De verantwoordelijkheid van de (verloskundige) zorgverlener wordt hierbij duidelijk benadrukt. Vrijwel alle protocollen pleiten voor een directe inzet van

diagnostische onderzoeken, met specifieke aandacht voor extra echoscopische onderzoeken om de zwangerschapsdatering zo accuraat mogelijk vast te stellen.

Daarnaast adviseren meerdere protocollen om de casus van zwangeren die te laat in zorg komen voor overleg in te brengen bij andere ketenzorgpartners, zoals maatschappelijk werk, het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV), het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) en de kraamzorg. Dit advies is gebaseerd op de vooronderstelling dat er een verband bestaat tussen het laat in zorg komen en onderliggende sociale problematiek. De verantwoordelijkheid en regie voor deze beleidsvoering worden aan de (verloskundig) zorgverlener toegeschreven, wat hun centrale rol in het coördineren en uitvoeren van de zorg benadrukt. Er wordt verwacht dat zij de nodige stappen ondernemen om aan de protocollaire eisen te voldoen.

Het discours van de zorgverlener als professional wordt hierdoor gereproduceerd. Protocollen stellen namelijk niet alleen eisen aan de technische en medische vaardigheden van zorgverleners, maar ook aan hun vermogen om sociale problematiek tijdig te signaleren en daarop gepaste acties te ondernemen. Dit toont aan dat de zorgverlener wordt gezien als de centrale figuur die in staat is om op een adequate, zorgvuldige wijze zorg te verlenen, waarbij medische, sociale en organisatorische aspecten samenkomen.

In het geheel maken de geraadpleegde protocollen duidelijk dat de zorgverlener niet alleen een uitvoerder van medische handelingen is, maar ook een coördinator van het prenatale zorgtraject. Hierdoor wordt het discours van de professionele zorgverlener versterkt, waarbij de verwachtingen voor het uit te voeren beleid onder de verantwoordelijkheid van de zorgverlener worden geplaatst. Het discours van de (verloskundige) zorgverlener als professional wordt op deze wijze gereproduceerd in de geraadpleegde protocollen.

4.5. Conclusie

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de empirische deelvraag: Hoe worden de heersende discourses rondom de normatieve verwachting dat zwangeren tijdig prenatale zorg moeten krijgen geconstrueerd en gereproduceerd in Nederlandse beleidsdocumenten voor verloskundige zorg? Aan de hand van de analyse kan geconcludeerd worden dat de heersende discourses in de landelijke beleidsrapporten worden geconstrueerd door middel van impliciete en expliciete vooronderstellingen, gevormd op basis van normen en richtlijnen. In veel gevallen leidt dit tot een reproductie van het discours in de regionale protocollen. De volgende dominante discourses werden gevonden:

In de geraadpleegde beleidsdocumenten ligt een nadruk op het belang van prenatale zorg en het vroegtijdig inzetten van diagnostische onderzoeken en interventies om de gezondheid van het ongeboren kind te waarborgen. Het identificeren en verminderen van risicofactoren, vroegtijdig opsporen van foetale aandoeningen en het overwegen van een zwangerschapsafbreking bij ernstige aandoeningen zijn enkele van de interventies die ter sprake worden gebracht. De vooronderstellingen die hieraan ten grondslag liggen, leggen de nadruk op vroegtijdige zorg en regelmatige controles om complicaties tijdig te kunnen herkennen en hiernaar te handelen. Aan de hand hiervan kan een eerste discours worden afgeleid, namelijk: *‘Voorkomen is beter dan genezen’*.

Zwangeren worden in de beleidsdocumenten gepositioneerd als de primaire belangenbehartigers van hun ongeboren kind. Deze positionering veronderstelt dat zwangeren adequate en informatieve ondersteuning van verloskundige zorgverleners nodig hebben om het welzijn van hun kind te waarborgen. De beleidsdocumenten onderstrepen de eigen verantwoordelijkheid van zwangeren om hiervoor tijdens de zwangerschap contact op te nemen met verloskundige zorgverleners. Hierbij wordt het belang van toegang tot wetenschappelijke kennis voor zwangeren, zodat zij zich goed kunnen voorbereiden op het moederschap, benadrukt. Daarnaast wordt in de beleidsdocumenten ook aandacht besteedt aan de noodzaak van zorg-op-maat voor zwangeren in achterstandssituaties en zwangeren met andere culturele achtergronden, omdat deze zwangeren op

basis van de statistieken hogere risico's lopen wordt aangenomen dat dit betekent dat zij intensievere zorg nodig hebben. Samen vormen deze vooronderstellingen een tweede discours dat kan worden samengevat als: *'Iedere zwangere heeft begeleiding nodig'*.

Als er wordt gekeken naar de positie van het ongeboren kind in de beleidsdocumenten, dan wordt hierover benadrukt dat de bescherming van het ongeboren kind niet alleen een medische, maar ook een politieke en maatschappelijke verantwoordelijkheid is. De beleidsdocumenten stellen dat effectieve preventie en een betere samenwerking in de zorg noodzakelijk zijn om de gezondheid van het ongeboren kind te waarborgen. Dit suggereert dat de bescherming van het ongeboren kind als een burgerlijk recht moet worden gezien, die implicaties kan hebben voor juridische en ethische discussies en dilemma's rondom het ontvangen van prenatale zorg. In de beleidsdocumenten ligt een nadruk op de vooronderstelling dat tijdige interventies essentieel zijn voor de gezondheid van het ongeboren kind. Het derde discours dat aan de hand hiervan geformuleerd kan worden is: *'Het ongeboren kind is beschermwaardig'*.

Tot slot komt ook de positie van verloskundige zorgverleners komt meermaals ter sprake in de geraadpleegde beleidsdocumenten. De gezamenlijke verantwoordelijkheid van zorgverleners voor het waarborgen van de beste kwaliteit van zorg voor zwangeren en hun ongeboren kinderen wordt hierbij onderstreept. Verloskundige zorgverleners worden aangemoedigd om samenwerkingen aan te gaan met verschillende zorgdisciplines om betere verloskundige zorg te bieden. De noodzaak van een sterke zorgrelatie tussen de zwangere en haar zorgverlener wordt benadrukt, waarbij de zwangere wordt geplaatst in een actieve rol. Tot slot benadrukken de beleidsdocumenten dat verloskundigen horen te beschikken over zowel medische, als sociale vaardigheden, om eventuele complicaties tijdens de zwangerschap tijdig te kunnen signaleren en om op basis hiervan te kunnen handelen. Dit leidt tot een laatste discours dat uit de beleidsdocumenten kan worden afgeleid: *'De verloskundige zorgverlener is de expert'*.

Deze vier heersende discourses worden gereproduceerd in regionale protocollen voor de zorg aan zwangeren die laat in zorg komen. De protocollen benadrukken de noodzaak van extra diagnostische onderzoeken en sociale ondersteuning, waarbij de autonomie en participatie van de zwangere soms onderbelicht lijken. Zo wordt het discours van de beschermwaardigheid van het ongeboren kind in de protocollen gereproduceerd door het belang van extra observaties en interventies te benadrukken. Het discours van de zorgverlener als professional wordt gereproduceerd door eisen te stellen aan de vaardigheden van zorgverleners op zowel medisch als sociaal gebied, waardoor de centrale rol van de verloskundige zorgverlener benadrukt wordt.

Samenvattend worden de heersende discourses rondom de normatieve verwachting dat zwangeren tijdig prenatale zorg moeten krijgen, geconstrueerd door de beleidsdocumenten voor verloskundige zorg die de normen en richtlijnen opstellen voor de prenatale zorgverlening, en gereproduceerd door aanbevelingen te doen aan verloskundige zorgverleners om deze richtlijnen in de praktijk te kunnen verwerkelijken. De heersende discourses leggen de nadruk op de prenatale begeleiding, de beschermwaardigheid van het ongeboren kind, de professionaliteit van de zorgverlener, het belang van preventie en het belang van de inzet van vroegtijdige interventies.

5. Discussie

In dit hoofdstuk worden de bevindingen uit het theoretisch kader en het empirisch onderzoek met elkaar vergeleken. Hierbij wordt met een zorgethische lens en met behulp van critical insights naar relationaliteit, macht/positie en kwetsbaarheid gekeken. Dit helpt om te begrijpen hoe inzichten uit de zorgethische literatuur over verantwoordelijkheid kunnen bijdragen aan een kritische evaluatie van de heersende opvattingen over de norm dat zwangeren tijdig prenatale zorg moeten krijgen. Daarmee beantwoordt dit hoofdstuk de derde deelvraag:

Hoe kunnen de inzichten uit de zorgethische literatuur over relationaliteit, macht/positie en kwetsbaarheid bijdragen aan een kritische evaluatie van de heersende discourses rondom de normatieve verwachting dat zwangeren tijdig prenatale zorg moeten krijgen, ter verbetering van de verloskundige zorg?

5.1. Een herschikking van verantwoordelijkheden.

De empirische bevindingen wijzen erop dat opvattingen over verantwoordelijkheden een cruciale rol spelen in de heersende discourses, die de normatieve verwachting creëren dat zwangeren tijdig prenatale zorg moeten ontvangen. Uit de literatuur blijkt dat deze verantwoordelijkheden niet genderneutraal zijn. Het begrip vrouw-zijn wordt vaak gedefinieerd door het vermogen om zwanger te raken en de bijbehorende verantwoordelijkheden, terwijl de verantwoordelijkheden van mannen tijdens de zwangerschap nauwelijks worden benoemd. Ideeën over wie waarvoor verantwoordelijk is, zijn vooral gebaseerd op normatieve opvattingen over de noodzakelijke zorg voor de foetus.

Opvattingen over wie welke verantwoordelijkheid kan dragen zijn ook zichtbaar in de protocollen die werden geraadpleegd voor het empirische onderzoek, waarin de nadruk ligt op het monitoren van de zwangerschap en het inhalen van gemiste interventies bij een late start van de prenatale zorg. Uit de documentenanalyse in hoofdstuk 4 kwam naar voren dat de focus in deze protocollen niet primair ligt bij de zwangere cliënt zelf. Slechts één van de vijf geraadpleegde protocollen stelt de vraag: "Wat is de reden van het laat in zorg komen / ongecontroleerde zwangerschap?" Deze vraag richt zich op de zwangerschap, maar biedt ook ruimte om verder te kijken dan de cliënt als alleen maar een zwangere. In tegenstelling tot de andere protocollen, benadrukt dit protocol niet alleen de normatieve verwachting dat zwangeren tijdig prenatale zorg moeten krijgen, maar worden ook de onderliggende redenen voor een late zorgstart onderzocht. De overige protocollen leggen de nadruk op het aanbieden van een groot aantal diagnostische onderzoeken aan zwangeren die laat in zorg komen. Ze benadrukken de noodzaak van diverse controles tijdens de zwangerschap en bevatten observatielijsten om risicofactoren voor een onveilige hechting tussen moeder en kind na de bevalling te kunnen identificeren. Het opnemen van deze observatielijsten in protocollen voor zwangeren die laat in zorg komen, suggereert dat er een verhoogd risico op een onveilige hechting wordt verondersteld voor deze groep.

Uit de analyse van landelijke beleidsrapporten en regionale protocollen blijkt dat er veel nadruk ligt op zwangerschap, de gezondheid van de foetus en de gezondheid van het pasgeboren kind. Hierdoor wordt van zwangeren verwacht dat zij tijdig prenatale zorg zoeken en de verantwoordelijkheid hierin nemen. In de onderstaande subparagrafen schrijf ik, via een proces van meedenken, tegen denken en omdenken, in drie stappen toe naar een herschikking van de verantwoordelijkheden van zwangeren en verloskundigen.

5.1.1. Meedenken.

Allereerst lijkt de normatieve verwachting dat zwangeren hun verantwoordelijkheid nemen voor de zorg van de foetus door tijdig prenatale zorg te krijgen, voort te komen uit hun veranderende identiteit. Het idee dat de identiteit van een zwangere verandert door de zwangerschap heeft zowel een biologische

als een sociale oorsprong. Biologisch gezien ontwikkelt zich een foetus in het lichaam van de zwangere, wat verwachtingen schept over het toekomstige kind en de rol van de vrouw als moeder (Van Nistelrooij & Van der Waal, 2019, p.55). Ruddick (1995, p.8) stelt dat het moederschap ervoor zorgt dat vrouwen hun eigen identiteit niet langer als volledig autonoom beschouwen. Empirische bevindingen suggereren dat deze opvatting ook doorklinken in de regionale protocollen. Deze protocollen richten zich vooral op het monitoren van de zwangerschap om vroegtijdig in te kunnen grijpen bij onverwachte bevindingen die zouden kunnen wijzen op de mogelijkheid dat het kind niet gezond of in moeilijkheden is. Dit is gebaseerd op de principes 'Voorkomen is beter dan genezen' en 'Het (ongeboren) kind is beschermwaardig', die in de protocollen naar voren komen. In deze beleidsdocumenten wordt de veranderende rol van de zwangere ten opzichte van de foetus zichtbaar. De zwangere wordt vaak aangeduid als 'zwangere', terwijl de foetus meestal 'het ongeboren kind' wordt genoemd. Deze benaming creëert een ander beeld van de foetus, omdat kinderen actieve, rechthebbende burgers zijn, terwijl een foetus nog geen rechten heeft en volledig afhankelijk is van de zwangere om te overleven.

Een tweede aspect dat bijdraagt aan de toewijzing van verantwoordelijkheden aan de zwangere, is de manier waarop de foetus in de heersende discoursen als kwetsbaar wordt gezien. Hierbij wordt verondersteld dat de foetus afhankelijk is van de acties en keuzes van de zwangere. Dit resulteert in de verwachting dat de zwangere haar gedrag zal afstemmen op het belang van de foetus. Deze redenering sluit aan bij de normatieve morele theorie 'Protecting the Vulnerable' van Robert Goodin (1985), die stelt dat we verantwoordelijk zijn voor het beschermen van degenen die kwetsbaar zijn voor onze acties en keuzes. Hierdoor wordt in medische discoursen de verantwoordelijkheid van zwangeren benadrukt. Zwangeren worden in dit discours geacht tijdig prenatale zorg te zoeken en alle aanbevolen diagnostische tests te ondergaan, wat impliceert dat er ook verwacht wordt dat zij hun lichaam beschikbaar stellen voor medische controles en interventies in het belang van de foetus. Ferndale en collegae (2017, p.28) stellen dat zwangerschap in medische discoursen als 'potentieel gevaarlijk' wordt gezien. Volgens Van der Ploeg (2001, p.34) komen door deze redenering ook gezonde lichamen zonder pathologie in aanmerking komen voor interventies. Dit beeld wordt bevestigd door de empirische bevindingen, waaruit blijkt dat in de protocollen voor zwangeren die laat in zorg komen de focus gericht is op het inzetten van (aanvullende) diagnostische onderzoeken.

Een derde aspect dat de verwachting ondersteunt dat zwangeren de morele plicht en daarmee de verantwoordelijkheid hebben om tijdig prenatale zorg te zoeken, is hun rol als primaire belangenbehartigers van de foetus. Dit impliceert dat zij behoefte hebben aan adequate en informatieve ondersteuning. In de literatuur worden verloskundigen vaak beschreven als experts die weten wat het beste is voor zowel de zwangere als de foetus. De geraadpleegde beleidsdocumenten benadrukken dat verloskundigen de verantwoordelijkheid hebben om wetenschappelijke kennis met zwangeren te delen, aangezien zij over deze kennis beschikken en zwangeren vaak niet. Dit vormt het discours '*De verloskundige zorgverlener is de expert*'. Volgens de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) zijn verloskundigen verplicht om hun medisch-wetenschappelijke kennis betreffende de zwangerschap te delen. Zwangeren hebben het recht om deze informatie te weigeren, maar alleen nadat ze ervan op de hoogte zijn gesteld. De expertise van verloskundigen is volgens het discours dus essentieel om zwangeren in staat te stellen weloverwogen keuzes te maken, daardoor hebben zwangeren de verantwoordelijkheid om tijdig in prenatale zorg te komen.

5.1.2. Tegen denken.

In deze paragraaf bespreek ik de kritiek op het huidige normatieve discours dat zwangere cliënten bekritiseert als zij niet tijdig prenatale zorg zoeken.

Allereerst laat een benadering van de zwangere, waarin voornamelijk de zwangerschap en de foetus centraal staan, weinig ruimte over voor erkenning van de specifieke zorgbehoeften van de zwangere. Het zorgethische critical insight '*relationaliteit*', zoals besproken in het theoretisch kader,

benadrukt de onderlinge afhankelijkheid tussen mensen en de wederkerigheid in relaties. In de context van tijdige prenatale zorg betekent dit dat de relatie tussen de zwangere en de verloskundige ook centraal zou moeten staan. Dit houdt in dat de verloskundige niet alleen handelt vanuit medische perspectieven, maar ook rekening houdt met de individuele omstandigheden, behoeften en wensen van de zwangere. Het is om die reden belangrijk om een zorgomgeving te creëren waarin zwangeren zich gehoord en gerespecteerd voelen en waarin hun keuzes en autonomie worden erkend.

Als tweede kan de machtspositie van de verloskundige in het discours van *'De verloskundige is de expert'* ervoor zorgen dat zwangeren zich gedwongen kunnen voelen om de adviezen van verloskundigen op te volgen, zelfs als dit indruist tegen hun eigen overtuigingen of comfort, waardoor er weinig erkenning is voor hun eigen zorgbehoeften. Uit het rapport *'Zorg van betekenis. Een terugblik en visie uit de toekomst.'* van het Ministerie van VWS (2000), dat werd aangehaald door de Nederlandse zorgethica Annelies Van Heijst (2008, p.61), blijkt dat de invulling van zorg te technisch is geworden en onvoldoende recht doet aan de ervaringen van zorgontvangers. Van Heijst (2008, p.47-48) beschrijft daarnaast dat een moeder niet alleen liefde en zorg geeft, maar zelf ook zorg en erkenning nodig heeft. Ze illustreert dit met de schets van de moeder-en-kind-relatie van Axel Honneth (uit: *Verdinglichung*, 2005), waarin wordt benadrukt dat wanneer alleen het kind centraal staat, de rol van de moeder niet erkend wordt waardoor de moeder slechts als instrumenteel onderdeel van de identiteitsvorming van het kind gezien wordt (idem, p.47). In de geraadpleegde protocollen lijkt het belang van de relationaliteit tussen de zwangere en de zorgverlener over het hoofd te worden gezien, wat resulteert in een benadering die de zwangere primair ziet als een middel om de gezondheid van de foetus te waarborgen.

Als derde is het ontvangen van prenatale zorg geen universeel principe, maar cultuurgebonden. In het Westen worden zwangerschap, geboorte en kind vaak gezien als de verantwoordelijkheid van de zwangere, en zo ook het ontvangen van prenatale zorg. Deze opvattingen zijn echter niet universeel en worden niet overal ter wereld erkend, waardoor ze in een multiculturele samenleving niet door iedere zwangere worden gedeeld. Van Nistelrooij (aangehaald door Goodarzi, 2024, p.139) beschrijft dat er in het Westen van vrouwen wordt gevraagd dat zij vele offers maken voor de zorg van het kind. Dit begint reeds tijdens de zwangerschap, wanneer de moeder wordt gereduceerd tot de omgeving van de foetus en de gezondheid van de foetus de hoogste prioriteit krijgt (idem, p.139). Volgens Van Nistelrooij (idem, p.140-141) wordt het opdringen van maatschappelijke normen als een vanzelfsprekendheid gezien vanuit de, eveneens, normatieve verwachting dat zwangeren het beste willen voor hun kind en hiervoor verantwoordelijk zijn. Echter, zo vanzelfsprekend is het opdringen van deze maatschappelijke normen niet, want deze normen kunnen per cultuur verschillen.

Tot slot blijkt uit diverse onderzoeken dat medisch-wetenschappelijke onderzoeken die gaan over de effectiviteit van prenatale interventies elkaar kunnen tegenspreken. Hoewel er uit de bevindingen blijkt dat medisch-wetenschappelijke kennis van verloskundigen zwaarder wordt gewogen dan de existentiële en lichamelijke zelfkennis van zwangeren, wordt in de KNOV-standaard (2008) een onderzoek geciteerd waaruit blijkt dat prenatale zorg niet noodzakelijkerwijs tot betere uitkomsten leidt. Recentere studies bevestigen dit door aan te tonen dat sommige interventies, waarvan eerder werd aangenomen dat ze effectief waren, geen significant voordeel opleveren boven de natuurlijke processen van het lichaam. Maaike Muntinga (aangehaald door Goodarzi, 2024, p.114-115), beschrijft hoe in het verleden vaker is gebleken dat wetenschappelijke bevindingen die de wereld in werden gebracht, en als neutraal werden beschouwd, nadien onjuist bleken. Om die reden zou wetenschappelijke kennis volgens haar moeten worden gezien als product van de context waarin zij is ontstaan (idem, p.114).

Concluderend betekent dit dat de verantwoordelijkheid van een zwangere om tijdig prenatale zorg te zoeken complex is en niet alleen aan haar kan worden toegeschreven. Landelijke beleidsrapporten en regionale protocollen voor verloskundige zorg houden onvoldoende rekening met individuele en culturele verschillen, machtsdynamieken en de persoonlijke behoeften van zwangere cliënten die volgens de norm te laat in zorg komen.

5.1.3. Omdenken.

In deze paragraaf bespreek ik hoe er op een andere manier kan worden nagedacht over de verantwoordelijkheid van de zwangere om tijdig zorg te zoeken, waarbij rekening wordt gehouden met de individuele en culturele verschillen, machtsdynamieken en persoonlijke behoeften van zwangeren.

Vanuit een zorgethische benadering wordt gesteld dat mensen onderling afhankelijk zijn en daardoor verantwoordelijkheid naar elkaar hebben, waarbij erkenning van elkaars zorgbehoeften essentieel is. Door de zorgbehoeften van zwangeren te erkennen, wordt niet alleen hun individuele bestaan bevestigd, maar ook hun recht op zelfbeschikking, wat hun menselijke waardigheid beschermt. Een zwangere is immers niet alleen zwanger, maar ook een mens. Om deze reden betoogt Robinson (2013, p.99) dat vrouwen eerst als mens en daarna als vrouw moeten worden gezien. Dit perspectief op het mens-zijn creëert ruimte voor een open gesprek waarin wordt erkend dat vrouwen gelijke rechten, kansen en erkenning verdienen op basis van hun mens-zijn.

Verloskundigen spelen een cruciale rol in het erkennen en respecteren van de zorgbehoeften van zwangeren, wat een bepaalde verantwoordelijkheid met zich meebrengt. Deze verantwoordelijkheid moet een belangrijke plaats innemen naast hun andere taken, zoals het informeren van zwangeren, het toegankelijk maken van zorg, en het uitvoeren van diagnostische onderzoeken. Zo vraagt een responsieve benadering bijvoorbeeld van verloskundigen dat zij ook alert zijn voor situaties waarin de kans op misbruik van de kwetsbaarheid van een ander bestaat (Tronto, 1993, p.135). Echter, de druk van dit takenpakket kan verloskundigen in een moeilijke positie brengen. Aan de ene kant pleit een zorgethische benadering ervoor dat de verloskundige aandacht heeft voor de zwangere, verantwoordelijkheid neemt, competent is, en responsief is voor de daadwerkelijke zorgvraag. Aan de andere kant wordt ook verwacht dat de verloskundige de zwangere voorziet van reguliere prenatale zorg. Daarom is het belangrijk om op zoek te gaan naar een benadering van zwangeren die verloskundigen de ruimte biedt om meer erkenning te geven aan de specifieke zorgbehoeften van zwangeren, maar die ook de beperkte mogelijkheden erkent die verloskundigen soms hebben om al deze verantwoordelijkheden te dragen.

Uit het feit dat zowel zwangeren, als verloskundigen, last kunnen ondervinden van de huidige verdeling van verantwoordelijkheden, kunnen we concluderen dat er een noodzaak is om deze verdeling opnieuw vorm te geven, waarbij ruimte is voor beide perspectieven. Walker's concept van een *'geografie van verantwoordelijkheden'*, zoals besproken in het theoretisch kader, kan helpen bij het herschikken van de huidige verdeling van verantwoordelijkheden. Verloskundigen moeten binnen dit kader de mogelijkheid hebben om hun taken uit te voeren zonder overweldigd te worden door de verwachtingen die aan hen worden gesteld, terwijl zwangeren in staat moeten zijn hun zwangerschap te beleven zonder de druk van diverse verantwoordelijkheden die voortkomen uit normatieve verwachtingen. Een geografie van verantwoordelijkheden kan inzicht bieden in de draagkracht en draaglast van zowel verloskundigen als zwangeren, wat duidelijkheid schept over hun capaciteiten en beperkingen. Daarnaast biedt dit mogelijk ruimte om elkaar te leren kennen op een manier waarin dominante medische opvattingen niet langer het zorgproces domineren. Hierdoor kunnen beiden zich richten op de daadwerkelijke zorgbehoeften en beschikbare mogelijkheden binnen de prenatale zorg.

De huidige medische discoursen hoeven geen obstakel te vormen voor een herverdeling van verantwoordelijkheden zoals voorgesteld door Walker's concept van geografie. Aangezien mensen verschillende levensverhalen hebben, kunnen zij zich tussen verschillende kennisdiscoursen bewegen, zoals Rudolfsdottir (2000, p.338) aangeeft. Dit impliceert dat normatieve ideeën over wat juist en acceptabel is, niet consistent zijn maar veranderlijk en dus flexibel (idem, p.338). *"Vanuit een ander perspectief stel je andere vragen en vertel je andere verhalen"*, benadrukt Maaïke Muntinga (aangehaald door Goodarzi, 2024, p.115). De flexibiliteit die een ander perspectief biedt, kan verloskundigen in staat stellen om open te staan voor een herziening van de verantwoordelijkheden.

In de volgende subparagraaf zal ik op eenzelfde wijze, door middel van meedenken, tegen denken en omdenken, beschrijven hoe dit andere perspectief kan zorgen voor het destigmatiseren van zwangeren die laat in prenatale zorg komen.

5.2. De destigmatisering van laat in prenatale zorg komen.

Uit het theoretisch onderzoek blijkt dat zwangeren vaak in een passieve rol worden geplaatst door zorgverleners. Aan de andere kant laten empirische bevindingen uit beleidsdocumenten zien dat verloskundigen worden aangemoedigd om zwangeren te stimuleren tot actieve deelname aan prenatale controles en het nemen van preventieve maatregelen tijdens de zwangerschap. Echter, in de geraadpleegde protocollen voor de zorg van zwangeren die laat in zorg komen, wordt deze aanmoediging tot actieve deelname niet op eenzelfde manier benadrukt.

De empirische bevindingen uit de regionale protocollen lijken, in lijn met de theoretische inzichten, zwangeren in een passieve rol te plaatsen. Dit impliceert mogelijk een stigma dat zij niet in staat zouden zijn om de verantwoordelijkheid voor hun zwangerschap op zich te nemen. De protocollen beschrijven voornamelijk welke diagnostische onderzoeken en interventies zwangeren moeten ondergaan vanwege hun late zorgmelding. Dit wijst erop dat het stigma rond zwangeren die laat in zorg komen in Nederlandse beleidsdocumenten, vooral ontstaat wanneer over specifiek beleid voor deze groep wordt nagedacht. Het suggereert tevens dat de stigmatisering niet voortkomt uit het feit dat zwangeren 'zwanger zijn', maar eerder uit het feit dat zwangeren die laat in zorg komen 'laat in zorg komen'.

5.2.1. Meedenken.

Allereerst voldoen zwangeren die (te) laat in zorg komen niet aan de algemene normen die gesteld worden, waaronder het discours dat *'ledere zwangere begeleiding nodig heeft'*. Dit discours gaat ervan uit dat elke zwangere behoefte heeft aan ondersteuning en een goede voorbereiding, en dat er intensievere zorg nodig is voor zwangeren in achterstandssituaties. Eric Steegers, een gynaecoloog uit Rotterdam en grondlegger van de sociale verloskunde in Nederland (aangehaald door Goodarzi, 2024, p.104-105), benadrukt dat zwangeren in achterstandssituaties waarbij sprake is van armoede minder vaak naar de verloskundige gaan, dat deze armoede hun zelfredzaamheid tijdens de zwangerschap vermindert en dat dit een negatieve invloed kan hebben op de hechting tussen moeder en kind. Deze bevindingen en de vermeende behoefte aan intensievere zorg kunnen leiden tot de aanname dat zwangeren die laat in zorg komen, ook tot de groep behoren van zwangeren in achterstandssituaties. Door zwangeren die laat in zorg komen gelijk te stellen aan zwangeren in achterstandssituaties, kan dit bijdragen aan de stigmatisering van deze groep. Dit kan ertoe leiden dat zij als minder verantwoordelijk worden beschouwd, omdat wordt aangenomen dat zwangeren in achterstandssituaties vanwege hun achtergrond juist extra zorg nodig hebben.

Als tweede kunnen knelpunten die verloskundigen ervaren bijdragen aan de stigmatisering van zwangeren. Deze knelpunten omvatten: onvoldoende kennis over de rol van de verloskundige en het gebruik van prenatale zorg, beperkte toegang tot acute zorg in afgelegen gebieden, en het omgaan met zwangeren die aanbevolen zorg afwijzen. Het inhalen van gemiste zorg en aanvullende diagnostische onderzoeken volgens de protocollen legt extra druk op verloskundigen om dezelfde prenatale zorg in kortere tijd te bieden vergeleken met de zorg voor zwangeren die tijdig in zorg komen. Daarnaast brengt dit extra taken met zich mee bovenop het al bestaande takenpakket van verloskundigen, vanwege de veronderstelde risico's die worden geassocieerd met een late melding voor zorg. De sociaal psycholoog Kenneth Gergen (2009, p.352/355) verklaart dat mensen geneigd zijn anderen ervoor verantwoordelijk te houden wanneer hun acties niet overeenkomen met wat als wenselijk wordt beschouwd. Gemeenschappen streven er namelijk naar om wat zij als 'kwaad' identificeren te elimineren en hebben de neiging hun eigen idealen aan anderen op te leggen, aldus Gergen (idem,

p.354-355). Deze idealen zijn geworteld in hun overtuigingen. Aan de hand van deze theorie van Gergen, kan geconcludeerd worden dat geloofsovertuigingen een essentiële rol spelen in het knelpunt dat verloskundigen kunnen ervaren wanneer zwangeren laat in prenatale zorg komen. Een late zorgmelding kan namelijk conflicteren met de eigen overtuiging van verloskundigen over het belang van tijdige prenatale zorg.

5.2.2. Tegen denken.

In deze paragraaf beschrijf ik hoe de stigmatisering van zwangeren die laat in zorg komen kan leiden tot onjuiste aannames in de praktijk.

In de vorige paragraaf werd beschreven dat een late zorgmelding vaak wordt geassocieerd met achterstandssituaties die een verhoogd risico op ongunstige perinatale uitkomsten met zich mee kunnen brengen, wat de noodzaak van tijdige prenatale zorg benadrukt. Echter niet alle zwangeren die laat in zorg komen, komen uit achterstandssituaties. Daarnaast benadrukt Steegers (aangehaald door Goodarzi, 2024, p.102-103) dat de specifieke kenmerken die het hoogste risico op ongunstige uitkomsten voorspellen in de groep zwangeren in achterstandssituaties vooral te maken hebben met een gebrek aan sociale cohesie, wat eveneens niet voor elke zwangere die laat in zorg komt geldt. Muntinga (aangehaald door Goodarzi, 2024, p.112) wijst erop dat het niet voldoen aan de normen van 'ouderschap' daarentegen wel degelijk kan leiden tot slechtere geboortezorguitkomsten. Hierdoor lijkt het waarschijnlijk dat niet de late zorgmelding zelf, maar het stigmatiseren van zwangeren die laat in zorg komen het grootste risico vormt voor ongunstige geboortezorguitkomsten bij deze groep.

Als tweede kan de stigmatisering van bepaalde groepen mensen leiden tot discriminatie en uitsluiting. Hoewel verloskundigen in de beleidsdocumenten worden aangemoedigd om zwangeren te stimuleren tot actieve deelname aan prenatale zorg, blijkt dit niet terug te komen in de protocollen voor zwangeren die laat in zorg komen. Dit laat een verschil zien tussen het landelijk voorgestelde beleid en hoe dit praktisch wordt uitgevoerd in verschillende regio's. Door zwangeren die laat in zorg komen in een passieve rol te plaatsen, bevestigen de protocollen onbedoeld het vooroordeel dat deze zwangeren niet in staat zijn of niet bereid zijn om actief deel te nemen aan hun eigen zorg. Dit versterkt het stigma en kan het zelfvertrouwen van zwangeren aantasten, waardoor hun bereidheid om de prenatale zorg voort te zetten wordt ondermijnd. Dit maakt stigmatiseringen contraproductief.

Als derde is het onjuist te veronderstellen dat de huidige discoursen allesomvattend zijn. Discoursen zijn namelijk veranderlijk van aard en de stigma's die hieruit voortkomen kunnen zich aanpassen en veranderen naarmate ze vanuit verschillende contexten worden bekeken. Een voorbeeld hiervan is dat een zwangere die later dan gebruikelijk in prenatale zorg komt, in het medische discours als onverantwoordelijk kan worden gezien, terwijl zij in het discours over moederschap juist als verantwoordelijk kan worden gezien vanwege haar beslissing om prenatale zorg te aanvaarden voor de gezonde ontwikkeling van de foetus.

5.2.3. Omdenken.

In deze paragraaf bespreek ik hoe de destigmatisering van zwangeren die te laat in zorg komen, de prenatale zorg kan verbeteren doordat deze inclusiever wordt.

Om erkenning te bieden voor de unieke omstandigheden en behoeften van zwangeren die laat in zorg komen is er dringend behoefte aan een protocol dat hierop afgestemd is. Dit kan bijdragen aan het verminderen van het stigma rond een late prenatale zorgmelding en kan de zorguitkomsten voor deze zwangeren verbeteren. Vanuit een zorgethische benadering is het van belang om de autonomie van zwangeren te respecteren, omdat vanuit zorgethisch perspectief goede zorg alleen kan plaatsvinden als deze aansluit bij de werkelijke zorgbehoeften van de ontvanger. De beslissing om niet of laat in zorg te komen kan verschillende redenen hebben, daarom is het essentieel dat

verloskundigen zwangeren die laat in zorg komen respecteren en proberen te begrijpen, in plaats van hen te veroordelen.

Verloskundigen zouden om deze reden niet langer vast moeten houden aan de heersende discourses die horen bij de normatieve verwachting dat zwangeren tijdig in prenatale zorg moeten komen. Door kritisch te reflecteren op hun eigen denken en handelen kunnen verloskundigen inzichten verwerven die wellicht afwijken van de gangbare normen, maar die wel in het belang kunnen zijn van de zwangere cliënt. Judith Butler (1997, geciteerd door Rudolfsdottir, 2000, p. 338) beschrijft dat onze subjectiviteit vaak verder gaat dan de machtsstructuren die ons vormen, wat verklaart waarom sommige mensen voorkeuren hebben die afwijken van de heersende normen. In situaties waarin discourses leiden tot stigmatisering, is het noodzakelijk om de eigen inzichten te omarmen om zo te voorkomen dat er onbedoeld wordt bijgedragen aan de stigmatisering van zwangeren die laat in zorg komen. Door deze aanpak wordt de prenatale zorgverlening inclusiever.

Daarnaast is het nodig om over te stappen van een situatie waarin verloskundigen proactief handelen en zwangeren een passieve rol hebben, naar een situatie waarin deze zwangeren actief worden aangemoedigd deel te nemen aan het zorgproces, zodat beter kan worden aangesloten bij hun persoonlijke situatie en hun specifieke zorgvraag. Steegers (aangehaald door Goodarzi, 2024, p.108) benadrukt dat veel verloskundigen terughoudend zijn om persoonlijke vragen te stellen aan zwangeren, uit vrees dat dit ongepast zou zijn. Echter, veel zwangeren geven juist aan dat zij blij zijn als er interesse wordt getoond voor hun persoonlijke situatie (idem, p.108). Toch brengt het stellen van persoonlijke vragen volgens Steegers (idem, p.108) ook nieuwe verantwoordelijkheden met zich mee: als verloskundigen problemen identificeren op basis van deze vragen dan dienen zij hier ook naar handelen en in de praktijk ontbreekt het vaak aan de benodigde tijd om hier adequaat mee om te gaan. De vraag is dus niet zozeer of het gepast is om persoonlijke vragen te stellen die kunnen helpen bij het verminderen van de stigmatisering van deze zwangeren, maar eerder of verloskundigen bereid zijn om actie te ondernemen op basis van de antwoorden die zij hierop ontvangen.

6. Conclusie

Dit hoofdstuk presenteert de bevindingen uit de conclusie (6.1.), bevat een toelichting van de meerwaarde van een zorgethisch perspectief (6.2.), bespreekt de beperkingen van dit onderzoek (6.3.) en benoemt de aanbevelingen (6.4.). Daarmee beantwoordt dit hoofdstuk de centrale hoofdvraag:

Hoe worden de heersende discourses rondom de normatieve verwachting dat zwangeren tijdig prenatale zorg moeten krijgen geconstrueerd en gereproduceerd in Nederlandse beleidsdocumenten voor verloskundige zorg, en hoe kunnen zorgethische inzichten over relationaliteit, macht/positie en kwetsbaarheid bijdragen aan een kritische evaluatie en verbetering van deze discourses ter bevordering van de verloskundige zorg?

6.1. Bevindingen uit de conclusie

Om antwoord te geven op deze onderzoeksvraag werd een zorgethisch onderzoek uitgevoerd, bestaande uit een literatuurstudie en analyse van beleidsdocumenten en protocollen voor verloskundige zorg. De literatuurstudie onderzocht moederlijke zorgpraktijken, het medische discours en tijds-kaders in prenatale zorg, evenals zorgethische literatuur over relationaliteit, macht/positie en kwetsbaarheid. Zes landelijke beleidsdocumenten en vijf regionale protocollen werden geanalyseerd, waarbij vier discourses werden geïdentificeerd: 1) *Voorkomen is beter dan genezen*; 2) *Iedere zwangere heeft begeleiding nodig*; 3) *De foetus is beschermwaardig*; en 4) *De verloskundige is de expert*. De verbinding tussen theoretische en empirische bevindingen toonde hoe een zorgethische benadering de verloskundige zorg voor laat in zorg komende zwangeren kan verbeteren.

De geografie van verantwoordelijkheden, zoals beschreven door Walker (2008), kan worden geïmplementeerd door nieuwe protocollen te ontwikkelen die de verantwoordelijkheden voor de zorg van de zwangere én de zorg voor de foetus vastleggen, waarbij rekening wordt gehouden met het vermogen van zowel zwangeren als verloskundigen om deze verantwoordelijkheden te dragen. Het opstellen van protocollen die rekening houden met de persoonlijke omstandigheden en uitdagingen van zwangeren die laat in zorg komen, kan eveneens bijdragen aan het verminderen van de stigmatisering van deze zwangeren. Deze protocollen kunnen verloskundigen aanmoedigen om actief te luisteren naar zwangeren die laat in zorg komen en in te spelen op hun specifieke behoeften, waardoor verloskundigen beter worden ondersteund in het dragen van deze verantwoordelijkheid.

6.2. Zorgethiek als alternatief perspectief

De zorgethische literatuur over relationaliteit, machtsdynamieken en kwetsbaarheid bood waardevolle inzichten voor een kritische evaluatie van het medische discours rondom de normatieve verwachting dat zwangeren tijdig prenatale zorg moeten krijgen. Het benadrukken van de onderlinge afhankelijkheid en de universele behoefte aan erkenning van de mens kan bijdragen aan het destigmatiseren van zwangeren die laat in zorg komen. Door dit zorgethische perspectief te integreren, kunnen we streven naar een meer inclusieve en ondersteunende benadering van verloskundige prenatale zorg, waarbij zowel de belangen van de zwangeren als de zorgverleners worden gerespecteerd en gewaarborgd.

6.2. Beperkingen

Een eerste beperking van dit onderzoek is dat er slechts vijf verschillende regionale protocollen zijn geanalyseerd, wat een beperkt deel van Nederland vertegenwoordigt. Hoewel het samenvoegen van de informatie uit deze protocollen een zekere mate van diversiteit in de dataverzameling waarborgt, wordt in dit onderzoek niet dieper in gegaan op eventuele regionale verschillen die een rol zouden kunnen spelen bij het omarmen van bepaalde discourses door verschillende groepen mensen. Aangezien de focus van dit onderzoek lag op het verbeteren van de algehele verloskundige

zorgverlening in Nederland, zijn deze regionale verschillen niet expliciet onderzocht. Hierdoor kunnen belangrijke contextuele variaties over het hoofd zijn gezien.

Een tweede beperking van dit onderzoek is het ontbreken van een membercheck. In kwalitatief onderzoek kan een membercheck inzicht bieden in de mate waarin de interpretaties van de onderzoeker overeenkomen met de intenties van de auteurs van de teksten (Boeije & Bleijenbergh, 2019, p.61). Dit gebrek vormt een beperking, omdat de gevormde discoursen nu uitsluitend gebaseerd zijn op mijn eigen interpretaties, die op hun beurt beïnvloed zijn door de context waarin ik ben opgegroeid. Vanuit een sociaal constructivistisch perspectief is dit relevant, omdat kennis altijd contextueel en subjectief is (Neuman, 2014, p.105). Anderzijds is een membercheck bij discoursanalyse niet altijd doorslaggevend, aangezien discoursen vaak impliciete boodschappen bevatten waarvan de auteurs zich mogelijk niet volledig bewust zijn.

Een derde beperking van dit onderzoek is dat ik als onderzoeker niet in alle fases van het onderzoek kritisch heb gereflecteerd op mijn eigen positionering. Ian Parker (1990), aangehaald door Bacchi (2005, p.200-201), benadrukt dat het analyseren van teksten en het creëren van bredere discoursen ons niet volledig laat ontsnappen aan de machtswerking ervan. Reflectie biedt daardoor inzicht in hoeverre de machtswerking van de discoursen nog steeds van invloed is geweest op de wijze waarop ik dit onderzoek heb vormgegeven. Ik heb een achtergrond als verloskundige en ben zelf moeder en dus zwanger geweest. Hoewel ik niet een zwangere was die laat in zorg kwam, heb ik wel gewerkt met zwangeren die laat in zorg kwamen. Ik heb geprobeerd afstand te nemen van deze rollen en ervaringen door zo dicht mogelijk bij de geraadpleegde theorie en empirie te blijven. Echter, ik betwijfel of ik onderzoekersbias helemaal heb kunnen voorkomen, omdat ik als kwalitatief onderzoeker mijn eigen meetinstrument ben. Daarentegen is er geen sprake van belangenverstremgeling. Volgens Sevenhuijsen (2004, p.42) kan het voor beleidsmakers soms lastig zijn om zorgethiek in hun standaarden te verwerken, aangezien zij vaak vastzitten in politieke configuraties en gewoonten. Het veranderen van het politieke discours vereist volgens Sevenhuijsen dan ook dat men bereid is om anders te denken (idem, p.42). In dit onderzoek heb ik die rol van 'andersdenkende' aangenomen.

6.3. Aanbevelingen

Op basis van dit onderzoek kon de volgende aanbeveling worden geformuleerd voor het handelen in de praktijk en voor vervolgonderzoek:

1. Uit dit onderzoek blijkt dat een protocol dat niet alleen een inhaaltraject voor diagnostische onderzoeken beschrijft, maar dat ook ruimte biedt voor een geografie van verantwoordelijkheden waarin de zwangere cliënt centraal staat, een stap vooruit kan zijn in het bieden van moreel goede zorg aan zwangeren die volgens de maatschappelijke norm te laat in prenatale zorg zijn gekomen.
2. Verder onderzoek is nodig om te bepalen hoe een dergelijk protocol eruit zou moeten zien, met speciale aandacht voor de beschikbare tijd van verloskundigen en de verdeling van verantwoordelijkheden tussen zorgverleners en cliënten. Door een zorgbenadering te hanteren die gericht is op de specifieke behoeften van zwangeren die volgens de maatschappelijke norm laat in zorg komen, kunnen we een inclusievere verloskundige zorgomgeving creëren die beter aansluit op de individuele zorgbehoeften van zwangere cliënten.

7. Kwaliteitscriteria

Tijdens de selectieprocedure van de beleidsdocumenten was ik me bewust van het risico op onderzoekersbias vanwege mijn eigen achtergrond als verloskundige en mijn bekendheid met sommige van de beleidsdocumenten. Om de invloed hiervan op dit onderzoek zoveel mogelijk te beperken, heb ik een zorgvuldige en systematische benadering toegepast door de selectieprocedure uit te voeren aan de hand van een gestructureerde zoekopdrachten via Google, waardoor de objectiviteit van het onderzoek werd gewaarborgd. Daarnaast heb ik een logboek bijgehouden waarin ik mijn eigen aannames, meningen en ideeën over de geraadpleegde documenten heb gedocumenteerd om de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek te waarborgen. Dit logboek fungeerde als een kwaliteitsinstrument om mijn reflecties te bevorderen en om systematische vertekening te voorkomen (Boeije & Bleijenberg, 2019, p.159-160). Op deze manier heb ik ernaar gestreefd om de reproduceerbaarheid te waarborgen, waardoor vergelijkbare resultaten kunnen worden verwacht wanneer dit onderzoek op een later tijdstip op dezelfde wijze wordt herhaald (idem, p.158).

Daarnaast werd er in dit onderzoek gestreefd naar een brede en diverse selectie van beleidsdocumenten, waarbij rekening werd gehouden met verschillende bronnen en perspectieven binnen de verloskundige zorgverlening wat heeft gezorgd voor bronnentriangulatie. Deze vorm van triangulatie zorgde ervoor dat de kwaliteit van het onderzoek verder worden versterkt (idem, p.160). Eigen vooroordelen werden kritisch geëvalueerd en er werd een open houding aangenomen jegens de nieuwe inzichten en perspectieven die uit de geselecteerde beleidsdocumenten naar voren kwamen. Deze benadering heeft geholpen om zo objectief mogelijk te blijven tijdens het selectieproces en om een evenwichtige benadering van de beleidsanalyse te kunnen waarborgen.

8. Literatuurlijst

- Achterberg, P.W., Harbers, M.M., Post, N.A.M., & Visscher, K. (2020). *Beter weten: een beter begin*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- Baas, M. (2024). *Fear and PTSD in obstetrics: Improving care for pregnant women and their healthcare providers*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Bacchi, C. (2005). Discourse, discourse everywhere: Subject “agency” in feminist discourse methodology. *Nordic journal of women's studies*, 13(03), 198-209.
- Bacchi, C. (2012). Why study problematizations? Making politics visible. *Open journal of political science*, 2(01), 1-8.
- Biemond – Van Lagen, G., Hoek – Nijssen, C.J.P., & Huivenaar, L.A. (2020). *Zorgpad ongecontroleerde graviditeit*. Leiden: VSV Alrijne Leiderdorp / VSV Leiden.
- Boeije, H. & Bleijenbergh, I. (2019). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. Meppel: Boom.
- Brubaker, S. J., & Dillaway, H. E. (2009). Medicalization, natural childbirth and birthing experiences. *Sociology Compass*, 3(1), 31-48.
- Burns, E. (2015). More than four walls: the meaning of home in home birth experiences. *Social Inclusion*, 3(2), 06-16.
- Chodorow, N.J. (1999). *The reproduction of mothering: Psychoanalysis and the sociology of gender*. London, England: University of California Press.
- Consortium Zwangerschap en Geboorte Noord-Nederland (2021). *Zorgpad Transmuraal Laat in de zorg*. In: *Zorgpaden kwetsbare zwangere* (p.33-34). Groningen: Consortium Zwangerschap en Geboorte Noord-Nederland.
- Creswell, J.W., & Poth, C.N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches. Fourth edition*. Thousand Oaks, California: SAGE.
- CPZ (2020). *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg. Versie 1.2*. Utrecht: College Perinatale Zorg (CPZ).
- CVZ (2003). *Verloskundig Vademecum: Eindrapport van de Commissie Verloskunde van het College voor zorgverzekeringen*. Diemen: College voor zorgverzekeringen (CVZ).
- De Boer, J., & Zeeman, K. (2008). *Prenatale verloskundige begeleiding: Aanbevelingen voor ondersteuning, interactie en voorlichting*. Utrecht: Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).
- Dehue, T. (2023). *Ei foetus baby: Een nieuwe geschiedenis van de zwangerschap*. Amsterdam: Atlas Contact.
- Divall, B. (2018). Competing discourses of risk and woman-centred care: challenges for midwives and women. *International Journal of Birth and Parent Education*, 5(3).
- DVP Rijnmond (2020). *Zorgpad: Zwanger en Laat in zorg. Ongecontroleerde zwangerschap. Screening door verloskundige zorgverlener*. Rotterdam: Coalitie Stevige Start.
- Feijen-de Jong, E.I., Jansen, D.E., Baarveld, F., Boerleider, A.W., Spelten, E., Schellevis, F., & Reijneveld, S.A. (2015). Determinants of prenatal health care utilisation by low-risk women: a prospective cohort study. *Women and birth*, 28(2), 87-94.

- Ferndale, D., Meuter, R. F., Watson, B., & Gallois, C. (2017). 'You don't know what's going on in there': a discursive analysis of midwifery hospital consultations. *Health, Risk & Society*, 19(7-8), 411-431.
- Gergen, K. J. (2009). *Relational being: Beyond self and community*. Oxford: Oxford University Press.
- Goodarzi, B. (2024). *Baren buiten de box: Over hoe de geboortezorg niet voor iedereen gelijkwaardig is*. Amsterdam: De Arbeiderspers.
- Hakkenberg, R., Blanker, K., Spruit, J., & Snel, F. (2017). *Het protocol: "Zwangere die ons zorgen baren"*. Capelle a/d IJssel: IJsselland ziekenhuis.
- Horstman, K. (2011). Geboorte en zwangerschap als morele ervaring. *Tijdschrift voor Verloskundigen*, 36(7), p.19-21.
- Jenkinson, B., Kruske, S., & Kildea, S. (2017). The experiences of women, midwives and obstetricians when women decline recommended maternity care: A feminist thematic analysis. *Midwifery*, 52, 1-10.
- Kohlen, H. (2009). "Concerns of Care, Conflicts and Nurses' Participation in Hospital Ethics Committees". In: Kohlen, H., *Conflicts of Care. Hospital Ethics Committees in the USA and Germany*, Frankfurt: Campus, 135-160.
- KNOV (2015). *Consultschema prenatale zorg voor de zwangere met een ongecompliceerde zwangerschap*. Utrecht: Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).
- KNOV (2024, januari 16). *Verloskundigen schatten zorg aan asielzoekers en statushouders in als kwalitatief gelijkwaardig tot minder goed (t.o.v. Nederlandse zwangeren)*. KNOV. <https://www.knov.nl/actueel/nieuws/nieuwsbericht/verloskundigen-schatten-zorg-die-zij-geven-aan-asielzoekers-en-statushouders-in-als-kwalitatief-gelijkwaardig-tot-minder-goed-ten-opzichte-van-nederlandse-zwangeren>
- KNOV & NVOG (2015). *Leidraad 'Verloskundige zorg buiten richtlijnen' versie 1.0*. Utrecht: Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG).
- Kurzban, R., & Leary, M.R. (2001). Evolutionary origins of stigmatization: the functions of social exclusion. *Psychological bulletin*, 127(2), 187-208.
- Leget, C., Van Nistelrooij, I., & Visse, M. (2017). Beyond demarcation: Care ethics as an interdisciplinary field of inquiry. *Nursing ethics*, 26(1), 17-25.
- Lokugamage, A.U., Robinson, N., Pathberiya, S.D., Wong, S., & Douglass, C. (2022). Respectful maternity care in the UK using a decolonial lens. *SN Social Sciences*, 2(12), 267, 1-32.
- Nederlandse Grondwet (2008). *Artikel 11: Onaantastbaarheid lichaam*. Geraadpleegd op 25 februari 2024 van: https://www.denederlandsegrondwet.nl/id/vgrnblu821m2/artikel_11_onaantastbaarheid_lichaam
- Neuman, W.L. (2014). *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches*. Essex, UK: Pearson.
- Palm, T. (2024, januari 7). *Zwangere vrouwen in azc Ter Apel hebben zeven keer meer kans om bij de bevalling hun kind te verliezen*. Trouw. <https://www.trouw.nl/binnenland/swangere-vrouwen-in-azc-ter-apel-hebben-zeven-keer-meer-kans-om-bij-de-bevalling-hun-kind-te-verliezen~b14fed27>

- Pharos (2019). Zorgpad Transmuraal laat in zorg. *Pharos*. Geraadpleegd op 01 mei 2024 van: <https://zorgpadenkansrijkestart.pharos.nl/zorgpad/zorgpad-transmuraal-laait-in-de-zorg/amsterdam/26/51>
- Potter, J., Wetherell, M., Gill, R., & Edwards, D. (1990). Discourse: noun, verb or social practice?. *Philosophical psychology*, 3(2-3), p.205-217.
- Tuval-Mashiach, R., & Shaiovitz-Gourman, S. G. (2014). Maternal Ambivalence and 'Ideal Mothering'. *Mothering and psychoanalysis: Clinical, sociological and feminist perspectives*, 357-373.
- Robinson, F. (2013). Discourses of motherhood and women's health: Maternal Thinking as feminist politics. *Journal of International Political Theory*, 10(1), 94-108.
- Roseboom, T. (2018). *De eerste 1000 dagen: Het fundamentele belang van een goed begin vanuit biologisch, medisch en maatschappelijk perspectief*. Amsterdam: De Tijdstroom.
- Ruddick, S. (1995). *Maternal Thinking: Towards a Politics of Peace*. Beacon Press.
- Rudolfstottir, A.G. (2000). 'I am not a patient, and I am not a child': the institutionalization and experience of pregnancy. *Feminism & Psychology*, 10(3), 337-350.
- Sanger, E. (2015). Obstetrical care as a matter of time: Ultrasound screening, temporality and prevention. *History and Philosophy of the Life Sciences*, 37(1), 105-120.
- Sevenhuijsen, S. (2004). Trace: A method for normative policy analysis from the ethic of care. *The Heart of the Matter. The Contribution of the Ethic of Care to Social Policy in Some New EU Member States*, 13-46.
- Soudagar, R. (2024, januari 8). *Zwangere asielzoekers in Ter Apel hebben zeven keer meer kans om kind te verliezen rond bevalling*. AD. <https://www.ad.nl/westerwolde/swangere-asielzoekers-in-ter-apel-hebben-zeven-keer-meer-kans-om-kind-te-verliezen-rond-bevalling~a67ea7e7/>
- Steegers, E.A.P., Waelput, A.J.M. & Peeters, P.T.M. (2021). *Sociale verloskunde: Het noodzakelijke samenspel tussen kwetsbare moeder, medische zorg en sociaal domein*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Stuurgroep Zwangerschap & Geboorte (2009). *Een goed begin: Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte*. Utrecht: Stuurgroep Zwangerschap & Geboorte.
- Terry, G., Hayfield, N., Clarke, V., & Braun, V. (2017). Thematic analysis. *The SAGE handbook of qualitative research in psychology*, 2(17-37), 25.
- Trimbos-V&VN (2021). *Richtlijn Signaleren en omgaan met zorgmijding in de eerste lijn*. Trimbos-instituut.
- Tronto, J.C. (1993). *Moral Boundaries: A political Argument for an Ethic of Care*. Routledge.
- Van Brouwershaven, A.C., Dijkstra, C.I., Bolt, S.H., & Werdmuller, A.M. (2023). Discovering a pregnancy after 30 weeks: a qualitative study on explanations for unperceived pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 44(1), 2197139
- Van den Berg, H. (2004). Discoursanalyse: twee inleidingen ter discussie [Review of: N. Philips, C. Harding (2002) Discourse analysis: investigating processes of social construction; M. Jorgensen, L. Philips (2002) Discourse analysis as theory and method]. *KWALON*, 9(2), p.56-61.
- Van der Ploeg, I. (2001). *Prosthetic bodies: the construction of the fetus and the couple as patients in reproductive technologies*. Springer Science & Business Media.

- Van Caspel, M. (2021). *Donderslag bij heldere hemel. Bevallingsverhalen van vrouwen die niet wisten dat ze zwanger waren*. Enschede: Boekengilde B.V..
- Van Esch, T., Brabers, A., Van Dijk, C., Groenewegen, P., & De Jong, J. (2015). *Inzicht in zorgmijden: Aard, omvang, redenen en achtergrondkenmerken*. Utrecht: NIVEL.
- Van Heijst, A. (2008). *Iemand zien staan: Zorgethiek over erkenning*. Kampen: Klement.
- Van Nistelrooij, I. (2015a). Het goede in de zorg: een kwestie van kiezen of van beamen. *Speling: Tijdschrift voor Bezinning*, 2015(1), p.45-51.
- Van Nistelrooij, I. (2015b). *Basisboek Zorgethiek: Over menslievende zorg, moreel beraad en de motivatie van verpleegkundigen*. Heeswijk-Dinther: Berne Media.
- Van Nistelrooij, I., & Van der Waal, R. (2019). Moederschap en geboorte: relationaliteit als alternatieve ethische benadering. *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek*, 29(2), 53-57.
- Van Nistelrooij, I. (2022). *Het zelf als moeder: De Dialogical Self Theory vanuit zwangerschap, zorgpraktijken en baarzaam-zijn*. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Verschuuren, A. (2024). *Maternity care for refugees and asylum seekers in the Netherlands*. Groningen: University of Groningen.
- Werdmuller, A.M. & Brouwershaven, A.C. (2024). Verbeterpunten in de zorg bij een onopgemerkte zwangerschap. *Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie*, 137(2), 62-64.

Bijlagen

Bijlage 1: Overzicht van de beleidsrapporten

In het empirische onderzoek zijn de volgende beleidsrapporten geanalyseerd, op basis waarvan de heersende discourses konden worden geïdentificeerd:

- ◆ **Beleidsrapport 1:** *KNOV-standaard 'Prenatale verloskundige begeleiding: Aanbevelingen voor ondersteuning, interactie en voorlichting'. Door: Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV). Uit: 2008.* Deze standaard biedt handvatten voor de omgang met psychologische en sociale aspecten tijdens de zwangerschap en de begeleiding, welke aan verloskundigen worden aanbevolen vanuit de verloskundige beroepsgroep.
- ◆ **Beleidsrapport 2:** *Een goed begin: Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Door: Stuurgroep Zwangerschap & Geboorte. Uit: 2009.* Dit rapport heeft in de afgelopen 15 jaar een leidende rol gespeeld in de hervorming van de verloskundige zorg in Nederland. Zo heeft het rapport de basis gelegd voor de ontwikkeling van de huidige Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (2016) en heeft bijgedragen aan het vormgeven van het hedendaagse verloskundige beleid.
- ◆ **Beleidsrapport 3:** *Consultschema prenatale zorg voor de zwangere met een ongecompliceerde zwangerschap. Door: KNOV. Uit: 2015.* Dit consultenschema geeft inzicht in het huidige tijdschema dat gehanteerd wordt voor de prenatale controles tijdens de zwangerschap. Dit consultenschema zou sinds 1949 nauwelijks zijn veranderd (KNOV, 2008, p.5) en geeft een duidelijke weergave van wanneer prenatale consulten landelijk worden aanbevolen op basis van de specifieke zwangerschapstermijnen.
- ◆ **Beleidsrapport 4:** *Leidraad: Verloskundige zorg buiten richtlijnen. Door: KNOV & Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG). Uit: 2015.* Deze leidraad biedt richtlijnen voor situaties die buiten de landelijke afspraken en adviezen vallen, waarbij het individuele belang van de zwangere centraal staat. Het vormt daardoor een waardevolle aanvulling op de bredere beleidskaders en biedt handvatten voor zorgverleners om maatwerk te leveren in complexe situaties.
- ◆ **Beleidsrapport 5:** *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg, versie 1.2. Door: College Perinatale Zorg (CPZ). Uit: 2020.* Deze zorgstandaard bevat de meest recente landelijke afspraken en richtlijnen voor de organisatie en uitvoering van verloskundige zorg die als leidraad gelden voor het vormgeven van de integrale geboortezorg in Nederland. Het beleidsdocument is het resultaat van een multidisciplinaire samenwerking tussen verschillende partijen binnen de geboortezorg.
- ◆ **Beleidsrapport 6:** *Beter weten: een beter begin. Samen sneller naar een betere zorg rond de zwangerschap. Door: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Uit: 2020.* Dit rapport werd samengesteld en gepubliceerd in opdracht van de minister voor Medische Zorg en Sport en richt zich op het onderzoeken van stagnerende trends in de gezondheidsstatistieken betreffende de perinatale sterfte in Nederland. Het bouwt hierdoor voort op de eerdere bevindingen van de Stuurgroep Zwangerschap & Geboorte (2009) en biedt eveneens aanbevelingen voor het verbeteren van de kwaliteit van de verloskundige zorg in Nederland.

Bijlage 2: Overzicht van de protocollen

In het empirische onderzoek zijn de volgende protocollen geanalyseerd om te onderzoeken welke van de heersende discourses hierin werden gereproduceerd:

- ◆ **Protocol A:** Protocol 'Zwangere die ons zorgen baren'. Door: IJsselland ziekenhuis, regio Capelle a/d IJssel (2017).
- ◆ **Protocol B:** Zorgpad 'Zwanger en Laat in zorg: Ongecontroleerde zwangerschap'. Door: DVP Rijnmond, regio Rotterdam (2020).
- ◆ **Protocol C:** Zorgpad 'Ongecontroleerde graviditeit'. Door: VSV Alrijne Leiderdorp / VSV Leiden, regio Leiden (2020).
- ◆ **Protocol D:** Zorgpad 'Laat in zorg'. Door: Consortium Zwangerschap en Geboorte Noord-Nederland, regio Groningen (2021).
- ◆ **Protocol E:** Zorgpad 'Transmuraal laat in zorg'. Door: Pharos, gemeente Amsterdam, regio Amsterdam (2019).