

De samenwerking ontrafeld

*Een zorgethische (discours)analyse van de
samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen*

Masterthesis Zorgethiek en Beleid

Begeleider en examiner: Dr. Gustaaf Bos

Tweede lezer: Dr. Inge van Nistelrooij

Universiteit voor Humanistiek

Studiejaar: 2023/2024

Door: Ruth Evers

Studentnummer: 1039466

Aantal woorden: 21628

Samenvatting

Onderwerp: Wat is nodig voor een duurzame verbetering in de samenwerking in de geboortezorg en waar moet die samenwerking op gericht zijn? Is het doel alleen verminderen van suboptimale uitkomsten of zou verbetering in het klimaat van strijd en wantrouwen en het verminderen van stereotypering en conflict het streven moeten zijn? Deze thesis gaat over wat verloskundigen en gynaecologen bijdragen aan zowel het in stand houden als het veranderen van de huidige situatie. Welke inzichten over samenwerking uit zowel de (zorgethische) literatuur als de empirie kunnen bijdragen aan kennis over en nut van goede samenwerking, ook als deze samenwerking historisch al eeuwen onder druk staat? Onderzoek naar zorgethische concepten als macht en positie en relationaliteit, gehouden tegen het licht van de thema's en patronen die zichtbaar worden in het discours tussen verloskundigen en gynaecologen kan voor beleidsmakers en zorgprofessionals relevante inzichten opleveren in de verbetering van de samenwerking. Deze zorgethische thesis bevat zowel conceptueel onderzoek naar macht en positie en relationaliteit in de zorg, als empirisch onderzoek naar de samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen. Vervolgens worden deze conceptuele en empirische bevindingen met elkaar in verband gebracht.

Onderzoeksvraag: Welke thema's en patronen zijn zichtbaar in de discourses aangaande samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen en hoe kunnen zorgethische en empirische inzichten een rol spelen bij de verbetering van deze samenwerking, rekening houdend met historische context en beleidsinvloeden?

Methodologie: Deze thesis bevat naast een literatuurstudie een discoursanalyse van 16 interviews, gehouden onder verloskundigen en gynaecologen in het kader van de VOICE studie.

Bevindingen: Om goede samenwerking te bereiken is wellicht een fundamentele heroverweging nodig van het huidige interdisciplinaire systeem waarbinnen verloskundigen en gynaecologen samenwerken en van de gehanteerde uitgangspunten en waarden hierin. De (zorgethische) conceptanalyse verheldert ontwikkelingen in de geschiedenis, de aanwezigheid van dominante kennissystemen en beleidsinvloeden en geeft inzicht in de zorgethische lenzen van macht en positie en relationaliteit en de mogelijke effecten daarvan op de huidige posities van en onderlinge relaties tussen verloskundigen en gynaecologen. De discoursanalyse laat twee hoofddiscourses zien: 1) VSV's hebben geen intrinsieke wens tot de opgelegde veranderingen en voelen zich niet toegerust een netwerkorganisatie te besturen en 2) er is geen gelijkwaardigheid in de organisaties die samen een VSV vormen.

Aanbevelingen: Een belangrijke aanbeveling uit deze thesis is het doorgeven van de kennis van de historie aan verloskundigen en gynaecologen. Daarnaast komen aanbevelingen aan de orde als het gelijkstellen van de kennissystemen van 1^e en 2^e lijn, het loslaten van de druk op samenwerking met als doel het verlagen van de perinatale sterftcijfers en het zoeken naar geheel nieuwe waarden in deze samenwerking.

Inhoud

Samenvatting	2
1. Inleiding.....	6
2. Maatschappelijk probleem.....	8
3. Wetenschappelijk probleem.....	13
3.1 De samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen nog weinig wetenschappelijk onderzocht	13
3.2 De VOICE studie.....	15
3.3 Zorgethisch onderzoek binnen de geboortezorg.....	16
4. Onderzoeksvraag en doelstelling.....	17
4.1 Hoofdvraag	17
4.2 Deelvragen.....	17
4.3 Doelstelling.....	17
5. Methodologie	18
5.1 Onderzoeksbenadering	18
5.2 Theoretische dataverzameling	18
5.3 Theoretische analyse.....	19
5.4 Empirische dataverzameling en data-analyse.....	19
5.4.1 Empirische dataverzameling.....	19
5.4.2. Empirische data-analyse	19
5.4.3 Sensitizing concepts.....	20
5.4.4 Frames in het discours	21
5.5 Kwaliteitscriteria.....	21
5.6 Datamanagementplan	23
5.7 Ethische aspecten.....	23
6.Theoretisch kader.....	24
6.1. Welke historische contexten en beleidsinvloeden beschreven in de literatuur hebben mogelijk effect op de samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen?.....	24
6.1.1 Historische context	24
6.1.2 Beleidsinvloeden.....	28
6.2 Welke inzichten over samenwerking biedt de zorgethische literatuur aan de hand van de zorgethische lenzen macht & positie en relationaliteit?	31
6.2.1 De zorgethische lens van macht & positie.....	32
6.2.2 De zorgethische lens van relationaliteit en wederzijdse afhankelijkheid	39
6.3 Conclusie	40
7. Bevindingen discoursanalyse.....	42

7.1 VSV's hebben geen intrinsieke wens tot de opgelegde veranderingen en voelen zich niet toegerust een netwerkorganisatie te besturen.....	42
7.1.1 Het doel is door 'hogerhand' bepaald.....	43
7.1.2 Consensus moeten zoeken	44
7.1.3 Doen wat 'de burens' doen.....	44
7.1.4 De 'verdeeldheid' in de 1e lijn	45
7.1.5 'Het zijn altijd dezelfde'	47
7.1.6 Zorgverleners voelen zich niet toegerust een netwerkorganisatie te besturen.....	48
7.2 Geen gelijkwaardigheid in organisaties die samen een VSV vormen.....	49
7.2.1 Vertroebeling in de domeinen - verschuiving van zorg leidt tot nog meer afstemming	49
7.2.2 Afbakening van het 'eigen domein'	50
7.2.3 De betekenis van gelijkwaardigheid in de geboortezorg.....	51
7.2.4 Prettige samenwerking als synoniem voor gelijkwaardigheid	52
7.2.5 Jong en oud.....	53
7.2.6 Een taal van 'mogen', 'overnemen' en 'terugsturen'	55
7.3 Frames in het discours	55
7.4. Conclusie	57
8. Discussie.....	59
8.1 Verbinding theorie en empirie	59
8.2 Aanbevelingen	62
8.3 Beperkingen.....	64
Dankwoord	66
Literatuur	67
BIJLAGEN	74
Bijlage 1: Tijdelijk aanstelling VUmc.....	75
Bijlage 2: Codes transcripten interviews	76
Bijlage 3: Privacy verklaringen	77
Bijlage 4: Application Ethical Review Master students.....	81
Bijlage 5: Transcriptieregels.....	82

1. Inleiding

In juli 2000 studeerde ik af als verloskundige en zette een eigen praktijk op in Amsterdam Zuidoost. In 2009 richtte ik een bij- en nascholingsbureau op. We verzorgen bij- en nascholing voor zorgverleners. Vanaf 2010 ben ik me hier fulltime mee bezig gaan houden. Onze bij- en nascholingen zijn voornamelijk gericht op het verbeteren van de samenwerking en de communicatie in teams. Dit zijn zowel homogene teams, bestaande uit een monodiscipline in de zorg, als multidisciplinaire teams, waar meerdere disciplines in vertegenwoordigd zijn. Het grootste deel van deze teams werkt binnen de geboortezorg. Naast de scholingen heb ik me de afgelopen tien jaar ingezet als projectleider voor verschillende samenwerkingsprojecten in de geboortezorg. Zo heb ik eerst als zorgverlener en later als trainer/coach en projectleider 24 jaar de – al dan niet geslaagde – samenwerking binnen de geboortezorg als centraal thema in mijn werk ervaren. Mijn expertise ligt in het verbeteren van teamcommunicatie en samenwerking, vooral binnen de geboortezorg, waar samenwerking tussen verschillende disciplines cruciaal is vanwege de organisatie in 1^e lijn (zorg in de wijk) en 2^e lijn (zorg in het ziekenhuis).

Het doen van de Master Zorgethiek en Beleid aan de Universiteit voor Humanistiek heeft me de kans gegeven deze samenwerking wetenschappelijk te onderzoeken. In dit afstudeeronderzoek wordt duidelijk dat de samenwerking tussen geboortezorgprofessionals niet altijd vanzelfsprekend is en dat onderzoek hiernaar door zorgethische lenzen nog in de kinderschoenen staat. Ik zie het dan ook als iets moois dat ik aan het zorgethische onderzoek in de geboortezorg een bescheiden bijdrage mag leveren. Ik heb me specifiek gericht op verloskundigen en gynaecologen. Daarmee heb ik kraamverzorgenden, verpleegkundigen, kinderartsen, doula's en ondersteunende medewerkers buiten beschouwing gelaten, al ben ik me ervan bewust dat zij een onmisbare bijdrage leveren aan de geboortezorg. Ik ben dankbaar dat ik voor het uitvoeren van dit onderzoek gebruik heb mogen maken van de data die verzameld zijn voor de VOICE studie. Ik zal deze studie later toelichten.

Deze thesis begint met het maatschappelijke probleem waarin de samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen tot uitdrukking komt (H2). Vervolgens ga ik dieper in op de lacune in het wetenschappelijk onderzoek over deze samenwerking (H3). Hoofdstuk 4 beschrijft de onderzoeksvragen en doelstelling van deze thesis en hoofdstuk 5 de methodologie. In Hoofdstuk 6 komen zowel historie als beleidsinvloeden aan de orde en hoofdstuk 7 is het empirische deel van deze thesis. Het laatste hoofdstuk (8) verbindt de theorie met de empirie en daarin komen ook de aanbevelingen vanuit mijn onderzoek en de beperkingen ervan aan de orde.

2. Maatschappelijk probleem

De organisatie van de geboortezorg staat de afgelopen 16 jaar (opnieuw) ter discussie (Goodarzi et al., 2018). Een belangrijke aanleiding hiervoor was dat Nederland volgens het Euro-Peristat-rapport in 2008 een van de hoogste perinatale sterftcijfers had in Europa (European Perinatal Health Report, 2008). De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft naar aanleiding van deze sterftcijfers de ‘Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte’ ingesteld. De stuurgroep moest zich buigen over verbetering van de sterftcijfers en met een advies komen hoe dit te doen. Dit leverde het rapport ‘*Een goed begin, veilige zorg rond zwangerschap en geboorte*’ op (2009). Het rapport bevatte 16 aanbevelingen. Een van de speerpunten was een oproep tot intensievere samenwerking tussen alle professionals in de geboortezorg. Het intensiveren van de samenwerking tussen alle betrokken professionals in de geboortezorg, moest onder andere ‘suboptimale zorg’ vermijden rond risicoselectie en overdrachtsmomenten tussen 1^e en 2^e lijn.

De samenwerking moet niet langer afhankelijk zijn van de goede wil en inzet van individuele professionals of van hun onderlinge verstandhouding. De vaak in het oog springende vermeende conflicten tussen professionals uit de eerste lijn en het ziekenhuis, en binnen het ziekenhuis, behoren daarmee tot het verleden. (Stuurgroeprapport 2009, p.31)

Naar aanleiding van het genoemde *Stuurgroeprapport* werd in 2010 het College Perinatale Zorg (CPZ) opgericht. Hierin zijn de verschillende veldpartijen zoals branche- en beroepsorganisaties vertegenwoordigd met als doel tot een gezamenlijke koers en besluitvorming in de geboortezorg te komen. In 2016 bracht dit College de eerste zogeheten *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg* uit. In de standaard wordt fasegewijs de noodzakelijk geachte geboortezorg beschreven. In 2020 bracht het CPZ een hernieuwde versie uit. De *Zorgstandaard* van 2020 vermeldt dat in 2013 door de Stichting Perinatale Registratie Nederland (PRN) een perinatale sterfte geregistreerd werd in Nederland van 5,3 op de 1000 doodgeboren kinderen na een zwangerschapsduur van 22 weken of meer en 3.2 op de 1000 levendgeborenen die stierven in de eerste vier weken na de geboorte. Ongeveer 85% van deze sterfte hangt samen met de zogenoemde ‘Big 4’: aangeboren afwijkingen, vroeggeboorte, laag geboortegewicht en/of een slechte start bij de geboorte (p.6). Er kan ook sprake zijn van schade die korte- of lange termijngevolgen kan hebben zoals leer-,

gedrags-, of bewegingsstoornissen, vooral na vroeggeboorte of een geboorte met een erg laag gewicht. Vroeggeboorte of een laag geboortegewicht kunnen ook leiden tot diabetes en hart- en vaatziekten op volwassen leeftijd. 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 (Zorgstandaard, 2020. p.6).

Echter, hoe hoog het percentage sterfte of schade is dat veroorzaakt wordt door hiaten in de samenwerking staat nergens vermeld. Wat de verdeling is van de ‘Big 4’ over sterfte en schade in relatie tot samenwerking evenmin en of de maatregelen die in de *Zorgstandaard* worden genoemd bewezen effectief zijn voor het voorkomen van de ‘Big 4’ ook niet.

De oproep tot het verbeteren van de samenwerking onder verloskundigen en gynaecologen was niet nieuw. Goodarzi en collega’s (2018) wijzen erop dat de oproep een herhaling van zetten is uit de jaren 60,70 en 80 van de vorige eeuw. Er waren toen verschillende problemen zoals een tekort aan zorgverleners en een intensivering van de zorg. Ook toen daalde Nederland, dat tot 1940 het laagste perinatale sterftcijfer in Europa had, op de internationale ranglijst. En ook toen werd als oplossing door de Inspectie van Volksgezondheid in 1968 geadviseerd de samenwerking tussen de zorgprofessionals te verbeteren. Gynaecologen en verloskundigen hadden, net als vandaag de dag, verschillende ideeën over de organisatie van de geboortezorg en de invulling van de intensievere samenwerking (Goodarzi et al., 2018).

Op 17 mei 2023 sturen de ministers van VWS en LZS (Langdurige Zorg en Sport) een brief naar de Tweede Kamer (Kamerbrief, 2023). In het deel van de brief dat gaat over de geboortezorg wordt met name de versterking van de samenwerking binnen VSV’s genoemd. VSV’s zijn Verloskundig SamenwerkingsVerbanden waarin de geboortezorgprofessionals van een regio zich hebben verenigd, zonder dat zij een juridische entiteit vormen. Er is een ‘*VSV basiskader*’ geschreven waarin taken en verantwoordelijkheden worden beschreven. Het *VSV basiskader* beschrijft de minimale set aan eisen die bij de onderlinge samenwerking komt kijken (VSV Basiskader, 2023). Voor de manier waarop VSV’s deze samenwerking kunnen organiseren en verbeteren is een handreiking gemaakt ter versterking van de netwerksamenwerking door een strategisch adviesbureau in de zorg, genaamd SiRM (2023). ZonMw werkt op het moment aan een stimuleringsprogramma voor de verdere professionalisering van de VSV’s (ZonMw, 2023).

Net als in de jaren ’60 van de vorige eeuw, wordt ook nu het verbeteren van de samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen centraal gesteld in het optimaliseren van

de cijfers van sterfte en blijvende schade in de geboortezorg. Een van de problemen in de samenwerking is de terugkerende discussie rond de domeinen van de 1^e en de 2^e lijn: wie bepaalt wat 1^e en 2^e lijns zorg mag heten en binnen welk domein de zwangere het beste haar zorg kan ontvangen. Verloskundig onderzoeker Goodarzi is een van de weinigen die veel onderzoek gedaan heeft naar deze risicoselectie tussen 1^e en 2^e lijnszorg en de bijbehorende problematiek in de geboortezorg. Een goed deel van de onderbouwing en argumentatie van deze thesis is gebaseerd op haar werk.

Een goede samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen is niet vanzelfsprekend. Het terrein van de fysiologie, te weten een normaal, gezond verloop, behoort historisch en wettelijk toe aan de verloskundige (Goodarzi, 2021. p.2). Daarmee is – tot op de dag van vandaag – de discussie over wie bepaalt wat fysiologie mag heten echter nog niet beslecht. In de loop van de geschiedenis zien we steeds terug dat er conflict ontstaat rondom de grenzen van het domein van de verloskundige. Enerzijds heeft zij een functie als poortwachter en is zij daarmee de poort naar specialistische zorg en verwijst zij naar de 2^e lijn wanneer deze zorg nodig is. Anderzijds is er een doorlopende strijd over deze risicoselectie, waarbij de 2^e lijn toenemend risico's ziet en zelf verantwoordelijkheid voelt en wil hebben voor de risicoselectie (Goodarzi, 2021. p.7). De discussie over deze in de loop van de geschiedenis ontstane domeinenstrijd zien we terug in het hedendaagse discours tussen gynaecologen en verloskundigen, waarin ook de ongelijkheid in macht en positie – wie heeft uiteindelijk de meeste invloed? – helder wordt. De machtsongelijkheid is niet te wijten aan personen, maar heeft een historische context en is daarmee institutioneel te noemen (Goodarzi, 2021. p.10; Schultz, 2013). Deze institutionele en systemische aard van de ongelijkheid roept dan ook direct de vraag op of de oplossing dan wel bij personen vandaan kan komen, of op zijn minst ook deels bij het systeem waardoor de ongelijkheid veroorzaakt is. Hoofdstuk 6 van deze thesis gaat dieper in op de historie van de ongelijkheid in macht en positie tussen verloskundigen en gynaecologen.

Een actueel voorbeeld van de domeinenstrijd is de huidige discussie over het afnemen en interpreteren van het antenatale cardiotocogram (aCTG). Een aCTG is een hartfilmpje dat tijdens de zwangerschap gemaakt wordt om een indruk te krijgen van de conditie van de ongeborene. In augustus 2023 verscheen (in press, officieel verschenen in 2024) het artikel van Neppelenbroek et al. over het aCTG uitgevoerd door de verloskundige. Voorheen werd een dergelijk aCTG in het ziekenhuis gemaakt, inmiddels toenemend in de 1^e lijns verloskundige praktijk. Neppelenbroek et al. (2023) laten zien dat continuïteit van zorg verbeterde voor de meeste

vrouwen die een aCTG kregen bij de verloskundige. Onder continuïteit verstaan we het feit dat de zorg van de verloskundige niet wordt onderbroken door andere zorgverleners. Deze continuïteit van zorgverlener is een bewezen verbetering in de kwaliteit van zorg (De Jonge et al. 2014). Ondanks het door Neppelenbroek en collega's uitgevoerde wetenschappelijk onderzoek, reageerde de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) op 23 november 2023 met het standpunt: "Het antenatale CTG is 2^e lijnszorg. Er is geen ruimte voor het verplaatsen van antenatale CTG's naar de 1^e lijn" (NVOG, z.d.). Het valt op dat de NVOG hier een uitspraak doet over wat 1^e lijnszorg mag zijn. De NVOG gaat immers over geneeskundige zorg in de 2^e lijn. Welke zorg valt onder verantwoordelijkheid van de verloskundige in de 1^e lijn is uitgebreid beschreven in de zorgverzekeringswet (Overheid, z.d.).

Uit het promotieonderzoek over risicoselectie van Goodarzi (2023) blijkt dat zowel verloskundigen als gynaecologen zich over en weer bedreigd voelen, waarbij beide beroepsgroepen vrezen voor het verlies van beroepsterrein (p. 52). Het huidige discours tussen verloskundigen en gynaecologen wordt gezien als een gevecht, een gepolariseerd frame van medici versus verloskundigen, van de risicomijdende en interveniërende kijk versus de natuurlijke kijk. Beide beroepsgroepen zijn geneigd elkaar negatief te stereotyperen en te vinden dat ze zelf betere zorg leveren, wat resulteert in een klimaat van strijd en wantrouwen, waar men anticipeert op conflict, versterkt door bestaande vooroordelen (p. 57).

Zowel de Stuurgroep (2009) als het CPZ (2016; 2020) verbinden de kwaliteit van de samenwerking aan het verbeteren van de cijfers rond sterfte en schade in de geboortezorg. Het oplossen van de conflicten in de samenwerking is echter nog niet evident een weg die leidt tot minder perinatale sterfte en minder suboptimale uitkomsten. In de twaalf jaar volgend op het stuurgroep rapport *Een goed begin* (2009) is er met veel inspanning gewerkt aan het verbeteren van de samenwerking. **De samenwerking is in veel regio's verbeterd (RIVM, 2020. p.10). Maar het directe effect daarvan op perinatale sterfte is moeilijk te meten.**

De door Perined samengestelde cijfers tussen 2012 en 2020 laten een toename zien van zowel het aantal verwijzingen van de 1^e naar de 2^e lijn als de kosten voor de geboortezorg, **terwijl de cijfers van perinatale sterfte nagenoeg gelijk blijven** (Nza, z.d.; Perined, z.d.; Staatvenz, z.d.). **Er wordt meer verwezen en meer ingegrepen zonder dat de uitkomsten verbeteren.** In de *Zorgstandaard* staat uitdrukkelijk dat het niet de bedoeling is dat er meer verwijzingen zullen gaan plaatsvinden maar "dat zorgverleners elkaar consulteren" (Zorgstandaard, 2016. p.4). Dit is in de praktijk tot op heden niet gelukt.

De rapporten van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) evalueren de effecten en ervaringen met integrale zorg en bekostiging in de geboortezorg vanaf 2017 (RIVM, 2020; RIVM, 2023). Deze rapporten laten geen duidelijk verband zien tussen verbeterde samenwerking en verbeterde sterfte- en schadecijfers. Omdat de focus van de rapportages van het RIVM ligt op kosten en uitkomsten in cijfers van mortaliteit (sterfte) en morbiditeit (blijvende schade) zijn overige effecten van verbeterde samenwerking niet gemeten (RIVM 2020; RIVM 2023). De rapporten roepen de vraag op hoe ethisch verantwoord het is de samenwerking tussen geboortezorgverleners centraal te zetten in de verbetering van de perinatale sterfte- en schadecijfers zonder dat duidelijk is welk aandeel in de sterfte en schade te wijten is aan de samenwerking.

Desondanks is verbetering in de samenwerking nastrevenswaardig, mede gezien het gepolariseerde frame en het klimaat van strijd en wantrouwen, beschreven door Goodarzi (2023). Wat is nodig voor een duurzame verbetering in de samenwerking en waar moet die samenwerking op gericht zijn? Is het doel het verminderen van suboptimale uitkomsten of zou verbetering in de door Goodarzi beschreven thema's van wantrouwen en conflict richting het erkennen en waarderen van elkaars expertise juist het streven moeten zijn? Moet goede samenwerking leiden tot zorg die als goed wordt ervaren door de zorgontvanger en liefst ook tot zorgverleners die met plezier hun werk doen en lang in het vak kunnen blijven (Cronie et al., 2019; Feijen – de Jong et al., 2022, Tronto, 1993)?

Ik analyseer in mijn onderzoek wat beide beroepsgroepen bijdragen aan zowel het in stand houden als het veranderen van de huidige situatie (empirie). Welke inzichten over samenwerking uit zowel de (zorgethische) literatuur als de empirie kunnen bijdragen aan kennis over en nut van goede samenwerking, ook als die historisch al eeuwen onder druk staat? Conceptueel zorgethisch onderzoek naar macht en positie en relationaliteit, gehouden tegen het licht van de thema's en patronen die zichtbaar worden in het discours tussen verloskundigen en gynaecologen kan relevante inzichten opleveren voor beleidsmakers en zorgprofessionals in de verbetering van de samenwerking.

3. Wetenschappelijk probleem

3.1 Samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen nog weinig wetenschappelijk onderzocht

Goede samenwerking tussen zorgprofessionals is een belangrijk element van veilige en effectieve zorg en draagt bovendien bij aan het werkplezier van zorgprofessionals. Desondanks is het creëren van een prettige samenwerkingscultuur vaak een uitdaging (Cronie et al., 2019; Feijen – de Jong et al., 2022).

Cronie et al. hebben in 2019 onderzoek gedaan naar de samenwerking binnen het VSV in Nederland. **Uit mijn search is geen enkele andere studie gekomen die specifiek deze samenwerking onderzoekt. Cronie et al. (2019) zijn dan ook een belangrijke bron voor dit wetenschappelijk kader en tonen direct ook de lacune aan in de wetenschap op dit gebied.**

Ondanks het vaak genoemde belang van een goede samenwerking binnen de geboortezorg is er weinig bekend over de aard en kwaliteit van de samenwerking tussen geboortezorgprofessionals, zowel in Nederland als daarbuiten. Samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen kan bijzonder complex zijn (Cronie et al., 2019).

Cronie et al. (2019) stellen dat goede samenwerking onder meer vereist dat verschillen in visie en werkwijze worden onderkend en gerespecteerd en dat daarover ‘onderhandeld’ kan worden. Zorgverleners kunnen dan een vorm van gelijkwaardigheid ervaren die – omdat organisatorische en hiërarchische beperkingen benoemd zijn - transparant is voor iedereen die deelneemt aan de samenwerking.

Uit hun onderzoek (2019) blijkt dat goede samenwerking wordt beïnvloed door al of niet aanwezige competitie, vertrouwen in elkaars capaciteiten, onderlinge waardering en een eventuele ‘helpende hand’. 40% van alle respondenten in het onderzoek van Cronie et al. (2019) bleek niet tevreden over de samenwerking binnen hun VSV. Zowel 1^e lijns verloskundigen als klinisch verloskundigen waren pessimistisch over samenwerking in de door de overheid en CPZ gekozen toekomstige modellen van zorg.

Een reactie van het CPZ op ongunstige uitkomsten in de geboortezorg is de introductie van geïntegreerde zorgmodellen, waarbinnen zorgprofessionals intensief samenwerken (Cronie et al., 2019; Goodarzi et al., 2018). Goede samenwerking leidt tot prettig ervaren zorg door de zorgontvanger en is in die zin nastrevenswaardig (Tronto, 1993). Integrale zorgmodellen worden in andere domeinen van zorg en elders in de wereld ook ingevoerd (Baxter et al., 2018; Davidson

et al., 2021). De vraag is dan ook niet zozeer of de vorm van het model er het meest toe doet, als wel de posities van- en de onderlinge relaties tussen de beroepsgroepen die werkzaam zijn binnen de vorm. Er is momenteel geen bewijs dat geïntegreerde zorgmodellen zullen leiden tot betere communicatie en betere uitkomsten en er is geen consensus over de beste manier van (samen)werken (Cronie et al., 2019; Goodarzi et al., 2018). Vanuit wetenschappelijk onderzoek is er heel weinig bekend over de aard van, en de houding ten opzichte van de samenwerking tussen geboortezorgprofessionals, waardoor het moeilijk is om de effecten van samenwerking binnen nieuwe zorgmodellen te voorspellen (Cronie et al., 2019; Goodarzi et al., 2018).

Het zorgmodel waar verloskundigen mee werken is wereldwijd vaak genoemd als oplossing voor een aantal problemen in de geboortezorg (De Jonge et al., 2022; Niles et al, 2021; Maimburg et al., 2023). Thuis bevallen is veilig en goedkoper dan een ziekenhuisbevalling, er is een aangetoond positief effect van continuïteit van zorg en zorgverlener en de waarde van een fysiologische benadering van het proces van bevallen, waaronder minder onnodige interventies en een hogere tevredenheid van de moeder in vergelijking met geheel of gedeeltelijke zorg in de 2^e lijn (De Jonge et al., 2022; Niles et al, 2021; Maimburg et al., 2023).

Ondanks het bestaan van deze onderzoeken en uitkomsten hebben de partijen binnen het CPZ gekozen voor een koers en aanpak waarin de voordelen van het model waar verloskundigen mee werken niet centraal wordt gesteld. Deze koers is meer in lijn met een medisch-wetenschappelijke perspectief op goede zorg dan met een verloskundig perspectief; iets wat we in de rest van de wereld terugzien (Ashley et al., 2022; Maimburg et al., 2023). De beide perspectieven worden toegelicht in de volgende paragraaf die over de VOICE studie gaat. Ashley en collega's (2022) voeren aan dat de keuze van landen voor een ander zorgmodel dan het verloskundige zorgmodel mede veroorzaakt wordt door de historisch gegroeide gemarginaliseerde positie van de verloskundige (wereldwijd).

Davis-Floyd & Sargent (1997) en Munawar (2022) stellen hierover dat medische en medisch-wetenschappelijke kennis autoriteit hebben gekregen boven andere bronnen van kennis. Zij benadrukken dat de houding van artsen soms superieur is van aard en dat wanneer dat het geval is, deze houding anderen de mond snoert en daarmee effect heeft op de onderlinge relatie. Hoe de verloskundige in een gemarginaliseerde positie terecht is gekomen is een gevolg van de organisatie van de geboortezorg vanaf de 16^e eeuw en komt verder aan de orde in hoofdstuk 6.

De meeste wetenschappelijke studies in de geboortezorg die VSV-breed zijn uitgevoerd, gaan vooral over uitkomsten van zorg en niet over hoe samenwerking er in de dagelijkse praktijk

uitziet of hoe partners in de zorg over hun samenwerking denken (Cronie et al, 2019). In deze thesis onderzoek ik de samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen door een discoursanalyse te doen van 16 bestaande interviews die zijn afgenomen voor de VOICE studie. Mijn thesis draagt bij aan de resultaten van de VOICE studie. De uitkomsten van de VOICE studie zullen bijdragen aan het vullen van de kennislacune rondom samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen.

3.2 De VOICE studie

Variations in Organisations of Integrated Care (VOICE)

In de geboortezorg zijn grofweg twee visies en kennissystemen van het grootste belang. Aan de ene kant het sociale model dat zwangerschap en geboorte als normale levensgebeurtenissen beschouwt en aan de andere kant het medische model waarin gezondheidsrisico's van zwangerschap en geboorte leidend zijn (Subsidieaanvraag - VOICE studie, 2021). Ondanks deze botsende visies moeten zorgverleners samenwerken in VSV's en de uitkomsten van zorg samen zien te verbeteren via (meer) integrale of gezamenlijke zorg. De VOICE studie onderzoekt welke elementen van invloed zijn op de uitkomsten en de ervaren samenwerking in de geboortezorg.

In de handreiking *Netwerksamenwerking in de geboortezorg* van het SiRM (2023) wordt gesproken over **gelijkwaardigheid**. Daaronder wordt verstaan dat het VSV een evenwichtige samenstelling heeft en dat er sprake is van respect voor elkaars kunde en visie. Ook noemt de handreiking het belang van het stilstaan bij het feit dat niet alle zorgaanbieders dezelfde praktische en financiële mogelijkheden hebben en dat het VSV maatregelen zou moeten nemen om hierin gelijkwaardigheid te creëren.

De suggesties die in de handreiking staan om gelijkwaardigheid in de samenwerking te creëren zijn: elkaar beter leren kennen, gezamenlijke doelen opstellen, samen zorgpadverbeteringen vormgeven, bewust nadenken over wie welke functie vervult en iedereen betrekken en informeren. Daarnaast noemt de handreiking onderling afstemmen, visievorming en gezamenlijke besluitvorming als mogelijkheden, evenals het organiseren van budget voor gezamenlijke activiteiten.

Momenteel is er echter weinig bewijs voor welke van deze genoemde elementen van integrale zorg leiden tot optimale zorg (Subsidieaanvraag - VOICE studie, 2021). Dit gebrek aan kennis belemmert de voortgang in de integrale zorg in Nederland. De VOICE-studie zal aan het licht brengen welke van deze elementen van invloed zijn op zowel de uitkomsten als de ervaren samenwerking. Een van de doelen van de VOICE-studie is het in kaart brengen van de ervaringen van verloskundigen en gynaecologen in de samenwerking. Met de uitkomsten van de VOICE kan een beter begrip ontstaan van de mechanismen die ten grondslag liggen aan onder andere de samenwerking binnen VSV's (Subsidieaanvraag - VOICE studie, 2021).

3.3 Zorgethisch onderzoek binnen de geboortezorg.

Zoals gezegd in paragraaf 3.1 is er nog weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de samenwerking tussen geboortezorgprofessionals in de geboortezorg. Ook zorgethisch onderzoek hierover is er nog weinig. Zorgethici Van Nistelrooij en Van der Waal hebben wel onderzoek gedaan binnen de geboortezorg maar niet specifiek naar de samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen. Hun onderzoeken richten zich op de inhoud van de gegeven zorg en de relatie tussen zorgverlener en zorgontvanger. Zij publiceerden samen over epistemisch onrecht en obstetrisch geweld in de geboortezorg in Nederland onder andere in 2022 en 2024 en Van Nistelrooij publiceerde daarnaast over de zorgethische relationele benadering van zwangerschap en geboorte, 'women centered care' en moederschap, onder andere in 2019 en 2022. Zij concluderen dat er in Nederland regelmatig sprake is van geweld en/of onrecht in de zorgverlener – zorgontvanger relatie en laten zien dat de zorgethische en relationele benadering van zwangerschap en geboorte heel waardevol kan zijn voor zowel zorgverlener als zorgontvanger.

Ik richt me in mijn theoretisch kader op de zorgethici Tronto (1993), Van Heijst (2005) en Walker (2007), die eveneens zorgethisch onderzoek deden naar de concepten macht en positie en relationaliteit in de zorg en wiens inzichten relevant kunnen zijn voor de dagelijkse samenwerkingspraktijk in de geboortezorg. Empirisch onderzoek naar deze samenwerking kan op haar beurt de zorgethische theorie verrijken, waarin tot op heden weinig aandacht is voor de relatie 'zorgverlener-zorgverlener'. Deze dialectiek tussen de (zorgethische) theorie en de empirie staat centraal in dit afstudeeronderzoek.

4. Onderzoeksvraag en doelstelling

4.1 Hoofdvraag

De onderzoeksvraag die volgt uit bovenstaande is:

Welke thema's en patronen zijn zichtbaar in de discoursen aangaande samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen en hoe kunnen zorgethische en empirische inzichten een rol spelen bij de verbetering van deze samenwerking, rekening houdend met historische context en beleidsinvloeden?

4.2 Deelvragen

1. Welke historische contexten en beleidsinvloeden beschreven in de literatuur hebben mogelijk effect op deze samenwerking?
2. Welke inzichten over samenwerking biedt de zorgethische literatuur aan de hand van de concepten *macht en positie* en *relationaliteit*?
3. Welke thema's en patronen worden zichtbaar in het discours van verloskundigen en gynaecologen?
4. Welke inzichten uit de (zorgethische) literatuur kunnen in verbinding gebracht met de resultaten uit de empirische data bijdragen aan kennis over verbetering van de samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen?

4.3 Doelstelling

De doelstelling van mijn onderzoek is het verkrijgen van kennis en inzichten over de samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen door middel van (zorgethisch) literatuuronderzoek en discoursanalyse van interviews met individuele verloskundigen en gynaecologen (VOICE). Het onderzoek beoogt bij te dragen aan kennisontwikkeling rondom de verbetermogelijkheden van deze samenwerking door licht te werpen op de zorgverlener-zorgverlener relatie zowel vanuit de (zorgethische) literatuur als vanuit de empirie.

5. Methodologie

5.1 Onderzoeksbenadering

De onderzoeksbenadering in dit onderzoek is die van de Utrechtse Zorgethiek. Kenmerkend voor de Utrechtse Zorgethiek is de dialectiek tussen theorie en praktijk en daarin het ‘mee- tegen- en omdenken’. Daarbij fungeren concepten uit de zorgethische theorie als kritische lenzen om doorheen te kijken naar de onderzochte zorgpraktijken en richting te geven aan het empirische onderzoek. Andersom verrijkt en verdiept de opgedane empirische kennis weer de theorie. Hierbij wordt gebruik gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethoden (Leget, Van Nistelrooij & Visse, 2017).

De epistemologische benadering die ik hanteer in dit onderzoek is constructivistisch-hermeneutisch (Evers, 2015. p.10-11). Constructivistische epistemologie stelt dat kennis wordt geconstrueerd door individuen als ze de wereld om hen heen ervaren en begrijpen. Hermeneutische epistemologie gaat uit van het idee dat kennis wordt verkregen door interpretatie van de wereld, vaak gericht op het begrijpen van menselijk gedrag en sociale contexten. Mijn onderzoek is zowel gericht op meer inzicht verkrijgen in de wijze waarop zorgverleners hun eigen realiteit construeren en begrijpen (constructivistisch), als het interpreteren van teksten (interviews) en sociale interacties om betekenis te vinden (hermeneutisch).

5.2 Theoretische dataverzameling

Voor de theoretische dataverzameling heb ik gebruik gemaakt van wetenschappelijke literatuur gevonden op PubMed en Google Scholar met de zoektermen:

verloskunde – obstetrie – zorg – verloskundigen – gynaecologen – geboortezorg samenwerking – afhankelijkheid – relationaliteit – zorgethiek – integrale geboortezorg – integrale bekostiging.

Ik heb gezocht in verschillende combinaties van deze zoektermen zowel in het Nederlands als in het Engels. Daarnaast heb ik gebruik gemaakt van het werk van relevante zorgethische auteurs, populairwetenschappelijke literatuur over de historische en politieke context van de geboortezorg, en ook beleidsdocumenten over samenwerking in de geboortezorg.

5.3 Theoretische analyse

De beantwoording van mijn theoretische onderzoeksvraag heeft zich vooral gericht op de relevante inzichten uit de zorgethische literatuur die een verdieping konden aanbrenge in inzichten over samenwerking vanuit een ander licht dan het maken van werkafspraken.

5.4 Empirische dataverzameling en data-analyse

5.4.1 Empirische dataverzameling

De VOICE is een landelijke mixed-method studie waarin zowel een kwantitatieve als een kwalitatieve analyse plaatsvindt binnen zes geïncludeerde VSV's die een afspiegeling zijn van het land. Ik heb me gericht op het deel van de VOICE waarin door een PhD-onderzoeker 16 interviews waren afgenomen met verloskundigen en gynaecologen. Deze interviews waren vervolgens opgenomen en getranscribeerd in 2022/2023 en in de werkomgeving van het VUmc gezet. Met een tijdelijke aanstelling (zie bijlage 1) bij het VUmc kreeg ik toegang tot de transcripties van deze empirische data. Voor de karakteristieken van de respondenten zie fig. 1.

Document	Document name	Professie	Rol in het VSV_IGO	Geslacht	Organisatievorm beroepsgroep	# jaar in bestuur VSV/IGO	# jaar werkzaam in functie/beroep
Interviews	Transcriptie VOICC studie 6A_gecontroleerd	Verloskundige 1e lijn	Vertegenwoordiger 1e lijn	Vrouw	Coöperatie 1e lijnsverlosk.	4,00	20,00
Interviews	Interview VOICE studie met 6-B_gecontroleerd	Klinisch verloskundige	Vertegenwoordiger Klin.Verlosk	Vrouw	Loondienst	2,00	8,00
Interviews	Interview VOICE studie met 2-C_gecontroleerd	Gynaecoloog	Voorzitter	Vrouw	VSV	Onbekend	Onbekend
Interviews	Interview VOICE studie 6-C_gecontroleerd	Gynaecoloog	Vertegenwoordiger Gyn.	Vrouw	Maatschap Gynaecologen	6,50	6,50
Interviews	Interview VOICE studie 5-A_gecontroleerd	Verloskundige 1e lijn	Onbekend	Vrouw	Onbekend	Onbekend	Onbekend
Interviews	Interview VOICE studie 4-C_gecontroleerd	Gynaecoloog	Directie lid Gynaecologen	Vrouw	Maatschap Gynaecologen	3,00	5,50
Interviews	Interview VOICE studie 4-A_gecontroleerd	Verloskundige 1e lijn	Directie lid 1e lijn	Vrouw	Coöperatie 1e lijnsverlosk.	7,00	25,00
Interviews	Interview VOICE studie 3-C_gecontroleerd	Gynaecoloog	Onbekend	Onbekend	Onbekend	Onbekend	Onbekend
Interviews	Interview VOICE studie 3-B en 3-F_gecontroleerd	Klinisch verloskundige	Onbekend	Vrouw	Onbekend	Onbekend	Onbekend
Interviews	Interview VOICE studie 3-A_gecontroleerd	Verloskundige 1e lijn	Onbekend	Vrouw	Onbekend	Onbekend	Onbekend
Interviews	Interview VOICE studie 2-B_gecontroleerd	Klinisch verloskundige	bestu urslid	Vrouw	VSV	6,00	Onbekend
Interviews	Interview VOICE studie 2-A en 2-I_gecontroleerd	Verloskundige 1e lijn	Bestu urslid	Vrouw	VSV	4,00	Onbekend
Interviews	Interview met 5-C_gecontroleerd	Gynaecoloog	bestu urslid	Vrouw	Deel MSB / Deel Loondienst	2,50	Onbekend
Interviews	Interview met 5-BG_gecontroleerd	Klinisch verloskundige	Secretaris VSV	Vrouw	Onbekend	1,00	Onbekend
Interviews	Interview 1-C_gecontroleerd	Gynaecoloog	Onbekend	Onbekend	Onbekend	Onbekend	Onbekend
Interviews	Interview 1-A_gecontroleerd	Verloskundige 1e lijn	Onbekend	Vrouw	Onbekend	Onbekend	Onbekend

Figuur 1: karakteristieken respondenten VOICE

5.4.2. Empirische data-analyse

Voor mijn empirische onderzoek heb ik gebruik gemaakt van discoursanalyse. Het doel van discoursanalyse is begrijpen hoe discourses de sociale werkelijkheid, relaties en identiteiten vormgeven (Handleiding discoursanalyse, 2014). Discourses werken door in het denken, oordelen en handelen van de betrokkenen binnen een sociaal domein, en bepalen mede welke positie zij ten opzichte van elkaar innemen. De woorden die mensen kiezen hebben bepaalde

effecten. Vaak onbewust verbergen mensen in taal bepaalde meningen, verontschuldigheden of overtuigingen. Ook presenteren mensen zichzelf in taal (p.5).

Discoursanalyse kijkt niet alleen naar de inhoud van de boodschap maar vooral ook naar de vorm en de effecten hiervan (p.6) Welk beeld of welke werkelijkheid wordt aannemelijk gemaakt (p.10)? Discoursanalyse is exploratief: vanuit een open benadering wordt onderzocht wat er in de interviews/gesprekken gebeurt (p.17). Discoursanalyse past mooi bij de beleidsanalyse van Bacchi (2009), waarop ik later terugkom.

Het onderwerp samenwerking en communicatie tussen verloskundigen en gynaecologen leent zich voor een discoursanalyse om dat het 1) voldoende 'praatpotentie' heeft en 2) relevant is voor de geïnterviewden. Onder praatpotentie verstaan we het feit dat er verschillend gekeken kan worden naar het onderwerp en dat het onderwerp veel gespreksstof oplevert (p. 21). De analyse van de data heb ik verricht met het door het VUmc aangekochte programma MAXQDA.

Ik heb in eerste instantie alle interviews integraal gelezen, nog zonder te coderen, zoals dat passend is bij een discoursanalyse. Bij tweede lezing van de interviews heb ik codes aangebracht, die ik later in clusters en subclusters heb ingedeeld. De subclusters heb ik gemaakt op basis van terugkerende thema's en patronen in het discours (zie bijlage 2). De gevonden patronen en thema's heb ik in de beantwoording van deelvraag 4 (hoofdstuk 8) gekoppeld aan de gevonden inzichten uit de zorgethische literatuur om zo te trachten te komen tot nieuwe, relevante kennis.

5.4.3 Sensitizing concepts

Sensitizing concepts dienden als hulpmiddel om door een theoretische lens te focussen op deze thema's en patronen in de samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen (Boeije & Bleijenbergh, 2019. p.39). Bij de opzet van mijn onderzoek heb ik een deel van het theoretisch kader al geschreven. Ik had toen nog geen toegang tot de interviews. De *sensitizing concepts* die ik heb gebruikt voor mijn eerste opzet waren gelijkwaardigheid, samenwerking, ervaren veiligheid, relationaliteit, afhankelijkheid en vertrouwen.

Tijdens de daadwerkelijke uitvoering van het onderzoek bleken *sensitizing concepts* als ervaren veiligheid en vertrouwen weinig raakvlak te hebben met de empirie en de gevonden literatuur, terwijl juist de lens van macht en positie meer inzicht gaf in de gevonden thema's en patronen. Het concept gelijkwaardigheid heeft gaandeweg het onderzoek een andere conceptuele waarde gekregen dan waarmee ik ben begonnen. Zo ontstond een evenwicht tussen *sensitizing*

concepts die ik tijdens van tevoren had opgesteld en die uit het onderzoek zelf naar voren zijn gekomen.

5.4.4 Frames in het discours

Naast thema's en patronen ben ik ook op zoek gegaan naar zogeheten *frames* in het discours tussen de verloskundigen en de gynaecologen. Frames zijn conceptuele kaders in taal die zijn aangeleerd (Taalstrategie, z.d.). Vervolgens vindt er koppeling plaats door taal tussen conceptueel kader en beelden en gevoelens. Dankzij deze koppelingen kunnen we de wereld om ons heen beter begrijpen en beoordelen. Zo leren we bijvoorbeeld dat het woord 'warm' (taal) gekoppeld kan zijn aan temperatuur maar ook aan personen. Een warm persoon geeft beelden en gevoelens van personen waar we graag mee omgaan. Zo wordt taal gekoppeld aan beeld en gevoel.

Taal wordt gebruikt om boodschappen over te brengen (De Bruijn, 2014. p.8-18). Daarbij wordt per definitie een vorm van 'framing' gebruikt. Alle taal is immers gekoppeld aan conceptuele kaders. Frames zitten bewust en onbewust in boodschappen verwerkt en kunnen enorm van invloed zijn. Veelgebruikte frames, worden in ons brein steeds krachtiger gekoppeld aan bepaalde beelden en gevoelens. Ze verankeren zich langzaam in het brein, wanneer ze consequent worden gebruikt. Zo kan een term (of idee) die eerst heel veel weerstand oproept, langzaam steeds geaccepteerder worden en voor sommigen ook overtuigender. Frames sturen ook: ze maken sommige (wenselijke) dingen duidelijker en vervagen andere (onwenselijke) dingen.

Mensen nemen over het algemeen makkelijk termen en 'frames' van anderen over, zich onbewust van het feit dat het frame inmiddels verankerd is in het brein en men de 'bedenker van het frame' op voorsprong zet door het gebruik van zijn of haar terminologie. Immers, het herhalen van het frame, is het beamen van het bestaan ervan (Taalstrategie z.d.)

5.5 Kwaliteitscriteria

Kwaliteitscriteria in onderzoek zijn nodig om de geloofwaardigheid van het onderzoek te verhogen. Hoe geloofwaardiger het onderzoek, hoe groter de kans dat het onderzoek daadwerkelijk een bijdrage levert aan de wereld waar het onderzoek om draait (Boeije & Bleijenbergh, 2019. p.154). Omdat ik me bewust ben van mijn eigen positionaliteit als

verloskundige vind ik het belangrijk een onderzoek af te leveren van hoge kwaliteit en niet een afspiegeling van een eigen mening of veronderstelling.

In veel kwalitatief onderzoek wordt om de kwaliteit van het onderzoek te verhogen gebruik gemaakt van een aantal kwaliteitscriteria die ik in mijn onderzoek niet kon gebruiken. Zo coderen onderzoekers soms eerst afzonderlijk van elkaar, om vervolgens de gevonden codes naast elkaar te leggen. Vinden onderzoekers onafhankelijk van elkaar dezelfde codes, dan verhoogt dat de betrouwbaarheid/validiteit van het onderzoek. Deze werkwijze heet *intercoder agreement* (Creswell & Poth, 2018. p264). Ik heb in mijn onderzoek alleen gewerkt, dus heb dit *intercoder agreement* niet kunnen toepassen.

Ook de *membercheck* is een veelgebruikt criterium (p.261). Dat houdt in dat onderzoekers bij hun respondenten checken of zij zich kunnen vinden in de analyse van de interviews. Omdat ik de interviews niet zelf heb afgenomen en de respondenten voor mij anoniem gebleven zijn, was het *membercheck* voor mij niet mogelijk.

Ik heb me om de kwaliteit van het onderzoek te borgen met name gericht op reflexiviteit (p.261), peer-reviews (p.263) en inzage geven in de data-analyse aan mijn begeleider. Reflexiviteit is een voortdurend onderzoek van mijzelf als onderzoeker en de bias in vooronderstellingen, mijn eigen waardes en ervaringen die ik het onderzoek in zou kunnen brengen (Boeije & Bleijenbergh, 2019. p.158; Creswell & Poth, 2018. p.261). Het is belangrijk voor de kwaliteit van het onderzoek dat de lezer meteen vanaf het begin weet wat de positie van de onderzoeker binnen het onderzoek is. Ik heb daarom mijn eigen positie en ervaring meteen verhelderd in de inleiding van de thesis. Om mijn bevindingen te checken op bias of vooronderstellingen heb ik deze thesis aan vijf mensen laten lezen. Drie van de vijf zijn zeer bekend in de geboortezorg, ook op het niveau van landelijk bestuur en beleid en zij houden er her en der verschillende visies en prioriteiten op na. Ik heb me aan hen kunnen scherpen en ze hebben me regelmatig gewezen op formuleringen of bevraagd op mijn bevindingen.

Ook los van het lezen van de thesis heb ik met alle drie meerdere reflectiegesprekken gevoerd over de inhoud van zowel het theoretisch kader als de analyse van de interviews. Deze gesprekken gaven me richting en hielden mijn scope breed. De andere twee 'peers' zijn medestudenten uit de Master Zorgethiek en Beleid die me ondanks hun onbekendheid met de geboortezorg toch scherp hebben bevraagd op mijn methode en analyses.

Ik heb mijn uitspraken onderbouwd met bronvermelding en waar het ging om aannames en eigen vragen dat in de tekst vermeld. Ik heb een uitgebreide (zorgethische) literatuursearch

gedaan. Er is op het gebied van samenwerking tussen zorgverleners en in het bijzonder tussen verloskundigen en gynaecologen echter geen grote hoeveelheid onderzoek gedaan. Waar ik me baseer op slechts een enkel of enkele studies, heb ik dat aangegeven in de tekst. Voor volledige transparantie in het empirische deel van dit onderzoek heeft mijn begeleider tijdelijk toegang gekregen tot de werkomgeving van het VUmc om de interviews, codes en transcripten in te kunnen zien.

5.6 Datamanagementplan

De data zijn door de onderzoekers van de VOICE geanonimiseerd en veilig opgeslagen. Ik kon er alleen bij als ik in de veilige werkomgeving van het VUmc werkte. Ik heb twee privacy verklaringen ondertekend en verklaard de data alleen voor de doeleinden van deze afstudeeropdracht te gebruiken (zie bijlage 3).

5.7 Ethische aspecten

Deze studie maakt deel uit van een grotere studie die is goedgekeurd door de medisch-ethische commissie van het VU Medisch Centrum (referentienummer 2014/030). Ethische goedkeuring werd volgens de Nederlandse wetgeving niet noodzakelijk geacht (ZonMw subsidieaanvraag VOICE, 2021). De auteurs verklaren geen belangenverstrengeling te hebben. Het formulier *Application Ethical Review Master students* van de UvH is ingevuld en de eerste pagina is meegestuurd als bijlage 4 bij deze thesis.

6.Theoretisch kader

In dit hoofdstuk worden zowel deelvraag 1 als deelvraag 2 beantwoord, beide met behulp van (zorgethische) literatuur. In de eerste paragraaf beantwoord ik deelvraag 1:

Deelvraag 1: Welke historische contexten en beleidsinvloeden beschreven in de literatuur hebben mogelijk effect op deze samenwerking?

In de tweede paragraaf geef ik een korte toelichting op de zorgethiek en beantwoord ik de tweede deelvraag:

Deelvraag 2: Welke inzichten over samenwerking biedt de zorgethische literatuur aan de hand van de zorgethische lenzen macht en positie en relationaliteit?

6.1. Welke historische contexten en beleidsinvloeden beschreven in de literatuur hebben mogelijk effect op de samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen?

6.1.1 Historische context

Vanaf de 16e eeuw nam de kennis over het menselijk lichaam toe. Deze kennis had ook invloed op de ontwikkelingen binnen de verloskunde. Instrumenten als de forceps (de tang) werden ontwikkeld, waardoor het mogelijk werd een tangverlossing te doen en ‘het bekleemde kind’ levend geboren te laten worden. Verloskundigen omarmden deze nieuwe ontwikkelingen, aangezien er levens mee gered werden. Desondanks ondervonden zij in hun positie nadeel van deze ontwikkeling; zij werden uitgesloten van gebruik ervan, net zoals ze uitgesloten waren van de ontwikkeling ervan (KNOV, z.d.; Schultz, 2013. p.21).

Van verloskundigen werd verwacht dat ze de natuurlijke baring ‘met de hand’ begeleidden. Minister Thorbecke liet dat in 1861 zelfs vastleggen in de wet. In 1865 startte de universitaire opleiding tot arts. Voor de universitaire opleiding en het daarbij behorende artsexamen heette een man die verloskunde bedreef een vroedmeester (NVOG, z.d.). Met de introductie van het artsexamen kwamen de geneesheren, de latere gynaecologen.

(Vroed)vrouwen waren in deze door mannen gedomineerde periode in de geschiedenis niet welkom op universiteiten en werden geëxcludeerd van kennis en vaardigheden die alleen op de universiteit werden gedoceerd. Zo bepaalden vanaf toen de geneesheren ook wettelijk de

grenzen van het werkterrein van de vroedvrouwen. Wel werden in deze periode ook voor vroedvrouwen de eerste scholen opgericht, de zogeheten Rijkskweekscholen voor Vroedvrouwen in Amsterdam en Rotterdam (KNOV, z.d.; NVOG, z.d.; Schultz, 2013. p.22).

In de Wet van Thorbecke uit 1865 werd voor het eerst wettelijk vastgelegd dat het begeleiden van een gezond verlopende zwangerschap, baring en kraambed is voorbehouden aan de vroedvrouw (Goodarzi et al., 2018). Wel was het zo dat zij niet zelf mochten bepalen wat ‘gezond verloop’ was en wat niet. Het waren de geneesheren die middels het opstellen van de ‘medische indicatielijsten’ bepaalden wanneer een vroedvrouw een zwangere of barendes moest overdragen aan de zorg van de geneesheer (Goodarzi et al., 2018). Deze lijsten hadden juridische waarde en zo werd aan de professionele domeinen vormgegeven, door te differentiëren tussen fysiologie (normaal, gezond, laagrisico) en pathologie (verhoogd risico op een complicatie).

De toenemende technologische en wetenschappelijke kennis en mogelijkheden brachten met zich mee dat zwangerschap en geboorte niet langer gezien werden als natuurlijk en onvoorspelbaar, maar als controleerbaar en voorspelbaar. Medici gingen spreken van ‘risico inschattingen’. Het woord ‘normaal’ verdween uit het medisch taalgebruik en werd vervangen door ‘laagrisico’. Hiermee werd de nadruk afgehaald van het normale en verlegd naar een altijd aanwezig risico, weliswaar wellicht laag, maar toch aanwezig. Het risicodiscours wat hierdoor ontstond heeft een verschuiving met zich meegebracht in positie. De medicus die het risico kon voorspellen en beheersen had meer in te brengen dan de vroedvrouw die daar minder middelen voor beschikbaarheid had (Goodarzi, 2023; Murphy-Lawless, 1998; Schultz, 2013).

Het dalen van de status van de vroedvrouw doordat ze niet in staat was instrumentele bevallingen te verrichten en wetenschappelijk onderzoek te doen, werd versterkt doordat vrouwen uit de hogere klassen de mogelijkheid hadden geneesheren te betalen om bij de bevalling aanwezig te zijn. Zo ontstond de maatschappelijke scheiding in hogere en lagere klasse ook binnen de geboortezorg. Wie geld had kon zich - eerst thuis en later in het ziekenhuis - een geneesheer veroorloven, wie geen geld had was aangewezen op de zorg van de vroedvrouw. Hiermee ontstond het idee dat zorg verkregen door een geneesheer meer status had en beter was (Murphy-Lawless, 1998. p.28-29).

In de 18^e en 19^e eeuw was het ook niet ongebruikelijk dat vroedmeesters en geneesheren meewerkten aan het devalueren van de zorg van de vroedvrouw en haar positie door de vroedvrouw neer te zetten als ‘dom, ruw, drankzuchtig en incapabel’. De opkomst van de wetenschap en ‘wetenschappelijk bewijs’ en het feit dat de vroedvrouw geëxcludeerd was van

het opdoen en ontwikkelen van deze kennis maakte haar zorg tot een makkelijk doelwit van devaluatie (Dehue, 2023; Murphy-Lawless, 1998; Schultz, 2013).

Vroedmeesters en geneesheren gebruikten hun nieuwe wetenschappelijke jargon om de kennis en zorg van vroedvrouwen te bagatelliseren en hiermee voor zichzelf een sterkere positie te verwerven. Zo noemden zij de kennis van vroedvrouwen 'een wolk die vaker de dekmantel van onwetendheid is dan het voertuig van ware kennis' en hadden vroedvrouwen volgens hen 'geen bewijs van medische bekwaamheid' (Murphy-Lawless, 1998. p.29). Langs deze denkwijze wordt de verloskunde van een ambacht omgegoten in een moderne wetenschap (Murphy-Lawless, 1998; Schultz, 2013); wie iets kan bewijzen of aantonen heeft gelijk. Vroedvrouwen werden echter uitgesloten van deze bewijspraktijk terwijl ze wel de kennis hadden.

Vroedvrouwen zouden volgens sommige medici niet in staat zijn vakkundige hulp te bieden en hun incompetentie en passiviteit zou bijdragen aan de dood van vrouwen. Oude werkwijzen van vroedvrouwen werden omschreven als niet-wetenschappelijk en werden verworpen om later door medici onder een andere titel weer opnieuw geïntroduceerd te worden. Voorbeelden hiervan zijn het zetten van een episiotomie (knip), de wijze waarop hulp geboden kan worden bij de geboorte van de placenta (moederkoek) en het voorschrijven van bepaalde kruiden (Murphy-Lawless, 1998. p.53).

De door vroedvrouwen tijdens de uitoefening van hun praktijk opgebouwde ervaringsdeskundigheid werd door de geneesheren als *slechts* praktijkervaring gebagatelliseerd. Alleen theoretische en technische kennis werd op waarde geschat (Murphy-Lawless, 1998; Schultz, 2013). De geneesheren zetten zichzelf neer als de redders van de 'arme lijdende vrouwen in barensnood' (Murphy-Lawless, 1998. p.29). Zo werd het voor zwangere vrouwen uit de hogere klasse een logische keuze om te betalen voor de 'wel deskundige' mannelijke medische hulp.

Zo werd de status van vroedvrouw gedevalueerd. Vroedvrouwen eindigden in een positie ondergeschikt aan hun mannelijke collegae en waren niet in de positie hiertegen in opstand te komen, vanwege de patriarchale maatschappij die opstand van vrouwen in die tijd nog nergens in Europa mogelijk maakte (Murphy-Lawless, 1998; Schultz, 2013).

De geneesheren bepaalden zo de opleiding van de vroedvrouw. Het betekende de start van een belangenstrijd tussen geneesheer en vroedvrouw in het werkveld van de verloskunde. Ondanks het bestaan van de vroedvrouwenopleidingen hebben artsen zich lang verzet tegen de wens van vroedvrouwen tot uitbreiding van hun bevoegdheden (Verloskunde-academie z.d.).

Wat de precieze basis hiervoor was wordt niet vermeld in de literatuur. De aanname wordt gedaan dat artsen de verloskundigen zagen als concurrentie en er een economisch belang meespeelde om het eigen domein te bewaken (Historiek, z.d.)

Ondanks dit verzet is dankzij het daadkrachtig optreden van vele (vroed)vrouwen hier in de afgelopen eeuw veel in veranderd. In 1920 breidt de opleiding uit van twee naar drie jaar. Vanaf 1951 mogen verloskundigen zwangere vrouwen de hele zwangerschap onder controle houden, eenvoudige rupturen hechten en zelfstandig bevallingen verrichten vanaf 18 weken zwangerschap. In 1974 wordt de opleiding een hbo-opleiding die in 1995 wordt uitgebreid van drie naar vier jaar. Vanaf de jaren '80 volgen steeds meer verloskundigen ook wetenschappelijke opleidingen. In 1985 promoveerde de eerste verloskundige (Kennispoort, z.d.) en in 2021 werd Prof. dr. A. de Jonge als eerste Nederlandse verloskundige aangesteld als Professor aan de Amsterdamse Universitaire centra (Childbirthnetwork, z.d.).

De wijze waarop veel vroedmeesters en geneesheren in het verleden zijn omgegaan met vroedvrouwen is patriarchaal en vol misbruik van macht en positie (Goodarzi, 2023; Dehue, 2023). Voor een vollediger beeld van de geschiedenis wil ik er echter graag op wijzen dat er door de geschiedenis heen ook altijd vroedmeesters, geneesheren en gynaecologen zijn geweest die hun best hebben gedaan de situatie te veranderen. Zij hebben zich ingezet om zowel de politiek, als de opleidingen en zwangere vrouwen te voorzien van een meer waarheidsgetrouw beeld waarin de (vroed)vrouw wordt afgeschilderd als capabel en respect verdienend. Het is mede dankzij deze 'witte mannen' – en toenemend door vrouwen – dat er zoveel veranderd is voor vroedvrouwen in de afgelopen eeuw (Dehue, 2023; Murphy, 1998). Het is ook mijn persoonlijke ervaring van de afgelopen 24 jaar in de geboortezorg dat er veel (mannelijke en vrouwelijke) gynaecologen zijn die met respect omgaan met verloskundigen, hun waarde zien, en graag op gelijkwaardige basis willen samenwerken.

De beroepsgroep van gynaecologen in Nederland is vandaag de dag een beroepsgroep met meer vrouwen dan mannen. Al in 2006 was 73% van de gynaecologen onder de 45 jaar een vrouw (Hehenkamp et al., 2011; Nivel, z.d.). De strijd tussen de domeinen in de geboortezorg lijkt echter onverminderd door te gaan en door de discussies over integrale zorg en de *Zorgstandaard* zelfs zeer helder naar voren te komen. De strijd is dus niet alleen een genderbepaalde strijd. De literatuur geeft hier geen direct antwoord op, maar de vraag rijst of het verschil in opleidingsniveau tussen HBO en universiteit, de angst voor verlies van domein en de overtuiging het beter te doen dan de 1^e lijn, hier inmiddels een grotere rol spelen dan gender.

De huidige – nog altijd asymmetrische – verhoudingen tussen verloskundigen en gynaecologen in onze maatschappij laat zien dat het lang duurt voor de geboortezorg loskomt van de complexe geschiedenis die haar getekend heeft. In de huidige samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen zien we deze sporen terug, onder andere in de eerdergenoemde strijd rondom risicoselectie. De in hoofdstuk 3 genoemde discussie rondom het aCTG is illustratief voor de genoemde asymmetrie in positie en de daarmee gepaard gaande waarde die al of niet wordt toegekend aan wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd door verloskundigen: Neppelenbroek et al. (2023) hebben een wetenschappelijk volwaardig onderzoek gedaan, maar de uitkomsten worden door de NVOG actief verworpen (NVOG, z.d.). Dit wil overigens niet zeggen dat alle gynaecologen achter deze uitspraak van de NVOG staan, maar dat de positiebepaling van de NVOG institutioneel is en invloed heeft op de samenwerking.

Goodarzi (2021) noemt dat bij het onderzoeken van samenwerking besef van de historie van belang is. Tronto (1993, p.146) ziet het eveneens als een pre als zorgverleners zich bewust worden van zowel de eigen ‘bevoorrechte onverantwoordelijkheid’ (*privileged irresponsibility*), die samenhangt met de onderlinge afhankelijkheid die kenmerkend is voor de onderlinge relatie tussen zorgverleners. Onder bevoorrechte onverantwoordelijkheid verstaan we het idee dat het voorrecht van de een meestal gepaard gaat met de onderdrukking van de ander en we ons daar niet altijd van bewust zijn. Niles et al. (2021) stellen dat wanneer het bewustzijn van onderdrukkende historie en dynamiek ontbreekt, de historisch gemarginaliseerde groep hier het meest door wordt getroffen, zelfs als de letterlijke asymmetrie in man/vrouw verhouding tussen de beroepsgroepen inmiddels sterk is verminderd. Onbedoeld kan door gebrek aan historisch bewustzijn, zo de positie van de verloskundige blijven aanvoelen als ondergeschikt aan de gynaecoloog, wat bepalend kan zijn voor de onderlinge relatie en daarmee de samenwerking.

De historie heeft zoals helder wordt in deze paragraaf invloed op de huidige positionering en samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen. Het zijn met name gender- en opleidingsverschillen die hebben geleid tot een verschil in macht en positie. In de volgende paragraaf wordt duidelijk welke overheidsbeslissingen de samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen verder hebben beïnvloed en nog steeds beïnvloeden.

6.1.2 Beleidsinvloeden

In 2006 ondergaat de zorg een stelselwijziging. Aanleiding hiervoor zijn de groeiende kosten in de zorg en de lange wachtlijsten voor patiënten. Op 1 januari 2006 zijn de Zorgverzekeringswet

(ZVW) en de Wet op de Zorgtoeslag (WZT) in werking getreden (CBS, z.d.). Kort gezegd houden deze wetten in dat sinds 2006 iedereen in Nederland verplicht is een basisverzekering af te sluiten, met een aanvullende verzekering als optie, indien gewenst en mogelijk. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars moeten onderling gaan concurreren om zorg zo goedkoop en efficiënt mogelijk aan te bieden, wachtlijsten weg te werken en hun werkwijze transparant te maken zodat de patiënt keuzevrijheid heeft om te kiezen naar welk ziekenhuis te gaan. De praktijk van deze marktwerking is tweeledig. Nederlanders zijn overwegend tevreden met de zorg in Nederland, maar de toegankelijkheid van zorg en de verschillen in prijs en kwaliteit tussen en binnen regio's worden gezien als verbeteringswaardig (RIVM, 2010). Het effect van deze stelselwijziging op de samenwerking in de geboortezorg is echter niet wetenschappelijk onderzocht.

In 2014 krijgen regio's voor het eerst te maken met de aankondiging van een integraal tarief in de geboortezorg. Dat houdt in dat verloskundigen, gynaecologen en kraamzorgorganisaties in de toekomst geen monodisciplinaire declaraties meer mogen indienen bij de zorgverzekeraar, maar dat er een gezamenlijk tarief komt waarbij de verdeling 'achter de voordeur' door de geboortezorgverleners zelf moet worden geregeld. De overheid zet in op het integrale tarief in de hoop op verbetering van de samenwerking en uitkomsten binnen de geboortezorg en ziet het integrale tarief als kans voor demedicalisering en versterking van de 1^e lijn. Een groot deel van de 1^e lijn ziet of ervaart dat laatste niet zo en is vooral bang voor verlies van autonomie en domein en ziet het integrale tarief als bezuiniging vanuit de overheid (CPZ, z.d. KNOV, z.d.).

In 2016 lanceert het College Perinatale Zorg de *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg* (CPZ, 2016). Hierin staat de minimale zorg die een VSV – liefst integraal – moet geven. Implementatie van de *Zorgstandaard* is niet vrijblijvend. Als een VSV niet voldoet aan de *Zorgstandaard* kan een zorgverzekeraar contract en uitbetaling weigeren. De invoering van de *Zorgstandaard* ging echter niet zonder slag of stoot. De Koninklijke Nederlandse Vereniging van Verloskundigen (KNOV) keerde zich in 2016 tegen de omschrijving van de risicoselectie in de *Zorgstandaard* (Verslag Adviescommissie Kwaliteit Zorginstituut, 25 mei 2016. p.8). Voor de zomer van 2016 stond in het concept dat elke zwangere in Nederland zowel door de verloskundige als door de gynaecoloog gezien wordt om de risico-inschatting voor de zwangerschap gezamenlijk te doen. Hiermee zou de verloskundige haar positie als poortwachter verliezen. Er is geen wetenschappelijke onderbouwing in de *Zorgstandaard* die deze stap rechtvaardigt. In het aanbiedingsformulier voor opname in het Register wordt de vraag gesteld of

de kwaliteitsstandaard een toelichting op de bewijsvoering bevat. Het antwoord hierop is nee. In hetzelfde formulier wordt gevraagd om een beschrijving van de methoden waarop de aanbevelingen in de kwaliteitsstandaard tot stand zijn gekomen. Deze beschrijving ontbreekt en de toelichting hierop is dat bewijsvoering geen geprioriteerd knelpunt was in de startfase van de ontwikkeling van de concept *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg versie 1.0*. (Aanbiedingsformulier voor opname in het Register - 30-6-2016. p.8).

De KNOV geeft in eerste instantie geen consent voor de *Zorgstandaard*, vanwege de hierboven genoemde punten. In het oplopende conflict hierover gebruikt het Zorginstituut - op verzoek van de toenmalige Minister van VWS - haar zogeheten doorzettingmacht. Dat wil zeggen dat er een aparte commissie wordt opgericht die afdwingt dat er een consent komt om de *Zorgstandaard* door te zetten. Deze commissie lukt het om nog voor de zomer van 2016 de tekst in de *Zorgstandaard* te wijzigen in een tekst waarin het aan de regio's wordt overgelaten hoe ze de risicoselectie inregelen. De KNOV gaat hiermee akkoord en daarmee is de *Zorgstandaard* een feit (Verslag Adviescommissie Kwaliteit, Zorginstituut, 7 juli 2016. p.3). Wat er van de poortwachtersrol van de verloskundige overblijft staat dan alleen nog in de Zorgverzekeringswet vast (Kamerstuk 29763, nr. 44, 2004. p.1). Het is in 2016 nog de vraag welk effect het doorzetten van de *Zorgstandaard* op de samenwerking zal hebben. De regionale VSV's moeten de implementatie van de *Zorgstandaard* volledig zonder steun in tijd, geld of kennis gaan invoeren.

Rond 2017 zijn er in Nederland acht regio's die een Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO) hebben gevormd om de nieuwe vorm van integrale zorg en integrale bekostiging in een pilot van drie jaar vorm te geven en te monitoren (RIVM, 2020). Het RIVM-rapport van 2020 van deze acht regio's laat zien dat de samenwerking in deze regio's is verbeterd maar dat uitkomsten van zorg nagenoeg gelijk blijven en zorgverleners moeite hebben met de investering in eigen tijd en geld en de toegenomen administratieve last. De verbeteringen in de samenwerking die regio's rapporteren gaan over meer structuur in de samenwerking, minder vrijblijvendheid en kortere lijnen (p.10). Het beeld in vergelijkbare VSV's die niet deelnemen aan de pilot is gelijk aan de regio's die wel deelnemen aan de pilot. Hierbij wordt wel opgemerkt dat VSV's onderling moeilijk te vergelijken zijn doordat elke regio zelf beleid bepaalt.

In 2023 introduceert VWS het *VSV-basiskader* en een bijbehorende subsidie om de werkafspraken en de samenwerking binnen de geboortezorg (opnieuw) te kunnen verbeteren, deze keer met middelen die beschikbaar zijn voor alle regio's die het *VSV basiskader* willen implementeren (VSV basiskader, 2023).

In alle bovengenoemde beleidsstukken wordt benadrukt dat de zorgverleners moeten werken aan een gelijkwaardige samenwerking. **Gelijkwaardigheid wordt in één adem genoemd met vertrouwen in elkaars expertise en respect voor elkaar.** Maar nergens wordt in de stukken gedefinieerd hoe deze gelijke waarde en wat daaronder wordt verstaan dan te bereiken, behalve dat het elkaar leren kennen als advies gegeven wordt. In geen van de documenten wordt echter aandacht geschonken aan de historie tussen de beroepsgroepen die de ongelijkwaardigheid en het machtsverschil veroorzaakt heeft, noch is er sprake van een theoretische onderbouwing voor de grond voor deze beoogde gelijkwaardigheid.

Wat duidelijk wordt uit de metingen die het RIVM verricht heeft in de IGO's, zowel in 2020 als in 2024, is dat ondanks alle inspanningen van alle zorgverleners die al die jaren zitting hebben genomen in werkgroepen en commissies van IGO's, de eerdergenoemde uitkomsten niet zijn verbeterd (RIVM 2020, p.32; RIVM 2023, p.5). Wel melden zorgverleners in de beide evaluatierapporten naast de grote administratieve last ook moeite te hebben met de onduidelijkheid in de koers. De zorgverzekeraar hamert op nog meer kwaliteitsdoelen (RIVM, 2020, p.22) en afspraken om de resultaten van deze doelen meetbaar en inzichtelijk te maken. Zorgverleners geven in 2023 aan niet te weten welke interventies effectief zijn (RIVM, 2023, p.5).

Zorgverleners binnen en buiten IGO's melden zoals gezegd dat de onderlinge samenwerking is verbeterd. Een aantoonbaar effect op de uitkomsten heeft deze verbetering echter niet. Omdat de overheid al decennialang de samenwerking tussen zorgverleners centraal zet in de problematiek bij slechte uitkomsten is dit op zijn minst een interessant gegeven. Er lijkt immers (nog) geen logisch verband te zijn tussen verbetering van de samenwerking en verbetering van de uitkomsten. De overheid en het CPZ lijken in deze onderzoeksresultaten geen aanleiding te zien voor een koerswijziging. De verantwoordelijkheid voor betere samenwerking wordt nog steeds bij de zorgverleners gelegd en samenwerking wordt nog steeds gezien als cruciaal element voor betere uitkomsten. De overige thema's waar goede samenwerking toe kan leiden blijven onderbelicht in het beleid.

6.2 Welke inzichten over samenwerking biedt de zorgethische literatuur aan de hand van de zorgethische lenzen macht & positie en relationaliteit?

Morele kennis in de zorgethiek komt voort uit praktijken, niet alleen uit theoretische constructen (Baur et al., 2017). Zorgethiek benadert de mens als een relationeel wezen, afhankelijk van

anderen voor zijn bestaan (Hamington, 2012). Volgens zorgethici bestaat de wereld niet uit individuen maar uit mensen die altijd in relatie staan tot anderen. Om het menselijk leven te begrijpen, is een relationeel perspectief nodig. Zorgethiek is een interdisciplinair veld van onderzoek dat gedreven wordt door maatschappelijke vragen en waarbij conceptueel en empirisch onderzoek in een dialectische relatie tot elkaar staan. De inzichten uit de theorie worden bevraagd en verrijkt met empirisch onderzoek en andersom. De basisdefinitie van de Utrechtse zorgethiek is de definitie van Tronto en Fisher (1993), in het Nederlands vertaald door Van Nistelrooij als “een menselijke activiteit die alles omvat wat wij doen om onze ‘wereld’ zo in stand te houden, te continueren en te herstellen dat we daarin zo goed mogelijk kunnen leven. Die wereld omvat onze lichamen, ons persoon zijn (‘our selves’) en onze omgeving die we trachten samen te weven tot een complex, het leven ondersteunend web” (Van Nistelrooij, 2019. p.56).

Zorgethiek richt zich traditioneel op de relatie tussen zorggever en zorgontvanger (Van Heijst, 2005) maar ik pas het in mijn onderzoek toe op de relatie zorgverlener-zorgverlener. Belangrijk binnen de zorgethiek is de kritische benadering van autonomie en onafhankelijkheid, gezien de fundamenteel relationele aard van mensen (Tronto, 1993; Van Heijst, 2005). Geen enkel mens kan leven en functioneren zonder de ander. In ieder leven zijn momenten van afhankelijkheid, al is het maar in de kindertijd en in de periode dat de mens afscheid neemt van het leven. Maar ook in het professionele functioneren in een autonoom of zelfstandig beroep is de mens afhankelijk van onder andere systemen en collega’s (Tronto, 1993; Van Heijst, 2005; Walker, 2007).

Zorgethici kijken naar de zorg door de zogeheten zorgethische lenzen die ethische waarden toekennen aan de onderzochte praktijk. Deze lenzen zijn relationaliteit, contextualiteit, affectiviteit, kwetsbaarheid, lichamelijke, aandacht voor macht en positie, en betekenis/zin. In deze thesis besteed ik vooral aandacht aan de lenzen macht en positie en relationaliteit (Leget et al, 2017. p.7)

6.2.1 De zorgethische lens van macht & positie

In de komende paragrafen kijk ik door twee zorgethische lenzen naar samenwerking tussen zorgverleners. De eerste lens is die van macht en positie, waarin ik aandacht geef aan de eerdergenoemde en hiermee samenhangende gelijkwaardigheid die de overheid van zorgverleners verlangt. Bij macht en positie horen ook concepten als dominante kennissystemen

en (ervaren) verantwoordelijkheid. De concepten *gelijkwaardigheid*, *dominante kennissystemen* en *verantwoordelijkheid* licht ik in deze paragraaf toe. De tweede lens is die van relationaliteit, waarin ik ook stilsta bij het bijbehorende concept van wederzijdse afhankelijkheid. Deze lens komt aan de orde in de volgende paragraaf.

Gelijkwaardigheid

Zorgprocessen zijn complex en vereisen aandacht voor machtsverhoudingen en (on)gelijkheid tussen zorgverleners (Tronto, 1993). (On)gelijkheid in zorgverlener-zorgverlener relaties vraagt om erkenning van onderlinge afhankelijkheid en kwetsbaarheid (Pulcini, 2017).

Wat onder goede zorg verstaan wordt, moet worden gezien in de bredere politieke en sociale context waarbinnen de norm wordt gedefinieerd. De norm wordt meestal vastgesteld door de mensen die centrale posities hebben en wiens kennis en visie dominant zijn. Zolang deze hiërarchie van positie bestaat, zal de norm hetzelfde blijven en zullen degenen die een machtspositie bekleden gebruik kunnen maken van het feit dat zij degenen zijn die de zorg kunnen definiëren op een manier die bij hen past (Tronto, 1993; Tronto, 2017; Dehue, 2023).

Om goede zorg te kunnen meten, moet vastgesteld zijn wat onder goede zorg wordt verstaan. Als er sprake is van een ervaren ongelijkwaardigheid, moet duidelijk zijn welke definities worden toegekend aan een concept als gelijkwaardigheid. Er is openheid nodig over de wijze waarop definities tot stand zijn gebracht (Dehue, 2023. p.23). Aan de hand van deze definities worden tenslotte wetenschappelijke feiten geproduceerd en gepubliceerd die vervolgens consequenties hebben (p.32).

In paragraaf 6.1.2 werd duidelijk dat het door de geboortezorgpartijen ingezette beleid zicht richt op gelijkwaardigheid en gelijkwaardige samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen. We zagen ook dat gelijkwaardigheid in de beleidsdocumenten wordt benoemd als vertrouwen in elkaars expertise en onderling respect. Hoe tot deze gelijkwaardigheid te komen, lijkt het beleid over te laten aan de zorgverleners zelf. Tronto (2017) merkt op dat in de samenleving gelijkwaardigheid vaak wordt geponeerd zonder dat duidelijk is hoe de samenleving tot deze gelijkheid kan komen. Zij benadrukt dat ‘gelijkheid van stem’ een serieuze inzet vraagt om machtsverschillen zoveel mogelijk te verkleinen en voorwaarden te scheppen voor zinvolle discussies over de aard van gelijkwaardigheid en samenwerking.

Hoewel zorgverleners morele gelijken zijn, zal verschil in macht en positie op de werkvloer invloed hebben op de ervaren gelijkheid in de samenwerking. Een besluit zal eerder

genomen worden door de zorgverlener met meer aanzien of een hogere positie, de zorgverlener met minder positie zal zich daarbij neer (moeten) leggen (Tronto, 2017). We zagen eerder al dat kennis van de geschiedenis een vereiste is voor het erkennen en verkleinen van machtsverschillen, evenals de wetenschap dat niet het individu maar het systeem deze verschillen heeft veroorzaakt en bepaalde kennissystemen als dominant is gaan zien (Goodarzi, 2021).

Om de door Tronto (2017) genoemde voorwaarden te scheppen voor zinvolle discussies over de aard van gelijkwaardigheid en samenwerking, lijkt het van belang onderzoek te doen naar wat ‘vanzelf spreekt’ in de huidige manier van werken en het huidige gevoerde beleid (Bacchi, 2012). Carol Bacchi is emeritus-hoogleraar politiek aan de Faculteit der Letteren van de Universiteit van Adelaide en onderzoekt en schrijft voornamelijk in feministische politieke theorie en beleidstheorie. Ze heeft een model ontwikkeld (2009) waarin in zes stappen een kritische analyse wordt gedaan van (voorgesteld) beleid. Zonder onderzoek naar vanzelfsprekende posities, afspraken en vooronderstellingen zal beleid volgens Bacchi (2012) leiden tot de bevestiging van het al bestaande patroon, vaak toe te schrijven aan historische conjuncturen. Daarentegen zal onderzoek naar de vanzelfsprekendheid in posities en vooronderstellingen zichtbaar maken wat mogelijk eerder onbewust bleef. Hierbij doelt Bacchi op grenzen en uitsluitingen in het systeem die ongelijkwaardigheid in macht en positie vergroten.

Van Heijst (2005) spreekt over het verschil tussen vakkundigheid en professionaliteit. Zij ziet vakkundigheid als het noodzakelijke goed uitoefenen van het vak met de vereiste vakkennis en kent professionaliteit een ethische betekenis toe in de vorm van zorgzaamheid en menslievendheid. Zorgprofessionals zijn ieder vakkundig op hun eigen gebied, maar zouden gelijkwaardig aan elkaar moeten kunnen zijn op het gebied van professionaliteit, zorgzaamheid en menslievendheid en elkaar daarin moeten kunnen vinden op een gelijkwaardige manier zonder invloed vanuit van macht en positie (p. 11). Een extra dimensie hierin is dat blijkt dat zorgzaamheid van collega's onderling ook een belangrijk element is van ervaren werkplezier bij verloskundigen en een reden het vak te verlaten als deze zorgzaamheid ontbreekt. Dat is een belangrijk gegeven in een tijd van tekort aan personele bezetting in de zorg (Feijen – de Jong et al., 2022).

Het scheppen van voorwaarden voor het gesprek over gelijkwaardigheid (Tronto, 2017) en het zichtbaar maken van het vanzelfsprekende (Bacchi, 2012), kunnen leiden tot behoefte aan nieuwe waarden, koers en visie in de zorg en het zoeken naar een “de verschillen overspannende

eensgezindheid” (Van Heijst, 2005. p.12) waarin vaktechnische overeenstemming niet voldoende is. Van Heijst onderschrijft de noodzaak van standaarden en regels maar benadrukt dat een “ethisch relevante intermenselijke omgang tussen collega’s onderling” essentieel is voor goede zorg (p.12). En zo pleit zij voor het voorkomen van “opsluiting in het isolement van de eigen groep” (p.15) door het vinden van gezamenlijke grond op het vlak van visie en waarden met behoud van verschillen, ofwel “het samenhouden van ongelijkheid en evenwaardigheid” (p.14), inclusief de herijking van die evenwaardigheid.

Dominante kennissystemen

De geschiedenis van de geboortezorg (paragraaf 6.1.1) laat zien dat het kennissysteem van geneesheren het kennissysteem van vroedvrouwen al is gaan domineren vanaf de 16^e eeuw. Een dominant kennissysteem produceert gezaghebbende kennis en heeft invloed op de verdeling van macht (Davis Floyd & Sargent, 1997. p. 21; Dehue, 2023). Een gevolg van het toekennen van legitimatie van een bepaalde vorm van kennis als gezaghebbend, heeft meestal een devaluerend effect op andere vormen van weten. Deze kunnen dan gezien worden als naïef, achterhaald of onwetend. De bekleders van centrale posities kunnen zo kennis produceren en deze presenteren als natuurlijk en in het belang van alle partijen, in plaats van sociaal geconstrueerd en relatief vaak dwingend.

Zonder kennis en zichtbaarheid van het ontstaan van deze dominante kennissystemen werken betrokkenen binnen de systemen meestal onbewust mee aan de instandhouding ervan (Ashley et al., 2022; Davis Floyd & Sargent, 1997). Het is al zo lang normaal, dat het systeem niet meer wordt bevraagd, maar versterkt. De kracht van het dominante kennissysteem is niet dat het correct is, maar dat het telt en wordt doorgegeven door mensen met gezag (Davis Floyd & Sargent, 1997. p.57-59).

Een belangrijke denker in de zorgethiek is Margaret Urban Walker. In haar boek *Moral Understandings* (2007) maakt ze zichtbaar hoe denken altijd plaatsvindt vanuit een bepaalde morele positie, vaak onbewust. Door de onbewustheid worden universele waarheidsclaims gedaan over wat waar is en wat niet en over wat voor ieder mens moet gelden. Uit deze universele waarheidsclaims komen “epistemic firewalls” voort. Het toepassen van deze ‘firewalls’ sluit anderen uit van functies of gezaghebbende posities (p. 182).

Om tot een goed onderling moreel begrip te kunnen komen, denkt Walker vanuit het ‘expressief-collaboratieve’ model. Met expressief bedoelt ze het kijken vanuit het

daadwerkelijke morele handelen en de daaruit voortkomende narratieven. Het model is daarnaast collaboratief omdat de morele kennis wordt verworven door gezamenlijke waarheidsvinding tussen verschillende groepen (p.299).

Walker vraagt zich af waarom bepaalde uitspraken van bepaalde mensen al of niet als gezaghebbend gelden en hoe bepaalde zorgverleners ‘onderdanige posities’ toebedeeld krijgen ten opzichte van anderen. Zij ziet zelfreflectie van zorgverleners hierin als van essentieel belang, om tot inzichten over deze dominantie te komen. De zelfreflectie dient te gaan over menselijke verhoudingen, gewoontes, culturele en theoretische veronderstellingen en hun verbinding met gender, klasse en kleur. Zonder deze reflectie zijn standpunten en waarheidsclaims niet per se onjuist maar ‘onbereflecteerd eenzijdig’ (p.301)

Bevestiging van posities vindt volgens Walker plaats in sociale praktijken waarbij bepaalde legitimaties worden gebruikt om de een positie te geven en de ander niet. Walker ziet drie mechanismen (p.177) in het toeschrijven van deze posities; naturaliseren (het is een natuurlijk fenomeen), privatiseren (buiten het publieke domein houden) en normaliseren (zo doen wij dat hier). Het is met name dit laatste mechanisme wat zonder kennis van de geschiedenis en zonder de nodige zelfreflectie over de eigen positie, gewoontes en veronderstellingen ondermijnend kan zijn voor gelijkwaardigheid tussen zorgverleners in de geboortezorg (Bacchi, 2012; Walker, 2007).

De uitbreiding in kennis van de menselijke anatomie, die werd opgedaan tijdens de Wetenschappelijke Revolutie van de 16e en 17e eeuw, bleek een “kennis is macht”-factor op te leveren die de status van vroedvrouwen aantastte (Schultz, 2013). Ondanks dat er inmiddels voldoende onderbouwing is voor de doelmatigheid van de wijze waarop verloskundigen in de 1^e lijn werken, ontbreekt het verloskundigen nog aan het kunnen creëren van een discours rondom de waarde van hun kennissysteem. Het lukt verloskundigen (wereldwijd) vaak niet om zich als gelijkwaardige te positioneren ten opzichte van de gynaecoloog. Ashley et al. (2022) schrijven hierover dat verloskundigen weliswaar werken aan het toegankelijk maken van hun zorgmodellen door steeds meer wetenschappelijk onderzoek hierover te publiceren, maar zij tegelijkertijd veel druk ervaren van dominante paradigma’s die in stand worden gehouden door de huidige macht en positie van de 2^e lijn. Deze paradigma’s hebben zowel invloed in taal als in beleid. Hierin ligt volgens Ashley et al (2022) een grote taak voor de beide beroepsgroepen en niet in de laatste plaats voor de verloskundigen zelf. Zij zullen zowel taal als theorie moeten ontwikkelen om zich als (moreel) gelijkwaardig te positioneren naast de gynaecoloog.

In dit kader is het werk van Freire (in Magee & Pherali, 2019) relevant, die het belang benadrukt van onderwijs en scholing over het systeem en zijn historie, zodat mensen ‘bevrijd kunnen worden van hun acceptatie van de status quo en hun onvermogen tot sociale verandering’. Freire was onderwijshervormer, pedagoog en andragoog. Zijn pedagogiek richtte zich op emancipatie en bewustmaking. Freire noemt het bewustzijn dat optreedt door deze nieuwe kennis ‘consciëntie’ (*conscientization*). Het gevolg van deze consciëntie is dat mensen hun eigen potentieel gaan herkennen en hier actie op leren nemen om aanwezige onderdrukkende structuren uit te dagen. Door observatie en reflectie op hun acties ontstaat evoluerende kennis in een continue leercyclus. Een dergelijke leercyclus kan verloskundigen ondersteunen in het veranderen van positie en relatie in de samenwerking met gynaecologen.

Ondanks het belang van het vergroten van het bewustzijn, de genoemde observatie en reflectie bij gynaecologen en verloskundigen en daarnaast het ontwikkelen van taal en theorie door verloskundigen, is het zorgethisch van belang te blijven kijken naar de invloed van het systeem als geheel. Baur en collega’s (2017) baseren zich op onder andere Tronto en Van Heijst als zij erop wijzen dat elk beleid dat de sociale, politieke en organisatorisch systemische aspecten niet meeneemt in haar voorstellen maar louter de nadruk legt op de persoonlijke en professionele verantwoordelijkheden en het gedrag van zorgprofessionals in zichzelf immoreel is. Dergelijk beleid laat immers de macht en positie van de overheid en zorgorganisaties en de impact daarvan op zorgverleners onbelicht. Bij een zorgethische reflectie op samenwerking tussen gynaecologen en verloskundigen horen dan ook vragen over de (doelstellingen van) systemen die de beroepspraktijk beheersen en/of beïnvloeden (Bacchi, 2012; Baur et al., 2017. p.9).

Verantwoordelijkheid

Macht en positie worden beïnvloed door verantwoordelijkheid. Wie ergens verantwoordelijk voor is, krijgt of verwerft daarmee ook positie. Zowel verloskundigen als gynaecologen dragen in hun zorgverlening een bepaalde verantwoordelijkheid, zowel richting de zorgontvanger als voor collega’s; het kiezen van een beroep in de zorg brengt deze automatisch met zich mee. Maar, zo zegt Van Heijst (2005), deze verantwoordelijkheid is niet alleen juridisch van aard, al is de wet een “onmisbaar houvast” (p. 263).

Verantwoordelijkheid is naast het volgen van de wet voor elke professional een zaak van “gewetensvol afwegingen maken” (p.263) en dat geldt voor elke individuele professional, zowel in de 1^e als in de 2^e lijn. Ook is er in de zorg een verschil tussen daadwerkelijk ergens

verantwoordelijk voor zijn, ergens verantwoordelijk voor worden gemaakt of zichzelf ergens verantwoordelijk voor voelen (p.294).

Kennis geeft macht en macht geeft positie maar ook een morele verplichting en ervaren verantwoordelijkheid. Zo zal een zorgverlener die in aanraking komt met iemand die geholpen kan zijn met de kennis die de zorgverlener heeft, zich verantwoordelijk en moreel verplicht voelen deze zorg ook te geven (Van Heijst, 2005. p. 284). Dit zien we terug wanneer er in een zaal vol mensen gevraagd wordt 'of er een dokter in de zaal is'. Hoewel de dokter daar op dat moment waarschijnlijk niet in functie is, zal hij/zij zich verantwoordelijk en moreel verplicht voelen te komen helpen. Dit maakt het voor zorgverleners vaak moeilijk onderscheid te kunnen maken tussen waar verantwoordelijk voor te zijn, waar verantwoordelijk voor te worden gemaakt en waar zich verantwoordelijk voor te voelen. Verwachtingen van zorgvragers en collega's zijn soms moeilijk te onderscheiden van werkelijke juridische en/of morele verplichtingen.

Wie verantwoordelijkheid draagt blijft zelf ook een kwetsbaar wezen (Van Heijst, 2005; Walker, 2007. p. 304). Walker wijst hier op het feit dat de meeste mensen niet ongebroken en ongeschonden zijn. Zij maakt verantwoordelijkheid tot iets wat weliswaar zwaar weegt maar ook haalbaar is voor een zorgverlener, in plaats van de onfeilbaarheid in verantwoordelijkheid die nu soms gevraagd lijkt te worden.

Walker pleit in 'Moral Understandings' voor de 'geografie van verantwoordelijkheid', oftewel het in kaart brengen van verantwoordelijkheden. Het in kaart brengen van verantwoordelijkheden maakt helder dat niet slechts één persoon volledige verantwoordelijkheid draagt voor een heel systeem van zorg. Hierbij is het volgens Walker belangrijk voor een goede verdeling van verantwoordelijkheid ook de letterlijk fysieke afstand tussen de betrokkenen in kaart te brengen, omdat fysieke nabijheid meer betrokkenheid geeft (Tronto, 1993; Walker, 2007; Van Heijst, 2005. p.302).

Walker gaat uit van het letterlijk maken van een kaart of visueel overzicht waarin verantwoordelijkheden in kaart worden gebracht. Dartel en Molewijk (2020) hebben haar geografie toegepast op een model voor moreel beraad om in de vorm van een opstelling verantwoordelijkheden te representeren in de ruimte. Zowel het visueel maken als het representeren in de ruimte maken het mogelijk voor zorgverleners inzichten op te doen over verdeling van verantwoordelijkheid die eerder nog niet zichtbaar en voelbaar waren.

Het gesprek voeren over verantwoordelijkheid is een belangrijk element van samenwerking. Duidelijkheid over wie waar verantwoordelijk voor is of zich verantwoordelijk

voelt kan leiden tot wederzijds begrip, gezamenlijkheid en herijking van positionering (Tronto 1993; Walker, 2007).

6.2.2 De zorgethische lens van relationaliteit en wederzijdse afhankelijkheid

De mens – en zo ook de zorgverlener – bevindt zich altijd in een netwerk van relaties (Feder Kittay, 2011; Hamington, 2012; Tronto 2017). Geen zorgverlener is volledig onafhankelijk en onkwetsbaar. Terwijl een op rechtvaardigheid gebaseerde ethiek begint met de interactie tussen autonome, onafhankelijke mensen, kijkt de zorgethiek naar relaties van ongelijke macht (Feder Kittay, 2011) en onderlinge afhankelijkheid (Van Heijst, 2005. p.40).

Binnen traditionele theorieën over rechtvaardigheid is gelijkheid een sleutelbegrip. Maar afhankelijke personen zijn per definitie niet gelijk en het is van belang hierin de ‘waardigheid van afhankelijkheid en kwetsbaarheid te erkennen’ (Pulcini, 2017). Zorgethici zien individuen als mensen die relaties hebben. Hoewel de vrijheid van individuen nog steeds van groot belang is, werken alle individuen voortdurend in netwerken van relaties met anderen, die op hun beurt weer zorg verlenen of nodig hebben (Tronto, 2013).

Van Heijst introduceert het begrip ‘dubbele structuur van afhankelijkheid’ (2005, p. 243). Deze dubbele structuur bestaat uit twee lagen. De eerste laag is die van het oppervlakkige niveau waarin de ene mens meer afhankelijk lijkt van de ander dan andersom. Op een dieper niveau echter, wordt een wederzijdse behoefte zichtbaar waarin elk mens afhankelijk blijkt van een aanwezige ander.

Zorgethici zijn kritisch ten opzichte van systemen in zorgorganisaties die, geleid door marktwerking, de zorgrelaties onder druk zetten (Tronto 1993; Van Heijst 2005). Deze systemen reduceren moraliteit en verantwoordelijkheid tot individuele taken en laten de systemen zelf en hun doelstellingen buiten beschouwing. Bedenken hoe relationaliteit en onderlinge afhankelijkheid van zorgverleners het best kan worden georganiseerd, vereist zeer diverse en grondige democratische processen van overeenstemming en onenigheid (Tronto, 2013) en sluit aan bij de ideeën van Van Heijst (2005) over het bereiken van een eensgezindheid die de ‘verschillen overspant’ en de onderlinge relatie bekrachtigt door het vinden van gezamenlijke grond.

Zorgzaamheid houdt het web van verbindingen in stand, waar onverschilligheid relaties verbreekt (Kittay, 2011). Kijken naar zorg door een relationele lens vraagt aandacht voor emoties binnen de relatie, de context waarin de relatie vorm krijgt en het unieke karakter van de relatie.

Dit gaat verder dan het ‘elkaar beter leren kennen’ uit de leidende beleidsdocumenten binnen de geboortezorg.

Relationaliteit vraagt erom aandacht te hebben voor de behoeften van de ander en vice versa. Niet altijd zal aan deze behoeften kunnen worden voldaan, maar vaak ook wel. Belangrijk hierin is, dat duidelijk wordt dat niet slechts een van de partners een behoefte heeft, maar dat het hebben van behoeften een universele, menselijke eigenschap is, ongeacht positie of verantwoordelijkheid. Kittay (2011) beschrijft dit als het afkomen van *the myth of independence* en erkennen dat we onderling afhankelijk zijn. De mythe van autonomie en onafhankelijkheid heeft het feit verdoezeld dat we van elkaar afhankelijk zijn, en niet alleen in omstandigheden van extreem lijden en behoeftigheid, maar ook in ons dagelijkse werk (Pulcini, 2017; Kittay 2011).

Zorgethici zijn er helder over dat in relaties soms verschil is in afhankelijkheid en in positie. Dat neemt echter nog niet weg dat mensen morele gelijken zijn, die zo lang als de verschillen transparant en bespreekbaar zijn zorgzaam voor elkaar kunnen zijn (Kittay 2011; Van Heijst, 2005).

Vertaald naar verloskundigen en gynaecologen levert het kijken door de zorgethische lens van relationaliteit op dat zorgverleners zorgzaam kunnen zijn voor elkaar, elkaars behoeften kunnen erkennen en deze bespreken en elkaar zouden kunnen zien als morele gelijken, ondanks verschil in positie.

6.3 Conclusie

Om goede samenwerking te bereiken is wellicht een fundamentele heroverweging nodig van het huidige interdisciplinaire systeem waarbinnen verloskundigen en gynaecologen samenwerken en de gehanteerde uitgangspunten en waarden hierin.

Het duurt lang voor sociale machtsverhoudingen uit de samenleving verdwijnen (Van Heijst, 2005. p.298). Desondanks geeft kennis van de historie en het kijken door de zorgethische lenzen van macht en positie en relationaliteit meerdere inzichten in de invloed van (on)gelijkwaardigheid, verdeling van verantwoordelijkheid en de aanwezigheid van dominante kennissystemen op de samenwerking. Van belang hierin is hoe begrippen als positie, gelijkwaardigheid, relationaliteit en onderlinge afhankelijkheid worden gedefinieerd en ervaren. Deze inzichten kunnen mede vormgeven aan duurzame, (moreel) gelijkwaardige relaties en verbetering van de samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen.

7. Bevindingen discoursanalyse

In hoofdstuk 2 werd duidelijk dat de samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen regelmatig te wensen overlaat. Historisch zien we ook dat deze onderlinge verhoudingen worden gezien als aanleiding voor slechte cijfers en uitkomsten van zorg en hieruit volgend is ook de oplossing voor verbetering van de uitkomsten in de zorg gezocht in verbetering van samenwerking. Ik zal in dit hoofdstuk dan ook de derde deelvraag van mijn thesis beantwoorden:

Deelvraag 3: Welke thema's en patronen worden zichtbaar in het discours van verloskundigen en gynaecologen?

In de analyse van de 16 interviews gedaan onder (klinisch) verloskundigen en gynaecologen zie ik twee dominante discourses terug: 1. VSV's hebben geen intrinsieke wens tot de opgelegde veranderingen en voelen zich niet toegerust een netwerkorganisatie te besturen en 2. er is geen gelijkwaardigheid tussen de organisaties die samen een VSV vormen en een van de gevolgen hiervan is vertroebeling tussen de domeinen. Ieder van de twee discourses heeft een aantal thema's die ik ieder in een losse paragraaf zal omschrijven. Ik sluit dit hoofdstuk af met een korte analyse over de gebruikte 'frames' in het discours tussen verloskundigen en gynaecologen.

7.1 VSV's hebben geen intrinsieke wens tot de opgelegde veranderingen en voelen zich niet toegerust een netwerkorganisatie te besturen

In het eerste dominante discours van de data-analyse onderscheid ik zes thema's: Het doel waar de zorgverleners naartoe werken is door 'hoger hand' bepaald (1), om goed te kunnen blijven samenwerken moet er consensus worden gezocht (2), soms moeten zorgverleners om geen cliënten 'kwijt te raken' zich aanpassen aan wat 'de burens' doen (3), de 'verdeeldheid' in de 1^e lijn vertraagt de samenwerking en men levert hierdoor in op werkplezier en wederzijds begrip (4), het zijn altijd dezelfde zorgverleners die zich opwerpen om te gaan besturen of plaats te nemen in werkgroepen (5) en de zorgverleners voelen zich niet toegerust een netwerkorganisatie te besturen (6).

7.1.1 Het doel is door ‘hogehand’ bepaald

Wat opvalt in het discours over de geboortezorg is dat de verloskundigen en gynaecologen uitgaan van een bepaalde werkelijkheid over hoe de geboortezorg eruitziet. Ze gaan ervanuit dat de zorg niet zo kan blijven zoals het was en dat de zorg gaat veranderen. Daar lijkt voor hen geen ontkomen aan, ze hebben het gevoel zich eraan te moeten houden (R1A, R3A3, R4A, R3B, R6B, R1C, R2C, R5C).

Wat helder is voor de verloskundigen en gynaecologen is dat er efficiënter moet worden gewerkt en er beter samengewerkt moet worden. Vanuit dat gegeven zijn ze gaan werken aan hun gezamenlijke toekomst. *“Dachten wij goh, we kunnen ervoor kiezen om ons te conformeren aan wat andere regio's ontwikkelen en daar moeten we het mee doen. Of, we kunnen eens kijken hoe wij zelf daar een bepaalde richting aan konden geven en die overtuiging heeft gemaakt dat we erin zijn gestapt, vol overtuiging.”* (R1A, 1^e lijn)

Of beter samenwerken ook leidt tot betere uitkomsten weten de zorgverleners niet. En wat dat samenwerken precies in moet houden is niet gedefinieerd. Ze gaan dus aan de slag zonder gezamenlijk doel of gezamenlijk belang, intrinsiek en door henzelf bedacht (R1A, R3A, R4A, R1C, R5C, R6C).

Er lijkt nooit sprake te zijn geweest van een intrinsieke wens vanuit de verloskundigen en gynaecologen om de bestaande manier van werken te vervangen en ze weten niet precies welke kant op te bewegen. Maar nu de wereld eenmaal zo is, moeten ze er het beste van maken. *“Want dat is altijd onze drijfveer geweest. We kunnen beter vooroplopen en zelf de criteria en de voorwaarden stellen, dan dat we nu afwachten en straks gewoon nooit erover na hebben gedacht en gewoon een pakketje maatregelen op jouw dak krijgt.”* (R1C, gyn).

De geïnterviewden gaan ervanuit dat ze zich moeten houden aan wat ‘van hogehand’ besloten wordt en dat ze dan maar beter mee kunnen denken met hoe de nieuwe vorm van zorg vorm te geven dan niet meedenken en een ‘eisenpakket opgelegd krijgen’ (R1A, R3A, R4A, R1C, R5C, R6C)

Zo zijn de verloskundigen en gynaecologen bij elkaar gaan zitten om bijvoorbeeld de ‘Zorgstandaard’ (CPZ, 2016; 2020) te volgen. De *Zorgstandaard* heeft een vooraf opgestelde agenda met verbeter- en ontwikkelpunten met als resultaat dat het door zorgverleners als een verplichting werd ervaren deze agenda af te werken. De *Zorgstandaard* werd door velen ervaren als een afvinklijst. Gevolg hiervan was dat veel VSV in hun missies en visies en termen als ‘integrale zorg, kwaliteit van zorg, cliënt centraal, naadloze overgang en procesoptimalisatie’

gingen hanteren, waar door de verschillende beroepsgroepen echter maar moeizaam invulling aan gegeven kon worden.

“We hebben natuurlijk van die mooie kreten bedacht, maar eigenlijk inhoudelijk hebben we dat nog weinig echt vormgegeven.” (R2C, gyn)

Zorgverleners hebben het idee niet meer zelf te kunnen sturen in waardes en zwaartepunten die zij als centraal zien in de zorg. Er dienen zich alsmaar nieuwe waarheden aan waar ze zich aan lijken te (moeten) confirmeren. Zorgpaden en protocollen worden enerzijds gezien als helpend maar vaak ook als medicaliserend (R2A, R4A, R5A, R2C, R6C).

7.1.2 Consensus moeten zoeken

Resultaat van de ervaren verplichting tot samenwerking is dat zorgverleners hun visie loslaten in almaar voortdurende pogingen consensus te vinden om de samenwerking goed te houden. Dit heeft als effect dat over veel onderwerpen net zo lang moet worden vergaderd en doorgepraat tot er een vorm van consent bereikt is (R1A, R6A, R6B, R1C, R6C). Respondenten gebruiken woorden als ‘weggeven’, ‘geven en nemen’ en ‘confirmeren zonder het eens te zijn’ in het gesprek hierover. *“En (...) diegene die dat eerst deed zei ja; soms geef ik iets weg. Dan denk ik nou; niet zo heel fijn voor ons, maar weet je, die is voor mij belangrijker, dus je moet een beetje geven en nemen.”* (R1C, gyn).

Dit zoeken in ‘geven en nemen’ in beleid leidt regelmatig tot onvrede bij zorgverleners die zich vaak niet (voldoende) betrokken hebben gevoeld bij de totstandkoming van het beleid. *“Is het een onderwerp (...) waar mensen zo zelf (...) niet volledig achter staan, maar door goede argumenten zeggen, oké ik conformeer me eraan, maar ik ben er niet helemaal volledig mee eens.”* (R1A, 1^e lijn). Het effect is dat zorgverleners in de achterban ontevreden zijn met het door het bestuur afgesproken beleid en bestuursbeslissingen ook regelmatig weer teruggedraaid moeten worden.

7.1.3 Doen wat ‘de burens’ doen

De huidige zorg krijgt niet alleen vorm door wat van hogerhand is opgelegd. Zorgverleners denken ook mee te moeten met wat ‘de burens’ doen. Als een ziekenhuis bijvoorbeeld niet meegaat met een bepaalde ontwikkeling en het buurtziekenhuis wel, dan gaan verloskundigen en zwangeren ‘shoppen’ tot ze ergens krijgen wat ze willen hebben (R4C, R5C, R6C). Dat geeft

druk voor de 2^e lijn om ‘er dan ook mee aan de slag te gaan’, niet vanuit visie, maar vanuit de druk van buitenaf. *“Ook wel een klein beetje natuurlijk de druk van buitenaf van ja, dit was iets wat al in heel veel ziekenhuizen gedaan werd, waarbij mijn collega's uiteindelijk ook wel de druk voelde van ja, hier kunnen we, hier moeten we gewoon in meegaan.”* (R6C, gyn).

Hetzelfde geldt voor verloskundigen die vaak bijvoorbeeld meer echo’s maken dan vergoed worden of medisch nodig zijn, om de zwangere ter wille te zijn of te voorkomen dat ze ‘naar de burens’ gaat (R4C, R5C, R6C). Dit lijkt een gevolg te zijn van de in 2006 ingevoerde marktwerking in de zorg, waardoor de zwangere als een klant gezien wordt die in de markt kan zoeken naar het aanbod wat haar het beste past.

7.1.4 De ‘verdeeldheid’ in de 1e lijn

Een van gevolgen van het niet voor ogen hebben van een gemeenschappelijk gedragen doel en een goed afgesproken besluitvorming, lijkt verdeeldheid binnen de beroepsgroepen. Wat mag en kan door wie en wanneer geagendeerd worden en in welk tempo moet besloten worden? Veel respondenten noemen dat het fijn is dat er tegenwoordig sneller wordt besloten (R6A, R3B, R3C), waar er vroeger meer ‘bleef hangen’. De tegenhanger van deze snelle besluiten lijkt echter wel te zijn dat er vaker onvrede is over besluiten en ze ook regelmatig weer worden teruggedraaid vanwege verdeeldheid binnen de beroepsgroep. Deze voortvarendheid in besluiten nemen roept de vraag op of er niet regelmatig aan visie wordt ingeleverd omwille van het tempo in de voortgang binnen het VSV. Respondenten geven aan dat het hogere tempo soms fijn is, maar dus ook leidt tot verdeeldheid en onenigheid (R1A, R3A, R1C). Het lijkt erop dat verdeeldheid onder verloskundigen meer als een probleem wordt gezien dan verdeeldheid onder gynaecologen, hoewel ook die het onderling niet altijd eens zijn. *“Nee zeker hè, dus je hebt of nou ja, natuurlijk hè heb je allemaal je eigen achtergrond. En ik denk hè dat we zeker wel discussie hebben over dingen, is een inleiding nou goeie zorg of niet, hè. Hè waarbij de eerste lijn verloskundige vaak zullen zeggen, ja, hoezo, moeten jullie zoveel mensen inleiden, dat kan toch niet waar zijn hè dat tegenwoordig 1/3 van de vrouw een inleiding nodig heeft. Wat ik trouwens als gynaecoloog ook wel een beetje denk, maar sommige andere collega's heel erg in het medische stramien iets meer denken, ja, God weet je, ik heb hier een reden, dit is het beste voor die mevrouw, hè. Dus dat dat natuurlijk zit daar kleurverschil in en uiteindelijk mag dat ook en heb je denk ik ook van alle professionals ook wel nodig om te zorgen dat je niet te veel richting de ene kant slaat of te veel richting de andere kant.”* (R4C, gyn).

De 2^e lijn lijkt het te doen voorkomen alsof verdeeldheid in de 2^e lijn tot minder vertraging in ontwikkeling leidt dan verdeeldheid in de 1^e lijn (R1A, R3A, R4A, R5A, R6A, R3B, R5B, R6B, R2C, R3C, R4C, R5C). Veel respondenten noemen dat met name de verdeeldheid in de 1^e lijn grote impact heeft op de samenwerking. Volgens de respondenten vertraagt het de voortgang en ondermijnt het vertrouwen in de 1^e lijn als geheel. *“Dan krijgen we dus geen consensus en dat ja, komt terug in het bestuur. Waardoor daar in de besluitvorming dan of vertraging op vindt of dat er uiteindelijk toch besluiten genomen worden op basis van, nou goed na goed overleg. Waar uiteindelijk zich niet iedereen zich totaal goed bij voelt. Wat maakt dat die besluiten genomen zijn, het plan geïmplementeerd wordt en daar heel lang nog blijft na ebben dat er ontevredenheid over is.”* (R1A, 1^e lijn).

De verloskundigen in de 1^e lijn noemen de verdeeldheid zelf ook als heikel punt, het kost veel tijd en werkplezier om alsmaar tijd te moeten investeren in te proberen het eens te worden en door sommige gynaecologen te worden gezien als ‘de moeilijke club’ (R1C, gyn), die het niet eens kan worden en terugkomt op al genomen besluiten.

De verdeeldheid lijkt uit veel lagen te bestaan. Wat in het discours vooral naar voren komt is het feit dat de verloskundigen vaak één stem hebben in het VSV bestuur en het dus in hun achterban eens moeten worden over de kleur van die stem. Maar de visie op goede zorg en op het doel waarnaartoe gewerkt wordt is niet helder en eenduidig. En dan is het eens moeten worden met soms wel 40 verloskundigen geen gemakkelijke opgave (R1A, R3A, R4A, R5A, R3B, R5B, R6B, R1C, R3C, R4C).

Gynaecologen geven aan wel te begrijpen dat zij het maar eens hoeven worden met een kleinere groep. Naast begrip heerst er echter ook onbegrip. Hoe het kan dat een verloskundige ergens met mandaat zit maar eigenlijk toch steeds alles moet bespreken met haar achterban is soms voor de 2^e lijn moeilijk te begrijpen (R1C, R3C, R4C). Dat beslissingen al genomen zijn en dan toch weer worden teruggedraaid, vinden gynaecologen lastig in de samenwerking en het geeft soms ook wantrouwen richting diezelfde samenwerking. *“Maar ja soms, zoals bijvoorbeeld over die visie dingen, het zijn natuurlijk hele grote dingen, dan is het jammer dat dat je iets besluit en achteraf weer wordt teruggedraaid zeg maar, daar heb ik wel wat moeite mee dan. En dan denk ik ja, wat doe je dan als bestuur, dan heb je toch geen goede mandaat. Ja, dus ik denk, daar kan echt wel in die organisatie en besluitvorming denk ik dat we echt nog wel wat kunnen verbeteren.”* (R3C, gyn).

De verdeeldheid binnen de beroepsgroepen ligt op verschillende niveaus. Zo worden door de respondenten vakinhoudelijke zaken genoemd als bijvoorbeeld de vraag wat goede indicaties zijn om in te leiden, of men zich wel of geen zorgen maakt over de grote vraag naar pijnstilling tijdens de bevalling, het gestegen aantal redenen om vrouwen tijdens de zwangerschap over te dragen aan de 2^e lijn of het wel of niet beschikbaar stellen van een VR-bril tijdens de bevalling. Los van zorginhoud noemen de respondenten ook de discussie rondom de inzet van integrale bekostiging als reden voor verdeeldheid.

7.1.5 ‘Het zijn altijd dezelfde’

Naast verdeeldheid in de beroepsgroepen lijkt het ontbreken van een heldere koers en doelstelling ook als effect te hebben dat binnen de VSV's slechts een kleine groep zich inzet voor het bestuur en de werkgroepen die in het leven zijn geroepen. Het grootste deel van de beide beroepsgroepen lijkt niet gemotiveerd om veel tijd te steken in deze neventaken waar ze niet zelf voor hebben gekozen. *“Dus we hebben als bestuur ook al daarover over gehad, van ja, we hebben gewoon een aantal praktijken die gewoon geen bijdrage leveren aan het VSV. Wat kan je daarmee doen? Is dat omdat ze hè, waar ligt dat aan? Dus er zijn eerder al vragenlijsten uitgestuurd van nou ja, waar ligt dat dan aan? Waarom zijn jullie er minder bij betrokken? We hebben het al over gehad, ja, moet je mensen dan gaan verplichten, dus als je dan lid bent voor zoveel zorgenheden, moet je dan een bepaald bijdrage leveren? Maar ja, dat voelt ook niet helemaal goed om mensen te gaan verplichten, Maar ja, de betrokkenheid is toch minder.”* (R5C, gyn).

Slechts een klein deel denkt wel te zien waarnaartoe gewerkt moet worden en wil zich daar ook voor inzetten. Een veel voorkomend element in het discours over de samenwerking tussen de 1^e en de 2^e lijn is dat het ‘altijd dezelfde zijn’ die actief zijn en dat de voortgang te veel hangt aan individuen en personen (R1A, R3A, R5A, R6A, R3B, R6B, R3C, R4C, R5C, R6C). Meerdere respondenten geven aan dat projecten falen of slagen doordat sommige zorgverleners – gynaecologen, individuele verloskundigen en soms ook verloskundige praktijken - wel visie en vaardigheden hebben en wel lijken te weten waar ze naartoe willen werken en daarin doorslaggevend zijn. Gaan deze mensen weg, dan stagneert de voortgang. Vacante plekken in besturen en werkgroepen zijn moeilijk te vullen en zorgverleners die verder van de organisatie af staan, zijn vaak niet op de hoogte van de laatste afspraken en ontwikkelingen. De

druk op het kleine aantal actieve zorgverleners wordt daarmee groot en de afstand tussen de wel- en niet betrokkenen eveneens (R4A, R5A, R6A, R2B, R6B, R1C, R3C, R4C, R5C, R6C).

7.1.6 Zorgverleners voelen zich niet toegerust een netwerkorganisatie te besturen

De opgelegde eisen voor standaardisering en procesoptimalisatie hebben van de zorgverleners gevraagd plaats te nemen in besturen en in werkgroepen en hierin niet alleen de zorginhoud maar ook organisatorische, juridische en financiële zaken te bespreken en besluiten, gericht op verandering van zorgmodel. Velen van hen voelen zich daar niet toe uitgerust (R2A, R4A, R6A, R2B, R3B, R6B, R5C). *“Wij zijn allemaal tegelijk begonnen in het nieuwe bestuur, allemaal eigenlijk met weinig tot geen bestuurservaring.”* (R2B, kl.vk).

Een gevolg hiervan is dat mensen buiten hun kennis en comfort aan het werk moeten waardoor de inhoudelijke kennis regelmatig naar de achtergrond verdwijnt. *“Wij zijn natuurlijk ook allemaal verloskundigen. Wij zijn geen bestuurders en er is eigenlijk niemand van ons, binnen onze coöperatie die een bestuurskundige achtergrond heeft.”* (R1A, 1^e lijn).

Respondenten geven aan zoekend te zijn in hun positie en deze sneller op te geven als ze niet zeker zijn van hun zaak (R6A, R5C). Ditzelfde gebeurt in werkgroepen waar een bepaald organisatorisch en/of inhoudelijk thema aan de orde komt. Zorgverleners geven aan daardoor onderwerpen niet aan de orde te stellen, zij voelen zich niet in de juiste positie of hebben naar eigen zeggen niet de juiste kennis en achtergrond om ‘een vuist te maken’. 1^e lijns partijen lijken hier meer de dupe van te worden, met als gevolg dat verloskundigen zich erg bewust zijn van ‘wat ze niet zijn’ en veel externen moeten inhuren om de ontbrekende kennis in huis te halen. *“En dan dadelijk niet meer zeggenspraak hebben in wat wel of niet mag gebeuren. Dus dat je dan je echt moet gaan conformeren aan bepaalde richtlijnen die zijn opgelegd door hogere hand, omdat je dan toch als verloskundige een kleinere groep bent dan een groot orgaan, zoals een ziekenhuis.”* (R3A2, 1^e lijn).

Het ziekenhuis heeft wel een bestaande infrastructuur die de gynaecologen kan ondersteunen zoals management, HR, communicatie en een juridische afdeling (R1A, R2A, R3A2, R4A).

7.2 Geen gelijkwaardigheid in organisaties die samen een VSV vormen

Het tweede dominante discours gaat over de ‘domeinen’ van de 1^e en de 2^e lijn, de (on)gelijkwaardigheid in de samenwerking en hoe de gebruikte taal hun onderlinge posities versterkt of verzwakt. Ook hier onderscheid ik zes thema’s. Allereerst ‘de verschuiving van zorg binnen de domeinen’ (1) en vervolgens de afbakening van de domeinen (2). Er wordt tijdens de interviews regelmatig gesproken over gelijkwaardigheid. Toch wordt deze gelijkwaardigheid nergens gedefinieerd. Het lijkt erop dat elke zorgverlener een eigen interpretatie heeft van wat gelijkwaardigheid op de werkvloer is (3). Daarnaast lijken zorgverleners prettige samenwerking en respectvol met elkaar omgaan soms synoniem te stellen aan gelijkwaardigheid, met mogelijke gevolgen voor de zorg (4). Het verschil tussen ‘jong en oud’ in de ervaren gelijkwaardigheid lijkt van groot belang (5). Tenslotte brengt de analyse een taal naar voren van ‘mogen’, ‘overnemen’ en ‘terugsturen’ (6).

7.2.1 Vertroebeling in de domeinen - verschuiving van zorg leidt tot nog meer afstemming

De verplichting meer ‘integraal’ te gaan werken brengt met zich mee dat de domeinen van 1^e en 2^e lijn zich meer lijken te vermengen (R4A, R2B, R1C, R3C, R4C). Het geven van gezamenlijke zorg aan cliënten creëert de noodzaak tot het maken van sluitende afspraken over wie waar verantwoordelijkheid voor draagt. De gynaecoloog is eindverantwoordelijk voor zorg die in de 2^e lijn gegeven wordt en voelt een groot verantwoordelijkheidsgevoel bij verschuiving van zorg van de 2^e naar de 1^e lijn. De 2^e lijn wil overzicht kunnen houden over wat er met de zwangere gebeurt en wordt afgesproken. Dit werkt een zekere mate van verantwoording afleggen vanuit de 1^e lijn en daarmee een vorm van hiërarchie in de hand. De 2^e lijn moet immers toestemminggeven, er moet overleg plaatsvinden over het waarom en wanneer en het geeft aanleiding tot verschil in visie over aanpak, kunde en belang (R4A, R2B, R1C, R3C, R4C). *“Nou, (onverstaanbaar) krijg je je patiënten te laat aangeleverd. Dat is eigenlijk het punt. Dan heeft de eerste lijn een heel proces doorlopen, want eigenlijk niet in de eerste lijn thuishoort. Daar gaat de eerste lijn, vind ik buiten het boekje.”* (R2C, gyn).

Bij het schuiven van zorg gaan de domeinen in elkaar overlopen en moeten er veel werkafspraken worden gemaakt. Hierbij is steeds de vraag: wie bepaalt uiteindelijk wat er kan? *“Ik zie haar een keer, dan bespreek ik dat met mevrouw en dan zie ik haar nog eens terug bij 35*

weken en als dan alles goed is wat mij betreft, mag ze dan gewoon uiteindelijk bij jullie bevallen.” (R4C, gyn).

Cliënten worden ‘teruggeschoven’ van de 2^e naar de 1^e lijn. Het lijkt de 2^e lijn te zijn die bepaalt wie ‘mag’ worden ‘teruggestuurd’. Toenemend lijkt daardoor de 2^e lijn te gaan over het domein van de 1^e lijn. Het is de vraag of de zorgverleners dit voor ogen hadden toen ze begonnen aan afspraken om tot betere samenwerking en integrale zorg te komen. *“En wij zien onszelf destijds en nog steeds wel als spil in de geboortezorg.”* (R1A, 1^e lijn).

De vraag wie verantwoordelijk is wordt regelmatig gesteld, evenals de vraag over wat nou werkelijk ‘goede zorg’ is (R1A, R2B, R5B, R2C, R3C, R4C).

7.2.2 Afbakening van het eigen domein

Gynaecologen geven aan zich verantwoordelijk te voelen voor de uitkomst en hebben het idee die verantwoordelijkheid alleen goed te kunnen dragen als ze volledig overzicht hebben. Dat overzicht is er pas als ze de zwangere of barendes waar het om gaat ook fysiek zien of een continue toegang hebben tot de gegevens van de zwangere. Dat betekent dat ze geen verantwoordelijkheid kunnen dragen voor een onzichtbare client (R2C, R3C). *“Ja. Die hebben er een andere visie op dan dat wij dat hebben, maar ik ben uiteindelijk verantwoordelijk, dus dat is lastig.”* (R2C, gyn).

In het geboortezorgdiscours lijkt het alsof de gynaecoloog het recht wil hebben zicht te hebben op de client waarvoor hij/zij ‘uiteindelijk toch de verantwoordelijkheid draagt’ (R2C, R3C). Deze visie ligt ver weg van het idee dat de verloskundige haar eigen werkterrein heeft waarbinnen zij haar eigen verantwoordelijkheid draagt. *“Ze willen heel graag ook wel die controle over die cliënt blijven houden.”* (R1A, 1^e lijn).

Verder valt op dat gynaecologen het werkterrein van de verloskundige niet als een afgebakend terrein zien waar een gynaecoloog geen zeggenschap over heeft terwijl het andersom niet zo is dat verloskundigen zicht hebben op of zeggenschap hebben over wat er in de 2^e lijn gebeurt (R1A, R2A, R2B, R5B, R1C, R2C, R3C). *“Ja, ik denk dat, ik zeg dan ook altijd bij die macrosomen denk ik, hoef ik ook niet de hele zwangerschap over te nemen, denk ik. Ja, die zie ik wel als ze de groeiecho hebben en bij 36 weken voel ik mee aan de buik en dan maak ik een plan, denk ik ja. En dan he tot aan de inleiding als het kind niet extreem groot is, mogen ze van mij ook met de eerste lijn bevallen, hè?”* (R3C, gyn).

De verloskundige lijkt haar zorg en werkterrein te moeten verdedigen waar dat in de 2^e lijn vanzelf spreekt. *“Ja, ja, want we hadden het laatst dus over de gezamenlijke intakes en toen zei een gynaecoloog ook van ja, het is niet de bedoeling dat we jullie gaan controleren straks, vanaf na de zomer; van doen jullie jullie selectie wel goed. Nee, we vertrouwen jullie selectie, maar de grijze gebieden kunnen we nog beter bepalen, hè dus dat dat voor mij voelt dat wel goed.”* (R2A, 1^e lijn).

7.2.3 De betekenis van gelijkwaardigheid in de geboortezorg

Zorgverleners spreken over een gelijkwaardige samenwerking en het belang van gelijkwaardigheid, zonder toe te lichten wat die gelijkwaardigheid inhoudt. Het lijkt erop dat met name verloskundigen gelijkwaardigheid zien als ‘niet overruled worden in een vergadering’, ‘gehoord worden’ of kunnen ‘vergaderen in een open sfeer’. *Ik zie er niet tegenop om een gynaecoloog te moeten bellen.”* (R4A, 1^e lijn) – *“Nee, daar voel ik me heel gelijkwaardig. Ja, en dan word je ook niet overruled. Daar word je ook echt gehoord.”* (R1A) - (R1A, R2A, R4A, R2B, R3B, R5B, RB6, R4C). Vanuit de historie gezien een prettige vooruitgang, omdat verloskundigen aangeven dat dit eerder anders was, maar het blijft onduidelijk of de beide beroepsgroepen voldoende bespreken en omschrijven wat gelijkwaardigheid voor hen in zou moeten houden. *“Omdat we het idee hebben dat je dan ook gewoon echt nog meer projecten kunt doen en de eerstelijners allemaal gewoon maximaal in hun kracht kunt gaan zetten.”* (R1C, gyn). Het is de vraag of verloskundigen het als gelijkwaardig ervaren om door de 2^e lijn ‘in hun kracht gezet’ te worden.

Wat de zorgverleners in de interviews over elkaar zeggen, kan ook worden geduid als ongelijkwaardig. Verloskundigen melden namelijk dat ze twijfels hebben over de kwaliteit van de voorlichting in de 2^e lijn en de hoeveelheid mensen die in de 2^e lijn worden ingeleid. Daartegenover staat dat gynaecologen zich soms afvragen of het kennisniveau van verloskundigen in de 1^e lijn niet te laag ligt en of hun counseling wel compleet is (R1A, R2B, R5B, R1C, R2C, R4C). In het discours lijkt dit gebrek aan wederzijds vertrouwen niet tot een ervaren gelijkwaardigheid. *“...ik hoor mijn collega's mijn, hè, mijn klinisch verloskundige collega's wel eens van goh, hoe kan dat? Stuurt de eerste lijn zomaar iedereen in en aan de andere kant hoor ik vanuit het VSV wel eens mijn eerstelijns collega's zeggen, ja, ik stuur iemand in met een pijnstillingsverzoek, maar ik krijg meteen allemaal kritische vragen. Denk je dat ik*

mijn werk niet goed doe? Dus dat is wel een onderwerp wat wat spanning oplevert momenteel.” (R2B, kl.vk)

In mijn analyse is me opgevallen hoe de wijze waarop zorgverleners hun woorden – waarschijnlijk onbewust – kiezen bepalend is voor het effect. De machtsverschillen tussen de verloskundigen en de gynaecologen lijken zo door taal alsmaar opnieuw in te slijten. Ik kom hier in de volgende paragrafen nog op terug.

7.2.4 Prettige samenwerking als synoniem voor gelijkwaardigheid

Als de verloskundigen spreken over de intensievere samenwerking van de afgelopen jaren lijkt hun woordkeuze de indruk te wekken dat de 1^e lijn vooral heel blij mag zijn met een 2^e lijn die ‘op de hand is van de 1^e lijn’ of ‘meebeweegt met de 1^e lijn’. *“We zijn niet bang als we iemand voor een consult sturen naar de tweede lijn dat ze daar blijven.”* (R2A, 1^e lijn).

De verloskundige – en vaak ook de gynaecoloog – is er gelukkig mee dat het beter gaat dan in het verleden. *“Ze proberen echt zoveel mogelijk terug te sturen.”* (R4A, 1^e lijn) - (R1A, R2A R2B, R3B, R6B, R1C).

In het verleden was er sprake van meer hiërarchie en bepaalde de 2^e lijn (nog) veel meer de gang van zaken. Verloskundigen zagen er vaker tegenop om een gynaecoloog te moeten bellen en hadden vaker het gevoel dat er niet naar ze geluisterd werd of dat ze geen inbreng hadden. Nu is dat op veel plekken beter dan het was. *“Als je zegt van goh weet je, waarom kan die mevrouw eigenlijk niet terug naar de (...) eerste lijn? (...) vroeger was het zo dat als iemand een consult had gehad, dan bleef ze bijna altijd plakken in de tweede lijn. En nu zeggen ze, oh, mevrouw, nee weet je, komt u met 38 weken nog een keertje terug, kijken we nog een keer of zo”.* (R4A, 1^e lijn).

Het effect lijkt wel te zijn dat de positieve verandering teweegbrengt dat de verloskundige nu opgeluchter kan ademen maar zich ook vooral dankbaar moet voelen voor de ruimte die ze krijgt voor het verlenen van zorg in de 1^e lijn (R2A, R5B, R1C). Respondent 2A zegt bijvoorbeeld: *“(…) onze tweedelijns is wel heel eerstelijns minded. Dat is wel heel erg fijn hè qua VSV”*. Het discours geeft de indruk dat de (historisch gegroeide) afhankelijkheid van de gynaecoloog er nog steeds is. Geeft de gynaecoloog ruimte, dan is dat fijn en prettig werken, geeft de gynaecoloog die ruimte niet, dan heeft de 1^e lijn het daar nog altijd mee te doen.

7.2.5 Jong en oud

Tijdens de interviews wordt door de verloskundigen en gynaecologen gesproken over zowel ‘jonge assistenten in opleiding’ en ‘nieuwe waarneemsters’ als over de ‘oude rotten in het vak’ (R3A, R6A, R2B, R5B, R6B, R4C, R6C). Hierbij lijken ze verschil te zien in kwaliteit tussen de jongere zorgverleners en de meer ervaren zorgverleners. Het is niet vreemd dat men ervarener wordt naarmate men langer werkt, maar het lijkt er in het discours op dat het in de geboortezorg wel een probleem is.

Eenzijds heeft het een effect op de samenhang binnen de groep omdat ervaren verloskundigen liever samenwerken met ervaren gynaecologen en andersom. *“En ja, daarin merk je soms wel een beetje, wie is de oude rot [verloskundige] en ben jij ook de andere oude rot [gynaecoloog] he, dan vind je elkaar makkelijker.”* (R6A, 1^e lijn). Anderzijds lijkt het niet alleen te gaan om wie elkaar opzoekt in de samenwerking maar ook over een door de 2^e lijn ervaren probleem met de geleverde kwaliteit in inzet en zorg door de jongere generatie verloskundigen. Over de inzet zeggen respondenten 4C en 6C (beiden gynaecoloog): *“Je merkt bij de eerste lijn dat zij ook wel moeite hebben om nieuwe jonge verloskundigen heel erg betrokken te krijgen, dus het zijn vaak toch een beetje dezelfde oude rotten of dat er iemand bij zit waarvan je dan soms denkt (...), dat zeggen ze zelf ook hoor, van die jongere mensen die dan puur hun uurtjes moeten maken”* (R6C, gyn).

Er is ook twijfel over de geleverde kwaliteit van zorg en de 2^e lijn vraagt zich soms af of de verloskundigen die vandaag de dag van de opleiding af komen wel voldoende ervaring hebben om zelfstandig een (thuis)bevalling te begeleiden (R2B, R4C):

“He hoeveel ervaring moet je hebben om überhaupt als zelfstandig professional een thuisbevalling te doen dat, nou ja, dat is echt vuren, hè om dat vast te leggen. (...) dat is bij ons, (...) ook nog niet vastgelegd. (...). Hè waarom wordt die mevrouw met twee cm ingestuurd door een verloskundige die eigenlijk compleet in paniek is omdat ze niet weet, ja, hè, omdat ze het lastig vindt om die begeleiding te bieden (...). Wanneer is iemand geschikt om een bevalling te begeleiden. Waar we nou ja, beide kanten om denk ik onze meningen over hebben. Hè waar ik als tweedelijns professional soms nou ja, jonge professionals die vanuit de eerste lijn, die heel erg alleen worden gelaten, hè [door hun 1^elijns collega's tijdens de dienst]” (R4C, gyn)

Het is een interessant gegeven dat deze vragen komen uit de 2^e lijn, gezien het feit dat een verloskundige die afstudeert bevoegd en bekwaam wordt geacht een thuisbevalling veilig te kunnen begeleiden. Dit roept onder meer de vraag op welke aanleiding de 2^e lijn heeft om te

twijfelen aan de kwaliteit van zorg van de 1^e lijn? En was dit toen de opleiding anders was ingericht anders? Is het VSV de plek om dit vraagstuk te beantwoorden? Deze vragen kan ik echter niet beantwoorden vanuit de gedane interviews.

Wat wel zichtbaar is, is dat er veel veranderd is in de opleiding van de verloskundige. In 2004 startten de verloskunde-opleidingen in Amsterdam en Groningen met een nieuw, competentiegericht onderwijsleerplan. De opzet is om het onderwijs wetenschappelijker te maken. De Kweekschool voor Vroedvrouwen heet vanaf dan Verloskunde Academie Amsterdam. Van 2008 tot 2022 vormen de verloskundeopleidingen een interfaculteit met Hogeschool Inholland en VUmc.

Zowel in 2014 als in 2024 startte een nieuw curriculum. Verloskundigen kunnen zich vanaf dan specialiseren tot klinisch verloskundige, onderzoeker, docent, echoscopist, beleidsmaker en counselor. De specialisaties breiden zich de komende jaren naar verwachting uit, want het beleid in de zorg is erop gericht de mogelijkheden voor specialisatie van verloskundigen te doen toenemen.

De verloskunde-opleidingen stimuleren deze ontwikkeling door studenten tijdens de opleiding al keuzeminoren aan te bieden. Studenten die meer aankunnen dan het gewone studieprogramma krijgen de mogelijkheid een honoursprogramma te volgen. Aan het einde van het eerste studiejaar kan je dan starten met extra studieonderdelen die de academische vorming van de student verbreden en verdiepen. Daarnaast kun je modules volgen van een pre-master. Verloskundigen worden volgens de site van de opleiding vandaag de dag opgeleid tot lid van een interprofessioneel zorgteam (Verloskunde-academie z.d.)

De jonge professional die afstudeert aan een van de verloskunde-opleidingen in de afgelopen 10-15 jaar heeft wat betreft academische scholing een veel bredere basis meegekregen dan haar voorgangers. Zij kan wetenschappelijk onderzoek interpreteren en uitvoeren en zich daarin meten met menig 2^e lijns professional. Het lijkt erop dat de opleiding *specialiseren* ziet als het *verlaten van het kernvak* in het werken in de eerstelijnspraktijk en meerwaarde toekent aan de zogeheten specialisaties. Welke mogelijke gevolgen dat heeft voor de basis van de beroepsgroep is niet wetenschappelijk onderzocht.

Vanuit de 2^e lijn wordt kritisch gekeken naar het functioneren van de pas afgestudeerde verloskundige in de praktijk. In de interviews wordt de jongere generatie verloskundigen regelmatig door klinisch verloskundigen en gynaecologen naar voren wordt geschoven als zijnde een deel van het probleem in de samenwerking (R2B, R6B, R4C, R6C). Gynaecologen uiten hun

zorgen over de kwaliteit van zorg die wordt geleverd door de pas beginnende verloskundigen. Of dit van alle tijden is of een nieuw fenomeen en in hoeverre er een verband is met de veranderingen op de opleiding, komt niet duidelijk naar voren in de interviews.

Tenslotte valt op in de interviews dat ‘jong en oud’ in beide beroepsgroepen elkaar regelmatig afwisselend ‘vastgeroest’ en ‘flexibel’ noemen, met name in de omgang met bepaalde protocollen en werkafspraken (R6A, R6B, R4C, R6C).

7.2.6 Een taal van ‘mogen’, ‘overnemen’ en ‘terugsturen’

In de interviews vallen in het taalgebruik van verloskundigen en gynaecologen vooral woorden op als ‘mogen’, ‘overnemen’ en ‘terugsturen’ (R5A, R5B, R2C, R3C, R4C). Hiermee wordt de indruk gewekt dat de 2^e lijn uiteindelijk het beleid bepaalt, de gynaecoloog geeft immers de toestemming aan de verloskundige over wat zij ‘mag’ en bepaalt wat er ‘teruggestuurd’ kan worden of wat wordt ‘overgenomen’. Alleen naar de taal kijkend, lijkt de verloskundige zowel in de 1^e als in de 2^e lijn machteloos ten opzichte van de gynaecoloog, die de kaders bepaalt. Dit kan te maken hebben met het ziekenhuis als sterk geprotocolleerde, hiërarchische setting. Ik heb in de quotes de kenmerkende woorden in het taalgebruik van de zorgverleners vetgedrukt.

*“We hebben wel in, in het ziekenhuis de afspraak dat als eerstelijns verloskundigen daarbij willen blijven, dat dat ook altijd **mag**.”* (R5B, kl.vk)

*“En ja, afhankelijk van hoe je klik is met de klinisch verloskundige, wij **mogen** bijvoorbeeld heel vaak de baring gewoon afmaken.”* (R6A, 1^e lijn)

*“...dus dat we geneigd zijn om dingen juist **terug te plaatsen** naar de eerste lijn.”* (R4C, gyn)

*“Nou ja, als we nou zeggen **we [de 2^e lijn] gaan iedereen inleiden bij 41 weken**, dan kan het natuurlijk zijn dat wij [de 1^e lijn] meer op onze strepen gaan staan, zeg maar.”* (R5A, 1^e lijn)

7.3 Frames in het discours

Bij de analyse van de interviews valt op dat regelmatig statements worden gemaakt over zowel de eigen beroepsgroep als de beroepsgroepen over elkaar. Deze statements zouden kunnen

worden gezien als frames, al zijn ze door de geïnterviewden waarschijnlijk onbewust gebruikt. Interessant hierbij is dat de framing vaak gaat over de andere beroepsgroep en grote groepen als één geheel gepresenteerd worden. Zo wordt er gesproken over dé geboortezorg en dé jongere generatie alsof het homogene groepen betreft waar algemene uitspraken over kunnen worden gedaan.

Omdat ze als algemene waarheden worden geponeerd, zijn frames in het taalgebruik makkelijk over te nemen door anderen. Het overnemen van dit soort frames in het taalgebruik kan grote impact hebben op de samenwerking. Zo zegt respondent 1C -gynaecoloog- over de 1^e lijn: “[Het] Blijft een moeilijke club.” en zet daarmee de gehele 1^e lijn weg als een groep waar moeilijk mee te werken valt. Respondent 4A -1^e lijn - doet een algemene uitspraak over de richting die de geboortezorg op gaat: “Kijk die geboortezorg die gaat steeds meer over risico mijden, hè.” en impliceert daarmee dat dit een feitelijke waarheid is die bovendien algemeen geaccepteerd is, terwijl respondent 5B een uitspraak doet over de gehele jongere generatie en daarbij een frame neerzet alsof de werkelijkheid is dat zorg steeds planbaarder wordt, terwijl dat binnen de geboortezorg nog maar de vraag is: “.... terwijl de jongere generatie weet veel meer dat dat, ja, dat zorg steeds meer planbaar wordt ook.”

Respondent 1C gebruikt een frame – waarschijnlijk onbewust – nog op een andere manier. Door taal op een bepaalde manier in te zetten worden ook verborgen boodschappen meegegeven. Respondent 1C zegt: “En het is niet de bedoeling dat we uiteindelijk ergens een eerstelijner laten omvallen of een praktijk failliet laten gaan bij wijze van spreken omdat we dingen verschuiven.”. Uit deze zin zou men kunnen opmaken dat het aan de 2^e lijn is om te besluiten of 1^e lijns praktijken omvallen of failliet gaan, dat de 2^e lijn dat kan laten gebeuren of niet.

Het zogenaamde vastzetten van waarheden in de taal, door stellige uitspraken te doen over hoe de toekomst eruit zal zien, is ook een vorm van framing. Onbedoeld wordt daarmee de toekomst vastgelegd en wordt de mogelijkheid dat er invloed uitgeoefend kan worden richting een ander scenario onderuit gehaald. Zo zegt respondent 6A – 1^e lijn - over de beide beroepsgroepen: “En ja, je hebt gewoon de KNOV tegenover de NVOG en dat zal altijd blijven, denk ik op bepaalde stukken.” En respondent 1A over de concurrentie tussen 1^e lijns praktijken: “want dat concurrentie stukje blijft uiteraard bestaan.”.

Tenslotte blijkt bij de analyse van het discours dat met name 1^e lijns verloskundigen de neiging hebben ‘reactief taalgebruik’ te gebruiken. Reactief taalgebruik staat tegenover proactief

taalgebruik en bouwt een zekere afhankelijkheid van ‘anderen’ in de taal (Covey, 2011). Zo lijkt het alsof de 1^e lijn zelf niet bij machte is de situatie te veranderen. Ik heb ook hier in de quotes de kenmerkende woorden die de afhankelijkheid van een externe persoon of factor benadrukken vetgedrukt.

*“dat je dat je er ook meer in **meegenomen wordt**.”* (R1A, 1^e lijn). Het door een ander **meegenomen moeten worden**, bouwt een zekere mate van afhankelijkheid in het taalgebruik.

*“En in COVID tijd is dat eigenlijk allemaal digitaal gemaakt ook en daar zijn we daarna ook eigenlijk op **blijven hangen**.”* (R3A, 1^e lijn). Het woord **blijven hangen** impliceert dat er geen invloed op uitgeoefend had kunnen worden, dat het vanzelf zo gegaan is.

*“Dat is ook een van de dingen die al heel lang **op de plank ligt** ter verbetering dus uh.”* (R3A2, 1^e lijn).

*“Dat **ligt in de week**, maar dat gaat dan elke keer over heel veel schijffjes zeg maar.”* (R5A, 1^e lijn). Als **iets op de plank** blijft liggen of **in de week** ligt, lijkt het alsof er geen sprake is van invloed, alsof de mens afhankelijk is van wanneer iets van de plank of uit de week komt, zonder daar iets over te zeggen te hebben.

Het zou belangrijk kunnen zijn voor verloskundigen en gynaecologen zich bewust te zijn van hun (reactieve) taalgebruik en de gebruikte frames. We zagen immers eerder al dat het herhalen van het frame, gelijk staat aan het beamen van het bestaan ervan. De werkelijkheid stolt en lijkt niet meer veranderbaar.

7.4. Conclusie

Uit de analyse komt een tweetal discoursen naar voren die in lijn liggen met wat de literatuur over de ontwikkelingen in de geboortezorg zegt. Het ene discours omvat vooral het resultaat van het volgen van beleid van hogerhand en de directe effecten daarvan die merkbaar zijn in de samenwerking binnen werkgroepen en op de werkvloer. Het tweede discours gaat over de al of niet ervaren gelijkwaardigheid in de samenwerking en de taal die de zorgverleners gebruiken om zowel gelijkwaardigheid als het eigen domein te beschrijven en te kaderen.

In de afgelopen decennia zijn er veel indicaties bijgekomen waarvoor cliënten van de 1^e lijn doorverwezen moeten worden naar de 2^e lijn (Goodarzi, 2021). Het gevolg is dat de 2^e lijn overloopt en de 1^e lijn leegloopt. Vaak is de bewijslast voor deze medicalisering dun (Dehue, 2023; Goodarzi et al., 2018). Onder druk van het gebrek aan capaciteit en de oplopende kosten moet zorg ‘verschoven’ worden, waardoor cliënten weer meer zorg moeten krijgen in de 1^e lijn. Over de samenwerking in deze ‘schuifprocessen’ wordt veel helder vanuit de discoursanalyse. Het lijkt erop dat de voorwaarden waarop ‘geschoven’ mag worden tegengesteld zijn aan die van voor de invoering van de integrale zorg. Waar eerst de 1^e lijn bepaalde wie er aan de 2^e lijn werd ‘overgedragen’, lijkt nu de 2^e lijn te bepalen wie ‘mag’ worden ‘teruggestuurd’. Toenemend lijkt men te gaan over elkaars domeinen onder het mom van samenwerking en integraal werken.

8. Discussie

8.1 Verbinding theorie en empirie

Dit hoofdstuk verbindt de theoretische analyse en de empirische analyse en geeft daarmee antwoord op deelvraag 4 van deze thesis:

Deelvraag 3: Welke inzichten uit de (zorgethische) literatuur kunnen in verbinding gebracht met de resultaten uit de empirische data bijdragen aan kennis over verbetering van de samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen?

Vanuit de historie zien we dat er al eeuwen sprake is van een domeinenstrijd binnen de geboortezorg, maar dat deze onvoldoende wordt onderzocht en geadresseerd (Goodarzi, 2021). De complexiteit rondom de invoering van de integrale zorg laat deze strijd weer zien, zo blijkt uit de discoursanalyse.

Ook blijkt uit de analyse van de interviews dat er veel vooruitgang is geboekt in de onderlinge relatie tussen 1^e en 2^e lijn in de afgelopen jaren. Het feit dat veel zorgverleners nu prettiger samenwerken lijkt echter verward te worden met gelijkwaardigheid. Het gevaar van uitgaan van gelijkwaardigheid zonder deze te definiëren is dat men inlevert op visie (Tronto, 2013). Tronto wijst er hier op dat streven naar gelijkwaardigheid in kan houden dat men akkoord gaat met het versmallen van visie en doelstellingen. Deze versmalling mag niet voorafgaan aan het verhelderen van doelstellingen van partijen en de aanwezigheid van eventuele aanwezige machtsverhoudingen. Als dat wel gebeurt, is de kans groot dat belangrijke dimensies in de zorg uiteindelijk buiten beschouwing worden gelaten (p.23). Wat Tronto hier noemt lijken we terug te zien in het discours als het ‘consensus’ – effect om de samenwerking goed te houden.

Zowel Tronto (2013) als Bacchi (2012) en Walker (2007) benadrukken de investering die nodig is om tot gelijkwaardigheid te komen en het vanzelfsprekende te onderzoeken. Alle drie de auteurs concluderen dat het nalaten van zelfreflectie en het niet creëren van ruimte voor het verhelderen van zowel gezamenlijke grond als onderling verschil, leidt tot de instandhouding van de huidige posities en zelfs de (onbewuste) versterking ervan door alle partijen. Het discours tussen verloskundigen en gynaecologen laat dit ook zien. Er is altijd sprake geweest van samenwerking tussen beide beroepsgroepen, maar de in de *Zorgstandaard* opgelegde intensiteit wordt niet gedreven door gedeeld eigenaarschap vanuit de beroepsgroepen, maar door beleid en

de door het gevoerde beleid gevoede angst voor verlies van domein. Ruimte voor gezamenlijke reflectie hierop en onderzoek naar gelijkwaardigheid of andere relevante waarden wordt in het discours niet genoemd, maar in de zorgethische literatuur wel en lijkt mij dan ook waardevol voor de basis van de samenwerking tussen de beroepsgroepen. Hierin kan dan ook het terugkerende vraagstuk rondom de capaciteiten van pas afgestudeerde verloskundigen aan de orde komen. Onderzoek in Engeland laat zien dat Newly Qualified Midwives (NQM) zich wel bevoegd maar niet voldoende bekwaam voelen als ze van de opleiding afkomen (Avis et al., 2013), maar dit is in Nederland nog onvoldoende onderzocht. Verder onderzoek hiernaar beveel ik aan, het is tenslotte van essentieel belang voor alle betrokkenen dat elke praktiserende verloskundige zich bekwaam voelt.

Verloskundigen en gynaecologen zijn de afgelopen jaren vooral heel hard aan het werk geweest om te voldoen aan de *Zorgstandaard*, opgelegd vanuit het CPZ. Het college legt hiermee een groot deel van de verantwoordelijkheid voor het verbeteren van samenwerking en uitkomsten bij de geboortezorgverleners. Deze verantwoordelijkheid is door het veld opgepakt als een verregaande protocollering van de zorg, die gekenmerkt wordt door een heen en weer schuiven van zwangeren en verantwoordelijkheden.

Ondanks het belang dat zorgethici zien in het goed reguleren van de zorg – en ook de respondenten in de interviews aangeven hier vooruitgang in te ervaren – wordt bij protocollering vaak een belangrijk element uit de zorgethiek over het hoofd gezien, namelijk het relationele wezen van de mens en de aandacht daarvoor. Hier kan zowel de relatie zorgverlener-zorgontvanger, als de relatie zorgverlener-zorgverlener in worden gelezen. Het onderzoeken van de onderlinge (werk)relatie en het richting geven aan de vorm en het karakter van die relatie, is noodzakelijk voor goede samenwerking. Dat reflectieve ruimte voor dit onderzoek naar de onderlinge relatie in de interviews nauwelijks naar voren komt, wordt wellicht veroorzaakt doordat het wetenschappelijke taal- en kennissysteem van de 2^e lijn dominant is. De norm wordt meestal vastgesteld door de groep wiens kennis en visie dominant zijn. Ook uit de interviews blijkt deze hiërarchie van positie. Het taalgebruik van de zorgverleners uit beide groepen draagt bij aan de instandhouding van deze historisch ontstane en gegroeide structuur en positionering.

Waar zorgverleners zich wel en niet verantwoordelijk of toegerust voor voelen zien we terug in het discours als het gaat om de verdeling van verantwoordelijkheden, niet alleen op de werkvloer maar ook in de verdeling van de neventaken. Voor werkgroepen en besturen zijn nauwelijks mensen te vinden, verloskundigen en gynaecologen voelen zich onvoldoende

toegerust en gemotiveerd om deze taken uit te voeren. Opnieuw lijkt dit een issue van de zorgverleners zelf te zijn en niet van het systeem wat alsmaar meer verantwoordelijkheid op hun schouder laadt. Hoewel het werk als zorgverlener vanzelfsprekend verantwoordelijkheid voor noodzakelijke neventaken met zich meeneemt, benadrukt de zorgethische literatuur het gegeven dat beleid dat systemische, politieke en organisatorische aspecten weglaat en de nadruk legt op de persoonlijke verantwoordelijkheid van de zorgverleners in zichzelf niet moreel is. De vraag rijst hier dan ook of de zorgverleners volledig verantwoordelijk kunnen worden gemaakt voor de matige inzet voor de neventaken die bij een VSV komen kijken.

Relationaliteit en (wederzijdse) afhankelijkheid lijken op het eerste gezicht vooral te gaan over de gang van zaken bij de verloskundigen. Er wordt door de 2^e lijn wel afhankelijkheid ervaren met name richting andere ziekenhuizen. Gynaecologen geven aan beleid van naastgelegen ziekenhuizen over te nemen omdat de zwangeren anders mogelijk kiezen voor het naastgelegen ziekenhuis en zo voelen ze zich afhankelijk en onder druk gezet. Maar afgezien hiervan gaat het discours vooral over de verdeeldheid binnen de 1^e lijn en de last die men daarvan ervaart in de samenwerking. De 1^e lijn kan niet goed met mandaat werken en worden het onderling niet eens. Dit geeft irritatie en vertraging binnen de samenwerking en wordt waarschijnlijk deels veroorzaakt door het niet hebben van een gemeenschappelijk gedragen doel. De 2^e lijn ziet hier vooral een probleem bij de 1^e lijn en de 1^e lijn lijkt dit te onderschrijven.

Onder de in de zorgethische literatuur genoemde relationaliteit wordt onder andere verstaan dat men aandacht heeft voor elkaars behoeften en zorgzaam is naar elkaar. Voortkomend uit deze zorgzaamheid en aandacht voor elkaars behoeften kunnen relaties ontstaan die de verschillen weten te overspannen. Zelfs als het doel wel gezamenlijk gedragen wordt, is deze investering in elkaar van belang. Ook dan is immers niet gezegd dat er geen verschil van mening meer is hoe de gestelde doelen te bereiken.

De 2^e lijn lijkt zichzelf als een niet problematische groep te presenteren. Ze zijn met minder in aantal, zijn het snel eens, hebben het mandaat goed geregeld en kunnen voor financieel en organisatorisch advies terugvallen op de infrastructuur van het ziekenhuis. De 1^e lijn onderschrijft dit en ziet zichzelf weliswaar als capabel aan het bed, maar geeft verder in domein en in verantwoordelijkheid veel weg. Gynaecologen voelen de verantwoordelijkheid voor een goede uitkomst zwaar op hun schouders. Voor goede zorg zijn zij net zo goed afhankelijk van een sterke 1^e lijn als andersom. In paragraaf 6.2.1 zagen we dat Van Heijst professionaliteit ziet als iets anders dan vakkennis. Vakkennis kan verschillen tussen verloskundigen en gynaecologen,

afhankelijkheid van het onderwerp van gesprek. In professionaliteit echter, gezien als medemenselijkheid, kwetsbaarheid en het uitspreken van bepaalde behoeften, zouden verloskundigen en gynaecologen elkaars morele gelijken kunnen zijn (Van Heijst, 2005). Deze professionaliteit lijkt in het discours onderbelicht te blijven en beide beroepsgroepen faciliteren deze onderbelichting, door onderwerpen als kwetsbaarheid en behoeften niet te agenderen.

In het huidige overheidsbeleid wordt gelijkwaardigheid vooral gelijkgesteld aan het maken van praktische (werk)afspraken en het inregelen van goede governance en besluitvorming (CPZ, 2020; SiRM, 2023). De zorgverleners uit beide beroepsgroepen werken hier hard aan. Mijn conclusie is echter dat de focus op gelijkwaardigheid problematisch is en het niet belichten van andere waarden als kwetsbaarheid en wederzijdse afhankelijkheid eerder leidt tot een verder groeiende ongelijkwaardigheid en behoud van huidige posities.

Bij mij rees voor het schrijven van deze thesis de vraag of er wel voldoende grond is voor de steeds in beleid voorgestelde gelijkwaardigheid en of er niet (eerst) een ‘ander gesprek’ (Stellaard, 2023) nodig is om een (gelijkwaardige) samenwerking die historisch al eeuwen onder druk staat vorm te geven. Uit mijn analyse blijkt dat er op zijn minst grond is voor een andere, nieuwe benadering, gezien de dieperliggende (historische) thema's en dynamieken van (on)gelijkwaardigheid en verschil in visie die de samenwerking in de geboortezorg beïnvloeden (Goodarzi et al., 2018; Goodarzi, 2021; Davis-Floyd & Sargent, 1997; Schultz, 2013).

8.2 Aanbevelingen

Om te komen tot een werkelijk (moreel) gelijkwaardige samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen is allereerst kennis van de historie van de geboortezorg nodig. Als die kennis er eenmaal is kunnen de beroepsgroepen vanuit een zekere bescheidenheid verder werken aan hun onderlinge relaties. Met bescheidenheid doel ik op de wetenschap dat niemand in de geboortezorg is geboren met positie. Zorgverleners hebben zich vooral positie kunnen verwerven door privileges die buiten hun eigen verworvenheden hebben gelegen en historisch al waren vastgelegd. Als men zich eenmaal bewust is hiervan, kan positie worden gezien als systemisch en tijdelijk en kan men uitgaan van een moreel gelijke basis.

Naast historische kennis is het nodig dat zorgverleners tijd maken en krijgen voor ‘het andere gesprek’. Stellaard (2023) gebruikt deze term in haar onderzoek naar het beleid in de jeugdzorg. Zij concludeert dat binnen de jeugdzorg in 40 jaar tijd de overheid alsmaar met dezelfde oplossingen is gekomen voor dezelfde problemen, zonder dat de problemen ook

daadwerkelijk werden opgelost. Zij pleit voor een ander gesprek, oftewel een geheel nieuwe benadering, waarin verdere protocollering en strengere eisen geen onderdeel zijn van de oplossing omdat het geen oplossing gebleken is. Ik zie een parallel in de geboortezorg met de nadruk op het steeds weer moeten maken van werkafspraken en het vastleggen van domeinen in protocollen en richtlijnen, zonder dat dit leidt tot betere uitkomsten. Ofschoon ik het belang zie van gezamenlijke doelen, een heldere visie en protocollen waar iedereen die het protocol aangaat, achter kan staan, is het vorm geven aan gelijkwaardigheid en het inzichtelijk maken van onderlinge verschillen nog een stap die daaraan vooraf zou moeten gaan.

Het gelijkstellen van de kennissystemen van de 1^e en de 2^e lijn in waarde lijkt mij daarin cruciaal. Nu lijkt deze schakeling hiërarchisch, de fysiologische (wetenschappelijke) kennis van de 1^e lijn is ondergeschikt aan de (wetenschappelijke) kennis van de pathologie van de 2^e lijn. Hier verliest de kennis van de 1^e lijn aan waarde, waar die volgens de resultaten uit onderzoek juist van grote waarde is voor de zorg. Gelijkschakeling in waarde lijkt dus van cruciaal belang voor het ervaren van (moreel) gelijke waarde in samenwerking. Hierin sluit ik me aan bij auteurs als Ashley et al. (2022) die ervoor pleiten dat verloskundigen zowel taal als theorie moeten kunnen ontwikkelen om zich als (moreel) gelijkwaardig te kunnen positioneren naast de gynaecoloog. Bij het ontwikkelen van taal hoort wat mij betreft ook kennisontwikkeling van - en de toepassing ervan op - frames en reactief taalgebruik.

Ik doe ook nog een gewaagde aanbeveling. Ik zou ervoor willen pleiten dat verloskundigen en gynaecologen in het discours over hun onderlinge samenwerking wellicht het woord *gelijkwaardigheid* loslaten en in plaats daarvan de focus verleggen naar morele gelijkwaardigheid, professionaliteit en de onderlinge afhankelijkheid en de verheldering daarvan, zoals genoemd en geïnterpreteerd door Tronto (1993; 2013), Van Heijst (2005) en Kittay (2011). Het erkennen en vormgeven van onderlinge afhankelijkheid onder zorgverleners leidt immers vanzelf tot het erkennen van kwetsbaar zijn, het tonen van wederzijds begrip, het ontstaan van meer menslievende zorg (Van Heijst, 2005) en het verminderen van machtsverschillen (Tronto, 2013).

Graag kom ik terug op de impact van systemen in het vormgeven van de samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen. Eerder zagen we dat het zorgethisch als immoreel gezien wordt om de volledige verantwoordelijkheid voor de samenwerking bij de zorgverleners zelf neer te leggen (Baur et al., 2017). Het verschil in positie tussen verloskundigen en gynaecologen is historisch en systemisch bepaald en heeft invloed op de samenwerking. Een deel

van de oplossing richting verbetering van die samenwerking zal mijns inziens dan ook bij het systeem vandaan moeten komen. Dat houdt in dat overheid en politiek zich actief inzetten voor het verkleinen van de onderlinge machtsverschillen en dat niet alleen overlaten aan de zorgverleners zelf. Dit vraagt om ondersteuning vanuit de overheid voor het gelijkstellen van kennissystemen, het gelijkwaardig toekennen van waarde uit wetenschappelijk onderzoek in beleid en aanpassingen in het onderwijs van verloskundigen en gynaecologen.

Tenslotte pleit ik voor het loslaten van de druk vanuit de overheid op goede samenwerking die moet leiden tot het verminderen van de babysterfte in Nederland. Er is geen wetenschappelijke grond voor de zwaarte die aan de koppeling samenwerking – babysterfte wordt ontleend. Het vanuit de overheid met kracht doorvoeren van onbewezen beleid leidt niet tot betere uitkomsten. Het zou mooi zijn als de zorgverleners de druk zouden mogen loslaten die vanuit de overheid gelegd wordt op de koppeling tussen samenwerking en uitkomsten. In plaats daarvan zou het gesprek over de samenwerking kunnen gaan over het verbeteren van het werkklimaat, het verminderen van onderlinge vooroordelen en het erkennen van elkaars toegevoegde waarde ten voordele van de zorgontvanger(s). Het faciliteren hiervan is een maatschappelijke opdracht, zowel aan de zorgverleners als aan het (politieke) systeem.

8.3 Beperkingen

Zoals eerder gezegd heb ik me in mijn onderzoek beperkt tot verloskundigen en gynaecologen, terwijl er andere disciplines actief zijn in de geboortezorg die hun bijdrage leveren aan samenwerking, communicatie en zorg. Wat het effect is van bijvoorbeeld managers in de zorg, kinderartsen, kraamzorg en doula's op de samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen blijft in deze thesis buiten beschouwing.

Ik heb gebruik gemaakt van interviews die zijn afgenomen in het kader van de VOICE studie. Ik heb de topiclist voor de interviews dus niet zelf ontworpen en delen van de interviews die gingen over onder andere bekostiging niet kunnen gebruiken. De VOICE studie heeft een bredere database dan de 16 interviews die ik heb geanalyseerd. Er zijn naast deze interviews nog 19 interviews afgenomen onder andere disciplines en er zijn 20 focusgroepen gehouden en 180 surveys verzameld. Resultaten uit deze rijke data die buiten de door mij geanalyseerde interviews vallen heb ik niet meegenomen in mijn afstudeeronderzoek.

Gaandeweg de tijd dat ik bezig was met mijn onderzoek, werd mij duidelijk dat er nog zoveel meer te zeggen is over verschillende thema's die in deze thesis aan de orde komen.

Hiermee doel ik op grote vragen als ‘wat is de maatschappelijke opdracht aan de geboortezorg’, ‘welke politieke invloed licht ten grondslag aan het huidige beleid’, ‘wat is het effect van de marktwerking op de geboortezorg’, en ook meer filosofische vragen als ‘hoe zijn de onderlinge verschillen in visie tussen verloskundigen te overbruggen’ en ‘in hoeverre is de keuzevrijheid van de zwangere eigenlijk beperkt en gestuurd door zowel maatschappij als zorgverleners en daardoor in verband te brengen met visieverschil en domeinenstrijd tussen verloskundigen en gynaecologen’. Zoals wel vaker met het doen van wetenschappelijk onderzoek, riep het schrijven van deze thesis ook weer veel vragen op.

Tenslotte, het doen van een discoursanalyse brengt per definitie enige onderzoekersbias met zich mee. Ik heb getracht zo objectief mogelijk te kijken naar de transcripten. Het feit dat ik de geïnterviewden niet kende en de transcripten al geanonimiseerd aangeleverd heb gekregen was daarin naar mijn idee van toegevoegde waarde. Toch ben ik op zoek gegaan naar thema’s en patronen en is enige bias daarin vanuit mijn eigen achtergrond als verloskundige wellicht niet te vermijden geweest.

Dankwoord

Deze thesis is niet zonder hulp en steun tot stand gekomen. Een paar mensen wil ik graag noemen. Allereerst Jolanda, Marieke en Ank. Marieke, als jij niet op het idee was gekomen dat ik de interviews van de VOICE studie zou kunnen gebruiken en Jolanda en Ank, als jullie niet volmondig mee waren gegaan in dat plan, was deze thesis er in deze vorm niet gekomen. Grote dank aan jullie voor jullie generositeit en visionaire kijk op goede zorg. Daarnaast ook veel dank aan jullie en aan Dorine voor het meelezen. Jullie kennen de wereld van de geboortezorg heel goed en dat maakte jullie kritische blik van grote waarde. Gustaaf, enorm bedankt voor je prettige wijze van begeleiden. Ik heb heel veel van je geleerd en veel plezier gehad in de interacties met jou. Dank voor je tijd en je zorgvuldigheid en je waardevolle aanvullingen. En Inge, dank voor het vervullen van de rol van tweede lezer en de tijd die je vrij hebt gemaakt hiervoor ondanks je drukke schema. Debora en Sietske, heel veel dank voor het ‘peer-reviewen’ van deze thesis. Dank voor zowel jullie tijd als jullie inzichten en vragen bij bepaalde passages. En Steven, dank voor de vele ‘peer-gesprekken’ die we het afgelopen jaar hebben gevoerd over het schrijven van een thesis en wat erbij komt kijken. Het heeft de thesis beter gemaakt dan wanneer ik alles alleen had gedaan. Tenslotte, mijn gezin en al mijn lieve naasten, het is niet voor het eerst dat ik heb gestudeerd en me soms zorgen heb gemaakt of het allemaal wel goed kwam. Dank voor jullie steun en support en jullie rotsvaste geloof in mij in de afgelopen twee jaar.

Literatuur

Aanbiedingsformulier [Zorgstandaard] voor opname in het Register – 30-6-2016. Zorginstituut Nederland.

Ashley, R., Goodarzi, B., Horn, A., De Klerk, H., Ku, S.E., Marcus, J.K. Mayra, K., Mohamied, F., Nayiga, H., Sharma, P., Udho, S., Ruby Vijber, M., Van der Waal, R. (2022). A call for critical midwifery studies: Confronting systemic injustice in sexual, reproductive, maternal, and newborn care. *Birth* 49, 355–359.

Avis, M., Malik, M., Fraser, D.M. (2013). Practising under your own pin – a description of the transition experiences of newly qualified midwives. *Journal of Nursing Management*, 21 (8), 1061-1071.

Bacchi, C.L. (2009). *Analysing Policy: What's the problem represented to be?* Pearson.

Bacchi, C. (2012). Why Study Problematizations? Making Politics Visible. *Open Journal of Political Science*, 2(1), 1-8 <http://dx.doi.org/10.4236/ojps.2012.21001>

Baur, V., van Nistelrooij, I. & Vanlaere, L. (2017). The sensible health care professional: a care ethical perspective on the role of caregivers in emotionally turbulent practices. *Med Health Care and Philos* 20, 483–493. <https://doi.org/10.1007/s11019-017-9770-5>

[Baxter, S.K., Johnson, M., Chambers, D., Sutton, A., Goyder, E., Booth, A. \(2018\) Understanding new models of integrated care in developed countries: a systematic review. Health Services and Delivery Research, 6 \(29\). https://doi.org/10.3310/hsdr06290](#)

Boeije, H. & Bleijenbergh, I. (2019). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Boom.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (z.d.) [De invloed van het nieuwe zorgstelsel op conjunctuurindicatoren | CBS](#). Geraadpleegd 1 juni 2024.

College Perinatale Zorg, Kennisnet geboortezorg. (z.d.). [Berekening tarieven | CPZ \(kennisnetgeboortezorg.nl\)](#). Geraadpleegd 28 mei 2024.

Creswell, J.W. & Poth, C.N. (2018). *Qualitative inquiry and research design. Choosing among five approaches*. SAGE publications.

Cronie, D., Rijnders, M., Jans, S., Verhoeven C.J., De Vries, R. (2019). How good is collaboration between maternity service providers in the Netherlands? *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 12, 21-30.

Dartel, H. & Molewijk, B. (2020). *In gesprek blijven over goede zorg. Overlegmethoden voor moreel beraad*. Boom.

Davidson, L., Scott, J., Forster, N. (2021). Patient experiences of integrated care within the United Kingdom: A systematic review. *International Journal of Care Coordination*, 24(2), 39–56. DOI: 10.1177/2053434521100450

Davis-Floyd, R & Sargent, C.F. (1997). *Childbirth and authoritative knowledge*. University of California Press.

De Bruijn, H. (2016). *Framing. Over de macht van taal in politiek*. Atlas Contact.

Dehue, T. (2023). *Ei, foetus, baby. Een nieuwe geschiedenis van zwangerschap*. Atlas Contact.

De Jonge, A., Stuijt, R., Eijke, I., Westerman, M.J. (2014). Continuity of care: what matters to women when they are referred from primary to secondary care during labour? a qualitative interview study in the Netherlands. *BMC Pregnancy and Childbirth* 14(103), 2-11.
<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/103>

De Jonge, A., Zandstra, L., Leemans, A., Verhoeven, C. J. M., & Sinatti, G. (2022). Een diepe duik in watchful attendance. *De Verloskundige*, 3(03), 36-39.

Evers, J. (2015). *Kwalitatief interviewen: kunst en kunde*. Boom | Lemma.

Feder Kittay, E. (2011). *From the Ethics of Care to Global Justice*. Geraadpleegd 18 februari 2024 via www.uwethicsofcare.gws.

Feijen-de Jong, E. I., van der Voort-Pauw, N., Nieuwschepen-Ensing, E.G., & Kool, L. (2022). Intentions to leave and actual turnover of community midwives in the Netherlands: a mixed method study exploring the reasons why. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 35(6), 573-582. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.02.004>

Goodarzi, B., van der Post, J. Schellevis, F., de Jonge, A. (2018). Invoering integrale geboortezorg voorbarig. *Medisch Contact*. 24 (14 juni 2018), 18-20.

Goodarzi, B. (2021). Overzichtsnotitie Verloskundige Indicatielijst. Gemaakt in opdracht van de KNOV.

Goodarzi, B. (2023). Putting risk in its place: The complexity of risk selection in maternal and newborn care. [PhD-Thesis - Research and graduation internal, Vrije Universiteit Amsterdam]. s.n. <https://doi.org/10.5463/thesis.86>

Hamington, M. (2012). Care ethics and corporeal inquiry in patient relations. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 5(1), 52–69. <https://doi.org/10.3138/ijfab.5.1.52>

Hanze Hogeschool Groningen, Hogeschool Utrecht (2014). *Handleiding discoursanalyse*. <https://www.hu.nl/onderzoek/publicaties/handreiking-discoursanalyse>

Hehenkamp, W.J.K., Van der Made, F.W., Kist, W.J., & De Groot, P.C.M. (2011). De mannelijke gynaecoloog: een uitstervend ras? *Nederlands tijdschrift voor Obstetrie & Gynaecologie*. 124 (6), 206-209.

Historiek. (z.d.). De vroegmoderne vroedvrouw, een expert in Nieuw-Nederlandse justitie. [Vroedvrouwen waren ook belangrijk in de rechtszaal | Historiek](#). Geraadpleegd 3 juni 2024.

Kamerbrief Versterking eerstelijns zorg, 2023. Geraadpleegd 18 februari 2024 via [Kamerbrief versterking eerstelijnszorg | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl](#)

Kamerstuk Zorgverzekeringswet 2004. [KST82528 0405tkkst29763-44 ISSN 0921- 7371 Sdu Uitgevers 's-Gravenhage 2004.](#) Geraadpleegd 3 juni 2024.

Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen. (z.d.). Historie. <https://www.knov.nl/over-knov/vereniging/historie>. Geraadpleegd 27 april 2024.

Leget, C., Van Nistelrooij, I., Visse, M. (2017). Beyond demarcation: Care ethics as an interdisciplinary field of inquiry. *Nursing Ethics*, 26(1):17-25. doi: 10.1177/0969733017707008.

Magee, A. & Pherali, T. (2019) Paulo Freire and critical consciousness in conflict-affected contexts. *Education and Conflict Review* (2), 44-48.

Maimburg, R.D., Declercq, E.R., De Jonge, A. (2023). Midwifery care is evidence-based but under increasing pressure. *Sexual & Reproductive Healthcare*. (36). ISSN 1877-5756, <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100858>.

Munawar, S. (2022). In the belly of the whale: Theorizing disability through a de-colonial and Islamic ethic of care. In I. van Nistelrooij, M. Sander-Staudt & M. Hamington (Red.), *Care Ethics, Religion, and Spiritual Traditions* (pp. 299-323). Peeters.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2024, March 8). Kerncijfers geboortezorg. Geboortezorg | Nederlandse Zorgautoriteit. <https://www.nza.nl/zorgsectoren/geboortezorg/kerncijfers-geboortezorg>. Geraadpleegd 01-05-2024.

Murphy – Lawless, J. (1998). *Reading Birth and Death. A history of obstetric thinking*. Cork University Press.

Neppelenbroek, E.M., Verhoeven, C.J.M., Van Der Heijden, O.W.H. (2024). Antenatal cardiotocography in dutch primary midwife-led care: Maternal and perinatal outcomes and serious adverse events. *Women and Birth*. (37) 177–187.

<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.08.006>

Netwerksamenwerking in de geboortezorg, 2023. SiRM. [Handreiking-versterken-netwerksamenwerking-in-de-geboortezorg.pdf \(sirm.nl\)](#)

Niles, P. M., Vedam, S., Witkoski Stimpfel, A. & Squires, A. (2021). *Kairos* care in a *Chronos* world: Midwifery care as a model of resistance and accountability in public health. *Birth*, 48(4), 480-492. <https://doi.org/10.1111/birt.12565>

Nivel. (z.d.). [Gynaecoloog is steeds vaker vrouw | Nivel](#). Geraadpleegd 1 juni 2024.

NVOG. (z.d.) Hernieuwd standpunt van de NVOG met betrekking tot CTG in de 1^e lijn. Geraadpleegd op 26 januari 2024, van www.nvog.nl/hernieuwd-standpunt-van-de-nvog-met-betrekking-tot-ctg-in-de-1e-lijn

NVOG. (z.d.) Geschiedenis van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. nvog.weebly.com/de-nvog.html. Geraadpleegd 10 juni 2024.

Overheid. (z.d.). [wetten.nl - Regeling - Zorgverzekeringswet - BWBR0018450 \(overheid.nl\)](http://wetten.nl - Regeling - Zorgverzekeringswet - BWBR0018450 (overheid.nl)). Geraadpleegd 16 juni 2024.

Perined. (z.d.). Kerncijfers 2021.

<https://www.perined.nl/onderwerpen/publicaties-perined/kerncijfers-2021>.

Geraadpleegd 01-05-2024.

Peristat II. (2008). *European perinatal health report. Better statistics for better health for pregnant women and their babies in 2004*. Geraadpleegd 15 februari 2024 via

www.europeristat.com

Pulcini, E. (2017). What Emotions Motivate Care? *Emotion Review*, 9(1), 64-71. <https://doi.org/10.1177/1754073915615429>

Projectnet.(2021). Subsidieaanvraag - *The VOICE study; Variation in the Organisation of Integrated CarE*. Ingediend door Projectnet in het programma Zwangerschap en Geboorte II van ZonMw. [The VOICE study; Variation in the Organisation of Integrated CarE | ZonMw Projects](#)

RIVM. (z.d.). [Zorgbalans 2010 : De prestaties van de Nederlandse zorg | RIVM](#). Geraadpleegd 28 mei 2024.

RIVM rapport. (2020). *Integrale bekostiging van de geboortezorg: ervaringen na drie jaar en de eerste zichtbare effecten*. DOI 10.21945/RIVM-2020-0124

RIVM rapport. (2023). *Vijf jaar integrale bekostiging van de geboortezorg: effecten op zorggebruik, gezondheidsuitkomsten en zorguitgaven*. DOI 10.21945/RIVM-2023-0470

Rodriguez Rivas-Stellaard, S. D. (2023). *Boemerangbeleid: over aanhoudende tragiek in passend onderwijs- en jeugdzorgbeleid*. [PhD-Thesis - Research and graduation internal, Vrije Universiteit Amsterdam]. BOOM. <https://doi.org/10.5463/thesis.141>

Schultz E.C. (2013). *Nederlandse verloskundigen, hun historie en verloskundig erfgoed: een veronachtzaamd gebied*. [Master Scriptie Cultuurgeschiedenis Universiteit Utrecht]. Geraadpleegd op 26 januari 2024 via www.studentthesis.uu.nl

Staat Volksgezondheid en Zorg. (z.d.). <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/perinatale-sterfte>. Geraadpleegd op 16 juni 2024.

Stuurgroeprapport Zwangerschap en Geboorte (2009) '*Een goed begin*', *veilige zorg rondom zwangerschap en geboorte*. [Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte \(bijlage bij 29323, nr. 75\) - Rapport - Parlementaire monitor](#)

Taalstrategie. (z.d.). www.taalstrategie.nl. Geraadpleegd 28 mei 2024.

Tronto, J.C. (1993). *Moral Boundaries*. Routledge.

Tronto, J.C. (2013). *Caring Democracy : Markets, Equality, and Justice*. New York University Press.

Tronto, J.C. (2017). There is an alternative: homines curans and the limits of neoliberalism. *International Journal of Care and Caring*, 1(1), 27–43, DOI: 10.1332/239788217X14866281687583

Urban Walker, M. (2007). *Moral Understandings. A feminist study in ethics*. Oxford University Press.

Van der Waal, R. & Van Nistelrooij, I. (2024). Shroud waving self-determination: A qualitative analysis of the moral and epistemic dimensions of obstetric violence in the Netherlands. *PLoS ONE* 19(4): e0297968. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0297968>

Van Hassel, R., Van der Waal, R., Van Nistelrooij, I. (2022). Mijn belichaamde kennis is van waarde. Een auto-etnografische, zorgethische analyse van epistemisch onrecht binnen de Nederlandse reproductieve zorg. *Tijdschrift voor genderstudies* 25 (4), 339-362 <https://doi.org/10.5117/tVgN2022.4.004.hAss>

Van Heijst, A. (2005). *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Klement.

Van Nistelrooij, I. (2019). *Basisboek zorgethiek*. Berne Media.

Van Nistelrooij, I. & Van der Waal, R. (2019). Moederschap en geboorte: relationaliteit als alternatieve ethische benadering. *Tijdschrift voor Gezondheidszorg & Ethiek* 29 (2), 53-57

Van Nistelrooij, I., Sander-Staudt, M., Hamington, M., (2022). *Care Ethics, Religion, and Spiritual Traditions*. Philosophy Faculty Publications and Presentations. Portland State University. https://pdxscholar.library.pdx.edu/phl_fac/77

Verloskunde – academie. (z.d.) [Geschiedenis – Academie Verloskunde \(verloskunde-academie.nl\)](https://www.verloskunde-academie.nl). Geraadpleegd 1 mei 2024.

VSV basiskader, 2023. Federatie van VSV's. [VSV-basiskader.pdf \(kennisnetgeboortezorg.nl\)](https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/VSV-basiskader.pdf)

[ZonMw. \(2023\). Voorstel stimuleringsprogramma 'Versterking verloskundige samenwerkingsverbanden \(VSV's\) inclusief Integrale Geboortezorg Organisaties \(IGO's\)'](#).

Zorginstituut Nederland. Verslag Adviescommissie kwaliteit, mei 2016

Zorginstituut Nederland. Verslag Adviescommissie kwaliteit, juli 2016

Zorginstituut Nederland. Verslag Kwaliteitsraad, september 2016.

Zorgstandaard Integrale Geboortezorg, versie 1.1. (2016). CPZ

Zorgstandaard Integrale Geboortezorg, versie 1.2. (2020). CPZ

BIJLAGEN

Bijlage 1: Tijdelijke aanstelling VUmc

Bijlage 2: Codes transcripten interviews

Bijlage 3: Privacy verklaringen

Bijlage 4: Application Ethical Review Master students

Bijlage 5: Transcriptieregels

Bijlage 1: Tijdelijk aanstelling VUmc

Personeel en organisatie

Formulier persoonlijke gegevens nieuwe medewerker

In te vullen door de leidinggevende	
Te gebruiken voor het opvragen van gegevens bij de nieuwe medewerker t.b.v. van de registratie in Selfservice.	Formulier digitaal of in blokletters invullen. Incomplete aanvragen worden niet in behandeling genomen
Voor de functie van	

In te vullen door de nieuwe medewerker	
! Noteer je persoonlijke gegevens zoals deze worden vermeld op je identiteitsbewijs !	

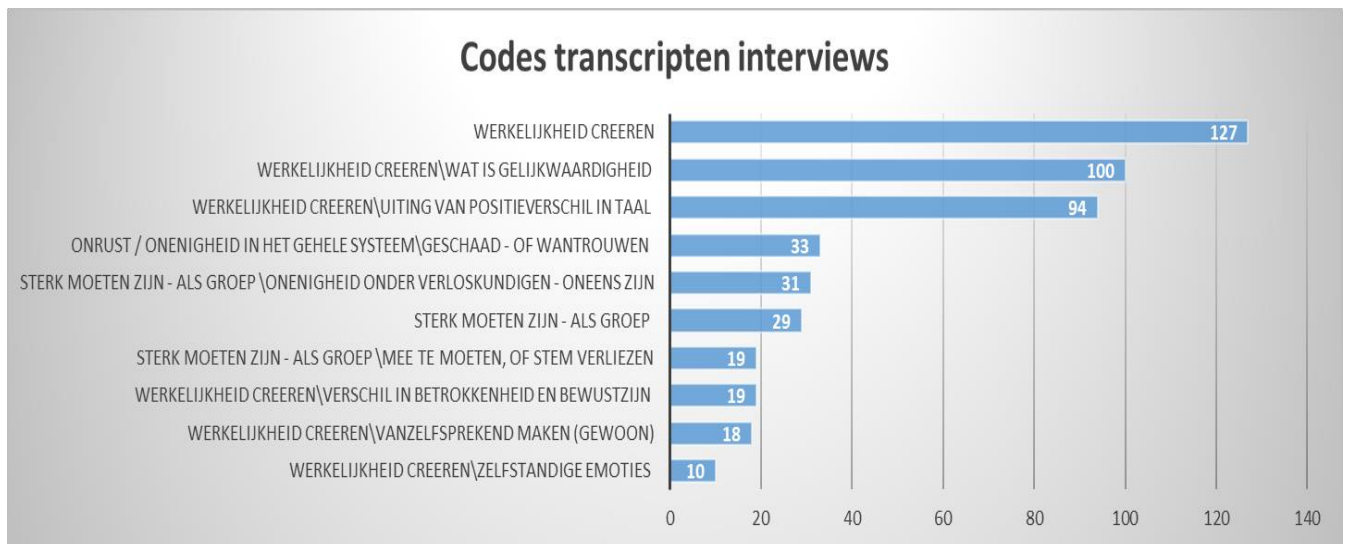
Jouw privacy
 Wij hechten veel belang aan jouw privacy en daarom gaan we zorgvuldig om met je persoonsgegevens. In ons privacy statement vind je informatie over de wijze waarop we met het verwerken van je persoonsgegevens omgaan. Het intern privacy statement voor medewerkers van locatie VUmc vind je [hier](#).

eigennaam	Evers		<input type="checkbox"/> m <input checked="" type="checkbox"/> v
burgerlijke staat	<input type="checkbox"/> ongehuwd	<input type="checkbox"/> duurzaam gescheiden	
	<input checked="" type="checkbox"/> gehuwd	<input type="checkbox"/> geregistreerd partnerschap	<input type="checkbox"/> ongehuwd samenwonend
	indien gehuwd, echtgenoot van Veldhuyzen, D.C.		
voorkeur naam	<input checked="" type="checkbox"/> alleen eigennaam	<input type="checkbox"/> partnaam - eigennaam	<input type="checkbox"/> eigennaam - partnaam
	<input type="checkbox"/> alleen partnaam		
voornamen (voluit)	Ruth		
roepnaam	Ruth	academische titel(s)	
adres	Wijtenbachstraat 19a	postcode	1093 HR
woonplaats/land	Amsterdam	NL	
geboorteplaats	Amsterdam	geboortedatum	30 - 4 - 1973
geboorteland	Nederland	nationaliteit	NL
telefoon / mobiel	06-24742472 /	privémailadres	r.evers@talmor.nl
IBAN-rekeningnummer	NL09 ABNA 0568 5819 03	BSN-Nummer	195409073

Alleen voor sollicitanten met een registratie bij RIBIZ	
BIG-registratienr.	
BIG: datum 1 ^o registratie in het register	- - -
BIG: einddatum BIG-registratie	- - -

Dit formulier volledig en naar waarheid ingevuld hebbend.	
Met het terugsturen van het formulier verklaart de medewerker de gegevens naar waarheid te hebben ingevuld.	datum 8 2 2024

Bijlage 2: Codes transcripten interviews



Bijlage 3: Privacy verklaringen

UNILATERAL CONFIDENTIALITY AGREEMENT

BETWEEN:

(1) VUMC medical center, part of Foundation VUmc, with registered address at the De Boelelaan 1117, 1081 HV Amsterdam, The Netherlands, ("VUMC")

and

(2) Ruth Evers , with address at Wijttenbachstraat 19a, 1093 HR, Amsterdam ("Receiving Party").

BACKGROUND

VUMC wishes to assure the confidentiality of certain information that has been or may be disclosed for the Purpose as defined below. VUMC is willing to disclose Confidential Information on the terms and conditions set forth herein.

IT IS AGREED AS FOLLOWS:

1. Definitions

In this Agreement the following words and expressions shall have the following meanings:

"Authorised Persons"	VUMC's directors, officers, employees, consultants and legal or other professional advisers. In this Agreement references to Authorised Persons shall be deemed to include respectively any Affiliate of VUMC.
"Affiliate"	any individual, company, partnership or other entity, which directly or indirectly, at present or in the future, controls, is controlled by or is under common control with VUMC. For purposes of this definition, the term "control" means direct or indirect ownership of at least 50% of the voting stock or interest in an entity or control of the composition of the board of directors.
"Confidential Information"	any information disclosed by VUMC with regard to the Purpose, in whatever format, shall be deemed confidential if the nature of the information is confidential and of which Receiving Party reasonably knows or should know that that information is confidential (such as, but not limited to, know-how, data, formulae, results of experimentation, specifications, inventions, techniques, research and development plans, documents, drawings, sketches, designs, samples, prototypes, business strategies and plans, software and other technical or business information and intellectual property rights).
"Effective Date"	08-02-2024
"the Purpose"	<i>Masterthesis i.s.m. Jolanda Liebrechts VOICE study</i>

2. Confidentiality

- 2.1 Receiving Party shall keep Confidential Information confidential and shall protect such Confidential Information with a degree of care that is no less than the Receiving Party uses to protect its own confidential information, but always at least a reasonable degree of care.
- 2.2 Receiving Party shall not disclose any Confidential Information to any person except to Authorised Persons and then in confidence and only to the extent necessary for the Purpose;
- 2.3 Receiving Party shall use the Confidential Information only for the Purpose;
- 2.4 Receiving Party shall be responsible for ensuring that all persons having access to Confidential Information through the Receiving Party comply with the obligations accepted under this Agreement.
- 2.5 The obligation to maintain confidentiality shall not apply to information of which Receiving Party can prove that the information:
 - had been available to Receiving Party already before this Agreement was signed;
 - is or, since the Agreement was signed, has become publicly known, through no fault of Receiving Party;
 - is developed independently of the received information;
 - is received from third parties and, to the best of knowledge of Receiving Party, has not originated from VUMC;
 - is to be disclosed pursuant to the order or requirement of a court, administrative agency or other governmental body, provided that Receiving Party shall provide VUMC with prompt notice of such order or related proceedings to afford VUMC an opportunity to intervene and prevent the disclosure.
- 2.6 An explanation of this agreement is attached in the Dutch language in annex I. In case of a conflict between the provisions in this unilateral confidentiality agreement and provisions in annex I, the provisions of this unilateral confidentiality agreement shall prevail.

3. Amendments

Ancillary agreements, amendments or additions hereto must be made in writing.

4. Property

- 4.1 VUMC retains the title of ownership of the Confidential Information, including intellectual property rights enclosed in the Information. No license or conveyance of any such rights to Receiving Party is granted or implied under this agreement. No commercial obligation on the part of either Party is intended or undertaken.
- 4.2 If requested by VUMC, Receiving Party shall promptly return to VUMC all goods and documents received or made available by VUMC, containing or relating to the Confidential Information, except for one (1) copy which can only be used for archival purposes and possible legal proceedings with regard to this Agreement.

5. Effective Date and Term

- 5.1 This Agreement will come into force and effect on the Effective Date.
- 5.2 The Term of this Agreement is one (1) year as of the Effective Date of this Agreement. The disclosure of Confidential Information shall occur within that year. The provisions regarding the confidentiality and non-use thereof, as set forth in this Agreement, shall remain in force for five (5) years as of the expiration date of this Agreement. Article 4.1 will last indefinitely.

6. Warranty

VUMC will provide all Confidential Information on an "as is" basis, without any warranty whatsoever, whether express, implied or otherwise, regarding its accuracy, completeness, non-infringement of third party rights or otherwise. VUMC disclaims all implied warranties for its Confidential Information, including but not limited to implied warranties of fitness for a

particular purpose, and merchantability, and all implied representations and warranties provided by law or statute. VUMC shall not be liable for any damage, including but not limited to, direct, indirect, consequential, punitive, incidental, exemplary or special damage relating to Receiving Party's use of any confidential information disclosed by VUMC hereunder.

7. Law

- 7.1 This Agreement shall be interpreted, governed and enforced exclusively in accordance with the laws of The Netherlands.
- 7.2 All disputes between Parties related to this Agreement that cannot be solved amicably in a reasonable period of time, are to be submitted to the competent court in Amsterdam, The Netherlands.

Agreed and signed in twofold,

For and on behalf of Receiving Party

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Ruth Evers', written over a horizontal line.

Signature:

Name: Ruth Evers

Title: Master student

Date: 08-02-2024

Algemene Privacyverklaring

voor projecten waar met niet anonieme gegevens gewerkt wordt.

Ondergetekende verklaart hierbij:

1. Zorgvuldig om te gaan met privacy gevoelige gegevens
2. Kennis te hebben van de code goed gedrag, en deze te volgen
3. Kennis te hebben genomen van de privacy richtlijnen uit het EMGO* kwaliteitshandboek en deze te volgen, met name: Law and Regulations ; Privacy en Transfer and Archiving
4. Privacy gevoelige gegevens niet aan derden te zullen geven of met derden te bespreken. Derden zijn alle niet direct bij het project betrokken personen.

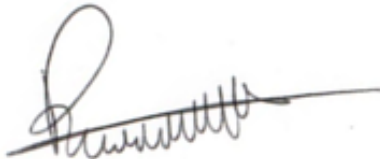
De code goed gedrag is opgesteld door de Federatie van Medisch Wetenschappelijke Verenigingen (FMWV) en is via het EMGO kwaliteitshandboek te raadplegen.

Naam: Ruth Evers

Functie: Master Student (VOICE)

Datum: 08-02-2024

Handtekening:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ruth Evers', with a long horizontal line extending to the right.

Application Ethical Review Master students

This form is to be used by master students only. **Staffmembers, PhD candidates and bachelor students should use a different form.**

Warning: some students report problems when using Safari as a browser. You are advised to use Chrome.

The questions in the application form concern:

- some basic information
- data collection (if applicable)
- the research design (if data of natural persons is collected)
- participants (idem)
- cooperation, independence and possible conflict of interest
- compliance

The questions can be answered in English or Dutch.

If you close this form before completing it, your answers will be stored in the cache of your browser. If you do not clear the cache and use the same browser you can continue where you left off. If you do not want to complete the application and need to start a new one using the same browser, just clear the cache of your browser.

After completing the form you can 'print' it as a PDF. Make sure to do so and send the form and the accompanying documents (such as: Research Proposal, DMP and informed consent documents) to your supervisors.

Basic information

1. Name applicant *

Ruth Evers

Bijlage 5: Transcriptieregels

Bijlage Transcriptieregels

1. [...]

Tekst tussen vierkante haken is toegevoegd door mij om het citaat te verhelderen voor de lezer

2. (...)

Gebruik van de haakjes met drie puntjes erin heb ik toegepast om dubbele woorden of woorden die het citaat minder leesbaar maken weg te halen

3. Vetgedrukt

Vetgedrukte woorden of zinsdelen in het citaat uit het transcript zijn een toevoeging van mij ter benadrukking van het woord of zinsdeel

4. Cursief

De citaten die cursief zijn gedrukt zijn letterlijke overnames uit de transcripten

5. Standaard tekst

Standaard tekst vermeld achter een citaat is mijn interpretatie van de tekst