

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

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



Door: Christel Kings (1035452)

Begeleider: Dr. Elleke Landeweer

Tweede lezer: Dr. Merel Visse

Examinator: Dr. Elleke Landeweer

Universiteit voor Humanistiek  
Master Zorgethiek en beleid

28 juni 2024, Rotterdam

## Voorwoord

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

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

Als we het hebben over prenatale zorg, dan heb ik er zelf bewust voor gekozen om onder controle te gaan bij caseload verloskundige Annick, een zogenoemde vroedvrouw die werkt vanuit een holistisch perspectief. Tot op de dag van vandaag ben ik Annick dankbaar voor haar begeleiding, haar bemoedigende woorden en haar onvoorwaardelijke steun tijdens mijn zwangerschap. Echter, mijn motivatie voor het aanmelden bij een verloskundige was wellicht ook niet zoals 'hoort'. Kennis over diagnostische testen, preventieve maatregelen en complicaties bezat ik immers al vanuit mijn eigen verloskundige expertise. Mijn lieve partner Erik daarentegen... Voor hem vond ik prenatale zorg noodzakelijk. De transitie naar het ouderschap zag ik als een gezamenlijke opgave, waarin hij naar mijn idee net zo goed op de hoogte hoort te zijn van alle keuzes, opties en mogelijkheden om een gezonde zwangerschap en de periode hierna zo goed mogelijk na te streven. Zo gaf ik invulling aan wat voor mij belangrijk was in het ontvangen van prenatale zorg.

Om mij heen zag ik verloskundige vriendinnen die dezelfde soort keuzes maakten. Zij weken daarmee af van de gebruikelijke norm. Zij combineerden hun thee-afspraken met andere verloskundige vriendinnen met het beluisteren van de harttonen van de baby in de buik. Of zij controleerden zelf hun eigen bloeddruk, na een lange spreekuurdag of tussen de kraamvisites door, en stelden aan de hand daarvan hun eigen zorgpad op. Ongekaderd en passend bij hun eigen intuïtieve wensen, ideeën en behoeften. Vaak gingen deze vriendinnen na de geboorte van hun kind weer aan het werk en hoorde ik opnieuw hun verhalen over de moeilijkheden die zij ervoeren wanneer cliënten, al dan niet onbewust, afweken van de voorgeschreven zorgpaden. Moeilijkheden waarin ik mijzelf goed herken; ook ik heb hier als verloskundige weleens moeite mee.

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

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

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

## Samenvatting

In deze scriptie onderzoek ik hoe een analyse van discoursen rondom de normatieve verwachting dat zwangeren tijdig prenatale zorg moeten ontvangen in verloskundige beleidsdocumenten kan bijdragen aan het verkrijgen van inzicht in hoe institutionele en culturele invloeden ertoe leiden dat het niet (tijdig) in prenatale zorg komen als probleem wordt gedefinieerd. Door deze discoursen te analyseren, kunnen we beter begrijpen hoe beleidsdocumenten negatieve aannames en stigmatisering in de hand kunnen werken en hoe ze kunnen worden aangepast om verloskundigen beter te ondersteunen in hun omgang met zwangeren die volgens de maatschappelijke norm te laat in zorg komen.

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

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

De resultaten uit de theorie en empirie tonen de noodzaak aan om de verantwoordelijkheden van verloskundigen en zwangeren te herschikken, waarvoor de 'geografie van verantwoordelijkheden', zoals voorgesteld door Walker (2007), een oplossing kan bieden. Het samenstellen van protocollen voor verloskundig handelen, waarin naar het verhaal van zwangeren die laat in zorg komen wordt geluisterd en waarin zij actief betrokken worden bij de prenatale beleidsvorming, kan stigmatisering voorkomen en hen in staat stellen zich erkend te voelen in hun zorgbehoeften.

# Inhoudsopgave

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

5.1.1. Meedenken.....	41
5.1.2. Tegen denken.....	42
5.1.3. Omdenken.....	44
5.2. De destigmatisering van laat in prenatale zorg komen.....	45
5.2.1. Meedenken.....	45
5.2.2. Tegen denken.....	46
5.2.3. Omdenken.....	46
6. Conclusie.....	48
6.1. Bevindingen uit de conclusie.....	48
6.2. Zorgethiek als alternatief perspectief.....	48
6.2. Beperkingen.....	48
6.3. Aanbevelingen.....	49
7. Kwaliteitscriteria.....	50
8. Literatuurlijst.....	51
Bijlagen.....	55
Bijlage 1: Overzicht van de beleidsrapporten.....	55
Bijlage 2: Overzicht van de protocollen.....	56

#### **Disclaimer**

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

# 1. Problemativering en relevantie

## 1.1. Aanleiding

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

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

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

## 1.2. Maatschappelijke probleemstelling

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

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

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

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

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

zwangeren verantwoordelijk houden wanneer zij niet tijdig in zorg komen. Van Brouwers et al. (2023, p.5) benadrukt dat zwangeren die volgens de norm te laat in zorg komen, hier vaak geen bewuste keuze maken en juist behoefte hebben aan erkenning van zorgverleners.

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

### 1.3. Wetenschappelijke probleemstelling

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

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

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



Van Nistelrooij (2015a, p.49) waarschuwt voor het denken in dichotomieën zoals goed/fout, omdat dit onze blik kan beperken. Deze beperking van onze blik zou wellicht de kern van stigmatisering kunnen vormen, omdat deze voortkomt uit de dichotomie risicovol/risicoloos, die ten grondslag lijkt te liggen aan preventieve zorg.

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

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

## 1.4. Vraagstelling

Uit de probleemstelling volgt de hoofdvraag:

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

Uit deze hoofdvraag volgen de volgende drie deelvragen:

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

## 1.5. Doelstelling

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

## 2. Methode

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

### 2.1. Onderzoeksbenadering

Dit onderzoek betreft een zorgethisch onderzoek, waarbij de Utrechtse benadering van zorgethiek wordt gehanteerd. In deze benadering wordt zorgethiek gezien als een interdisciplinair veld dat wordt gedreven door maatschappelijke vragen (Leget et al., 2017, p.21). De centrale vraag die aan deze maatschappelijke vragen ten grondslag ligt, is: *“Wat is goede zorg, gegeven deze specifieke situatie?”* (idem, p.21). Om deze vraag te beantwoorden wordt een theoretisch kader gebruikt dat functioneert als een multifocale interpretatieve lens (idem, p.21). Dit betekent dat meerdere perspectieven worden toegepast om het complexe onderwerp grondig en veelzijdig te begrijpen en te analyseren. Een zorgethische benadering is waardevol voor dit onderzoek omdat het diepgaand inzicht biedt in de ethische dimensies van zorgrelaties, verantwoordelijkheid en kwetsbaarheid binnen de onderzochte context.

In dit onderzoek is een theoretisch kader ontwikkeld rond het concept van zorg, waarbij moederlijke zorgpraktijken, zoals het ontvangen van prenatale zorgverlening, centraal staan. Dit is van belang omdat het de basis vormt voor het begrijpen, interpreteren en verklaren van de verzamelde data. Ook is onderzocht hoe moederlijke zorgpraktijken in de hedendaagse maatschappij worden ingevuld en hoe deze invulling het huidige morele beeld van de ‘perfecte moeder’ beïnvloedt. Er wordt verondersteld dat dit morele beeld bepalend is voor de verwachtingen rond het (aankomend) moederschap. De focus ligt hierbij op de volgende zorgethische concepten: relationaliteit, macht/positie en kwetsbaarheid. Deze begrippen worden in de zorgethiek beschouwd als ‘critical insights’, oftewel gedeelde inzichten die richtinggevend zijn voor de verdere ontwikkeling van de theorie (idem, p.23).

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

### 2.2. Onderzoeksmethode

In dit onderzoek is een koppeling gemaakt tussen theorie en empirie om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Het onderzoek begon met een literatuurstudie, die bestond uit een zorgethische verkenning en een contextuele verkenning. De zorgethische verkenning richt zich op het verduidelijken van de relevantie van zorgethiek, terwijl de contextuele verkenning een helder beeld geeft van de context waarin de specifieke discourses die in deze studie zijn onderzocht, tot stand zijn gekomen. Vervolgens werd een thematische analyse toegepast om patronen en discourses in beleidsdocumenten te identificeren. Het theoretisch onderzoek vormde hierbij de basis voor de thema’s. De verschillende fasen van de thematische analyse omvatten: het bekend raken met de data, het genereren van codes,

het construeren van thema's, het herzien van potentiële thema's, het definiëren en benoemen van thema's, en het samenstellen van het onderzoeksrapport (Terry et al., 2017, p.12).

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

Tabel 1. Stappenplan behorend bij de TRACE-methode.

1. **Opsporen:** Onderzoek naar de regels, machtsposities en autoriteit van de tekstschrijver, evenals dominante waarden, aannames en retorische kenmerken (Sevenhuijsen, 2004, p.23-32).
2. **Evalueren:** Analyse van de onderliggende politieke filosofie, probleemdefinities, machtsverhoudingen en beoordeling van de sterktes, zwaktes en de impact van het beleid (idem, p.32-34).
3. **Herziening met de zorgethiek:** Vergelijking van zorgdefinities volgens Tronto en Fischer, met aandacht voor de basisprincipes van de zorgethiek: aandacht hebben, verantwoordelijkheid nemen, competent zijn, responsief zijn, aangevuld met het creëren van een klimaat van vertrouwen (idem, p.34-39).
4. **Concretiseren:** Het reflecteren op de verantwoordelijkheden en maatregelen, evaluatie van beleidsinhoud, en beoordeling van de implementatie van zorgethiek in beleidsdocumenten, met aandacht voor politieke uitdagingen (idem, p.40-42).

In dit onderzoek heb ik eerst dominante waarden en aannames in de praktijk geïdentificeerd door middel van een discoursanalyse (stap 1). Vervolgens heb ik de probleemdefinitie in beleidsdocumenten onderzocht, met bijzondere aandacht voor de normatieve verwachting dat zwangere vrouwen tijdig gebruik moeten maken van prenatale zorg (stap 2). Daarna heb ik deze bevindingen vergeleken met zorgethische inzichten uit theoretisch onderzoek, waarbij ik onderzocht hoe vanuit een zorgethisch perspectief wordt gekeken naar de problematisering van 'laat in zorg komen' (stap 3). Tot slot heb ik, op basis van de alternatieve benadering die zorgethische inzichten bieden, aanbevelingen gedaan om prenatale zorg inclusiever te maken voor zwangeren die later in zorg komen (stap 4). De combinatie van zorgethiek met de bevindingen uit zowel theoretisch als empirisch onderzoek biedt nieuwe perspectieven om de gevonden discoursen vanuit een zorgethisch oogpunt te herzien. Zo is in de zorgethische discussie onderzocht hoe de geïdentificeerde discoursen vanuit zorgethisch perspectief kunnen worden beïnvloed of veranderd.

### 2.3. Verantwoording literatuur en bronnenselectie

In het theoretisch kader is ervoor gekozen om diverse auteurs te raadplegen om verschillende perspectieven te belichten en inzicht te krijgen in de vorming van de huidige heersende discoursen rondom de normatieve verwachting dat zwangeren tijdig prenatale zorg moeten ontvangen. Deze literatuurselectie biedt een brede en diepgaande basis voor een kritische evaluatie van deze discoursen.

### 2.3.1. Geraadpleegde literatuur

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

Voor de uitwerking van zorgethische concepten zijn verschillende bronnen geraadpleegd. Margaret Urban Walker's boek *Moral Understandings: A Feminist Study in Ethics* (2007), aanbevolen door de thesisbegeleider, verheldert de rol van verantwoordelijkheid binnen de zorgethiek. Sara Ruddick's baanbrekende werk *Maternal Thinking* (1989) biedt een andere visie op moederschapspraktijken en wordt beschouwd als een grondlegger van de zorgethiek. Daarnaast is een artikel van politicoloog en zorgethicus Fiona Robinson (2013) geraadpleegd, waarin Ruddick wordt gebruikt om de discoursen over moederschap te belichten. Ten slotte zijn artikelen van zorgethica Inge van Nistelrooij en een gezamenlijk artikel met Rodante van der Waal (2019) meegenomen, waarin de overgang naar het moederschap vanuit een zorgethische invalshoek wordt toegelicht. Deze bronnen vormden de basis voor de zorgethische verkenning in mijn onderzoek.

### 2.3.2. Sensitizing concepts

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

## 2.4. Casusdefinitie, onderzoekseenheid en dataverzameling

In dit onderzoek heb ik ervoor gekozen verschillende beleidsdocumenten te raadplegen die de afgelopen jaren invloed hebben gehad op de vorming van het huidige verloskundig beleid in Nederland. Hiervoor zijn vier inclusiecriteria gehanteerd, zoals weergegeven in Tabel 1.

Tabel 1. Overzicht van inclusiecriteria.

- ◆ Het beleidsdocument is van toepassing op de Nederlandse context (d.w.z. werd gepubliceerd in Nederland en is gericht op Nederlandse artsen, zorgverleners, beleidsmakers en/of politici).
- ◆ Het beleidsdocument werd gepubliceerd in de afgelopen 20 jaar. Deze termijn werd aangehouden omdat de verloskundige beroepsgroep in 2004 voor het laatst een voorstel deed voor een uitwerking van de prenatale zorg in beleidsdocumenten, welke in de hedendaagse praktijk nog steeds wordt gehanteerd door Nederlandse verloskundigen (KNOV, 2008, p.5).

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

Voor het empirische onderzoek heb ik beleidsdocumenten verzameld via Google. Mijn startpunt was het adviesrapport van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (2009), dat tijdens mijn verloskundige opleiding als standaard werd gezien. Omdat dit rapport inmiddels ruim 15 jaar oud is, heb ik aanvullende beleidsrapporten gezocht die voortbouwen op de aanbevelingen ervan. Ook de publicaties van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) waren relevant, vanwege hun invloed op de opleiding van verloskundigen en het verloskundig perspectief op tijdige prenatale zorg en afwijkingen van standaardzorg. Dit staat in contrast met de meeste andere beleidsrapporten, die zich vooral richten op het verminderen van perinatale sterfte en morbiditeit, en minder aandacht hebben voor verloskundige begeleiding.

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

Bij de selectie van data voor dit onderzoek is erop gelet dat er sprake zou zijn van een brede mate van diversiteit binnen de keuze voor de beleidsdocumenten, zodat verschillende sociaal-politieke, culturele en demografische contexten worden vertegenwoordigd in het onderzoek.

## 2.5. Data-analyse

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

Voor het analyseren van de geselecteerde tekstfragmenten uit de beleidsrapporten heb ik eerst de zes landelijke beleidsrapporten inductief gecodeerd. Vervolgens ben ik overgegaan op een deductieve analyse volgens het stappenplan van Boeije & Bleijenbergh (2019, p.133-140). In de daaropvolgende fase heb ik de discoursen in de beleidsrapporten opgespoord door de volgende vragen te stellen: 'Hoe worden de zwangere, de foetus, de verloskundige zorgverlener en de prenatale zorg gepositioneerd?' Deze vragen vormden de basis voor het identificeren van de heersende discoursen. Daarbij onderzocht ik welke aannames in de beleidsrapporten aanwezig waren en welke typische uitdrukkingen, metaforen en stereotypes werden gebruikt, zoals beschreven in de eerste stap van de TRACE-methode (Sevenhuijsen, 2004, p.26).

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

Tabel 2. Overzicht van analyseproces.

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

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

## 2.6. Ethische overwegingen

In dit onderzoek heb ik gestreefd naar een verantwoorde aanpak bij het analyseren van beleidsdocumenten door zorgvuldig te werk te gaan bij het selecteren en analyseren van tekstfragmenten. Hierbij is de context van de publicatie meegenomen om tot een diepgaande en correcte interpretatie van het discours te komen. Nauwkeurige interpretatie was essentieel om de integriteit, geloofwaardigheid en potentiële impact van het onderzoek te waarborgen. Deze zorgvuldigheid stelde me tevens in staat om de verschillende belangen van degenen die (indirect) betrokken waren bij de formulering en uitvoering van het beleid zoveel mogelijk te respecteren. Ik heb er om deze reden voor gekozen om de beleidsdocumenten in de analyse niet expliciet bij naam te noemen, maar te anonimiseren. Alle geselecteerde beleidsdocumenten waren openbaar beschikbaar en hadden geen disclaimer met betrekking tot voorbehouden rechten, waardoor voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteurs niet vereist was.



### 3. Theoretisch kader

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

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

#### 3.1. Zorgethische verkenning

Deze paragraaf richt zich specifiek op de zorgethiek en de centrale zorgethische inzichten: relationaliteit, kwetsbaarheid, en macht en positie in relatie tot de onderzoeksvraag. Eerst bespreek ik de rol van relationaliteit in de normatieve verwachting dat zwangeren tijdig zorg ontvangen. Vervolgens bespreek ik de rol van macht en positie. Ten slotte analyseer ik hoe kwetsbaarheid een rol speelt volgens Walker's theorie over verantwoordelijkheid.

##### 3.1.1. Relationaliteit.

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

Het is aannemelijk dat de invulling van 'relationaliteit' tijdens de zwangerschap een andere betekenis krijgt. Immers, de fysieke verbinding tussen moeder en kind maakt hen tijdens de zwangerschap onlosmakelijk met elkaar verbonden. Volgens Van Nistelrooij en Van der Waal (2019, p.55) stelt een zwangerschap nieuwe vragen bij gangbare (culturele en filosofische) ideeën over identiteit, omdat de ervaring van het zelf als 'ik' verandert naar de ervaring van het 'wij'. De zwangere is volgens hen niet langer alleen een individu, want in het lichaam van de zwangere groeit een nieuw leven (idem, p.55). Van Nistelrooij en Van der Waal (2019, p.55) beschrijven de rol van relationaliteit binnen deze onlosmakelijke verbintenis tussen de zwangere en de foetus als volgt: *"Relationaliteit tijdens de zwangerschap is ook ruimtelijk en temporeel: gedurende de zwangerschap dijt de vorm van het 'eigen' moederlichaam uit, en de ander neemt mede bezit van het 'eigen' lichaam dat daardoor opzwelt, opbult, ruimte maakt voor de tweede in het ene, het andere in het zelfde."* Van Nistelrooij en Van der Waal (idem, p.56) benadrukken dat de zwangere niet alleen de verwachting van het kind draagt, maar ook de relatie en diversiteit van verwachtingen die hiermee samenhangen. Dit bevestigt dat de ervaring van 'zwanger zijn' voor de zwangere niet enkel fysiologisch is, maar ook relationeel.

Omgekeerd maakt de foetus tijdens de zwangerschap deel uit van het lichaam van een ander, namelijk de zwangere. Van Nistelrooij (2022, p.6) stelt dat doordat de foetus tijdelijk onderdeel is van het lichaam van de zwangere, beiden verweven zijn in een zogenoemde wij-vorm, nog voordat de foetus als opzichzelfstaand lichaam (of individu) bestaat. Het voortdurende appèl op het lichaam van de zwangere, dat door het aankomende kind al tijdens de zwangerschap wordt gedaan, kan leiden tot momenten waarop het maternale zelf (in de vorm van de zwangere) ontregeld raakt, aldus Van Nistelrooij (idem, p.14). Dit heeft belangrijke implicaties voor relationaliteit en de heersende discourses, omdat het voortbrengen van een nieuwe generatie niet per definitie een privégebeuren is, en ons handelen in de maatschappij veelal toekomstgericht is in collectieve zin (idem, p.17). Kortom, de foetus maakt, net als de zwangere, deel uit van een breder web van relaties: de relatie tussen de foetus en de

zwangere, tussen de zwangere en de maatschappij, en daarmee ook tussen de foetus en de maatschappij. Dit onderstreept het collectieve belang van een gezonde ontwikkeling van de foetus. Echter, dit roept ook de vraag op: *Wiens verantwoordelijkheid is de foetus?*

### 3.1.2. Macht en positie.

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

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

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

Ruddick's werk heeft tot nieuwe inzichten over het moederlijk denken geleid onder filosofen, politicologen en ethici. Een van hen is Fiona Robinson. Robinson (2013, p.102-105) beschrijft hoe Ruddick's theoretische concept van moederlijke praktijken, dat bekend staat als de "*politics of peace*",

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

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

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

### 3.1.3. Kwetsbaarheid.

Tot slot onderzoek ik in deze paragraaf wat verantwoordelijkheid betekent in de context van de normatieve verwachting dat zwangeren op tijd prenatale zorg zoeken. Dit doe ik vanuit het zorgethische inzicht 'kwetsbaarheid'. Daarbij baseer ik mij op de inzichten van de Amerikaanse filosoof Margaret Urban Walker in haar werk *Moral Understandings: A Feminist Study in Ethics* (2007).

Walker heeft in haar werk onderzocht welke verantwoordelijkheden in de maatschappij als morele verplichtingen kunnen worden gezien en welke vaak worden genegeerd of als onaanvaardbaar worden beschouwd. Volgens Walker (2007, p.104) presenteren verantwoordelijkheden zich voornamelijk in de context van veroordelingen, percepties, gevoelens en reacties. Om deze complexiteit beter te begrijpen, onderzoekt zij of de normatieve morele theorie 'Protecting the Vulnerable' (PPV) van Goodin (1985) meer duidelijkheid kan bieden over de rol van verantwoordelijkheden binnen onze relaties met degenen die door ons handelen in een kwetsbare positie kunnen worden gebracht. Goodin stelt volgens Walker (2007, p.86) dat we verantwoordelijk zijn

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

Als men specifiek kijkt naar de context waarin zwangeren verantwoordelijk worden gesteld voor de ontwikkeling van de foetus, zou men op basis van Goodin's ideologie kunnen stellen dat het toekennen van deze verantwoordelijkheid aan zwangeren gerechtvaardigd is. Volgens Goodin (aangehaald door Walker, 2007, p.93) is het de voornaamste taak van ouders om voor hun kinderen te zorgen, waarbij de speciale verantwoordelijkheden van het ouderschap worden gevormd door de kwetsbaarheid van het kind en niet door de vrijwillige keuze van de ouders om het kind te verwekken. Walker (2007, p.94) denkt hier anders over; zij betoogt dat de behoeften van kinderen niet losstaan van de betekenissen die door sociale normen worden ingegeven. Volgens Walker (idem, p.94) zouden primaire ouderlijke verantwoordelijkheden om die reden moeten worden herzien, aangezien gemeenschappen variëren in hun ideeën over wat noodzakelijk wordt geacht in de zorg voor kinderen en deze ideeën ook afhankelijk zijn van individuele omstandigheden en het stadium van de zwangerschap (idem, p.94). Duidelijk wordt dat Goodin in zijn ideologie uitgaat van een universeel idee van ouderlijke verantwoordelijkheden, waarbij geen rekening wordt gehouden met culturele en sociale verschillen.

Het idee dat wij het zogenoemde product zijn van onze opvoeding en de maatschappij waarin wij opgroeien (denk hierbij aan het eerdergenoemde sociaal constructivisme), heeft ook invloed op de verwachtingen die men van ons heeft en die wij van onszelf hebben; dit geldt ook voor zwangeren. Walker (2007) stelt dat sociaal geaccepteerde ideeën niet uniform zijn binnen samenlevingen, maar afhankelijk van de capaciteiten, mogelijkheden en bronnen van de ouder(s), politieke agenda's en beschikbare technologie. Deze veranderlijke normen zorgen voor verschuivingen in verantwoordelijkheden en verschuivingen in de beschuldigingen over wie waarvoor verantwoordelijk zou moeten zijn (idem, p.95). Volgens Walker spelen sociaal-maatschappelijke en geïnstitutionaliseerde normen een grote rol in de wijze waarop om wordt gegaan met verantwoordelijkheid, waarbij niet altijd rekening wordt gehouden met andere belanghebbende partijen of verschillende morele culturen (idem, p.91). Walkers analyse benadrukt dat ons oordeel over wie waarvoor verantwoordelijk is, wordt geleid door ons denken over schuld en verantwoordelijkheid (idem, p.105). Om die reden pleit Walker voor een geografie van verantwoordelijkheden, een structuur die inzicht geeft in gangbare aannames over verantwoordelijkheden, hoe deze worden toegewezen, onderhandeld en afgeleid in het morele leven (idem, p.105-106). Een geografie van verantwoordelijkheden beperkt zich niet alleen tot de maatschappelijke ideeën over welke verantwoordelijkheden men hoort te nemen, maar kijkt ook naar het vermogen van het individu om hieraan te voldoen.

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

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

### 3.2. Contextuele verkenning

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

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

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

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

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

moeders worden beschouwd, waarbij de transitie naar het moederschap wordt gezien als een natuurlijk proces dat inherent is aan het 'zwanger zijn'.

Concluderend kan worden gesteld dat de verantwoordelijkheid voor de foetus voornamelijk wordt gezien als een verantwoordelijkheid van de zwangere. Dit blijkt uit de politieke en maatschappelijke benaderingen die zwangeren in hun rol als moeders en verzorgers plaatsen. De zwangerschap wordt beschouwd als het begin van de moederrol, waarbij zwangeren door culturele en maatschappelijke normen onder druk worden gezet om te voldoen aan het ideaalbeeld van de 'perfecte moeder'. Hierdoor wordt impliciet de verantwoordelijkheid voor de foetus aan de zwangere toegekend. Dit legt bloot welke normatieve verwachtingen schuilen achter de vraag: *Wiens verantwoordelijkheid is de foetus?*

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

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

De medicalisering van de geboortezorg heeft een uitgebreide geschiedenis. De opmars van medicalisering in de geboortezorg begon tijdens de Verlichting in de achttiende eeuw (Ehrenreich & English, 2010, aangehaald door Lokugamage et al., 2022, p.13). De Verlichting leidde tot een verschuiving waarbij de controle over de zwangerschap steeds meer in handen kwam van medici in plaats van vroedvrouwen (MacDonald, 2006, aangehaald door Brubaker & Dillaway, 2009, p.35). In die tijd waren zwangerschap en bevalling vaak risicovolle gebeurtenissen en waren duidelijke oplossingen voor medische complicaties niet altijd beschikbaar. Hierdoor werden zwangerschappen beschouwd als een 'potentieel gevaarlijk' onderdeel binnen het medische discours, waarbij niet alleen pathologische, maar ook gezonde zwangerschappen onderhevig werden aan medische interventies (Van der Ploeg, 2001, p.36). Inmiddels heeft de medische technologie aanzienlijke vooruitgang geboekt, zoals blijkt uit de afname van sterftecijfers. Desondanks is continue monitoring van zowel de zwangere als de foetus tijdens de zwangerschap tegenwoordig gebruikelijk (Martin, 1992; Riessman, 1998, aangehaald door Brubaker & Dillaway, 2009, p.34). Hierdoor blijft de invloed van het medische discours op zwangerschap en bevalling toenemen.

De ontwikkelingen binnen het medisch-wetenschappelijke kennisdomein hebben ertoe geleid dat zowel verloskundige zorgverleners als zwangeren medische controles en handelingen tijdens de zwangerschap zijn gaan beschouwen als een natuurlijk en inherent aspect van het zwangerschapsproces. Dit geldt ook voor prenatale zorg. Burns (2015, p.7) schrijft de machtsinvloed van medicalisering toe aan het Westerse kennissysteem, waarin de kennis van medici en technologische innovaties zwaarder wegen dan de zelfkennis van de zwangere. Van der Ploeg (2001, p.37) benadrukt verder dat een uitkomst in het medische discours pas als relevant wordt beschouwd wanneer deze officieel is gepubliceerd en erkend door wetenschappelijke tijdschriften. Dit onderstreept de macht van het medische discours op de verloskundige zorgverlening. Volgens Ferndale et al. (2017, p.3) leidt de angst voor risico's tijdens de zwangerschap tot preventiegerichte reacties om negatieve uitkomsten te vermijden. Deze risico's worden daardoor het uitgangspunt bij het samenstellen van prenatale zorgprotocollen (Benoit et al., 2010; Blaaka & Schauer Eri, 2008; Hallgrimsdottir & Benner,

2014, aangehaald door Ferndale et al., 2017, p.3). Prenatale zorgprotocollen worden dus samengesteld op basis van medisch-wetenschappelijke kennis, wat de basis vormt voor het handelen van verloskundige zorgverleners.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

Concluderend verhoudt de zwangere zich tot de verantwoordelijkheid voor de foetus door zich te conformeren aan de strikte tijdsplanningen en medische normen die gepaard gaan met preventieve maatregelen in de verloskundige zorg. Dit betekent dat zij vooruit moet kijken naar de toekomst, handelen volgens de tijdschema's en risico-inschattingen die door medisch-wetenschappelijke kennis worden bepaald, en zich daarnaast moet voorbereiden op mogelijke complicaties om eventuele negatieve uitkomsten te voorkomen. Dit legt bloot welke normatieve verwachtingen schuilen achter de vraag: *Waar toe verhoudt de zwangere zich in de verantwoordelijkheid voor de foetus?*

### 3.3. Conclusie

Uit de contextuele verkenning blijkt dat de industrialisering heeft bijgedragen aan de ontwikkeling van het begrip 'vrouw zijn', waarbij dit begrip zich steeds meer definieert door het vermogen van vrouwen om zwanger te raken. Dit lijkt te hebben geleid tot de vorming van het morele beeld van de 'ideale moeder', waarin de verwachting is dat vrouwen hun kinderen van onvoorwaardelijke liefde moeten voorzien, voortdurend fysiek beschikbaar moeten zijn, en voldoende emotionele steun moeten bieden. Volgens de geraadpleegde literatuur beschikken vrouwen over een intrinsieke motivatie om tijdens de zwangerschap te moederen, als gevolg van de fysieke aanwezigheid van de foetus in de baarmoeder.

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

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

Prenatale zorg op basis van medische kennis lijkt een antwoord te bieden op de vraag hoe een zwangerschap zoveel mogelijk gecontroleerd kan worden om negatieve zwangerschapsuitkomsten te

voorkomen. Risicoselecties en het handelen op basis van deze selecties dragen bij aan de praktische uitvoering van het streven naar volledige controle over het zwangere lichaam en de fysieke ontwikkeling van de foetus. De medisch-wetenschappelijke kennis van professionals weegt hierdoor zwaarder in de huidige discourses dan de existentiële en lichamelijke zelfkennis van zwangeren. In dit discours is het niet langer aan de zwangere om te bepalen of zij iets als 'normaal' of 'afwijkend' ervaart; deze beoordeling ligt in plaats daarvan bij de zorgverlener, die zich doorgaans laat leiden door uitkomsten van diagnostische testen. De existentiële zelfkennis van zwangeren is daardoor geen allesbepalende factor, maar slechts een meebepalende factor in de beleidsvoering.

De hantering van standaardnormen in meetbare diagnostische onderzoeken is, volgens de literatuur, gebonden aan specifieke meetmomenten die op hun beurt weer afhankelijk zijn van eerdere meetmomenten. De optelsom van deze metingen is leidend bij het bepalen van de zorgbehoeften van de zwangere en het ongeboren kind. Deze zorgbehoeften worden in het huidige discours vastgesteld op basis van voorspellingen over mogelijke complicaties. Dit kan een negatieve invloed hebben op de zorgrelatie tussen zorgverlener en zwangere. Immers, deze rolverdeling plaatst de zwangere in een positie waarin haar geschiktheid als moeder wordt beoordeeld op basis van haar keuze om zich al dan niet te conformeren aan het prenatale controleschema. Deze afhankelijkheid benadrukt het belang van een alternatieve benadering op basis van zorgethische inzichten over relationaliteit, macht/positie en kwetsbaarheid.

Uit de zorgethische verkenning blijkt dat de zorgethiek handvatten kan bieden om op een andere manier naar de positie en verantwoordelijkheden van zwangeren in de huidige discourses te kijken. De zorgethiek biedt hierbij meer aandacht voor de zorgbehoeften van zwangere cliënten die volgens de norm te laat in zorg komen, en voor de context waarin de verdeling van specifieke zwangerschapsgerelateerde verantwoordelijkheden plaatsvindt. De geografie van verantwoordelijkheden, zoals beschreven door Walker (2007), biedt aandacht voor de context van verantwoordelijkheidsverdeling en ruimte voor een toewijzing van verantwoordelijkheden op basis van de individuele draagkracht en draaglast van zwangeren. Concreet betekent dit dat het begrip van verantwoordelijkheid tijdens de zwangerschap een andere invulling krijgt wanneer het wordt bekeken door een zorgethische lens. Hierbij wordt rekening gehouden met de veranderende identiteit van de zwangere en de kwetsbare positie waarin zij verkeert als gevolg van seksisme en heersende machtsdynamieken in de hedendaagse maatschappij.

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

## 4. Bevindingen uit empirisch onderzoek

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

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

*Hoe worden discoursen omtrent 'tijdig in zorg komen' tijdens de zwangerschap geconstrueerd en gereproduceerd in Nederlandse beleidsdocumenten voor verloskundige zorg?*

Tabel 3. Overzicht van discoursen en bijbehorende vooronderstellingen.

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

#### 4.1. Discours: Voorkomen is beter dan genezen.

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

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

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

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

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

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

[Beleidsrapport 5] benadrukt het belang van een eerste contact met een verloskundige zorgverlener vóór negen weken zwangerschap. Dit vroege contact is belangrijk om verschillende redenen: het helpt bij het opbouwen van een vertrouwensband, het vaststellen van de uitgerekende datum, het identificeren van zwangeren met een verhoogd risico, en het bieden van counseling over prenatale screening. Bovendien kan een vroege inzet van prenataal onderzoek ernstige aandoeningen opsporen, wat de aanname ondersteunt dat vroegtijdige zorg essentieel is voor goede zwangerschapsuitkomsten.

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

Tot slot merkt [Beleidsrapport 2] op dat niet alle oorzaken van complicaties eenvoudig kunnen worden aangepakt. Een voorbeeld hiervan is groeivertraging van de foetus, een probleem dat niet altijd gemakkelijk te detecteren is en waarvoor nog geen effectieve behandeling beschikbaar is. Dit nuanceert de aanname dat vroegtijdige zorg altijd leidt tot goede zwangerschapsuitkomsten.

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

Een tweede dominante vooronderstelling is dat regelmatige prenatale controles nodig zijn om ernstige complicaties te voorkomen. Het standaardconsultschema, dat bestaat uit 13 afspraken, is zo ontworpen dat de frequentie van controles toeneemt naarmate de zwangerschap vordert. Deze regelmatige controles zijn cruciaal voor het monitoren van de voortgang van de zwangerschap en het vroegtijdig opsporen van complicaties zoals pre-eclampsie (zwangerschapsvergiftiging), diabetes (suikerziekte) en groeivertraging van de foetus.

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

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

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

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

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

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

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

*inzicht de interval tussen de consulten verlengen of verkorten. Vervang eventueel een individueel consult door een groepsbijeenkomst. Deze flexibiliteit moet binnen de medische kaders vallen."*

[Beleidsrapport 4] stelt dat elke zwangere in Nederland recht heeft op goede, competente, respectvolle en empathische, betaalbare en toegankelijke geboortezorg. Een basisvoorwaarde is dat de zwangere toegang heeft tot een goed en coherent netwerk van zorgvoorzieningen en zorgverleners die de nodige zorg kunnen bieden. Het rapport benadrukt het belang van een samenwerkend zorgnetwerk om goede zorg aan alle zwangeren te kunnen bieden.

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

#### *4.1.4. De reproductie van dit discours in regionale protocollen.*

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

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

#### *4.2. Discours: iedere zwangere heeft begeleiding nodig.*

In de geraadpleegde beleidsdocumenten lijkt veelal een generalisatie te worden gemaakt over zwangeren, waarbij onder andere wordt gesteld dat alle zwangeren (verloskundige) begeleiding

behoeven tijdens de zwangerschap. In deze paragraaf beschrijf ik hoe het dominante discours waarin gesteld wordt dat iedere zwangere begeleiding nodig heeft, lijkt te bestaan uit de volgende drie onderliggende vooronderstellingen:

- ◆ Zwangeren hebben als belangenbehartigers een noodzaak aan ondersteuning;
- ◆ Zwangeren behoeven wetenschappelijke kennis ter voorbereiding;
- ◆ Zwangeren in achterstandssituaties of met andere culturele achtergronden behoeven intensievere zorg.

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

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

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

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

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

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

in samenspraak met de zorgverlener een beslissing genomen, maar de uiteindelijke beslissingsbevoegdheid ligt bij de zwangere.

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

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

#### *4.2.2. Zwangeren behoeven wetenschappelijke kennis ter voorbereiding.*

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

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

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

Het belang van preconceptionele maatregelen wordt ook in [Beleidsrapport 5] benadrukt. Het rapport stelt dat voorlichting niet alleen van toepassing is op maatregelen vóór de zwangerschap, maar ook in de eerste weken van de zwangerschap cruciaal is, omdat zwangeren zich doorgaans pas na twee maanden melden bij een zorgverlener. Het rapport beschrijft dat zwangeren na het verkrijgen van informed consent kunnen afzien van zorg, wat impliceert dat gedegen informatievoorziening essentieel is voor het maken van weloverwogen beslissingen. Daarnaast benadrukt het rapport dat *“iedere vrouw aan het begin van de zwangerschap op de hoogte wordt gebracht van haar recht op geïnformeerde*



keuze," en dat de zorgvraag van de zwangere centraal staat door deze te koppelen aan wetenschappelijke inzichten. Het verkrijgen van informatie op basis van evidence-based practice (EBP) wordt gezien als een recht van zwangeren, waardoor zij in staat worden gesteld om de regie over hun zorg te nemen.

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

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

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

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

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

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

#### *4.2.4. De reproductie van dit discours in regionale protocollen.*

In de geanalyseerde protocollen wordt duidelijk dat het discours *'ledere zwangere heeft begeleiding nodig'*, wordt gereproduceerd. Zo worden zwangeren die niet (tijdig) in zorg komen, worden in [protocol A] gepresenteerd als zwangeren waarover zorgverleners zich *"zorgen baren"*. Deze zwangeren worden gekenmerkt aan de hand van de ongecontroleerde status van hun zwangerschap, wat in het protocol

wordt voorgesteld als een probleem dat om een andere benadering van zorg vraagt. Als oplossing voor dit probleem worden met name extra echoscopische onderzoeken voorgesteld. Uit dit protocol komt niet duidelijk naar voren vanaf welke termijn zij spreken van een 'ongecontroleerde status', maar aan de hand van de groeiecho-indicatie wordt wel duidelijk dat dit onder andere geldt voor zwangeren die gedurende het derde trimester (vanaf de 27e zwangerschapsweek) in zorg komen. Ook wordt onder andere in [protocol A] gesuggereerd dat zwangeren die niet of onvoldoende gecontroleerd zijn tijdens de zwangerschap, vatbaarder zijn voor andere vormen van problematiek, zoals een onveilige hechting met het kind, waarvoor een observatiebeleid van moeder en kind na de bevalling wordt voorgesteld. Dat er bij een late zorgmelding ook rekening moet worden gehouden met mogelijke sociale problematiek wordt ook aangekaart in de overige protocollen. In aanvulling hierop wordt gewezen op een verhoogd risico op pathologie.

[Protocol C] benoemt expliciet de invloed van taalbarrières en cultuurverschillen bij niet-Westerse zwangeren op het 'laat in zorg komen'. Het protocol stelt: *"Bij niet-Westerse vrouwen kan een late zorgmelding worden veroorzaakt door taalbarrières en cultuurverschillen"*. Opvallend is dat anderstalige Westerse zwangeren hierbij buiten beschouwing worden gelaten. De protocollen schrijven voor wat verloskundige zorgverleners in hun beleidsvoering zouden moeten implementeren, waarbij de termijn voor de definitie van "laat in zorg komen" varieert van 12, 13, 14 tot 18 zwangerschapsweken. In de geraadpleegde protocollen lijkt de zwangere niet als een actieve partij in de beleidsvoering te worden betrokken. Dit weerspiegelt een paternalistische benadering waarbij de autonomie en participatie van de zwangere onderbelicht blijven. Het discours dat iedere zwangere begeleiding behoeft, wordt hierdoor gereproduceerd.

### 4.3. Discours: het ongeborn kind is beschermwaardig.

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

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

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

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

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

In [Beleidsrapport 6] wordt beschreven dat er onvoldoende grip is op het tijdig opsporen en voorkomen van de oorzaken die kunnen leiden tot foetale sterfte. Eerdere veranderingen in de zorg hebben geleid tot een daling van het sterftcijfer, maar inmiddels is sprake van een stagnerende daling van het perinatale sterftcijfer en om die reden staat dit probleem hoog op de politieke en maatschappelijke agenda. Het rapport benadrukt dat het tijdig identificeren en verminderen van

preconceptionele risicofactoren bij de foetus hier bescherming in kan bieden. Vanuit deze beredenering blijkt de vooronderstelling dat tijdige interventies cruciaal zijn voor de gezondheid van het kind.

[Beleidsrapport 5] benadrukt het belang van de monitoring van de foetale groei tijdens zwangerschapscontroles door verloskundigen. Het rapport stelt: *“Een meer systematische aanpak zou de opsporing van kinderen met een verhoogd risico door een achterblijvende groei sterk kunnen verbeteren.”* Dit citaat suggereert dat er behoefte is aan intensievere interventies om de gezondheid van de foetus te waarborgen. Verder benadrukt het rapport dat prenataal onderzoek in een vroeg stadium van de zwangerschap cruciaal is om ernstige aandoeningen bij de foetus vast te stellen. Dit biedt de mogelijkheid om vroegtijdig met interventies te beginnen om de gezondheid van het kind te bevorderen. Bovendien stelt het rapport dat een tijdige diagnose van ernstige foetale aandoeningen ouders in staat stelt een geïnformeerde beslissing te nemen over het al dan niet voortzetten van de zwangerschap. Het benadrukt dat er *“tot 24 weken [...] de mogelijkheid [bestaat] om de zwangerschap af te breken,”* wat keuzemogelijkheden biedt voor ouders die geconfronteerd met ernstige medische prognoses bij het kind.

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

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

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

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

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

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

#### 4.3.3. De reproductie van dit discours in regionale protocollen.

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

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

#### 4.4. Discours: De verloskundige zorgverlener is de expert.

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

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

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

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

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

In [Beleidsrapport 1] wordt benadrukt dat Nederlandse zwangeren graag door een verloskundige worden begeleid. Dit zou leiden tot grotere tevredenheid over de zwangerschap en minder medische ingrepen. Het rapport stelt dat de verloskundige ervoor zorgt dat de zwangere wordt versterkt en dat stress en stemmingsstoornissen tijdig worden opgespoord. Het volgende citaat uit het rapport illustreert dit: *"Nederlandse vrouwen willen tijdens de zwangerschap graag door een verloskundige begeleid worden."* En hoewel het rapport ook erkent dat aanpassingen in het consultschema mogelijk zijn als zwangeren dit wenselijk achten, en dit presenteert als een vanzelfsprekendheid, wordt ook gesuggereerd dat deze aanpassingen wel binnen de medische kaders moeten blijven. Dit wordt duidelijk in het volgende citaat: *"Natuurlijk zijn er cliënten die aangeven dat zij minder behoefte hebben aan informatie en begeleiding door de verloskundige zorgverleners. Deze wens kan resulteren in een aangepast consultschema, uiteraard binnen de medische kaders."*

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

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

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

#### 4.4.2. Zorgverleners zijn verantwoordelijk voor goede zorg aan zwangeren.

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

[Beleidsrapport 1] benadrukt meermaals dat verloskundige zorgverleners verantwoordelijk zijn voor het verlenen van goede zorg. De auteurs schrijven: *"Zwangeren nemen als vanzelfsprekend aan dat de verloskundige goed opgeleid is en bevoegd en bekwaam is"*. Ook wordt beschreven dat de

verloskundige zorgverlener een verplichting heeft tot het verlenen van zorg en het verschaffen van toegang tot bepaalde informatievoorzieningen. Dit blijkt uit het volgende citaat: *"De laatste jaren vindt een toename plaats van de hoeveelheid informatie en advies die de verloskundige aan de zwangere zou moeten aanbieden (verplicht)"*. Dit impliceert de verantwoordelijkheid van verloskundige zorgverleners en het belang dat wordt gegeven aan de levering van zorg aan zwangeren.

In [Beleidsrapport 2] wordt het belang van zwangerschapsbegeleiding door diverse zorgverleners benadrukt, waarbij het tijdig signaleren en inschatten van risico's als cruciaal wordt beschouwd. Het rapport stelt dat vroegtijdige preconceptiezorg, regelmatige controles van de zwangere, en het correct herkennen van mogelijke complicaties, evenals goede begeleiding tijdens de bevalling en kraamzorg, essentieel zijn om de gezondheid van zowel de aanstaande moeder als haar ongeboren kind te waarborgen. Echter, het rapport wijst ook op een hoog percentage overdrachten tussen professionals tijdens de zwangerschap, waarbij de actieve rol van de zwangere in de zorgrelatie vaak onderbelicht blijft.

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

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

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

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

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

Tot slot wordt in verschillende beleidsdocumenten het belang van een goede relatie tussen de zwangere en de verloskundige benadrukt, waarbij vertrouwen, goede communicatie en individuele begeleiding essentieel zijn. Er wordt verwacht dat de verloskundige een open houding en interesse

toont, voldoende informatie verstrekt en regelmatige controles uitvoert, vooral voor zwangeren met een lage sociaaleconomische status of beperkte gezondheidsvaardigheden. Hoewel richtlijnen en zorgpaden als leidraad dienen, kan het soms gerechtvaardigd zijn om hiervan af te wijken om optimale zorg te bieden aan individuele cliënten.

#### 4.4.4. De reproductie van dit discours in regionale protocollen.

De geraadpleegde protocollen leggen sterk de nadruk op het belang van professionele zorgverlening voor zwangeren die 'laat in zorg komen'. De verantwoordelijkheid van de (verloskundige) zorgverlener wordt hierbij duidelijk benadrukt. Vrijwel alle protocollen pleiten voor een directe inzet van diagnostische onderzoeken, met specifieke aandacht voor extra echoscopische onderzoeken om de zwangerschapsdatering zo accuraat mogelijk vast te stellen.

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

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

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

## 4.5. Conclusie

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

In de geraadpleegde beleidsdocumenten ligt nadruk op het belang van prenatale zorg en het vroegtijdig inzetten van diagnostische onderzoeken en interventies om de gezondheid van het ongeboren kind te waarborgen. Het identificeren en verminderen van risicofactoren, vroegtijdig opsporen van foetale aandoeningen en het overwegen van een zwangerschapsafbreking bij ernstige aandoeningen zijn enkele van de interventies die ter sprake worden gebracht. De vooronderstellingen die hieraan ten grondslag liggen, benadrukken het belang van vroegtijdige zorg en regelmatige

controles om complicaties tijdig te herkennen en hierop te kunnen handelen. Aan de hand hiervan kan een eerste discours worden afgeleid, namelijk: *'Voorkomen is beter dan genezen'*.

In de beleidsdocumenten worden zwangeren gepositioneerd als de primaire belangenbehartigers van hun ongeborn kind. Deze positionering veronderstelt dat zwangeren adequaat en informatief ondersteund moeten worden door verloskundige zorgverleners om het welzijn van hun kind te waarborgen. De beleidsdocumenten benadrukken de eigen verantwoordelijkheid van zwangeren om tijdens de zwangerschap contact op te nemen met verloskundige zorgverleners. Het belang van toegang tot wetenschappelijke kennis voor zwangeren wordt onderstreept, zodat zij zich goed kunnen voorbereiden op het moederschap. Daarnaast wordt in de beleidsdocumenten ook aandacht besteed aan de noodzaak van zorg-op-maat voor zwangeren in achterstandssituaties en zwangeren met andere culturele achtergronden. Op basis van statistieken wordt aangenomen dat deze zwangeren hogere risico's lopen, waardoor wordt verondersteld dat zij intensievere zorg nodig hebben. Samen vormen deze vooronderstellingen een tweede discours dat kan worden samengevat als: *'Iedere zwangere heeft begeleiding nodig'*.

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

Tot slot wordt de positie van verloskundige zorgverleners meerdere keren belicht in de geraadpleegde beleidsdocumenten. De gezamenlijke verantwoordelijkheid van zorgverleners voor het waarborgen van de beste kwaliteit van zorg voor zwangeren en hun ongeborn kinderen wordt benadrukt. Verloskundige zorgverleners worden aangemoedigd om samenwerkingen aan te gaan met verschillende zorgdisciplines om de verloskundige zorg te verbeteren. De noodzaak van een sterke zorgrelatie tussen de zwangere en haar zorgverlener wordt benadrukt, waarbij de zwangere een actieve rol krijgt toebedeeld. Bovendien wordt in de beleidsdocumenten benadrukt dat verloskundigen zowel over medische als sociale vaardigheden moeten beschikken, om complicaties tijdens de zwangerschap tijdig te signaleren en adequaat te handelen op basis van hun bevindingen. Dit leidt tot een laatste discours dat uit de beleidsdocumenten kan worden afgeleid: *'De verloskundige zorgverlener is de expert'*.

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

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



## 5. Discussie

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

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

### 5.1. Een herschikking van verantwoordelijkheden.

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

Opvattingen over wie welke verantwoordelijkheid hoort te dragen zijn ook zichtbaar in de protocollen die zijn geraadpleegd voor het empirische onderzoek. De nadruk ligt hierbij op het monitoren van de zwangerschap en het inhalen van gemiste interventies bij een late start van de prenatale zorg. Uit het empirische onderzoek kwam naar voren dat de focus in de geraadpleegde protocollen niet primair ligt bij de zwangere cliënt. Slechts één van de vijf geraadpleegde protocollen stelt de vraag: *"Wat is de reden van het laat in zorg komen / ongecontroleerde zwangerschap?"* Deze vraag richt zich enerzijds op de zwangerschap, maar biedt daarbij ook ruimte om verder te kijken dan de cliënt als alleen maar een zwangere. In tegenstelling tot de andere protocollen benadrukt dit protocol niet alleen de normatieve verwachting dat zwangeren tijdig prenatale zorg moeten krijgen, maar worden ook de onderliggende redenen voor een late zorgstart onderzocht.

In de overige protocollen lijkt de nadruk te worden gelegd op het aanbieden van een groot aantal diagnostische onderzoeken aan zwangeren die laat in zorg komen. Ze benadrukken de noodzaak van diverse controles tijdens de zwangerschap en bevatten observatielijsten om risicofactoren voor een onveilige hechting tussen moeder en kind na de bevalling te kunnen identificeren. Het opnemen van deze observatielijsten in protocollen voor zwangeren die laat in zorg komen, suggereert dat er een verhoogd risico op een onveilige hechting wordt verondersteld voor deze groep.

Uit de totale analyse blijkt dat er veel nadruk ligt op de zwangerschap, de gezondheid van de foetus en de gezondheid van het pasgeboren kind. Hierdoor wordt van zwangeren verwacht dat zij tijdig prenatale zorg zoeken en de verantwoordelijkheid hiervoor nemen. In de onderstaande subparagrafen beschrijf ik, door middel van een proces van meedenken, tegen denken en omdenken, in drie stappen hoe de verantwoordelijkheden van zwangeren en verloskundigen herschikt kunnen worden.

#### 5.1.1. Meedenken.

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

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

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

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

### 5.1.2. Tegen denken.

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

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

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

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

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

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

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

### 5.1.3. Omdenken.

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

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

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

Uit de bevindingen blijkt dat zowel zwangeren als verloskundigen hinder kunnen ondervinden van de huidige verdeling van verantwoordelijkheden. Dit wijst op de noodzaak om deze verdeling te herzien, zodat er ruimte is voor beide perspectieven. Walker's concept van een 'geografie van verantwoordelijkheden', zoals besproken in het theoretisch kader, kan helpen bij het herstructureren van de verantwoordelijkheden. Verloskundigen moeten in staat zijn hun taken uit te voeren zonder overweldigd te worden door de hoge verwachtingen, terwijl zwangeren hun zwangerschap kunnen ervaren zonder de druk van normatieve verwachtingen. Een geografie van verantwoordelijkheden biedt inzicht in de draagkracht en draaglast van zowel verloskundigen als zwangeren, waardoor duidelijk wordt wat hun capaciteiten en beperkingen zijn. Dit creëert ruimte voor een relatie waarin dominante medische opvattingen niet het zorgproces bepalen. Zo kunnen beide partijen zich richten op de daadwerkelijke zorgbehoeften en beschikbare mogelijkheden binnen de prenatale zorg.

De huidige medische discoursen hoeven geen belemmering te vormen voor een herverdeling van verantwoordelijkheden zoals voorgesteld door Walker. Mensen hebben verschillende levensverhalen en kunnen zich bewegen tussen verschillende kennisdiscoursen, zoals Rudolfsdottir (2000, p.338) aangeeft. Dit betekent dat normatieve ideeën over wat juist en acceptabel is, veranderlijk en dus flexibel zijn (idem, p.338). Maaïke Muntinga benadrukt: *“Vanuit een ander perspectief stel je andere vragen en vertel je andere verhalen”* (aangehaald door Goodarzi, 2024, p.115). Deze flexibiliteit kan verloskundigen in staat stellen om open te staan voor een herziening van de verantwoordelijkheden.

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

## 5.2. De destigmatisering van laat in prenatale zorg komen.

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

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

### 5.2.1. Meedenken.

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

Als tweede kunnen knelpunten die verloskundigen ervaren bijdragen aan de stigmatisering van zwangeren. Deze knelpunten omvatten: onvoldoende kennis over de rol van de verloskundige en het gebruik van prenatale zorg, beperkte toegang tot acute zorg in afgelegen gebieden, en het omgaan met zwangeren die aanbevolen zorg afwijzen. Het inhalen van gemiste zorg en aanvullende diagnostische onderzoeken volgens de protocollen legt extra druk op verloskundigen om dezelfde prenatale zorg in kortere tijd te bieden vergeleken met de zorg voor zwangeren die tijdig in zorg komen. Dit brengt extra taken met zich mee bovenop het bestaande takenpakket van verloskundigen, vanwege de veronderstelde risico's die worden geassocieerd met een late zorgmelding. De sociaal psycholoog Kenneth Gergen (2009, p.352/355) verklaart dat mensen geneigd zijn anderen verantwoordelijk te houden wanneer hun acties niet overeenkomen met wat als wenselijk wordt beschouwd. Volgens Gergen streven gemeenschappen ernaar om wat zij als 'kwaad' identificeren te elimineren en hebben zij de neiging hun eigen idealen aan anderen op te leggen, omdat deze idealen geworteld zijn in hun overtuigingen (idem, p.354-355). Volgens Gergen's theorie kan geconcludeerd worden dat geloofsovertuigingen een essentiële rol spelen in de knelpunten die verloskundigen ervaren wanneer zwangeren laat in prenatale zorg komen. Een late zorgmelding kan namelijk conflicteren met de eigen overtuigingen van verloskundigen over het belang van tijdige prenatale zorg.

### 5.2.2. Tegen denken.

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

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

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

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

### 5.2.3. Omdenken.

In deze paragraaf bespreek ik hoe het destigmatiseren van zwangeren die te laat in zorg komen, de algehele prenatale zorg kan verbeteren door deze inclusiever te maken.

Om erkenning te bieden voor de unieke omstandigheden en behoeften van zwangeren die laat in zorg komen, is er dringend behoefte aan een specifiek protocol. Dit kan helpen om het stigma rond een late prenatale zorgmelding te verminderen en de zorguitkomsten voor deze zwangeren te verbeteren. Vanuit een zorgethische benadering is het essentieel om de autonomie van zwangeren te respecteren. Goede zorg sluit aan bij de werkelijke zorgbehoeften van de ontvanger, en daarom moeten verloskundigen zwangeren die laat in zorg komen respecteren en proberen te begrijpen, in plaats van hen te veroordelen.

Verloskundigen zouden daarom niet vast moeten houden aan de heersende discourses over de normatieve verwachting dat zwangeren tijdig in prenatale zorg moeten komen. Door kritisch te reflecteren op hun eigen denken en handelen, kunnen verloskundigen inzichten verwerven die afwijken van gangbare normen, maar die in het belang van de zwangere cliënt kunnen zijn. Judith Butler (1997, geciteerd door Rudolfsdottir, 2000, p. 338) benadrukt dat onze subjectiviteit vaak verder gaat dan

machtsstructuren, wat verklaart waarom sommige mensen voorkeuren hebben die afwijken van de heersende normen. Wanneer discoursen leiden tot stigmatisering, is het belangrijk om eigen inzichten te omarmen en niet bij te dragen aan de stigmatisering van zwangeren die laat in zorg komen. Deze aanpak kan de prenatale zorgverlening inclusiever maken.

Daarnaast is het noodzakelijk om over te stappen van een situatie waarin verloskundigen proactief handelen en zwangeren een passieve rol hebben, naar een situatie waarin zwangeren actief worden aangemoedigd om deel te nemen aan hun zorgproces. Steegers (aangehaald door Goodarzi, 2024, p.108) wijst erop dat veel verloskundigen terughoudend zijn om persoonlijke vragen te stellen uit vrees dat dit ongepast zou zijn. Veel zwangeren waarderen echter juist de interesse in hun persoonlijke situatie, zoals blijkt uit Steegers' bevindingen (idem, p.108). Het stellen van persoonlijke vragen brengt echter nieuwe verantwoordelijkheden met zich mee: als verloskundigen problemen identificeren op basis van deze vragen, moeten zij ook handelen naar aanleiding van deze informatie. In de praktijk ontbreekt het vaak aan de tijd om adequaat met deze verantwoordelijkheden om te gaan. De vraag is dus niet alleen of het gepast is om persoonlijke vragen te stellen, maar ook of verloskundigen bereid zijn om actie te ondernemen op basis van de antwoorden die zij ontvangen.

## 6. Conclusie

In dit hoofdstuk presenteer ik de bevindingen uit de conclusie (6.1.), een toelichting van de meerwaarde van een zorgethisch perspectief (6.2.), de beperkingen van dit onderzoek (6.3.) en mijn aanbevelingen (6.4.). Daarmee beantwoordt ik in dit hoofdstuk mijn centrale hoofdvraag:

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

### 6.1. Bevindingen uit de conclusie

Om antwoord te geven op de onderzoeksvraag heb ik een zorgethisch onderzoek uitgevoerd, bestaande uit een literatuurstudie en een analyse van beleidsdocumenten en protocollen voor verloskundige zorg. De literatuurstudie richtte zich op zorgpraktijken rondom zwangeren, medische discourses, tijdsaders in prenatale zorg, en zorgethische literatuur over relationaliteit, macht/positie en kwetsbaarheid. Zes landelijke beleidsdocumenten en vijf regionale protocollen heb ik geanalyseerd, wat leidde tot de identificatie van vier dominante discourses: 1) *Voorkomen is beter dan genezen*; 2) *Iedere zwangere heeft begeleiding nodig*; 3) *De foetus is beschermwaardig*; en 4) *De verloskundige zorgverlener is de expert*. De verbinding tussen theoretische en empirische bevindingen laat zien hoe een zorgethische benadering kan bijdragen aan het verbeteren van de verloskundige zorg voor zwangeren die laat in zorg komen.

De 'geografie van verantwoordelijkheden', zoals beschreven door Walker (2007), illustreert hoe een zorgethische benadering rekening houdt met de capaciteiten van zowel zwangeren als verloskundigen om specifieke verantwoordelijkheden te dragen. Dit concept kan worden toegepast door de protocollen te herzien en de verantwoordelijkheden voor zowel de zorg van de zwangere als de foetus duidelijk vast te leggen. Het opstellen van protocollen die rekening houden met de persoonlijke omstandigheden en uitdagingen van zwangeren die laat in zorg komen, kan ook bijdragen aan het verminderen van de stigmatisering van deze groep. Door dergelijke protocollen kunnen verloskundigen worden aangemoedigd om actief te luisteren naar zwangeren die laat in zorg komen en beter in te spelen op hun specifieke behoeften, waardoor zij beter worden ondersteund in het dragen van hun verantwoordelijkheden.

### 6.2. Zorgethiek als alternatief perspectief

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

### 6.2. Beperkingen

Een eerste beperking van dit onderzoek is dat slechts vijf regionale protocollen zijn geanalyseerd, wat betekent dat slechts een beperkt deel van Nederland wordt vertegenwoordigd. Hoewel het samenvoegen van informatie uit deze protocollen een zekere diversiteit in de dataverzameling



waarborgt, wordt in dit onderzoek niet dieper ingegaan op regionale verschillen die van invloed kunnen zijn op hoe bepaalde discourses door verschillende groepen mensen worden omarmd. Aangezien de focus van dit onderzoek lag op het verbeteren van de algehele verloskundige zorgverlening in Nederland, zijn deze regionale verschillen niet expliciet onderzocht. Hierdoor kunnen belangrijke contextuele variaties mogelijk over het hoofd zijn gezien.

Een tweede beperking van dit onderzoek is het ontbreken van een membercheck. In kwalitatief onderzoek kan een membercheck waardevol zijn om te bepalen in hoeverre de interpretaties van de onderzoeker overeenkomen met de intenties van de auteurs van de teksten (Boeije & Bleijenbergh, 2019, p.61). Het ontbreken van een membercheck vormt een beperking, omdat de gevormde discourses uitsluitend gebaseerd zijn op mijn eigen interpretaties, die op hun beurt beïnvloed kunnen zijn door mijn persoonlijke context en achtergrond. Vanuit een sociaal constructivistisch perspectief is dit relevant, aangezien kennis altijd contextueel en subjectief is (Neuman, 2014, p.105). Anderzijds kan een membercheck bij discoursanalyse niet altijd doorslaggevend zijn, aangezien discourses vaak impliciete boodschappen bevatten waarvan de auteurs zich niet altijd bewust hoeven zijn.

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

### 6.3. Aanbevelingen

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

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

## 7. Kwaliteitscriteria

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

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

## 8. Literatuurlijst

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

- Ferndale, D., Meuter, R. F., Watson, B., & Gallois, C. (2017). 'You don't know what's going on in there': a discursive analysis of midwifery hospital consultations. *Health, Risk & Society*, 19(7-8), 411-431.
- Gergen, K. J. (2009). *Relational being: Beyond self and community*. Oxford: Oxford University Press.
- Goodarzi, B. (2024). *Baren buiten de box: Over hoe de geboortezorg niet voor iedereen gelijkwaardig is*. Amsterdam: De Arbeiderspers.
- Hakkenberg, R., Blanker, K., Spruit, J., & Snel, F. (2017). *Het protocol: "Zwangere die ons zorgen baren"*. Capelle a/d IJssel: IJsselland ziekenhuis.
- Horstman, K. (2011). Geboorte en zwangerschap als morele ervaring. *Tijdschrift voor Verloskundigen*, 36(7), p.19-21.
- Jenkinson, B., Kruske, S., & Kildea, S. (2017). The experiences of women, midwives and obstetricians when women decline recommended maternity care: A feminist thematic analysis. *Midwifery*, 52, 1-10.
- Kohlen, H. (2009). "Concerns of Care, Conflicts and Nurses' Participation in Hospital Ethics Committees". In: Kohlen, H., *Conflicts of Care. Hospital Ethics Committees in the USA and Germany*, Frankfurt: Campus, 135-160.
- KNOV (2015). *Consultschema prenatale zorg voor de zwangere met een ongecompliceerde zwangerschap*. Utrecht: Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).
- KNOV (2024, januari 16). *Verloskundigen schatten zorg aan asielzoekers en statushouders in als kwalitatief gelijkwaardig tot minder goed (t.o.v. Nederlandse zwangeren)*. KNOV. <https://www.knov.nl/actueel/nieuws/nieuwsbericht/verloskundigen-schatten-zorg-die-zij-geven-aan-asielzoekers-en-statushouders-in-als-kwalitatief-gelijkwaardig-tot-minder-goed-ten-opzichte-van-nederlandse-zwangeren>
- KNOV & NVOG (2015). *Leidraad 'Verloskundige zorg buiten richtlijnen' versie 1.0*. Utrecht: Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG).
- Kurzban, R., & Leary, M.R. (2001). Evolutionary origins of stigmatization: the functions of social exclusion. *Psychological bulletin*, 127(2), 187-208.
- Leget, C., Van Nistelrooij, I., & Visse, M. (2017). Beyond demarcation: Care ethics as an interdisciplinary field of inquiry. *Nursing ethics*, 26(1), 17-25.
- Lokugamage, A.U., Robinson, N., Pathberiya, S.D., Wong, S., & Douglass, C. (2022). Respectful maternity care in the UK using a decolonial lens. *SN Social Sciences*, 2(12), 267, 1-32.
- Nederlandse Grondwet (2008). *Artikel 11: Onaantastbaarheid lichaam*. Geraadpleegd op 25 februari 2024 van: [https://www.denederlandsegrondwet.nl/id/vgrnbly821m2/artikel\\_11\\_onaantastbaarheid\\_lichaam](https://www.denederlandsegrondwet.nl/id/vgrnbly821m2/artikel_11_onaantastbaarheid_lichaam)
- Neuman, W.L. (2014). *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches*. Essex, UK: Pearson.
- Palm, T. (2024, januari 7). *Zwangere vrouwen in azc Ter Apel hebben zeven keer meer kans om bij de bevalling hun kind te verliezen*. Trouw. <https://www.trouw.nl/binnenland/zwangere-vrouwen-in-azc-ter-apel-hebben-zeven-keer-meer-kans-om-bij-de-bevalling-hun-kind-te-verliezen~b14fed27>

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

- Van Caspel, M. (2021). *Donderslag bij heldere hemel. Bevallingsverhalen van vrouwen die niet wisten dat ze zwanger waren*. Enschede: Boekengilde B.V..
- Van Esch, T., Brabers, A., Van Dijk, C., Groenewegen, P., & De Jong, J. (2015). *Inzicht in zorgmijden: Aard, omvang, redenen en achtergrondkenmerken*. Utrecht: NIVEL.
- Van Heijst, A. (2008). *Iemand zien staan: Zorgethiek over erkenning*. Kampen: Klement.
- Van Nistelrooij, I. (2015a). Het goede in de zorg: een kwestie van kiezen of van beamen. *Speling: Tijdschrift voor Bezinning*, 2015(1), p.45-51.
- Van Nistelrooij, I. (2015b). *Basisboek Zorgethiek: Over menslievende zorg, moreel beraad en de motivatie van verpleegkundigen*. Heeswijk-Dinther: Berne Media.
- Van Nistelrooij, I., & Van der Waal, R. (2019). Moederschap en geboorte: relationaliteit als alternatieve ethische benadering. *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek*, 29(2), 53-57.
- Van Nistelrooij, I. (2022). *Het zelf als moeder: De Dialogical Self Theory vanuit zwangerschap, zorgpraktijken en baarzaam-zijn*. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Verschuuren, A. (2024). *Maternity care for refugees and asylum seekers in the Netherlands*. Groningen: University of Groningen.
- Walker, M.U. (2007). *Moral understandings: A feminist study in ethics*. New York: Oxford University Press.
- Werdmuller, A.M. & Brouwershaven, A.C. (2024). Verbeterpunten in de zorg bij een onopgemerkte zwangerschap. *Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie*, 137(2), 62-64.

# Bijlagen

## Bijlage 1: Overzicht van de beleidsrapporten

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

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

## Bijlage 2: Overzicht van de protocollen

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

- ◆ **Protocol A:** *Indien gewenst, op te vragen bij de auteur.*
- ◆ **Protocol B:** *Indien gewenst, op te vragen bij de auteur.*
- ◆ **Protocol C:** *Indien gewenst, op te vragen bij de auteur.*
- ◆ **Protocol D:** *Indien gewenst, op te vragen bij de auteur.*
- ◆ **Protocol E:** *Indien gewenst, op te vragen bij de auteur.*