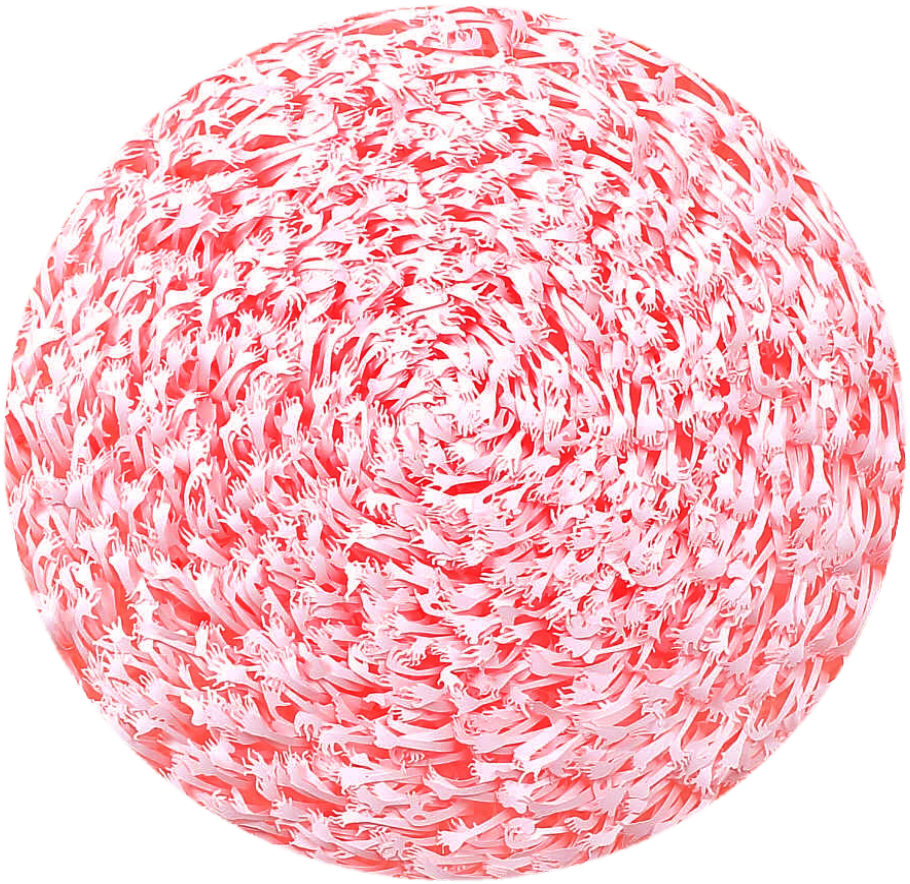
OVERGAVE & VERBINDING

Een zorgethische studie naar de essentie van de geleefde ervaring van het (getuige van het) kraamvrouw-zijn in het ziekenhuis



Saskia Scherbeijn
Master Zorgethiek en Beleid

Begeleider: Dr. Inge van Nistelrooij
Tweede lezer: Dr. Merel Visse
Examinator: Prof. dr. Carlo Leget
Universiteit voor Humanistiek
18 april 2018

Afbeelding omslag: fragment uit het kunstwerk van Mia Wen-Hsuan Liu, 2015

VOORWOORD

Voor u ligt mijn masterthesis over de essentie van de geleefde ervaringen van het kraamvrouw-zijn voor kraamvrouwen en het getuige hiervan zijn door de partners op de verlos- en kraamafdeling van het ziekenhuis. Ik hoop dat het lezen van de thesis uw blik op deze zorgpraktijk verrijkt.

Ik wil Angeline van Doveren, Carla Hakvoort en alle zorgprofessionals op de kraamafdeling van het Rijnstate Ziekenhuis hartelijk bedanken. Zonder jullie medewerking was dit onderzoek niet van de grond gekomen. De kraamvrouwen en hun partners bedank ik voor de openheid, verhalen en gastvrijheid! Speciale dank gaat uit naar mijn thesisbegeleiders: Inge, bedankt voor jouw hartelijke, meedenkende en gedegen begeleiding & Merel, bedankt voor jouw rust, positiviteit en hartelijkheid!

Nina en Astrid, bedankt. De studie werd door jullie gezelschap een onvergetelijke belevenis.
Mijn ouders en schoonmoeder ben ik zeer dankbaar voor de nimmer aflatende support. Bij jullie waren de kinderen op de studiedagen in Utrecht altijd in goede handen!
Erwin, zonder jouw aanmoedigingen had ik de stap om te studeren niet gezet. Bedankt voor jouw optimisme, steun en vertrouwen.
Tenslotte lieve Jesse en Esra: jullie kijk op de wereld inspireert mij. Ik leer elke dag van jullie de mooiste levenslessen! Dank jullie wel daarvoor!

SAMENVATTING

Uit de maatschappelijke en wetenschappelijke literatuur blijkt dat zwangerschap en bevalling steeds meer in het teken staan van medicalisering. Er is sprake van een toename van het aantal bevallingen in het ziekenhuis, waarbij het aantal ingrepen ook stijgende is. Volgens Buitendijk (2010) verandert daarmee de beleving van zwangerschap en geboorte voor vrouwen ingrijpend. Ondanks de interesse die er thans is voor de ervaringen van kraamvrouwen en hun partners is er nog niet veel onderzoek verricht naar het diepgaand begrijpen wat het betekent om kraamvrouw te zijn voor de kraamvrouw en hiervan getuige te zijn door de partner op de verlos- en kraamafdeling van het ziekenhuis. Dit afstudeeronderzoek verkleint deze kennislacune.

In nauw overleg met de lokale haalbaarheid commissie zijn vier kraamvrouwen en hun partners geïnterviewd. Tevens heeft observatie plaatsgevonden. Tijdens het onderzoek is rekening gehouden met het verkrijgen van toestemming voor deelname, de belastbaarheid van de kraamvrouwen en het garanderen van hun anonimiteit.

Door middel van een theoretische verkenning van de zorgethische concepten: ‘relationele afstemming’, ‘lichamelijkheid’ en ‘contextualiteit’ is meer inzicht verkregen in de zorgpraktijk. Daarnaast is fenomenologisch onderzoek gedaan volgens de aanpak van Van Manen. Dit heeft narratieven opgeleverd die de lezer onderdompelen en laten kennismaken met de zorgpraktijk.

Uit de bevindingen blijkt dat kraamvrouwen zich volledig kunnen overgeven aan de expertise van zorgverleners. Dit levert voor de zorgethiek nieuwe inzichten op over het ontvangen van zorg. Tevens komt naar voren dat technologieën, evenals pijnbestrijding kraamvrouwen en hun partners geruststellen, duidelijkheid bieden en hen ondersteunen in het bevallingsproces. Voor de partners geldt echter wel dat het behouden van contact met hun kraamvrouw belangrijk voor hen is. In verbinding blijven met hun vrouw is essentieel. Het zoeken naar een juist midden in het gebruik van pijnbestrijding is dan ook gewenst. Daarnaast speelt de inrichting van het ziekenhuis een grote rol in de zorgverlening. Zorgverleners zijn afhankelijk van systemen, maar oefenen daarmee tegelijkertijd ook macht uit. Bewustwording hiervan, waardoor weer oog verkregen wordt voor de behoeften van de zorgontvangers, lijkt daarin essentieel. Tenslotte zijn er aanbevelingen voor goede zorg en vervolgonderzoek gedaan.

Ik nodig u van harte uit om verder te lezen!

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD **3**

SAMENVATTING **4**

1 PROBLEEMSTELLING **7**

1.1 AANLEIDING 7
1.2 MAATSCHAPPELIJKE RELEVANTIE 7
1.3 WETENSCHAPPELIJKE RELEVANTIE 8
1.4 VRAAGSTELLING 9
1.5 DOELSTELLING 10

2 THEORETISCH KADER **11**

2.1 BREDE DEFINITIE VAN ZORG 11
2.2 RELATIONELE AFSTEMMING 12
2.2.1 Afstemming in het gehele zorgproces *12*
2.2.2 Relationele afstemming tussen zorgverlener, zorgontvanger en familie *14*
2.2.2.1 De zorgrelatie volgens Baart, Noddings, Kittay en Van Heijst 14
2.2.2.2 Afhankelijkheid en kwetsbaarheid in de zorgrelatie 16
2.2.2.3 Identiteit zorgontvanger gevormd door relaties 17
2.2.2.4 Overgave in de zorgrelatie 18
2.3 LICHAMELIJKHEID 18
2.4 INBEDDING VAN ZORGPRAKTIJKEN IN INSTITUTIES EN SYSTEMEN 20
2.5 CONCLUSIE 21

3 METHODE **23**

3.1 ONDERZOEKSBENADERING 23
3.1.1 Fenomenologie als filosofische stroming *23*
3.1.2 Hermeneutische fenomenologie van Van Manen *24*
3.1.3 Fenomenologie en de geleefde ervaring *25*
3.1.4 Fenomenologische houding *25*
3.2 ONDERZOEKSMETHODE 26
3.3 CASUSDEFINITIE EN ONDERZOEKSEENHEID 26
3.4 DATA-VERZAMELING 27
3.5 DATA-ANALYSE 28
3.5.1 Data-analyse volgens Van Manen *28*
3.5.2 Data-analyse door de onderzoeker *29*
3.6 FASERING 29
3.7 ETHISCHE OVERWEGINGEN 29

4 BEVINDINGEN **31**

4.1 ESSENTIE EN NARRATIEF VAN DE KRAAMVROUW 31
4.2 VERDIEPING EXISTENTIALEN UIT HET NARRATIEF 33
4.2.1 Geleefde ruimte *33*
4.2.2 Geleefde lichamelijkheid *35*
4.2.3 Geleefde tijd *37*
4.2.4 Geleefde relationaliteit *38*
4.2.5 Geleefde materialiteit *40*
4.3 ESSENTIE EN NARRATIEF VAN DE PARTNER 41
4.4 VERDIEPING EXISTENTIALEN UIT HET NARRATIEF 42
4.4.1 Geleefde ruimte *42*
4.4.2 Geleefde lichamelijkheid *43*
4.4.3 Geleefde tijd *43*
4.4.4 Geleefde relationaliteit *44*
4.4.5 Geleefde materialiteit *45*
4.5 CONCLUSIE 45

5 DISCUSSIE **46**

5.1 OVEREENKOMSTEN EN VERSCHILLEN 46
5.2 OVERGAVE, TECHNOLOGIE EN PIJNBESTRIJDING 49

5.3 AANBEVELINGEN VOOR GOEDE ZORG IN DE PRAKTIJK 51
5.4 AANBEVELINGEN VOOR VERVOLGONDERZOEK 52
6 EINDCONCLUSIE 53
7 KWALITEIT VAN ONDERZOEK 54
7.1 KWALITEIT FENOMENOLOGISCH ONDERZOEK 54
BRONNEN 56

1 PROBLEEMSTELLING

1.1 Aanleiding

In het Rijnstate ziekenhuis in Arnhem wordt zorg van topklinische kwaliteit verleend, welke voldoet aan geldende wetenschappelijke inzichten en richtlijnen. Veelal is deze kennis gebaseerd op kwantitatief wetenschappelijk onderzoek, rekening houdend met kosten en effectiviteit. Dit zijn de aspecten waarop zorgverzekeraars ziekenhuiszorg beoordelen. Eveneens heeft Rijnstate oog voor het geven van aandachtige, respectvolle zorg aan patiënten, waarbij aangesloten wordt bij de patiënt en diens leefomgeving. In 2015 heeft het ziekenhuis daartoe het project 'Zorg met Ziel' geïnitieerd. Vanuit de gedachte dat goede zorg meer is dan het voldoen aan de bestaande kwaliteitsindicatoren dient 'Zorg met Ziel' vanaf 2020 tot in de haarvaten van de instelling aanwezig te zijn (Projectplan, 2015).

Vanuit de wens om inzicht te verkrijgen in de verschillende perspectieven op de beleving van betrokkenen naar 'Zorg met Ziel', ligt vanuit Rijnstate een vraag naar kwalitatief onderzoek[1]. Het VrouwKindCentrum (hierna te noemen VKC) van Rijnstate heeft zich gemeld als afdeling waarop dit onderzoek uitgevoerd kan worden. In het kader van het afstuderen is dit een uitgelezen kans om kwalitatief zorgethisch onderzoek te doen op deze afdeling. Het geven van leven en hier getuige van zijn, is voor veel vrouwen en hun naasten een levensgebeurtenis. Een kantelmoment waarin de kraamvrouw en het (aanstaande) gezin zich opnieuw verhouden tot en afstemmen op de nieuwe situatie, waardoor zij zo goed mogelijk hun leven kunnen voortzetten. Echter opname op de verlos- en kraamafdeling staat ook in het teken van medicalisering, zoals pijnbestrijding en monitoring van de gezondheid van moeder en kind. Zo bemerkt Albers (2016) dat er een centrale tendens in het gemedicaliseerde discours lijkt te zijn, namelijk dat lichamelijke processen worden losgekoppeld van de beleving (Zorgethiek.nu, 2017). Vanuit dit spanningsveld ga ik in dit afstudeeronderzoek op zoek naar de geleefde ervaringen van het kraamvrouw-zijn in het ziekenhuis en het hiervan getuige zijn door de partner en wat dit betekent voor goede zorg vanuit zorgethisch perspectief.

1.2 Maatschappelijke relevantie

Bevalling- en geboortezorg is een actueel onderwerp in het publieke debat. Zo berichten diverse media over de afname van het aantal thuisbevallingen ten opzichte van vijftien jaar geleden. Het Algemeen Dagblad kopt op 24 februari 2017 'Thuisbevalling uit de gratie' (AD, 24 februari 2017). Het blijkt dat slechts 13 procent van de vrouwen thuis bevalt, in tegenstelling tot 2005 waarin 23 procent van de bevallingen thuis plaatsvond. De afname wordt volgens de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en

[1] Kwalitatief onderzoek levert andere vormen van kennis op dan kwantitatief onderzoek. In kwalitatief onderzoek gaat het om inzicht en begrip (tegenover verklaren en voorspellen), om de aard van een verschijnsel (tegenover hoeveelheid), is gericht op de betekenis van ervaringen en vanuit het perspectief van de *'insider'* (tegenover het perspectief van de buitenstaander) (Visse, 2016).

Gynaecologie (NVOG) toegeschreven aan de toenemende vraag naar pijnstilling, welke thuis niet gegeven kan worden. Tevens wordt de keuze mede gebaseerd op basis van ervaringen in de omgeving. Dit resulteert in een 'zelfversterkend effect', aldus de Koninklijke Nederlandse Vereniging van Verloskundigen (KNOV). Daarnaast krijgen vrouwen niet zelden te horen dat het een goede keuze is om in het ziekenhuis te bevallen, vanuit het medische perspectief dat de bevalling een risicovolle aangelegenheid is, waar professionele zorg bij aanwezig dient te zijn (Van Teijlingen et al., 2004). De KNOV stelt dat er in het publieke debat van 2010 onterecht een link is gelegd tussen perinatale sterfte en thuisbevallingen, wat mede heeft geresulteerd in een verdere hospitalisering van de bevalling (AD, 24 februari 2017).
Het NRC belicht daarnaast dat het aantal ingrepen tijdens de bevalling in het ziekenhuis stijgende is (NRC, 24 februari 2017). Volgens Buitendijk (2010) introduceren medische interventies hun eigen nieuwe risico's en verandert daarbij de beleving van zwangerschap en geboorte voor vrouwen ingrijpend. Dit wordt vaak niet in de overwegingen meegenomen. Buitendijk pleit ervoor dat de vrouw weer echt centraal gesteld wordt in de geboortezorg en het onderzoek daaromheen (Buitendijk, 2010). Door de hospitaliserings- en mede daardoor medicaliseringstendens lijkt de aandacht voor aspecten van beleving en het zien van de bevalling als een natuurlijk fysiologisch proces meer naar de achtergrond te geraken (ibid). Het is echter de vraag of dit daadwerkelijk zo is en of dit de werkelijkheid zoals door de kraamvrouwen en hun partner op de kraamafdeling wordt ervaren, ook weerspiegelt.

1.3 Wetenschappelijke relevantie

Er is veel wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd omtrent de zwangerschap, bevalling en postnatale zorg. Een groot deel van deze onderzoeken richt zich op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, gebaseerd op kwaliteitsindicatoren. Dit zijn veelal kwantitatief uitgevoerde onderzoeken, bijvoorbeeld aan de hand van vragenlijsten (Brown et al., 2004). Daarnaast is in wetenschappelijke artikelen aandacht besteed aan de voortschrijdende medicalisering van het geboorteproces (Buitendijk, 2010; De Vries, 2013; Van Teijlingen et al., 2004). Duidelijk wordt dat er diverse modellen zijn in het denken over (de zorg rondom) de bevalling (Davis-Floyd, 2001). Het medisch model is het dominante paradigma in de moderne kraamzorg en kenmerkt zich door het zien van de natuurlijke bevalling als risicovol. Het is medisch gecentreerd en de zwangere vrouw wordt gezien als passieve patiënt. In het sociale model wordt een meer holistische benadering gekozen, waarbij de bevalling als een normaal fysiologisch proces wordt gezien. Niet alleen de medische status van de vrouw is relevant, maar ook haar sociale achtergrond en netwerk worden meegenomen (Christiaens & Bracke, 2007). Het is sterk afhankelijk van de achtergrond van de verloskundige of de visie van de afdeling c.q. instelling of het sociale model zich in Nederland manifesteert. Volgens Christiaens & Bracke (2007) is in het sociale model een meer positieve houding ten opzichte van thuisbevallingen waar te nemen. Darra & Murphy (2016) opteren in hun onderzoek voor het loslaten van deze dichotome modellen. Zij beschrijven dat

deze modellen noch de complexiteit van de behoeften van kraamvrouwen vatten, noch de verloskundigenpraktijken. Het is volgens hen essentieel om minder polariserende modellen te ontwikkelen. Zo kunnen combinaties van obstetrische 'technocratische' en verloskundige 'holistische' werkwijzen ontstaan. Aldus Davis-Floyd (2011): *"to integrate the best of technology at the same time as 'embracing the wild beauty and instinctive power of the big bad wolf in the birthplace'"* (Darra & Murphy, 2016).

In de wetenschappelijke onderzoeken rondom geboortezorg en materniteit, is er ook interesse ontstaan voor de ervaringen van kraamvrouwen en hun naasten. Onder meer vanuit de gedachte dat kraamvrouwen geen passieve ontvangers zijn van geboortezorg, maar juist de spil waar de zorg voor de ongeborene en de pasgeborene om draait. Zo hebben Hall & Taylor (2004) in hun onderzoek geconstateerd dat er weinig aandacht wordt besteed aan de (existentiële) beleving van kraamvrouwen. Albers (2016) verkent in haar exploratief literatuuronderzoek onder meer hoe ruimte gecreëerd kan worden voor de belichaamde existentiële dimensie van kraamvrouwen rondom zwangerschap en bevalling. Vanuit haar onderzoek tracht Albers (2016) een fundament te leggen voor het ontwikkelen van praktijken.
Ondanks de interesse voor de ervaringen van kraamvrouwen en hun naasten, is er nog niet veel onderzoek verricht naar de geleefde ervaringen van het kraamvrouw-zijn op de verlos- en kraamafdeling. Terwijl het gaat om een levensgebeurtenis in de ziekenhuissetting die het leven van de kraamvrouw en haar partner (zeer) beïnvloedt. In dit onderzoek heb ik daarbij eveneens oog voor de geleefde ervaringen van de betrokken partners. In wetenschappelijke onderzoeken met betrekking tot de ervaringen rondom zwangerschap en bevalling blijft hun stem veelal achter bij die van zwangere vrouwen (Finnbogadottir et al., 2003). Kortom, met dit afstudeeronderzoek tracht ik bovenstaande kennislacune te verkleinen, waardoor een bijdrage geleverd kan worden aan het verkrijgen van dieper inzicht in de geleefde ervaringen van kraamvrouwen en hun partner op de verlos- en kraamafdeling.

1.4 Vraagstelling

In het onderzoek in het VrouwKindCentrum (VKC) van het Rijnstate Ziekenhuis, staat de volgende vraag centraal:
Wat is (de essentie van) de geleefde ervaring van het kraamvrouw-zijn op de verlos- en kraamafdeling voor kraamvrouwen en het hiervan getuige zijn door de partner en wat betekent dit voor goede zorg vanuit zorgethisch perspectief?

Om deze hoofdvraag te kunnen beantwoorden zijn onderstaande deelvragen geformuleerd:

A. Welke inzichten biedt de zorgethische literatuur met betrekking tot de geleefde ervaring in het denken over de zorg aan kraamvrouwen en hun partner op de verlos- en kraamafdeling van het ziekenhuis?

B. *Wat is de (essentie van de) geleefde ervaring van het kraamvrouw-zijn op de verlos- en kraamafdeling voor kraamvrouwen en het hiervan getuige zijn door hun partner?*

C. *Wat betekenen de geleefde ervaringen van de kraamvrouwen en hun partner op de verlos- en kraamafdeling voor goede zorg vanuit zorgethisch perspectief?*

De beantwoording van bovenstaande vragen kunt u lezen in hoofdstuk 2 (vraag A), hoofdstuk 4 (vraag B), hoofdstuk 5 (vraag C) en hoofdstuk 6 (hoofdvraag). In de bijlage vindt u een begrippenlijst.

1.5 Doelstelling

Het doel *in* dit onderzoek is het opdiepen en aan het licht brengen van de geleefde ervaringen van opgenomen kraamvrouwen en hun partner op de verlos- en kraamafdeling. Hierdoor ontstaat een dieper begrip van hoe het is om kraamvrouw te zijn en hiervan getuige te zijn door de partner op de kraamafdeling. Fenomenologisch onderzoek richt zich daarbij niet primair op hoe het voor de kraamvrouw en haar partner zelf is. Het gaat, in vergelijking met psychologisch onderzoek waarin de innerlijke wereld van een persoon centraal staat, in fenomenologisch onderzoek om het fenomeen en om het verkrijgen van inzicht en begrip in dit verschijnsel zoals dit door mensen ervaren wordt, om wat er in die situatie voor hen werkelijk toe doet (Niemeijer, 2016).

Het doel *van* dit onderzoek is een bijdrage te leveren aan (nog) betere zorg op de verlos- en kraamafdeling van het ziekenhuis vanuit een zorgethisch perspectief. Op basis van het inzicht dat ontstaat in de belevingswereld van kraamvrouwen en hun partners kan voeding gegeven worden aan de invulling van goede zorg binnen het project ‘Zorg met Ziel’.

2 THEORETISCH KADER

Het theoretisch kader van dit onderzoek wordt gevormd door de zorgethiek. Hierbij ga ik met name uit van de visie van de Utrechtse zorgethiek[2]. Deze visie zet me op het spoor van drie zorgethische concepten die te maken hebben met en bepalend zijn voor de geleefde ervaringen van betrokkenen in praktijken. In dit onderzoek zijn dat de zorgethische theoretische concepten 'relationele afstemming', 'lichamelijkheid' en 'contextualiteit'. Deze concepten zijn waardevol in het beschouwen van de empirische zorgpraktijk en om te bepalen wat goede zorg is. In dit hoofdstuk staat daartoe de volgende deelvraag centraal: *Welke inzichten biedt de zorgethische literatuur met betrekking tot de geleefde ervaring in het denken over de zorg aan kraamvrouwen en hun partner op de verlos- en kraamafdeling van het ziekenhuis?*

In dit hoofdstuk schets ik de brede visie van zorg vanuit het perspectief van de Utrechtse zorgethiek. Dit zorgethisch kader markeert de wijze waarop er naar zorg en zorgpraktijken gekeken wordt. Vervolgens ga ik, aan de hand van de zorgethische auteurs Tronto, Baart, Kittay, Noddings en Van Heijst in op het concept relationele afstemming. Zij belichten ieder op eigen wijze de relationele afstemming in het zorgproces. Tevens wordt stilgestaan bij het concept van Van Nistelrooij et al. over de verwevenheid van en met anderen in de identiteit en het levensverhaal van de zorgontvanger, hetgeen van belang is in het zorgproces. Voorts zet ik het concept lichamelijkheid uiteen door gebruik te maken van het werk van Hamington. Hij betoogt dat het lichaam kennis heeft en vergaart, waardoor de mogelijkheid ontstaat om te zorgen voor anderen. Het denken over lichamelijkheid wordt verrijkt door Van Manen, die ingaat op veranderende lichaamsmodaliteiten tijdens zwangerschap en bevalling. Tenslotte beschrijf ik de inbedding van zorgpraktijken in instituties en systemen aan de hand van het werk van Van Heijst, Dubet en Ricoeur. Zij beklemtonen dat deze inbedding de manier van werken van zorgprofessionals beïnvloedt.

2.1 Brede definitie van zorg

Zorgen wordt vanuit de Utrechtse zorgethiek gezien als een sociale en politieke praktijk. Sociaal omdat relationaliteit verankerd ligt in zorgen en doordat de zorg door zorggevers en zorgontvangers beiden gevormd wordt. Daarnaast is het een politieke praktijk, omdat zorg een praktijk is die tot stand komt in de context van een samenleving (Leget, Van Nistelrooij & Visse, 2017). Deze brede opvatting van zorg ontlenen zij aan Fisher & Tronto (1990), die zorgen als volgt hebben gedefinieerd:

> *"On the most general level, we suggest that caring be viewed as a species activity that includes everything that we do to maintain, continue and repair our 'world' so that we can*

[2] Dit onderzoek vloeit namelijk voort uit het masterprogramma Zorgethiek en Beleid van de Universiteit voor Humanistiek in Utrecht.

live in it as well as possible. That world includes our bodies, our selves and our environment, all of which we seek to interweave in a complex life-sustaining web".

Voor dit onderzoek is deze brede definitie van zorg waardevol. Het laat zien dat zorgen niet alleen beperkt is tot de interactie van zorggever en zorgontvanger. Zorg staat en wordt gevormd in een complex web van relaties en is cultureel bepaald. Daarnaast behelst zorgen ook de zorg om ons lichaam en ons zelf, om objecten en om de omgeving (Tronto, 1993, 2013; Fisher & Tronto, 1990). Dit onderzoek spitst zich daarom niet alleen toe op de relationele afstemming tussen zorgverlener en de kraamvrouw en haar partner, maar neemt ook lichamelijkheid en de institutionele context zoals de inrichting van de zorg in het ziekenhuis in ogenschouw.

2.2 Relationele afstemming

In tegenstelling tot het neoliberale gedachtengoed, waarin de mens als een autonoom en onafhankelijk wezen wordt verbeeld, legt de zorgethiek de nadruk op de mens die kwetsbaar en afhankelijk is van anderen (Tronto, 1993, 2013; Kittay, 1999; Van Heijst, 2005). Ieder mens heeft in zijn leven zorg nodig en is daarmee een zorgontvanger. Het idee dat mensen zelfredzaam zijn, is volgens deze zorgethici een schadelijke fictie. Zorgethici belichten de zorgethiek dan ook als een relationele bestaansethiek, waarin mensen onderling samenhangen en afstemmen op elkaar (ibid).

2.2.1 Afstemming in het gehele zorgproces

Tronto (1993, 2013) doordacht zorgen op politiek en sociaal niveau. Zij onderscheidt vier fasen en daarmee samenhangend ethische kwaliteiten in het zorgproces. In 2013 voegt zij de vijfde fase *'caring with'* toe. In de zorgfases kan in plaats van de zorg aan individuen of groepen mensen, ook gesproken worden over hoe een instelling of samenleving omgaat met een bepaald zorgprobleem (Tronto, 1993, p. 106). Haar werk biedt daarmee conceptuele handvatten om in dit onderzoek niet alleen in te zoomen op de verhouding tussen zorgverlener en zorgontvanger, maar ook op de sociale en politieke context van de zorgpraktijk.
In het zorgproces zijn de fasen onderling verweven. Een zorgproces dat integraal verloopt en waarbij de fasen in elkaar voortvloeien, komt dicht bij ideale zorg. Daarnaast hangt goede zorg ook af van tijd, materiële goederen en vaardigheden (Tronto, 1993, p. 110). Zij hanteert de volgende fasering:

1. *Caring about:* in deze fase wordt gezien dat zorg noodzakelijk is. Er is oog voor de behoefte van een ander. De ethische kwaliteit die hiermee samenhangt is de aandachtigheid om onvoldane zorgbehoeften op te merken. Dit geldt zowel in de interpersoonlijke verhoudingen als voor een samenleving als geheel. Wanneer een samenleving de noden van burgers niet opmerkt of een verpleegkundige niet aandachtig of opmerkzaam is richting een zorgontvanger, kunnen de behoeften niet opgemerkt en beantwoord worden. Volgens Tronto is het een moreel falen als zorgbehoeften genegeerd worden. Daarbij onderscheidt zij

onwetendheid (*ignorance)* ofwel het niet weten èn onachtzaamheid (*inattentiveness*), het niet willen weten. Om de behoeften van een ander op te merken, is het kennen van de eigen behoeften volgens Tronto noodzakelijk.

2. *Taking care of:* dit betekent dat iemand erkent dat hij iets kan doen om tegemoet te komen aan de zorgbehoefte. Dit behelst het nemen van verantwoordelijkheid. Tronto beklemtoont dat de term verantwoordelijkheid in politieke theorieën anders geïnterpreteerd wordt dan in de zorgethiek. In politieke theorie wordt verantwoordelijkheid vaak geduid als het voldoen aan verplichtingen die voortvloeien uit contracten. Verantwoordelijkheid vanuit zorgethisch perspectief betekent het ervaren van een appèl om tegemoet te komen aan de zorgbehoefte van een ander. Kortom, zich aangesproken voelen om in te gaan op het beroep dat een ander, bewust of onbewust, op jou doet, in deze context en op dit moment. Verantwoordelijkheid is daarmee ingebed in culturele praktijken. Het is afhankelijk van iemands gender, klasse, familiestatus en cultuur welke betekenis verantwoordelijkheid voor degene heeft in een bepaalde situatie (Tronto, 1993, p.133).
3. *Care giving:* deze fase behelst het daadwerkelijk geven van zorg. De ethische kwaliteit die daarmee samenhangt is competentie. Iemand dient over de juiste kennis en vaardigheden te beschikken om in te kunnen schatten wat nodig is en dit ook daadwerkelijk uit te voeren. Zodoende kan de zorg geleverd worden die de ander behoeft (Tronto, 1993).
4. *Care receiving:* de zorg wordt ook daadwerkelijk ontvangen. In deze fase staat de reactie van de zorgontvanger[3] centraal. Responsiviteit om de zorg te ontvangen is de daarbij behorende ethische kwaliteit. Deze fase is volgens Tronto belangrijk, omdat het perspectief van de zorgontvanger er toe doet. Zonder deze fase zou het perspectief van de zorgontvanger niet meegenomen of verdoezeld kunnen worden. Deze fase is dan ook essentieel om machtsmisbruik te voorkomen en om te zien of de zorg adequaat is. Zij schrijft dat de zorg als een politiek en democratisch ideaal (zie ook fase 5) zich onder meer gesteld ziet voor het gevaar van paternalisme. Bij paternalisme veronderstellen zorggevers namelijk dat zij beter weten wat de zorgontvangers nodig hebben (Tronto, 1993, p.171). Daarnaast is het algemeen heersende beeld dat zorgontvangers minder autonoom en capabel zijn dan andere mensen. Zij hebben immers anderen nodig. Deze behoeftigheid wordt beschouwd als een gevaar voor de autonomie (ibid, p. 120). Volgens haar zijn zorgverhoudingen dan ook altijd on/gerechtsverhoudingen. Zorg heeft altijd te maken met conflicten, macht en ongelijkheid.
5. *Caring with:* de zorgbehoeften en de manieren waarop deze noden worden vervuld, dienen ook consistent te zijn met democratische bekommernissen over rechtvaardigheid, gelijkheid

[3] In plaats van zorgontvangers noemt Tronto dat het ook kan gaan om de respons van dieren, groepen of objecten waarvoor gezorgd is (Tronto, 1993, 2013).

> en vrijheid voor iedereen[4]. Zorgpraktijken dienen op een democratische wijze uitgevoerd te worden, waarbij iedereen in staat gesteld wordt om deel te nemen. De ethische kwaliteit die bij deze fase hoort, is solidariteit om de zorg in te bedden in de betrokken omgeving. Dit betekent dat zorgpraktijken flexibel genoeg moeten zijn om op een zo pluralistisch mogelijke wijze tegemoet te komen aan de zorgbehoeften van mensen (Tronto, 2013, p. 164).

Tronto's model maakt duidelijk dat het zorgproces een complex, in elkaar grijpend, iteratief proces is, waarbij het om meer gaat dan alleen het daadwerkelijke zorggeven (*'care giving'*). Zorgen is ook altijd een proces waarin de sociale en politieke context mee bedacht dient te worden. Of zorgbehoeften gezien, tegemoet gekomen en vervuld kunnen worden, is afhankelijk van vele factoren. Dit model is dan ook waardevol om de zorgpraktijk op de verschillende niveaus te beschouwen en de data in het onderzoek te kunnen analyseren.

2.2.2 Relationele afstemming tussen zorgverlener, zorgontvanger en familie

Professionele zorg krijgt gestalte door middel van, maar ook in de hoedanigheid van, de relatie die patiënten en zorgprofessionals met elkaar hebben (Van Heijst, 2005). In dit onderzoek hebben kraamvrouwen en hun partners in het ziekenhuis rechtstreeks te maken met hun zorgverleners. Zij staan aan het bed, geven zorg en adviezen, maar zijn als zorgverlener, zorgontvanger en naaste ook op elkaar aangewezen voor, tijdens en na de bevalling.

In deze subparagraaf wordt de relationele afstemming in de zorgrelatie beschreven. Aan de hand van het werk van Baart, Noddings, Kittay, Van Heijst en Van Nistelrooij tracht ik verscheidene zorgethische inzichten te destilleren die helpen om zicht te krijgen op relationele afstemming in de zorgpraktijk. Ondanks de verschillende concepten die zij munten, benadrukken deze zorgethici de *'telos'* ofwel het doeleinde van relationele afstemming, namelijk afstemmen op en tegemoet komen aan de behoeften van zorgontvangers.

2.2.2.1 De zorgrelatie volgens Baart, Noddings, Kittay en Van Heijst

Zorgethicus Baart (2004) beschrijft in zijn presentietheorie een normatief ideaal van relationele afstemming door de zorgverlener. Dit is vergeleken met Tronto (1993, 2013) die in de voorgaande paragraaf aan de orde kwam, een andere focus op de zorgrelatie. Zij beschrijft met name bestaande praktijken, waarbij zij voornamelijk inzoomt op de politiek-ethische inrichting van zorgpraktijken en wat dit betekent voor goede zorg.

[4] Door de scheiding tussen publiek en privaat domein, waarbij rechtvaardigheid toebehoort aan het publieke domein en zorg aan de private sfeer, is volgens Tronto sprake van een democratisch tekort. Dat wil zeggen het onvermogen van overheidsinstanties om de echte waarden en ideeën van de burgers in de samenleving te weerspiegelen (Tronto, 2013, p. 10). Voor meer informatie over dit onderwerp verwijs ik naar het werk van Tronto (1993, 2013).

Baart beschrijft in zijn presentietheorie presentiebeoefening als een 'manier van doen' die de zorgverlener in zijn handelen ontplooit:

> *"Een praktijk waarbij de zorggever zich aandachtig en toegewijd op de ander betrekt en met hem interageert, zo leert zien wat er bij die ander op het spel staat – van verlangen tot angst – en in die aansluiting dáárbij gaat begrijpen wat er in de desbetreffende situatie gedaan zou kunnen worden en wie hij daarbij voor de ander kan zijn. Wat daarbij gedaan kan worden, wordt dan ook gedaan"* (Baart & Grypdonck, 2008, p. 22).

Baart & Grypdonck (2008) beklemtonen dat de relatie tussen zorgontvanger en zorgverlener voorop staat, waarbij het probleemoplossende handelen van de zorggever wordt opgeschort. Het gaat er om dat de zorgverlener ziet voor welke opgave de zorgontvanger staat, wat hij nodig heeft, wie de zorggever daarbij voor de ander kan zijn en ook daarnaar handelt (ibid).

Baarts concept van de aandachtige en toegewijde houding van de zorgprofessional in de zorgrelatie, staat binnen de zorgethiek echter niet op zichzelf. Zo munt Noddings (1984) het concept *'engrossment'*, Kittay (1999) het concept 'transparantie' en Van Heijst (2008) het concept 'zorgen als zijnde een betrekking'. Hieronder volgt een korte uiteenzetting van deze inzichten met betrekking tot de relationele afstemming.

Volgens Noddings (1984) ligt de essentie van zorg besloten in de relatie tussen zorgverlener, *'the one-caring'* en de zorgontvanger, *'the cared-for'*. Zij betoogt dat alle zorg, '*engrossment'* ofwel aandachtige belangstelling omvat. Wanneer we de realiteit van de ander als onze eigen realiteit beschouwen en we daarnaar handelen, dan zorgen we (Noddings, 1984). Het vraagt om inlevingsvermogen van de zorgverlener om te bemerken welke waarden van goede zorg voor de ander belangrijk zijn. Zij stelt dat de zorgverlener daarbij present dient te zijn in haar zorghandelingen. Met present bedoelt zij dat de zorgontvanger in heel zijn 'zijn' gezien wordt door de zorgverlener vanuit de wens dat het de zorgontvanger beter zal gaan (ibid, p. 19).

Kittay's concept over het 'transparante zelf' van de zorgverlener in de relatie met de geheel afhankelijke zorgontvanger[5], beklemtoont dat de zorgverlener in diens zorgrol allereerst tegemoet dient te komen aan de behoeften van de zorgontvanger. De zorgverlener dient daarbij zijn eigen behoeften uit te stellen, om te kunnen zorgen voor de afhankelijke ander (Kittay, 1999, p. 51). Zij beschrijft het 'transparante zelf" van de zorgverlener alsvolgt: *"a self through whom the needs of another are discerned, a self that, when it looks to gauge its own needs, sees first the needs of another"* (ibid). Kittay noemt 'transparantie' ook een altruïstisch ideaal van de zorgverlener. Hoewel

[5] Kittay heeft als filosofe met name de zorgverlening aan meervoudig gehandicapten voor het voetlicht gebracht. Zij noemt deze zorgverlener '*dependency worker'* en de zorgontvanger *'charge.'*

transparantie nooit volledig bereikt kan worden, is het echter wel vereist voor het werk van de zorgverlener (ibid, p. 52).

Een ander concept dat in het kijken naar de relationele afstemming in zorgpraktijken helpend kan zijn, is Van Heijsts concept over zorgen als zijnde een betrekking (Van Heijst, 2008). Zij benadrukt dat goede zorg meer is dan zorgen dat iemand overeind blijft. Het gaat ook om het in wisselwerking treden met de zorgontvanger en degene het gevoel geven dat die wordt opgemerkt, dat die er mag zijn zoals die is (Van Heijst, 2008, p. 9). Uitgangspunt voor een goede zorgrelatie dient volgens Van Heijst te zijn, dat de zorggever, evenals de zorgontvanger een waardevol en eerbiedwaardig mens is. Volgens haar concept 'menslievende zorg' (MLZ) verlenen zorgverleners zorg uit zichzelf, omdat zij geraakt zijn door en betrokken zijn bij de ander, voor wie zij er willen zijn en voor wie ze ook iets kunnen betekenen (Van Heijst, 2005, p. 355). Zij stelt dat zorgen door de zorgverlener niet als een daad dient te worden beschouwd. Het is een betrekking en binnen die betrekking worden dingen gedaan (Van Heijst, 2005)..
Daarbij betoogt Van Heijst (2011) dat rondom het ziekenhuisbed ook vreugde, dankbaarheid en zinvinding plaatsvindt. Zij schrijft: *"Healthcare workers get more (...) then salary alone. Not only do they perceive the beneficial effects of their actions, they also enjoy the encounter with patients, and (...) they now and then receive gratitude in return"* (Van Heijst, 2011, p. 199).

Baart, Noddings, Kittay en Van Heijst besteden volop aandacht aan relationele afstemming in de zorgrelatie. Op het aandachtig en belangstellend aansluiten en afstemmen op wat er voor de kwetsbare ander toe doet. Dit zijn ijkpunten waarnaar gestreefd kan worden voor een goede zorgverlening in de zorgpraktijk. Van Heijst staat daarbij uitdrukkelijk ook stil bij de betekenis- of zindimensie van relationele afstemming. Een dimensie die zeker aansluit bij de empirische praktijk in het VKC, omdat het daar om 'het geven van nieuw leven' gaat. Tenslotte geven deze zorgethici aan dat de institutionele setting van zorg, deze relationele afstemming ook mogelijk moet maken. Kortom, de concepten van Baart, Noddings, Kittay en Van Heijst leveren waardevolle inzichten op die het begrip vergroten van wat er speelt in zorgpraktijken.

2.2.2.2 Afhankelijkheid en kwetsbaarheid in de zorgrelatie

Verschillende zorgethici (Van Heijst, 2005; Tronto, 1993, 2013; Kittay, 1999) beklemtonen dat zorgbetrekkingen gekenmerkt worden door asymmetrie (afhankelijkheid) en ongelijkheid. Van Heijst (2005) en Kittay (1999) dragen waardevolle concepten aan, die het begrip van wat er gaande is in de zorgpraktijk vergroten.
Het concept 'dubbelstructuur van behoeftigheid' van Van Heijst over de ongelijkheid in behoefte van zorgontvangers en de gemeenschappelijke behoeftigheid van zowel zorgverlener als zorgontvanger verdient aandacht als de praktijk op de verlos- en kraamafdeling bezien wordt. Van Heijst (2005) stelt

namelijk dat deze 'dubbelstructuur van behoeftigheid' is waar te nemen in zorgrelaties. Dit betekent dat er enerzijds ongelijkheid in (concrete, acute) behoefte bestaat - de zorgontvanger bevindt zich in een afhankelijke positie ten opzichte van de zorgverlener[6] - en anderzijds gelijkheid in (fundamentele, menselijke) behoeftigheid. Professionals zijn kwetsbaar, omdat zij ook anderen nodig hebben om een zinvol leven te leiden. Deze gemeenschappelijke behoeftigheid biedt een tegenhanger voor de grotere behoefte van de zorgontvanger. Deze dubbelstructuur van behoeftigheid maakt inzichtelijk dat professionals en zorgontvangers wederzijds van elkaar afhankelijk zijn (Van Heijst, 2011, p. 144).

Ook Kittay (1999) benadrukt het concept afhankelijkheid in de zorgrelatie. Betaalde en onbetaalde zorgverleners kunnen het zorgen niet zomaar naast zich neerleggen. Dit concept noemt zij *'derivative dependency'* (ibid, p. x). De zorgontvanger is namelijk volledig afhankelijk van hun werk. Zorgverleners zijn kwetsbaar en afhankelijk van anderen om hun zorgwerk over te nemen. Dit behelst volgens Kittay een morele verplichting tot ondersteuning en zorg voor de zorgverlener. Niet alleen voor de kleine kring rondom de zorgverlener, maar ook in breder sociaal en politiek verband (ibid, p. 50). Zorg dient volgens Kittay dan ook vanuit een *'connection-based equality'* gezien te worden. Gelijkheid vanuit de aanname dat we allen kinderen van een moeder zijn. Deze gelijkheid is gebaseerd op wederkerigheid in verbinding, namelijk geven omdat een ander ook gegeven heeft en niet op wederkerigheid (ik geef jou wat en jij geeft mij dit terug) (ibid). Kittays concept van de *'derivative dependency' is* in dit onderzoek helpend om oog te hebben voor de ervaring die de partner als zorgverlener heeft in de ondersteuning van de kraamvrouw in het ziekenhuis.

2.2.2.3 Identiteit zorgontvanger gevormd door relaties

Bovenstaand concept komt voort uit de theoretische en empirische analyse van Van Nistelrooij, Visse, Spekkink & De Lange (2017). Zij analyseerden de rol van familie en naasten in de gezamenlijke besluitvorming rondom de behandeling van terminale kanker. Zij brengen onder meer aan de hand van het relationele zelf van Ricoeur (1992, 2005) en de geneste relaties van Kittay (1999) naar voren dat de identiteit van de mens als relationeel wezen niet alleen uitgedrukt wordt door de relaties die mensen *hebben*. De identiteit van de mens wordt mede gevormd door zijn relaties: zij maken de mens tot wie hij *is*. Anderen staan niet buiten het zelf, maar maken deel uit van het zelf en zijn verbonden met het levensverhaal van deze persoon (Van Nistelrooij et al., 2017). Zo kunnen familieleden en naasten mede vorm geven aan het levensverhaal in perioden van chaos en overweldigende complexiteit (Van Nistelrooij et al., 2017, p. 6). Dit concept van de verweven- en verbondenheid van en met anderen in de identiteit en het levensverhaal van een mens, maakt dit concept waardevol in het beschouwen van de empirische praktijk in het VKC. Vanuit dit perspectief wordt duidelijk dat familieleden en partners

[6] Ontwikkelingen in de samenleving hebben deze asymmetrie naar de achtergrond verschoven door het accent te leggen op gelijke behandeling en rechten. Daarbij heeft het marktdenken in de zorgsector een rol gespeeld in het denken in termen van contracten tussen zorggevers en zorgontvangers als gelijken, waardoor de feitelijke afhankelijkheid van zorgontvangers uit beeld verdwijnt (Van Heijst, 2011, p. 143).

een cruciale rol kunnen spelen in de ondersteuning van de kraamvrouw in lijn met haar levensverhaal.

2.2.2.4 Overgave in de zorgrelatie

Het denken over relationele afstemming wil ik in deze thesis verrijken door gebruik te maken van het werk van fenomenoloog Van Manen (1998). Hij is geen zorgethicus, maar heeft wel specifiek geschreven over de overgave van zwangeren en barenden aan de goede zorgen van de zorgverlener:

> *"(...) the woman in childbirth (...) may experience such total sense of surrender to the care of the other that this other is not experienced any longer as a person who may hold judgment about me, who may criticize my behavior, who may objectify my naked body. (...) this person now made vulnerable by (...) the painful labor of childbirth (...) has totally surrendered to the trust of the caring other"* (ibid, p. 12).

Dit concept 'overgave' vergroot het inzicht dat zorgontvangers tijdens hun bevalling zichzelf helemaal kunnen overgeven aan en vertrouwen op de goede zorg van de zorgverlener. Door hun kwetsbaarheid, pijn en lijden kan de zorgverlener een baken worden waar de barende zich op kan richten. Dit concept is daarmee helpend om oog te krijgen voor de wijze waarop ook zorgontvangers zich afstemmen op en mogelijk kunnen overgeven aan zorgverleners.

2.3 Lichamelijkheid

Diverse zorgethici hebben oog voor en erkennen het belang van lichamelijkheid voor goede zorg in zorgpraktijken. Zorgethicus Hamington (2004) heeft het concept lichamelijkheid verder uitgediept. Hij borduurt onder meer voort op het concept *'engrossment'* van Noddings (1984) (Hamington, 2004, p. 29, 109). Zijn concept van het 'lichaam dat kennis heeft', is waardevol in het beschouwen van de zorgpraktijk. Hij schrijft: *"Every sensory experience I have from birth contributes to my knowledge of my body, both tacit and explicit"* (Hamington, 2004, p. 53). Het lichaam heeft en vergaart kennis, zonder dat we daarvan weet hebben. Hierdoor kunnen we, over het algemeen[7], ook weer handelen ten gunste van het lichaam en onszelf (ibid, p.54). Daarnaast benadrukt Hamington dat ieder mens zijn stoffelijk bestaan deelt met andere mensen (p.53). Ieder mens put uit de kennis van deze lichaamsbronnen. Zo weet een mens hoe het voor een ander kan zijn om zich ongemakkelijk te voelen of om zich te schamen. Ondanks dat dit amper in woorden uit te drukken valt, is ons lichaam vanuit onze gedeelde stoffelijkheid en belichaamde ervaringen hiermee bekend (p. 55).
Naast de kennis die het lichaam over onszelf voortbrengt, verwerft het ook kennis van een ander zonder dat we dit expliciet tot uitdrukking brengen. Door bijvoorbeeld een ander te zien, ruiken of te betasten, vormt dit bewust en onbewust, een onderdeel van ons totale begrip van die ander (ibid, p. 45). Hij betoogt:

> *"(...) the body has the ability to capture the subtleties of emotions communicated outside*

[7] Hamington beschrijft dat de mens, op verkeerde beslissingen na en het zich soms te buit gaan aan excessen, altijd goed voor zichzelf en zijn lichaam wil zorgen (Hamington, 2004, p.54)

> *explicit language. (...) The body 'knows' many things, including how to care, through its transactions with its environment"* (Hamington, 2004, p. 4).

Hoe meer we impliciet en expliciet weten over iemand, hoe beter we voor degene kunnen zorgen en kunnen afstemmen op diens behoefte. Zo wordt *'the other*' een concreet mens met eigen behoeften. Vice versa wordt duidelijk dat hoe meer we om iemand geven, we ook meer kennis over degene willen vergaren om zorg te geven (Hamington, 2004, p. 42). De belichaamde positie van de mens stelt ons in staat om ervoor te zorgen dat een ander kan floreren. Kortom, het lichaam is niet alleen het voertuig om kennis te verkrijgen, maar is tevens 'deelnemer' in het scheppen van betekenis voor onszelf en voor de ander (ibid, p.45).

Hamington benadrukt dat deze belichaamde kennis een mogelijkheidsvoorwaarde is voor zorg. Zorg blijft echter altijd een keuze (2004, p. 70). Het is gelinkt aan de gewoonten ofwel *'habits'*, die het lichaam ontwikkelt. Hamington beschrijft *'habits'* als volgt: *"Habits are physical practices of knowledge held in the body"* (ibid, p. 4). Hij onderscheidt daarbij onder meer *'caring habits': "Caring habits are the practices of embodied beings that contribute to the growth and well-being of self and others"* (ibid). Deze zorggewoonten kunnen ingeprent worden door oefening in de dagelijkse praktijk, maar het zijn geen vaststaande gewoonten (4). Ze veranderen en passen zich aan aan nieuwe situaties in de omgeving. Daarbij worden ze soms ook beperkt door sociale of politieke normen (Hamington, 2015). Door echter iteratief aandacht te geven aan en te reflecteren op deze zorggewoonten, kunnen ze onderdeel worden van ons moreel narratief en daarmee gestalte geven aan onze morele identiteit (ibid, p. 13).

Dit bovenstaande concept van Hamington maakt duidelijk dat het lichaam impliciet en expliciet kennis heeft en vergaart. Zo kan in de zorgpraktijk een kraamvrouw middels haar lichaam kennis vergaren over het veranderingsproces wat haar zwangere en barende lichaam doormaakt. Anderzijds vergaart het lichaam van de naaste of zorggever ook zintuigelijke kennis over wat de kraamvrouw nodig heeft. Zo kan haar oogopslag, de intonatie van haar stem al veel kennis over haar noden geven. Hierdoor wordt het mogelijk om beter te kunnen aansluiten bij en afstemmen op deze behoeften waardoor goede zorg mogelijk wordt. Dit concept is dan ook waardevol en helpend in het zicht krijgen op de zorgpraktijk.

Het denken over lichamelijkheid in de materniteit kan verdiept worden door het werk van fenomenoloog Van Manen (1998). Zo is zijn concept 'het verkrijgen van een leefbare relatie met het lichaam' van belang in de zorgpraktijk. Van Manen stelt onder meer dat zwangeren en barenden die toevertrouwd zijn aan verpleegkundigenzorg vaak behoefte hebben aan het vinden van een leefbare relatie met hun lichaam. Het lichaam doet tijdens deze periode namelijk niet wat het volgens hen moet

doen. Volgens Van Manen (1998) kondigt het lichaam zichzelf dan aan in zijn *'objectness'*. Het lichaam wordt onbetrouwbaar. Volgens Van Manen is de essentie van zorgpraktijken dan ook om voornemens te zijn om de zorgontvanger te herenigen met zijn lichaam om zodoende een leefbare relatie daarmee te verkrijgen (ibid, p. 3). Tevens beschrijft hij dat een verklaring voor klachten mensen gerust kan stellen wanneer zij tijdens ziekte of lichamelijk ongemak hun lichaam als object ervaren. Hierdoor ontstaat volgens hem heling; een minder angstige en meer reflectieve relatie met het lichaam zodat de verbroken relatie met het lichaam (en dus met de wereld) hervat kan worden (ibid, p.6).

Van Manen voegt met zijn concept 'leefbare relatie met het lichaam' inzichten toe die kraamvrouwen in hun lichamelijkheid kunnen ervaren en waarop zorgverleners kunnen anticiperen. Het is daarmee helpend om oog te krijgen voor de wijze waarop de lichamelijkheid van zwangeren en barenden door kan werken in de zorgpraktijk.

2.4 Inbedding van zorgpraktijken in instituties en systemen

Tronto (2010) beschrijft de zorg als een gevarieerde praktijk met uiteenlopende doelen, waarin ook steeds afstemming nodig is. Zorgpraktijken kunnen volgens haar het beste begrepen worden in de context van conflicten. Er is namelijk een voortdurende strijd tussen de verschillende behoeften en belangen van individuen zelf, van betrokkenen binnen de organisatie en van organisaties zelf (Tronto, 2010, p. 168). Daarnaast veranderen deze behoeften en belangen ook: *"(...) what we think of as 'needs' changes. They change over time for particular individuals, they change as societies expand their sense of what should be cared for (...). The demands placed upon institutions change"* (ibid). Dit maakt voor dit onderzoek inzichtelijk dat de zorgpraktijk immer onderhevig is aan veranderingen en gevormd wordt door de context van de samenleving.

Praktijken zoals de zorgpraktijk zijn dan ook altijd ingebed in instituties en systemen. Onder institutie verstaat Ricoeur (1990): *"(...) een structuur die niet terug te brengen is tot interpersoonlijke relaties en niettemin daarmee wel verbonden is"* (zoals geciteerd in Van Heijst & Vosman, 2010). Ricoeur benadert instituties vanuit hun *telos* ofwel hun specifiek doeleinde. Zo richt de gezondheidszorg zich als institutie op het organisatieveld waarin medische behandeling, verpleegkunde en andere gezondheidszorg wordt gegeven. De institutie is daarbij gebonden aan wetten, regelgeving en professionele gedragscodes (Van Heijst, 2011).

Dubet (2002) beklemtoont dat instituties bijdragen aan de opbouw van de samenleving doordat zij gericht zijn op het verwezenlijken van doelen en het bevorderen van waarden. Echter deze instituties zijn volgens hem in verval, omdat systemen als zijnde gereglementeerde handelswijzen de plaats hebben ingenomen van de eigen specifieke doeleinden van de institutie (Dronkers, 2016). Van Heijst (2011) noemt de opkomst van systemen die de werkwijze in maatschappelijke instituties voorschrijven

ook verontrustend. Zo bepalen en beperken protocollen, procedures, regelgeving voor overheidsinspectie en *evidence-based data*, de handelswijzen van professionals in de gezondheidszorginstitutie (Van Heijst, 2011, p. 173). Dit heeft effect op de ruimte die zorgprofessionals ervaren om te doen wat zij passend vinden voor zorgontvangers in concrete situaties (ibid). Wanneer transparantie en winstdoelen de specifieke doeleinden worden van instituties, dan raakt dit aan professionals en de manier waarop zij werken. Tevens beïnvloedt het hun gevoel van verantwoordelijkheid. Zij schrijft:

> *"Today's professionals are placed within a chain of command and within systems of demands. Many healthcare workers have become used to impersonal and systemic trajectories that guide their dos and don'ts. Their primary duty is to keep the process going smoothly"* (Van Heijst, 2011, p. 173).

Zij stelt, in lijn met het werk van Dubet (2002), dat een verpleegkundige of medische behandeling ook afhangt van wat organisaties van verpleegkundigen verlangen/eisen. Zorgverleners ontvangen namelijk instructie over hun werkwijze, wat nastrevenswaardig is en wat zij moeten nalaten. Doordat professionals het werk op dusdanige wijze uitvoeren oefenen zij een soort professionele macht uit, terwijl zij tegelijkertijd onderworpen zijn aan de instructies die hun professionele gedragingen bepalen. Deze scheppende maar ook onderdrukkende aspecten van hun werk gaan daarbij gelijk op (Van Heijst, 2011, pp.175-176). Volgens Van Heijst is het echter niet te laat om het verantwoordelijkheidsgevoel te hervinden. Dit kan door erkenning van de dwingende structuren die in een institutie werkzaam zijn, door toe te geven dat er ongelijke machtsposities zijn en door dan startklaar te zijn om tegemoet te komen aan de behoeften van de patiënten (ibid).

Het inzicht dat een zorgpraktijk ingebed is in instituties en systemen, helpt om te zien dat de praktijk op de verlos- en kraamafdeling te maken heeft met deze structuren. Zij dienen te voldoen aan wetenschappelijke maatstaven, wetgeving, protocollen en instructies vanuit de organisatie. Dit beïnvloedt mede de manier waarop er in het VKC gewerkt wordt en tegemoet gekomen kan worden aan de behoeften van de zorgontvanger.

2.5 Conclusie

In dit hoofdstuk zijn verschillende concepten de revue gepasseerd teneinde antwoord te kunnen geven op de eerste deelvraag: *Welke inzichten biedt de zorgethische literatuur met betrekking tot de geleefde ervaring in het denken over de zorg aan kraamvrouwen en hun partner op de verlos- en kraamafdeling van het ziekenhuis?*

In dit onderzoek zijn de zorgethische concepten 'relationele afstemming', 'lichamelijkheid' en 'contextualiteit' van belang. Met betrekking tot relationele afstemming, wordt duidelijk dat het

zorgproces volgens Tronto (1993, 2013) uit verschillende onderling verweven fasen bestaat. Daarbij is de zorgrelatie van eminent belang in het zorgproces (Baart, 2004; Van Heijst, 2005; Kittay, 1999; Noddings, 1984). In deze relatie stemt de zorgverlener af en erkent de persoon van de zorgontvanger. Daarbij staat de zorgverlener de ander ook bij in wat zich rondom het ziekenhuisbed voordoet. Voorts is in de zorgrelatie ook sprake van afhankelijkheid. Niet alleen voor de zorgontvanger, maar ook voor de zorgverlener. Laatstgenoemde heeft de zorgontvanger ook nodig om betekenis toe te kennen aan zijn leven en mens-zijn (Van Heijst, 2005). Daarnaast is stil gestaan bij de door Kittay (1999) gemunte 'afgeleide afhankelijkheid' van de zorgverlener. Hiermee wordt een beroep gedaan op het brede sociale en maatschappelijke netwerk om ondersteuning te bieden aan de zorgverlener om diens werk uit te kunnen blijven oefenen. Tevens is de rol van naasten belicht. Zij zijn volgens Van Nistelrooij et al. (2017) onontbeerlijk in het zorgproces om het levensverhaal van de zorgontvanger mede richting te kunnen blijven geven, omdat zij verweven zijn met diens identiteit en leven. Ook is de relationele afstemming door het concept 'overgave' van Van Manen (1998) uitgediept. Zorgontvangers kunnen zichzelf geheel overgeven aan de zorgen van de zorgverleners, waardoor laatstgenoemden fungeren als baken.

Ook is aandacht besteed aan het concept 'lichamelijkheid'. Hamington (2004) heeft betoogd dat het lichaam kennis heeft en vergaart. Hierdoor ontwikkelt het lichaam als vanzelf ook gewoonten, die het aanpast aan de situatie in een bepaalde omgeving. Deze belichaamde kennis maakt zorg mogelijk. Het is echter afhankelijk van de zorggewoonten of deze bekwaamheden verder ontwikkeld worden, afnemen of verloren gaan. Belichaamde kennis kan dan ook een bron van morele kennis zijn. Daarnaast is het werk van Van Manen (1998) aangehaald bij het denken over lichamelijkheid tijdens zwangerschap. Volgens hem kunnen zwangeren en barenden zoeken naar een leefbare relatie met het lichaam, omdat er een zekere *'objectness'* van het lichaam ontstaat. Hij betoogt dat zorgverleners essentieel zijn in het herstellen van de veranderende belichaamde ervaring van zwangeren en barenden.

Tenslotte is stilgestaan bij de inbedding van zorgpraktijken in instituties en systemen. Deze systemen kunnen de doeleinden van zorgpraktijken verdringen en andere doeleinden zoals transparantie en winst hiervoor in de plaats stellen. Dit zorgt voor een verandering van werken en van het verantwoordelijkheidsgevoel van professionals, hetgeen in de behandeling van zorgontvangers doorwerkt.

3 METHODE

Voor dit onderzoek is gekozen voor de fenomenologische onderzoeksbenadering van Van Manen (1997) ofwel de hermeneutische fenomenologie. Fenomenologisch onderzoek richt zich op de gemeenschappelijke betekenis van geleefde ervaringen van meerdere mensen aangaande een bepaald fenomeen (Creswell, 2013). Voor de zorgethiek is fenomenologisch onderzoek waardevol, omdat het bijdraagt aan het begrijpen van een situatie zoals geleefd door mensen in hun eigen context (Niemeijer, 2016). Tevens kan fenomenologisch onderzoek helpen om beter te begrijpen wat goede zorg kan betekenen in specifieke situaties (ibid).

In dit hoofdstuk wordt allereerst aandacht besteed aan de fenomenologie als filosofische stroming. Vervolgens wordt de fenomenologie van Van Manen als onderzoeksbenadering uiteengezet. Er wordt ingegaan op fenomenologie en de geleefde ervaringen, evenals de fenomenologische houding van de onderzoeker. Daarna volgt een beschrijving van de casusdefinitie, de werving van respondenten en de dataverzameling en -analyse. Tenslotte wordt ingegaan op de ethische overwegingen die in het onderzoek naar voren kwamen.

3.1 Onderzoeksbenadering

Fenomenologie is de wetenschap van fenomenen (Van Manen, 1997). Het laat zien hoe onze woorden, concepten en theorieën onoverkoombaar vorm en structuur geven aan de ervaringen die we door-leven (Van Manen, 2014, p. 58). Fenomenologie is daarbij zowel een filosofische stroming als een onderzoeksbenadering.

3.1.1 Fenomenologie als filosofische stroming

De fenomenologie grijpt terug op het werk van de filosofen Husserl, Heidegger, Sartre en Merleau-Ponty. Zij hebben ieder een stempel op de fenomenologie gezet (Creswell, 2013). Zo ligt het accent bij Husserl bijvoorbeeld op het vangen van ervaringen in hun pure essentie, zonder te interpreteren of te theoretiseren. Zijn fenomenologie wordt transcendentaal genoemd, omdat het zich karakteriseert door een descriptieve filosofie van de essenties van pure ervaringen. Het zuivere bewustzijn vormt de basis voor alle betekenisgeving (Van Manen, 2014). Heidegger daarentegen legt het accent op de fenomenologie als een ontologie (Van Manen, 1997). Heidegger ziet bewustzijn niet als iets wat gescheiden is van de wereld, maar als een gesitueerd-zijn in de wereld (Laverty, 2003).
Heidegger pleit daarom voor het gebruik van hermeneutiek (de studie van de interpretatie van betekenis) als onderzoeksmethode (Dowling, 2007). Zijn fenomenologie wordt dan ook wel hermeneutische fenomenologie genoemd (Laverty, 2003).

Ondanks de verschillen in het werk van deze filosofen, hebben zij gemeenschappelijke filosofische

aannames omtrent de fenomenologie. Zij onderzoeken allen de geleefde ervaringen van mensen, betogen dat dit bewuste ervaringen zijn en ontwikkelen beschrijvingen van de betekenis van deze ervaringen in plaats van verklaringen (Creswell, 2013, p. 77).

3.1.2 Hermeneutische fenomenologie van Van Manen

In dit onderzoek volg ik de hermeneutische fenomenologie van Van Manen omdat deze middels narratieven zorgt voor een dieper en rijker gelaagd begrip van een fenomeen. In dit onderzoek is dat het fenomeen wat het betekent om kraamvrouw te zijn voor de kraamvrouw en hiervan getuige te zijn door de partner in de context van het ziekenhuis.
Van Manen benadrukt dat de fenomenologie bemiddelt tussen de paradox van particulariteit (het concrete en unieke) en universaliteit (de essentie van de ervaring) (Van Manen, 1997).

De hermeneutische fenomenologie van Van Manen heeft descriptieve en interpretatieve aspecten. Descriptief omdat het de aandacht richt op hoe dingen verschijnen. "*It wants to let things speak for themselves".* Tevens is het interpretatief doordat het ook beweert dat er geen dingen als niet-geïnterpreteerde fenomenen zijn. De dingen op zichzelf worden ook gevangen door taal, hetgeen een interpretatief proces behelst (Van Manen, 1997, p. 180).

Onderzoek doen en schrijven horen dus onlosmakelijk bij elkaar (Van Manen, 2014). Zo analyseert een fenomenoloog al schrijvende. Door te schrijven komt hij tot analyses in plaats van te coderen en daaruit thema's af te leiden. De tekst dient volgens Van Manen de essentie van de geleefde ervaring te weerspiegelen. Hierdoor ontstaat een reflexief herleven en een reflectieve toe-eigening van de betekenis van de geleefde ervaring. De lezer wordt erdoor geraakt en bezield (Van Manen, 1997).
Een goede fenomenologische tekst informeert, maar transformeert de lezer ook. Ter illustratie een fragment uit *'The Sickbed'* van Van den Berg (1952):

> "After a restless and disturbed sleep, I wake up in the morning, not feeling too well. I get out of bed, however, intending to start the day in the usual manner. But soon I notice that I cannot. I have a headache; I feel sick. I notice an uncontrollable urge to vomit and I deem myself so incapable of facing the day that I convince myself that I am ill. I return to the bed I just left with every intention of staying there for a while".

Kortom, het lezen van de tekst vormt wie we zijn en wie we zullen worden, hoe we denken en voelen en hoe we handelen (Van Manen, 2007, p. 26).
Daarnaast gebruikt Van Manen ook etymologie in zijn werk. Zo betrekt hij regelmatig de originele betekenis van woorden in fenomenologisch onderzoek. Hij laat zodoende zien dat de oorspronkelijke betekenissen van een woord nog gelinkt zijn aan de geleefde ervaringen waaruit zij ontsproten zijn.
Tenslotte wordt de fenomenologie van Van Manen een '*phenomenology of practice'* genoemd. Het is

een fenomenologie voor de praktijk en van de praktijk (Van Manen, 2014). Een daadwerkelijk begrip van fenomenologisch onderzoek kan enkel bereikt worden door het actief te doen. Dit betekent dat de onderzoeker met de beide benen op de grond staat en onderzoekt hoe iets aan ons verschijnt of zichzelf geeft in het dagelijks leven (Van Manen, 2016). Door diepgaand begrip van de essentie van bepaalde geleefde ervaringen in de praktijk, helpt het professionals in deze context om kennis te ontwikkelen en daarnaar te handelen (Van Manen, 1997). Fenomenologisch onderzoek, mits goed uitgevoerd, kan dan ook een humaniserend effect hebben in de praktijk (ibid).

3.1.3 Fenomenologie en de geleefde ervaring

Elk fenomenologisch onderzoek start en eindigt met de geleefde ervaring. Geleefde ervaringen zijn ervaringen die pre-reflectief, non-reflectief of a-theoretisch doorleefd worden (Van Manen, 2017, p. 812). Geleefde ervaringen doen een aanspraak op ons onmiddellijk, pre-reflectieve bewustzijn van leven: een reflexief bewustzijn, dat als bewustzijn zich niet bewust is van zichzelf (Van Manen, 1997, p. 35). Met andere woorden: deze ervaringen verwijzen vanuit zichzelf niet naar een betekenisvolle ervaring of verborgen betekenisbron. Het gaat om gewone levenservaringen die doorleefd worden in het dagelijks leven (Van Manen, 2017). Het zijn ervaringen die niets rijks of verborgens in zich dragen, totdat een fenomenoloog zich afvraagt hoe het is om zoiets te ervaren. Dan is er sprake van het fenomeen-zijn (‘*phenomenality’)* van een fenomeen. Dan wordt de gewone ervaring buitengewoon, doordat er met een fenomenologische blik naar gekeken wordt (Van Manen, 2017, p. 811). Daarbij dient opgemerkt te worden dat in het vangen van de geleefde ervaring in woorden, degene altijd te laat is om het moment van het nu te pakken. De reflectie op de geleefde ervaring is altijd retrospectief in plaats van introspectief (Van Manen, 1997, p. 10).

3.1.4 Fenomenologische houding

Om de geleefde ervaring aan de oppervlakte te laten komen, is het belangrijk dat de onderzoeker vanuit een zekere houding naar de geleefde ervaring kijkt. Dit wordt de fenomenologische houding genoemd. De fenomenologische houding bestaat uit de epoché en de reductie (Van Manen, 2014). Epoché betekent in het Grieks onthouding/wegblijven van. Husserl noemde het ook wel *‘bracketing’*, verwijzend naar wiskunde waarin de cijfers die tussen haakjes staan, apart gehouden kunnen worden van de andere berekeningen. Het betekent dat vooronderstellingen die voorkomen dat essentiële aspecten van de geleefde ervaring zich laten zien, tussen haakjes geplaatst worden (Van Manen, 2014, p. 215). De term reductie komt van het woord *‘reducere’*, hetgeen terugleiden betekent. Dit is een mentale activiteit waarbij de onderzoeker teruggaat naar de ervaring zoals deze zich openbaart. Kortom de onderzoeker opent zichzelf en probeert zijn begripsvorming, aannames te *‘bracketen’*. Tegelijkertijd bekijkt zij aandachtig de ervaring van dat moment, waardoor de diepere betekenis van de geleefde ervaring ontwaard kan worden (Van Manen, 2014, p.217).

3.2 Onderzoeksmethode

De fenomenologie van Van Manen volgt geen vastgelegde procedures. Wanneer namelijk stappenplannen gevolgd worden, dan ontkomt de onderzoeker niet aan objectificatie van het onderzochte. Het subtiele en essentiële emergeert dan niet, terwijl de fenomenologisch onderzoeker daar juist naar op zoek is. Van Manen (1990) bevestigt dat er in die zin geen methode is. Echter de fenomenologie bouwt voort op een traditie, *'a body of knowledge and insights'* en een geschiedenis van denkers die een bron en methodologische basis zijn voor de huidige fenomenologische onderzoekspraktijken (Van Manen, 1990, p. 30).

In een poging om enigszins structuur aan te brengen in fenomenologisch onderzoek onderscheidt Van Manen (1997) wel een zestal methodische onderzoeksactiviteiten die in onderlinge wisselwerking op de voorgrond treden. Zo dient de onderzoeker:

1) Zich te richten op een fenomeen waarin ze geïnteresseerd is;
2) De ervaring 'doorleefd' te onderzoeken, in plaats van hoe het geconceptualiseerd wordt;
3) Te reflecteren op de essentiële thema's die het fenomeen karakteriseren;
4) Het fenomeen te beschrijven door middel van de kunst van het (her)schrijven;
5) Een sterke en georiënteerde relatie tot het fenomeen te behouden;
6) Te balanceren tussen het deel en het geheel in de onderzoekscontext.

Deze aanpak vereist de fenomenologische houding. Zodoende kan door de vanzelfsprekendheid en de betekenisstructuren van onze ervaringen doorgedrongen worden (Van Manen, 2016, p. 215).

3.3 Casusdefinitie en onderzoekseenheid

Om de geleefde ervaringen van de kraamvrouwen en hun partner op te diepen, is er in het VKC geobserveerd en zijn er interviews afgenomen. In het centrum verblijven vrouwen die medische problemen ondervinden tijdens hun zwangerschap en/of hun bevalling. Tevens verblijven er kraamvrouwen wier pasgeborene medische monitoring nodig heeft. Op deze afdelingen is sprake van gezinsgerichte zorg. Dit betekent dat de kraamvrouw, haar partner en kind bij elkaar kunnen blijven, tenzij de kraamvrouw op de operatiekamer (OK) of op de intensive care (IC) verblijft (Heroriëntatie capaciteit VKC, 2016).

In nauw overleg met de Lokale Haalbaarheid Commissie (hierna te noemen LHC) zijn keuzes gemaakt in de onderzoekseenheid. Zo is vastgesteld dat er vier kraamvrouwen en hun partners geïnterviewd mochten worden[8]. Daarbij werd rekening gehouden met de draaglast van de kraamvrouwen en de tijdspanne van het interview. Tevens zijn er exclusiecriteria opgesteld. Deze criteria betreffen: a)

[8] Voor een overzicht van de respondenten, zie bijlage 2.

kraamvrouwen en hun partners die de Nederlandse taal niet machtig zijn; b) kraamvrouwen die in het ziekenhuis geholpen worden door eerstelijns verloskundigen uit de regio; c) kraamvrouwen met traumatische bevallingservaringen; d) kraamvrouwen met psychiatrische problemen. Deze keuzes zijn deels ingegeven door de complexe problematiek van sommige kraamvrouwen, de belemmering van het werken met een tolkentelefoon in diepte-interviews en doordat het project Zorg met Ziel echt de signatuur draagt van het Rijnstate ziekenhuis.

In totaal zijn vier kraamvrouwen en drie partners, die in de maanden april en mei 2017 op de kraam- en verlosafdeling hebben gelegen, geïnterviewd. De opnameduur van de kraamvrouwen op de kraamafdeling varieerde van 8 tot 72 uur. Drie interviews zijn afgenomen in het ziekenhuis. Vanwege ontslag is één kraamvrouw en haar partner door de onderzoeker bij hen thuis geïnterviewd. Eén partner is niet in het onderzoek meegenomen. Hij was tijdens het interview met de kraamvrouw afwezig. Door de onderzoeker is ervoor gekozen om eerst de kraamvrouw te interviewen, alvorens vragen te stellen aan haar partner. Zodoende was het mogelijk om zo zuiver mogelijk de geleefde ervaringen van hen beiden te vangen.

3.4 Data-verzameling

Alvorens ingegaan wordt op de data-verzameling, dient stil gestaan te worden bij het woord data. *'Datum'* of *'data'* heeft in het Latijn de betekenis van een algemeen concept. Als een bepaalde vorm waarin informatie gegoten wordt om het te kunnen (de)coderen, sorteren of categoriseren (Van Manen, 2017, p. 814). Deze opvatting van data is echter niet verenigbaar met fenomenologisch onderzoek. Bij het laatste gaat het om betekenissen die in narratieven te vangen zijn en niet om informatievormen die vaststaan in universele codes. Toch komt de etymologie van data wel tot zijn recht in de fenomenologie. In die zin betekent het namelijk gegevenheid (Van Manen, 2017, p.814). Kortom, Van Manen (2017) wijst er op dat voorzichtig omgegaan dient te worden met het woord data in de gebruikelijke zin van het woord. Data in een fenomenologisch onderzoek dienen dan ook vooral gezien te worden als fenomenologische voorbeelden van geleefde ervaringen.

De data in dit onderzoek zijn verkregen door diepte-interviews en observaties (zie voor de uitvoering bijlage 3). Diepte-interviews in de hermeneutische fenomenologische traditie verschillen van interviews die bij andere kwalitatieve onderzoeken zoals etnografie en narratieve analyse worden gebruikt. In tegenstelling tot deze onderzoeken gaat het bij de hermeneutische fenomenologie om pre-reflectieve ervaringsverhalen. Deze narratieven dienen als bron om een dieper en rijker gelaagd begrip te verkrijgen van een menselijk fenomeen (Van Manen, 2016). Met andere woorden: door de interviewer wordt getracht om bloot te leggen wat het betekent *om te zijn*, zoals het zich laat zien of onthult door het verhaal heen (Vandermause & Fleming, 2011). In dit onderzoek ligt de focus op wat het betekent om kraamvrouw te zijn voor de kraamvrouw en het hiervan getuige te zijn door de partner

op de verlos- en kraamafdeling. Gedurende de data-verzameling, is de onderzoeker ook begonnen met data-analyse.

3.5 Data-analyse

3.5.1 Data-analyse volgens Van Manen

Van Manen (1997) beschrijft drie verschillende wijzen om essentiële aspecten van een fenomeen te ontrafelen in transcripten van diepte-interviews of in observaties. Allereerst kan in het lezen van het gehele transcript de kern van de tekst ontwaard worden. Deze kern dient in één zin geformuleerd te worden. Vervolgens wordt de tekst verscheidene keren doorgelezen, waarbij de onderzoeker zich dient af te vragen welke opmerkingen belangrijk zijn voor het fenomeen dat beschreven wordt. Deze delen worden onderstreept. Tot slot wordt gedetailleerd en op zinsniveau de tekst gelezen. De onderzoeker besteedt aandacht aan hetgeen de zinnen door laten schijnen over de ervaring of fenomeen dat beschreven wordt (Van Manen, 1997).
Tevens kunnen transcripten geanalyseerd worden op fundamentele existentiële aspecten, die ieder mens in zijn leefwereld tegen komt, ongeacht diens historische, sociale of culturele gesitueerdheid. Van Manen (1997, 2014) noemt dit ook wel existentialen.
De volgende existentialen kunnen behulpzaam zijn in de reflectie op het onderzoeksproces:
a) geleefde ruimte; b) geleefde lichamelijkheid; c) geleefde tijd; d) geleefde relationaliteit; e) geleefde materialiteit (Van Manen, 1997; 2014). Al deze existentialen tezamen zijn gedifferentieerd, maar niet los van elkaar te zien. De ene existentiaal roept vaak de ander op, zoals duidelijk te onderscheiden is bij de geleefde tijd en ruimte. De existentialen tezamen vormen een eenheid, die de leefwereld genoemd wordt (Van Manen, 1997). Hieronder worden deze existentialen, zoals Van Manen (1997) ze schetst, nader toegelicht.

Geleefde ruimte: vanuit deze *'gestalt'* ofwel venster kan de onderzoeker kijken naar hoe de ruimte ervaren wordt in relatie tot het fenomeen wat bestudeerd wordt. Kortom wat voor een effect heeft de ruimte op ons, in hoeverre vormen we de ruimte of hoe vormt de ruimte ons. Zo kan er bij geleefde ruimte sprake zijn van een binnen- en buitenwereld.

Geleefde lichamelijkheid: onze reflectie op een fenomeen kan ook door de *'gestalt'* van de lichamelijkheid bezien worden. Als mens zijn we altijd lijfelijk in de wereld. Door en met ons lichaam ervaren we het leven en ontmoeten we de ander. Door het venster van geleefde lichamelijkheid kan dan ook onderzocht worden of het lichaam als object of als subject wordt ervaren.

Geleefde tijd: wat is de ervaring van tijd in de reflectie op het fenomeen. Wordt er in termen van kloktijd gesproken of over fenomenologische tijd? Ook kan tijd fungeren als *'telos'* ofwel doel in het

leven. Wat wordt nagestreefd in het leven? Geleefde tijd en geleefde ruimte lijken daarin ook met elkaar verweven. Zo kan tijd ervaren worden als ruimte en ruimte als een aspect van tijd. Door deze *'gestalt'* wordt er meer inzicht verkregen in het fenomeen dat onderzocht wordt.

Geleefde relationaliteit: door dit existentiaal kan de aandacht gelegd worden op hoe het zelf gerelateerd is aan anderen of wat de betekenis is van gemeenschap in relatie tot het fenomeen wat onderzocht wordt. Door op deze wijze te kijken naar het fenomeen vallen weer dieper liggende essenties op.

Geleefde materialiteit: door deze *'gestalt'* kan gereflecteerd worden op het fenomeen door te vragen naar hoe dingen ervaren worden. Hoe dragen zij bij aan de essentiële betekenis van het fenomeen. Welk ding in relatie tot een bepaalde geleefde ervaring behoort onlosmakelijk bij het lichaam of wordt als vervreemdend ervaren?

Bovenstaande existentialen zijn waardevol in het beschouwen van de zorgpraktijk in het ziekenhuis. Het is als het ware een bril die de onderzoeker opzet om te kijken naar de geleefde ervaringen van kraamvrouwen en hun partner. Door die 'bril' kan de complexe empirische werkelijkheid van kraamvrouwen en hun partner beter begrepen worden. De existentialen zijn, naast de theoretische concepten, behulpzaam in het opdiepen van de geleefde ervaringen van het fenomeen kraamvrouw-zijn en hiervan getuige zijn in de context van het ziekenhuis.

3.5.2 Data-analyse door de onderzoeker

In de analyse van de transcripten is gebruik gemaakt van het analyseren van de interviews en observaties middels het lezen van het geheel, de tekst in stukjes analyseren die essenties van het fenomeen tonen en het op zinsniveau onderzoeken van de tekst. Tevens is er gebruik gemaakt van de existentialen als reflectiemogelijkheid. Hierdoor werden de interviews en observaties vanuit deze vensters bekeken hetgeen nieuwe inzichten opleverde. Tenslotte heb ik reflectieve, observationele en methodologische memo's tijdens het onderzoeksproces gemaakt. Deze memo's zijn waardevol geweest bij het schrijven van de narratieven en bij de formulering van de bevindingen.

3.6 Fasering

Een uitgebreide fasering van het onderzoek is te vinden onder bijlage 4.

3.7 Ethische overwegingen

In alle fases van kwalitatief onderzoek kunnen ethische vraagstukken naar voren komen. Het is dan ook noodzakelijk dat de onderzoeker hierbij stil staat en anticipeert op deze ethische kwesties (Creswell, 2013).

In dit onderzoek zijn de volgende ethische beslissingen genomen. Voorafgaand aan het onderzoek is het onderzoeksvoorstel gepresenteerd aan en doorgenomen met de wetenschapscommissie van het project Zorg met Ziel. Vervolgens is het onderzoeksvoorstel beoordeeld door de LHC van het Rijnstate ziekenhuis. Het onderzoek wordt hierdoor breed binnen de instelling gedragen en voldoet aan de eisen vanuit de instelling.
Tevens hebben de respondenten in het ziekenhuis voorafgaand aan het interview en/of de observatie een flyer ontvangen met onderzoeksinformatie. Hierin was opgenomen dat de interviews opgenomen en na het onderzoek vernietigd zouden worden. Eveneens werden respondenten erop geattendeerd dat de data geanonimiseerd verwerkt zouden worden en niet herleidbaar zouden zijn. Tenslotte werd benadrukt dat respondenten zich te allen tijde konden terugtrekken uit het onderzoek.
Alvorens de interviews afgenomen werden, hebben de respondenten een informed-consent formulier getekend, waarin ze toestemming gaven voor het gebruik van hun gegevens ten behoeve van het onderzoek. Daarbij werd de vrijwilligheid van deelname onderstreept (zie bijlage 5).

Tijdens het interview en de observatie is steeds gekeken of de draaglast voor de kraamvrouwen niet te groot werd. Hierdoor heeft de onderzoeker, in nauw overleg met de kraamvrouw en haar partner, sommige interviews eerder afgerond dan oorspronkelijk gepland was. Ook is een aantal interviews verzet naar een later tijdstip omdat het rustuur was of omdat de kraamvrouw bezoek kreeg van zorgprofessionals of kraambezoek. De onderzoeker heeft daarbij zoveel mogelijk trachten aan te sluiten bij de respondenten.

4 BEVINDINGEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek gepresenteerd, die voortkomen uit de observaties en interviews met de kraamvrouwen en hun partners. De onderliggende deelvraag staat hierbij centraal: *Wat is de (essentie van de) geleefde ervaring van het kraamvrouw-zijn op de verlos- en kraamafdeling voor kraamvrouwen en het hiervan getuige zijn door hun partner?*

Allereerst wordt deze vraag beantwoord, waarna het middels narratieven en een verdieping van de existentialen nader wordt toegelicht. In de fenomenologie van Van Manen zijn narratieven onmisbaar[9]. In dit onderzoek dompelen ze de lezer onder in het fenomeen van het (getuige van het) kraamvrouw-zijn in het ziekenhuis. Tevens vindt verdieping plaats aan de hand van existentialen om de gelaagdheid, complexiteit en ambiguïteit van dit fenomeen te ontwaren. Daarbij is gebruik gemaakt van de citaten van de kraamvrouwen en hun partners om zoveel mogelijk multiperspectiviteit te tonen en recht te doen aan de betrokkenen. Tenslotte dient opgemerkt te worden dat de geleefde ervaringen van de kraamvrouwen en hun partners zich vooral toespitsten op de bevalling.

4.1 Essentie en narratief van de kraamvrouw

Gedurende het empirische onderzoek is de gemeenschappelijke betekenis van het kraamvrouw-zijn op de verlos- en kraamafdeling voor de vier kraamvrouwen opgediept. De essentie luidt als volgt:

> *Het kraamvrouw-zijn op de afdeling is voor de kraamvrouw een ambigue ervaring waarbij de kraamvrouw opgaand in het ziekenhuisritme lichamelijk en geestelijk op de proef wordt gesteld en waarin momenten van pijn, twijfel, angst, in een binnen- en buitenwereld verkeren, overgave en vertrouwen op de deskundigheid van zorgprofessionals en hun medische voorzieningen elkaar opvolgen en afwisselen, maar tegelijkertijd is het ook een liefdevolle ervaring van relationaliteit en mens-zijn die de pijn en heftigheid van het baren doet smelten.*

De ambiguïteit van deze geleefde ervaring wordt beschreven in onderstaand narratief:

Het is warm in de kamer. De dekens heb ik van mij afgeslagen. Mijn dochtertje ligt met haar ruggetje tegen mij aan. Haar kleine lijfje beweegt rustig op en neer. Mijn blik glijdt door de kamer. Op een tafeltje tegenover mijn bed ligt een doorzichtige zak. De zak is gevuld met kraamverband. Een handpomp met desinfectiemiddel is aan het bed bevestigd. Aan de wand hangt een memo-bord. In krulletters is haar naam opgeschreven. De gordijnen zijn gesloten. Buiten is het nog donker. Ik hoor wat verkeer langs zoeven. Ook hoor ik de ventilatie zachtjes brommen. Het gordijn van het andere bed op de kamer is deels gesloten. Ik kan de deur niet zien. Ik kijk naar mijn pasgeborene. Mijn oogleden voelen zwaar…

De liftdeuren openen zich. Het bordje met verloskamers wijst de weg. Een hartelijke verloskundige staat in de gang. Ze steekt haar hand uit. Haar handdruk is stevig, vertrouwenwekkend. Ze heet Merle. Ze gaat ons

[9] Voor gedetailleerde informatie over *'phenomenological writing'*, verwijs ik naar het werk van Van Manen (2014). Hij betoogt: *"On the one hand, phenomenological writing is a rational process in the sense that it tries to systematically explore the meaning structures of a phenomenon. On the other hand, it's also nonrational in the sense that it tries to find expressive means to penetrate and stir up the prereflective substrates of experience as we live them"* (Van Manen, 2014, p.240)

vannacht helpen. Ferme handen ondersteunen mij wanneer ik geïnstalleerd word op het bed. Ik trek met de hulp van mijn man mijn rok en slip uit. Het maakt me niets uit. Ik wil hier zo snel mogelijk doorheen. Bevallen, mijn kindje krijgen. Nu is het tijd. Ik kijk om me heen. De kamer is groot en warm. Ik heb geluk volgens de verpleegkundige. Dit is de mooiste kamer met bad en een douche. Zij vraagt of ik goed lig. Ik ga wat verliggen en leg mijn hoofd op het kussen. De verpleegkundige legt uit wat zij gaat doen. Even monitoren hoe het met het kindje en mij gaat. Ik word aan de ICG gelegd.
Ik kijk naar de monitor. De grafiekjes gaan omhoog en omlaag. Het ziet er volgens de verpleegkundige goed uit. Ik krijg wat drinken aangeboden. Ik zet het glas gulzig aan mijn lippen. Even maar. De volgende wee dient zich aan. Een verloskundige trekt handschoenen aan. Ze vertelt dat zij gaat checken in hoeverre de ontsluiting vordert. Mijn lichaam verwerkt de wee. Ik laat me meevoeren. Uit de verte komt de vraag of ik mijn benen kan spreiden. Mijn benen verschuiven over de lakens, ieder naar een kant. De verpleegkundige leunt voorover. De stof van haar jasje glijdt langs mijn benen. Ik laat haar hand toe. De wee is pijnlijker dan de voorgaande. Ik tril. Mijn lijf spant zich. De verloskundige stelt me gerust. De bevalling is goed op gang. Ik voel mijn hart tekeer gaan. Mijn ademhaling raspt. De kamer wordt weer vager. De pijn overmeestert me. Ik probeer mijn gedachten te sturen: elke wee is er weer één. Het lukt me niet. Het doet zo ontzettend zeer. Vanuit een waas zie ik de mensen om me heen. Het meeste gaat langs me heen. Ik geef mij over. Laat het gebeuren.
Ik hoor mijn man uit de verte mijn naam noemen. Hij zit naast het bed en houdt mijn hand vast. Ik knijp er hard in. Hij doet zijn mond open en puft mee. Het lukt me even niet om mee te doen. Ik voel me wegzakken. Mijn lijf gaat volledig zijn eigen gang. Wat doet het pijn. Alle organen lijken samen te trekken. Ik ben bang. Dit kan ik niet bijbenen. Dan voel ik een hand. Merle pakt mij bij mijn schouder vast. Haar blik houdt mij vast. Ze zegt wat ik moet doen. Ik volg haar blindelings. Ik let op haar blik. Gaat het goed? Ze ziet mijn blik. Ze knikt. Volgens haar doe ik het goed. Ze helpt mee met puffen. Ik vertrouw haar.
Dan gaat het ineens snel. Mijn lijf neemt geen tussenpozen meer. De pijn is niet te harden. Ik wil niet meer. Ik voel de paniek toenemen. Het maakt me klein, angstig. Mijn ademhaling gaat met horten en stoten. Ik wil verlossing. Ik wil dat mijn lijf even luistert. Ik jammer, vraag om pijnstilling. Mijn lijf moet geholpen worden. Dit kan ik niet meer. Blikken kijken me aan. Ik voel me hulpeloos. Ik wil niet meer. Ik zink weer weg in een vormeloze ruimte. Van de wereld. Alleen. Dan hoor ik de rustige, vastberaden stem van Merle. Ze gaan me helpen. Ik heb het zo benauwd. Ik krijg een pompje. Het begint te werken. Langzaam maar trefzeker. Ik herleef. Even een adempauze. De tijd lijkt stil te staan. Dan hoor ik dat ik volledige ontsluiting heb. Met mijn man aan de ene kant van het bed en Merle aan de andere kant, pers ik mijn organen uit mijn lijf. De druk neemt toe. Alle energie bal ik samen. Ik crepeer. Het hoofdje staat. Haal het kind eruit.. Ik knijp mijn ogen stevig dicht. Het is één zwarte vlek. Dan wordt er getrokken. Ik voel van alles. Het vloeit van binnen. Ineens is ze er! Een mens, een lijfje.. Wat intens. Ik open mijn ogen. Ze huilt met kracht. Ik kijk verwonderd naar dat kleine mensje. Wat klinkt dat goed! Ze wordt voorzichtig op mijn borst gelegd. De verloskundige kijkt haar na. Zuigt het slijm uit haar mondje. Wat een warm hoopje liefde…

Er wordt op de deur geklopt. Ik open mijn ogen. Ik kijk op de klok. Er is een uurtje verstreken. Het is inmiddels licht geworden. De zon piept onder de gordijnen door. Een nieuwe dag. Een verpleegkundige komt zachtjes binnen. Ze kijkt me aan en vertelt dat we vandaag gaan verhuizen naar een andere kamer. Ze zullen ons zo meenemen. Daarna verzorgt zij mijn dochtertje. Ze pakt haar behoedzaam op en legt haar in het verrijdbaar wiegje naast mij. Wat is ze klein. Ze wordt goed ingestopt met kruiken. Dan gaat de verpleegkundige weer weg. De kamerdeur gaat dicht. Het is stil in de kamer. Van buiten komen de geluiden binnen. Verkeer dat langs zoeft. Een ambulance in de verte. Het ventilatiesysteem zucht. Uit het wiegje naast me komt af en toe een knorrend geluidje. Ze slaapt.
Zacht geklop op de deur. Een voedingsassistente komt binnen met een boterham. Ze zet het op het uiteinde van het verrijdbare tafeltje en verdwijnt. De kamerdeur valt weer in het slot. De geluiden van buiten glijden weer binnen. Ook is er geschuifel op de gang. Een kar rijdt voorbij de kamerdeur. In de naastgelegen kamer wordt een stoel aangeschoven.
Dan wordt er weer geklopt. Twee verpleegkundigen komen binnen. Eén verpleegkundige loopt meteen naar het raam en ritst de gordijnen open. Het is tijd voor de verhuizing. Mijn spulletjes, mijn ochtendjas, tas en rolkoffer verdwijnen met de verpleegkundige uit de kamer. Dan wordt een rolstoel binnengeduwd. Ik ga op de rand van het bed zitten. Mijn onderlichaam voelt anders aan. De andere verpleegkundige glimlacht. Voorzichtig helpt ze me van het bed af. Ik heb een katheter. De zak bevat een flinke laag urine. De verpleegkundige maant mij om meer in beweging te komen. Ze zegt met een vriendelijk gezicht: da's belangrijk!
Ik ga in de rolstoel zitten. Mijn zak urine wordt aan de armsteun bevestigd. Ik heb niet veel aan. Mijn dunne nachtjapon verhult weinig. Ik kijk om terwijl ik de kamer wordt uitgereden. Mijn dochtertje komt achter mij aan. De verpleegkundige duwt haar wiegje. Er loopt ook een man in de gang. Hij komt onze kant op. Ik voel me naakt. Ik sla mijn armen voor mijn borst. De urinezak kan ik niet verhullen. Ik ben blij dat we elkaar niet kruisen. De rolstoel draait de volgende kamer al weer in. Ik kijk om me heen. Deze kamer is groot, meer een zaaltje. Er staan vier bedden. Eén bed wordt opgemaakt door het ziekenhuispersoneel. Ze zijn met elkaar aan het

kletsen. Het is een stuk koeler dan in de vorige kamer. Ik word de rolstoel uitgeholpen. De verpleegkundige merkt op dat ik gelekt heb. Ik zie het nu ook. Een straal bloed loopt langs mijn been. Ik voel me ongemakkelijk. Ik verlang opeens heel erg naar mijn eigen huis. Ik loop achter de verpleegkundige aan. Zij laat mij in de toiletruimte zien hoe ik de urinezak kan legen. Dan kan ik onder de douche. De douche doet mij goed. Het warme water op mijn huid wast de sporen van bloed weg. Voorzichtig droog ik me af en kleed me aan. De verpleegkundige helpt mij. Als we klaar zijn, loop ik achter haar aan. Mijn nieuwe bed tegemoet. Het wiegje staat al naast het bed. Ik word het bed weer in geholpen. Frisse lakens. Ik voel ineens hoe moe ik ben. De verpleegkundige loopt met rustige tred weer de kamer uit. De deuren van de grote kamer blijven open staan. Ik staar naar de andere kant van de ruimte. Er komen zo nog meer kraamvrouwen met hun kindjes. Ik ben blij dat we nog even alleen zijn. Nog even, wij.. met zijn tweetjes!

4.2 Verdieping existentialen uit het narratief

In hoofdstuk 3 is uiteengezet wat existentialen zijn. In de paragrafen 4.2 en 4.4 worden ze als vensters gebruikt om de geleefde ervaring uit te diepen.

4.2.1 Geleefde ruimte

Vanuit het venster van de geleefde ruimte kan de geleefde ervaring van het kraamvrouw-zijn op de kraamafdeling onderzocht worden. In het VKC verblijven de kraamvrouwen in verschillende ruimtes. Op grond van beschikbaarheid krijgen zij een ruime verloskamer met bad, douche en wc. Of een kleinere verlosruimte met een douche en een wc. Duidelijk wordt dat het over het algemeen prettig is dat er diverse voorzieningen zijn om uit te kiezen en/of om af te kunnen wisselen tijdens het bevallen. Daarnaast wordt het ook als prettig ervaren dat er gezinskamers zijn, waar het gezin na de bevalling kan verblijven.

We hadden een hele mooie verloskamer.. ja. En die mooie badkamer erbij. (...) Ik kon het ook echt allemaal wel afwisselen, douche, bad, bed.

Het paste gewoon en iedereen eh.. had plek, (...) niet zo'n klein hokje. Dat vind ik dan toch nooit zo prettig als je echt in een klein hok zit (Anne)[10].

Ja, ik vond het wel een hele fijne ruimte. Ja gewoon heel klinisch. Maar.. ja.. ik kon er gewoon mijn ding doen..(Esther)

Echter welke verloskamer het wordt, is geen halszaak.

Het ziekenhuis verontschuldigde zich ook af en toe voor de eh.. verloskamers (...), het was wat ouder en zo.. en ja, als je dan al in een ander ziekenhuis bent geweest. Maar voor ons was het meer.. het gevoel dan zo'n kamer. .. Al lig ik in een kast.. het maakt mij niet uit hoe die kamers eruit zien als het gevoel maar goed zit. (Saar)

Maar niet dat het een verschil maakt.. de kamer. Of er nou roze gordijntjes of blauwe gordijntjes hangen, nee dat.. Op dat moment boeit je dat niet. (Esther)

[10] De genoemde namen zijn pseudoniemen.

Wat verder naar voren komt met betrekking tot de geleefde ruimte is dat kraamvrouwen op de afdeling zich steeds meer terugtrekken -bewust en onbewust- uit de wereld. Ze nestelen zich in een eigen wereld, een eigen ruimte waarin zij soms opgeslokt worden en waar zij zich aan overgeven. Dit is een wereld die door de kraamvrouwen bubbel, zône of van de wereld-zijn genoemd wordt.
Ja, hoe zal ik dat eens zeggen, ..je bent nog helemaal in je eigen zône of in je eigen bubbel enne.. (...) de helft gaat langs je heen.. (...). Ik kreeg dat gewoon allemaal niet mee, dus ik denk: nou ja het zal wel.. (Saar)

Ik was er ook helemaal niet mee bezig met alles om mij heen.. (Anne)

Ja, ik was van de wereld.. zo'n sneltreinvaart, dus alles wat er om mij heen gebeurt, is langs me heen gegaan. Dus daar.. heb ik eigenlijk weinig besef van gehad.
Mentaal.. ben je.. ja niet op deze wereld. Dat kwam later pas, dat besef van wat er eigenlijk gebeurd was. En dat je bevallen bent en dat je.. eh.. een kindje hebt gekregen. (Emma)

Esther heeft daarbij niet de ervaring dat dingen langs haar heen gaan, maar dat ze juist alles heel bewust meemaakt:
(...) als iets in je omgeving, op dat moment zal gebeuren wat je niet fijn vindt, maak je dat heel bewust mee. Omdat je zo… ja, ja, je zit in dat momentum.

Sommige van de kraamvrouwen vinden deze binnenwereld beangstigend. Het lukt ze niet meer om contact te maken met hun omgeving. Het is voor hen een soort ruimtelijk zweven, als een astronaut die met een klein lijntje verbonden is aan zijn ruimtestation. Een aantal vrouwen berust er ook in. Het maakt niet uit en het zorgt ook voor een focus om het kind te kunnen gaan baren. Niet meer bezig zijn met zaken die in het dagelijks leven de volle aandacht vereisen, maar ervoor gaan.
Ook na de bevalling is de binnenwereld aanwezig. Deze ruimte zorgt voor contemplatie, verstilling en verwerking. Het is een ruimte van waaruit de kraamvrouw zich geleidelijk aan weer opmaakt om de buitenwereld weer in te kunnen treden. Belangrijke zaken die worden besproken in de buitenwereld zullen als vanzelf weer op de voorgrond dringen.
Je maakt het wel mee, maar het gaat ook eigenlijk langs je heen.. (...) het komt ook allemaal wel.. als er iets belangrijks is, dan hoor ik het vast wel weer terug. (Saar).

De buitenwereld wordt ook merkbaar op de kraamafdeling doordat kraamvrouwen verplaatst worden naar andere ruimtes of doordat geluiden van de gang of van buiten het ziekenhuis, de kamer binnendringen. *Ja, ook hoeveel mensen er op de gang lopen, krijg je mee (Esther).* Vanuit de stilte van de kamer is dan te merken dat het leven buiten de kamer zich voortzet.

4.2.2 Geleefde lichamelijkheid

Op de kraamafdeling toont de geleefde lichamelijkheid van het kraamvrouw-zijn zich voornamelijk in het pijn ervaren. Deze pijn neemt gedurende de bevalling vooral de vorm van lijden aan. Kraamvrouwen in het onderzoek ervaren dat hun lichaam tijdens de bevalling volledig zijn eigen gang gaat of dat het lijf juist niet doet wat het moet doen, namelijk ontsluiten.

Het is de natuur en je lichaam neemt alles over.. Dat ging compleet zijn eigen gang
Het was beangstigend.. de kracht die je lijf aanmaakt en dat het gaat (…) ja dat het zo snel gaat. Ik was daar zelf met mijn hoofd niet bij en had daar ook geen invloed op (Emma)

Het is net alsof…. van hier tot hier..[wijst van borst tot aan haar heup]. Tot aan je schaambeen, zeg maar… dat dat helemaal fijngeknepen wordt, of uitgewrongen zoiets.. ja… (Anne).

Heel je lichaam is gewoon volledig.. eh aan het werk. Ja, en proberen weeën op te vangen.. (Esther).

De kraamvrouwen zoeken daarin naar een leefbare relatie met hun lichaam. Zo gaat Anne op aanwijzen van de zorgprofessionals op zoek naar hoe zij met haar lichaam kan omgaan.
Ga met je benen wijd staan en dan een beetje wiegen. (…) en dan ga je het doen en dan merk je, oh da's wel lekker en dan kun je het wel (Anne).
Daarnaast verwerft het lichaam van de zorgverlener ook kennis van de kraamvrouw. Door de kraamvrouw in haar lijden te zien en te betasten weet de zorgverlener impliciet wat te doen.
En ze deed ook precies de goede dingen.. Als ik last had van mijn rug, gelijk hand eronder (Anne)

De ervaringen van het pijnlijden hebben effect op het mentale welbevinden. Sommige kraamvrouwen proberen hun gedachten te sturen door te affirmeren dat zij deze wee weer gehad hebben. *Op een gegeven moment probeerde ik te denken van: het is heel fijn (…) maar.. ja dat gaat niet. (Anne).*
Sommigen worden tot wanhoop gedreven, wanneer zij merken dat de bevalling, ondanks het puffen, niet vordert. *Ik vond het behoorlijk heftig. Ja. En ook daarbij.. weinig resultaat levert het op. Dus het heeft heel lang geduurd voordat de ontsluiting steeds verder ging. Dus dat is.. van dat je denkt: ja, ik ben nu heel hard aan het werk geweest.. maar dat resultaat is nihil (Esther).*

Duidelijk wordt dat de pijn door de kraamvrouwen als ondraaglijk wordt beschouwd. Esther duidt de pijn bijvoorbeeld als een 10 (in een schaal van 0-10), waarin de 10 voor ondraaglijk lijden staat.

Het was ook van de een op de andere.. minuut heel heftig ineens qua weeën.. en eh.. dit is zo heftig, dit moet het dan wel zijn. Je hebt gewoon overal pijn… en je hebt zoiets van, haal het er gewoon zo snel

mogelijk uit (Saar)

De weeën die vond ik wel echt.. echt vreselijk. Het is een beetje menstruatiepijn maar dan honderd keer erger (Anne).
Door deze ondraaglijke pijn willen een aantal kraamvrouwen in het onderzoek het ook opgeven. Het lukt niet en ik kan het niet, zijn dan veel gehoorde uitspraken. Daarnaast ervaren een aantal vrouwen paniek. Zij zijn angstig, twijfelen en hebben de neiging om 'het bijltje erbij neer te leggen'.

Eén grote paniekaanval leek het te worden.. Je wordt zo overvallen door pijn.. (Emma).
Ik zei telkens: ik kan het niet meer, ik kan het ècht niet meer.. (Anne)
Het was een hele heftige.. voor mij hele heftige bevalling, echt ook wel waarin ik af en toe dacht: oh, ik kan het echt gewoon niet.. (Saar).
Ja, de pijn zorgt ervoor dat je.. je af gaat vragen of je dat kan volhouden, ja of nee. Het demotiveerde. Ik heb momenten gehad, dat ik zelfs op wilde geven.. Ik dacht van: nou ik doe het niet meer (Esther).

Ze merken dat zij de pijn niet kunnen tegenhouden of sturen en verzoeken dan zelf of via de partner om pijnstilling. Om even tot zichzelf te kunnen komen, een adempauze te hebben of om de scherpe kanten van de pijn hanteerbaar te maken. Twee van de vier kraamvrouwen kregen pijnstilling. Emma kon vanwege de snelheid van de bevalling, niet meer aangeprikt worden.

Pijnstilling had ik graag gewild, ja. Ja dat de scherpe kantjes d'r af zouden gaan. De pijn was zo heftig. En ik wilde liever geen ruggenprik, wel een morfinepompje. Maar dat ging niet meer.. Ze konden niet meer.. in de hand prikken. De vaatjes zijn heel erg dun, dus eh.. Je hebt geen keuze dan.. (Emma)

Toen hebben ze uiteindelijk eh.. het morfinepompje aangesloten. Omdat ze zoiets hadden van nou, ik ga je gewoon helpen want.. eh je wordt zo benauwd van al die weeën die maar komen. Maar Frank heeft daar ook wel op aangedrongen.. Met die morfine dat was echt.. fijn.. dat hielp echt.. want de weeën werden wat minder.. heftig.. en .. ik had effen weer tijd om tussendoor te ademen (Saar)

Voordat ik de ruggenprik kreeg.. Toen had ik echt zoiets van: nu moet er een medicijn in.. dan is het niet meer te houden. En dan ga je gewoon bijna van je 'stokkie', zo pijnlijk (Esther)

De geleefde lichamelijkheid is ook op te merken in het observeren van lichaamshoudingen van de kraamvrouwen. Zo sloeg de kraamvrouw haar handen voor haar lichaam, toen zij bij de verhuizing een man op de gang zag aankomen. Ze voelde zich ongemakkelijk en kwetsbaar. Daarnaast is een aantal kraamvrouwen gespitst op de lichamelijke of non-verbale uitingen van hun partner en de

verpleegkundigen. Zij observeerden daarin hoe zij er zelf lichamelijk aan toe waren:
Ik zag aan Frank dat het niet goed was.. dus eh.. ik zag zijn hoofd.. en nou ja, Frank is héél relaxed en laid-back.. maar het was.. ik dacht.. dit is niet oké (Saar).

Ik was ook heel erg bezig met die blikken van iedereen, zo van (…) .. als iemand heel angstig kijkt, dan is het foute boel. Maar dat had niemand, dus.. het was ook zo gepiept eigenlijk (Anne).

Na de bevalling hebben Saar en Emma nog te maken met complicaties zoals het niet komen van de nageboorte. Ook kampen kraamvrouwen met spier- en bekkenpijn of hebben last van de hechtingen. Echter de lichamelijke pijn lijkt ook snel vergeten te worden, wanneer het kindje na de bevalling op de borst van de kraamvrouw wordt gelegd.
Ik moet eerlijk zeggen (…), dat je het wel vergeet.. als je bevallen bent (Anne).

Het is gewoon elke keer heel erg dubbel eh.. in dat opzicht.. en dat verbaast mij zelf ook.. dat ik denk van.. als het [de bevalling] dan zo heftig is, waarom voelt het dan wel nog steeds als genieten… (Saar).

Duidelijk wordt dat de bevalling een gelaagde ervaring is, vol met pijn maar tegelijkertijd ook vol in het ervaren van geluk, trots en blijdschap na de bevalling.

4.2.3 Geleefde tijd

De geleefde tijd in de ervaring van het kraamvrouw-zijn op de afdeling is nauw verweven met de geleefde ruimte. Bijvoorbeeld het schemerig worden van de kamer of opmerken dat de dag begint. Ook heeft een kraamvrouw in het onderzoek, met een langzamer verlopende bevalling, de objectieve (klok)tijd echt meegekregen. Het tikken van de klok op de kamer, het etensuur voor haar partner en het meemaken van de wisseling van diensten (ochtend, middag en avondploeg).
Je maakt wel elke minuut bewust mee. Ja, ik wel in ieder geval…(Esther).
Ik heb verschillende ploegen meegemaakt: de nachtdienst, de vroege dienst en dan de middagdienst..

Ook worden bij aanvang van de bevalling door alle kraamvrouwen de weeën geklokt: ze komen om de twee minuten. Tevens is het persen voor sommigen een moment om te vragen naar de tijd.
Hoe lang duurt het nog? En toen zei ze voor negen uur heb jij je kindje… En rechts van mij hing een klok, dus ik keek gelijk op die klok en toen dacht ik.. oh dat is over een half uur al.. (Anne).

Daarnaast is er ook een subjectieve tijdsbeleving. Zo kan door de heftigheid van de weeën de kraamvrouw voortdurend in een binnenwereld verkeren, waarin ze amper iets meekrijgt van de tijd en ruimte om haar heen.

Nee, geen besef van tijd gehad, nee… Niets van meegekregen.. (Emma)

Ik had helemaal geen benul van hoe laat het was en hoe het buiten eraan toe was..
Het hoofdje stond en ineens was er een mensje, een lijfje! (Anne).

De geleefde tijd wordt dus bewust en onbewust ervaren. Daarnaast is de geleefde tijd ook als een temporale wijze van *zijn* te typeren. Zo werden in het onderzoek twee kraamvrouwen voor het eerst moeder. De bevalling was een overgangsmoment, een transitie naar het moeder zijn. Tevens bracht dit een zekere *'telos' ofwel* een ander doel in het leven met zich mee en daarmee samenhangend een bepaalde verantwoordelijkheid.
Ze hoort er al helemaal bij. Zoals net moesten we even aangifte doen. Gingen we samen even. Oh.. we gaan snel terug, want ze ligt hier maar alleen in dit kamertje. Ja, dan wil je weer heel snel terug (Anne).

4.2.4 Geleefde relationaliteit

Vanuit het venster geleefde relationaliteit is ook naar het fenomeen van het kraamvrouw-zijn op de kraamafdeling gekeken. Alle kraamvrouwen in dit onderzoek noemen en roemen de liefdevolle, duidelijke, behulpzame en betrouwbare houding van zorgprofessionals waardoor zij zich ondersteund weten en zich (geleidelijk aan) kunnen overgeven aan hun deskundige begeleiding.
Ja, vooral de hulpvaardigheid van mensen die hier rondliepen raakte mij (Esther)

Ze geven je echt het gevoel.. dat je centraal staat, dat geen vraag te gek is. Ze staan echt voor je klaar. Dat kun je niet beschrijven in handelingen. Dat is een gevoel van op het moment dat iemand de kamer binnenstapt en hoe die binnenstapt en hoe die zich opstelt.. Stuk voor stuk hebben ze dat..
Nee dat is iets wat je als mens uitstraalt (Emma)

Die verloskundigen (...) heb ik wel echt veel aan gehad. Ze hadden me wel gerustgesteld. En degene die 's middags dienst had, die moest het eigenlijk overdragen aan haar collega. Maar die wou er dus ook nog bij blijven.. Toen dacht ik van: oh dat vind ik echt lief (Anne).

Elke keer als we kwamen [op controle] van nee, het is niet erg als je belt en eh.. we zijn er voor.. Het was heel prettig. Ze zijn allemaal op de hoogte, ze weten ook wie je bent daadwerkelijk.
Je bent minder een nummertje. Je bent gewoon echt iemand.. eh.. als persoon.
Elke zuster die kwam, was weer even eh.. gepassioneerd en eh.. liefdevol aanwezig (Saar)

Ook ontstaat er een soort geloof ofwel vertrouwen in de zorgprofessional dat degene het beste met de kraamvrouw voor heeft. Zelfs wanneer calamiteiten optreden, weten zij zich door hen gesterkt.

Ja en zelfs toen zij klem zat.. straalden die artsen uit van we hebben dit vaker gedaan en dit komt gewoon goed.. (…) dat geeft dan wel heel veel vertrouwen. (…) ze weten wat ze doen en… het komt gewoon goed en dat is gewoon heel erg fijn.. ik heb mij daar wel aan vast kunnen houden (Saar).

Ja dat ze zoveel rust uitstraalde, dat je gewoon wel dacht van oké van wat zij zegt, dat moet ik doen, want dat helpt.. zij zijn de experts.. Ik hield me echt vast aan wat zij zei.. (Anne).

De kraamvrouwen ervaren ook dat de posities tussen henzelf en de professional verschuiven. De kraamvrouw is kwetsbaar en heeft de zorgprofessional nodig om voor haar te zorgen. Zij vertrouwen hun lichaam toe aan en geven zich volledig over aan de handelingen en goede zorgen van de zorgprofessionals.
Ja, wat me dan is bijgebleven, de verloskundige was heel rustig, heel streng en heel sturend (…) heel kordaat en heel duidelijk: en nu moet je dit en nu moet je dat.. dat was heel prettig op dat moment. Dat is wat ook nodig was (Emma).

Wanneer ze gezegd had, dat ik op mijn handen had moeten staan, dan had ik dat gedaan. Echt! (Anne)

Ik moet nou gewoon luisteren en (...) mee zuchten zoals zij het doen en dan gaat het over.
Ik ben nog nooit zo snel voor iemand op handen en knieën gaan zitten. Maar ik deed het gewoon (Saar).

Ook uitte een kraamvrouw dat zij ook zagen dat de zorgprofessionals geraakt waren door henzelf, de kraamvrouw en haar partner. Zij voelden een verbinding met elkaar als mens.
Frank zei: Jullie zijn allemaal zo liefdevol en zo eh.. ja integer.. gewoon met ons begaan. Ik vind dat zo mooi.. niet een nummertje (…). Enne ja… want zij zeiden dat dan weer over ons.. dus dat was dan wel weer grappig. Fijn dat je dan ziet dat dat er ook is.. (...) dat was wederzijds, dus.. op een gegeven moment waren we ook allemaal geraakt op hetzelfde moment. Dus dat was wel bijzonder.. (Saar)

Terwijl ook een kraamvrouw aangaf dat de zorgprofessionals op een afstand kwamen te staan, doordat zij verschillende wisselingen meemaakte in diensten.
En de mensen om je heen, die aan het werk zijn. Ja… dat zijn mensen die je niet kent. Ja, dan wel even snel voorgesteld. Dus ja, dan zie je zo veel verschillende mensen (...). Dan is degene waar je het meest op vertrouwt dan toch je eigen man.. (Esther).

De verhouding met de partner wordt gedurende de bevalling intenser. Partners worden gidsen en coaches die de kraamvrouwen door de bevallingen loodsen. Ondanks dat kraamvrouwen opgeslokt worden door hun pijn en in een andere binnenruimte vertoeven, ervoeren zij wel de partner als een

‘ankerpunt’. Een vertrouwd gezicht in een wereld waarin pijn, twijfel, onzekerheid en paniek tijdens de bevalling de boventoon voeren.

Na de geboorte van het kindje merkten de kraamvrouwen dat zij zich ineens bewust werden van de nieuwe positie van zichzelf ten opzichte van de pasgeborene, hun partner en de familie. Zij voelen zich verweven met hun kindje, met hun partner en hun familie. Een gevoel van compleet-zijn noemden diverse kraamvrouwen.

Ja, dan is het ook echt van ze hoort er al helemaal bij.. als ze dan nog moet blijven.. dan .. ik ga echt niet naar huis. Ja, ze is van ons. Dus dan moet ze ook bij ons zijn (Anne).

In dat opzicht voel je je echt wel.. ja, Frank zegt, we zijn nu ook echt een gezin of zo.. ja met zijn vieren (Saar)

Ook wordt ineens voelbaar dat zij en de partner niet meer alleen geliefden zijn, maar ook de moeder en vader van de pasgeborene of de ouders van meer kinderen. Daarnaast werd in het onderzoek duidelijk dat drie kraamvrouwen ineens beseften wat voor een impact de bevalling op hun partner moet hebben gehad. Zij stonden stil bij de zwaarte van deze levensgebeurtenis en bij de tol die dit van hem had geëist. Ook wilden kraamvrouwen dat hun partner bij hen zou blijven gedurende de nacht. Zij wilden de eerste nacht als kersverse ouders graag samen zijn.
We kregen een gezinskamer, dus Frank kon ook gewoon blijven slapen. Dus dat was voor mij heel fijn.. dat ie de eerste nacht gewoon bij ons is (Saar).

Nee daar was ik wel blij om dat hij hier mocht slapen. Oh je blijft wel met zijn drieën zo. Ja, dan vond ik het gewoon niet erg dat ik ook moest blijven (Anne).

4.2.5 Geleefde materialiteit

Het fenomeen van de geleefde ervaring op de kraamafdeling kan ook bezien worden vanuit geleefde materialiteit. Dingen zoals een doptone, een ICG, het maken van een hartfilmpje, morfinepompje voor pijnstilling zijn zaken die onlosmakelijk behoren tot de attributen in het VKC. Door de kraamvrouwen in dit onderzoek werd het als zeer prettig ervaren om informatie te verkrijgen over de conditie van hun kindje en zichzelf door het inzetten van technologieën. Kraamvrouwen verzoeken ook zelf om de inzet van deze technische apparaten wanneer lichamelijke klachten of mentale zorgen ervaren worden rondom hun zwangerschap en bevalling. Duidelijk wordt dat de kraamvrouwen in het onderzoek door de inzet van technologieën, geruststelling, ondersteuning en duidelijkheid ervaren.

Maar het fijne was dat we dus.. de drempel zo laag.. hadden liggen, dat als ik twijfelde of als er weer

wat bijkwam.. qua klacht.. dan konden we gelijk ook weer komen en gelijk weer aan de apparatuur.. Dan werd je gewoon even geobserveerd eh.. hoe dat ging. En een half uur aan de CTG eh.. met de baby, kijken hoe zij het deed, kijken hoe ik het deed. Kijken naar de weeën, eh.. bloeddruk enzovoort. Nou ja, dan kon je weer gaan met een fijn gevoel van .. Zij doet het goed. Dus het was wel heel rustgevend (Saar)

Daarnaast werd tijdens de observaties duidelijk hoe groot de rol is van computersystemen in het ziekenhuis. Dit betrof met name systemen rondom de monitoring van de verloskamers en de bedbezetting. Door deze systemen kunnen bevallingen gevolgd worden en opnames en ontslagen op elkaar aansluiten. Zo worden kraamvrouwen na hun bevalling verplaatst van de verloskamer naar andere kamers zoals de gezinskamer. Daarbij kan het voorkomen dat zij ook daar weer plaats dienen te maken voor andere kraamvrouwen.
Tevens werd gedurende de observaties zichtbaar dat systemen niet altijd beschikbaar zijn voor zorgverleners, terwijl zorgverleners wel afhankelijk zijn van deze technologieën om de voortgang in de bevallingen te monitoren of te ondersteunen. Zo was er eenmaal een stroomstoring waarbij doptones en mobiele ECG's moesten worden ingezet. Daarbij werd vanuit het ziekenhuis voorrang verleend aan de intensive care om het noodaggregaat te gebruiken. De verpleegkundigen begrepen deze gang van zaken niet goed. Zij hadden toch ook een afdeling waarbij het om leven en dood draaide? Tenslotte was er sprake van een computerstoring. Hierdoor konden zorgverleners relevante informatie niet opvragen of rapporteren.

4.3 Essentie en narratief van de partner

Vanuit de interviews en observaties is ook de geleefde ervaring van het getuige zijn van het kraamvrouw-zijn voor de partner te ontwaren.

Het getuige zijn van het kraamvrouw-zijn op de afdeling is voor de partner een ambigue ervaring waarbij de partner zich op momenten machteloos, gespannen en onzeker voelt tijdens het ondersteunen van de kraamvrouw in haar lijden en waarbij het voor de partner van belang is dat er door zorgprofessionals aangesloten wordt bij de behoeften en wensen van de kraamvrouw en hemzelf (onder meer inzake pijnbestrijding), maar tegelijkertijd is het, als alles goed verloopt, een feestelijke gebeurtenis waarin het leven en het samenzijn gevierd worden.

Narratief van het getuige zijn van het kraamvrouw-zijn op de kraamafdeling door de partner:

In haar ogen zie ik wanhoop. Ze kan niet meer. Gebroken. Inmiddels hebben we de ochtend, middag en avondploeg gezien. Het duurt te lang. De kamer komt op me af. Het is warm en bedrukt. Ik voel me radeloos. Wat kan ik doen om haar te verlichten? Ik streel over haar haren. Zo rustig mogelijk probeer ik haar te zeggen dat ze het goed doet. Ze kan het! Nog even doorgaan en er is weer een centimeter ontsluiting bij. De trilling in mijn stem verraadt dat ik me niet zo rustig voel. Ze kijkt me even aan. Knijpt in mijn handen en fluistert dat ze echt niet meer kan. De verpleegkundige en arts overleggen in de hoek van de kamer. Ik loop naar hen toe en dring aan op pijnstilling. Ik zie aan mijn partner dat zij het echt niet lang meer trekt. En ik weet dat ze echt niet makkelijk voor zichzelf is. Ze is altijd een sterke vrouw geweest. De arts kijkt mij aan. Hij knikt. Hij licht mij in dat ze pijnstilling via de morfinepomp gaat krijgen. Ik merk dat het mij oplucht. Toch word ik even wantrouwig. Ze gaan haar toch niet te veel geven, zodat ze de bevalling helemaal niet meer mee krijgt? Ik wil wel weten hoe het met haar gaat en met haar kunnen praten! De arts glimlacht en stelt mij gerust als ik ernaar vraag. Hij zorgt er echt voor dat ze bijblijft. Even later wordt het morfinepompje aangelegd. Het begint al snel te werken. Zienderogen zie ik mijn partner ontspannen en weer wat meer opleven. Ze heeft er profijt van. Ze kijkt mij aan. Ik knik haar toe. Het komt goed. We gaan ervoor. Jij en ik. Het gaat lukken. Ik kijk om mij horloge. Ik word vader. Hoe lang zou het nog duren? De weeën zijn nu hanteerbaar. Samen met de verpleegkundige puffen we om de beurt met haar mee. Het gaat snel. De verloskundige voelt dat er volledige ontsluiting is. Ze mag persen. Ik probeer zo goed mogelijk met haar mee te doen. Wat een oerkracht kan er in een mens schuilen. Dit is het leven in volle vaart. Het hoofdje van het kindje staat. Ze schreeuwt het uit. Ik houd stevig haar hand vast en roep dat ze het kan. Dan wordt het kindje geboren. Een rozig lijfje. Bloederig en onder huidsmeer. Verpleegkundigen ontfermen zich over mijn kind en mijn vrouw. Eén verpleegkundige komt dicht bij me staan. Ze vertelt dat alles er goed uitziet. Gefeliciteerd! Ik voel een enorme last van me afglijden. Ik kan mijn ogen niet van mijn dochter en vrouw afhouden. Wat een kanjers. Wat hebben ze het samen goed gedaan. Ik ben vader geworden van mijn eerste kind. Ik kijk naar mijn vrouw. Wat heeft ze veel geleden. De blossen op haar gezicht zijn vuurrood. De lokken haar plakken nog langs haar gezicht. Ze kijkt naar mij. Een trotse blik. Ik wil het wel van de daken schreeuwen. We hebben een meisje! Ik ben trots en enthousiast. We zijn vader en moeder geworden. Dat moet gevierd worden!

4.4 Verdieping existentialen uit het narratief

4.4.1 Geleefde ruimte

De partners in dit onderzoek ervaren ook een ‘van de wereld zijn’ door de kraamvrouw.

De ene keer was je heel erg in een roes, leek het wel en dan het moment daarna liep je gewoon door de kamer heen van, beetje lollig doen, en daarna was je helemaal van de wereld. En dat vond ik heel erg opvallend bij de weeën (Ties).

Ze was wel eh.. lichamelijk wat versuft.. inspannen… maar ze deed wel af en toe haar ogen open en dan was ze goed bij.. (Frank)

Daarnaast was het ook warm in de kamers. Dit heeft ook een impact op het ervaren van de ruimte door de partner. Bij Ties en Anne werden daarom de ramen afwisselend open en dicht gedaan.

4.4.2 Geleefde lichamelijkheid

In het onderzoek komt naar voren dat partners zien dat hun kraamvrouw het niet meer trekt. Zij lijdt te veel pijn (lichamelijk en geestelijk) en geeft de moed op.
Ik merk ook.. dat eh.. die pijn, zeg maar constant. Ja.. Ze zegt van nou, ik trek dit echt niet. En elke wee (…) de ene wee is natuurlijk de andere niet. Maar vaak zei ze van: (…) ik trek dit echt niet. Dit ga ik niet… niet volhouden. Maar elke wee weer.. En het zijn er nogal wat geweest (Tom).

Het is echt een oerinstinct wat los komt (Frank)

Kraamvrouwen zijn kwetsbaar en dienen geholpen te worden. Het heeft impact om haar lichamelijk en mentaal zo te zien lijden, waarbij partners voelen dat zij haar moeten en willen helpen. De partners zelf zijn ook kwetsbaar. Zij merken dat zij onrustig en soms radeloos worden door het lijden van hun vrouw. Daarnaast ziet Frank aan het hoofdje van het kindje dat het niet goed ging. Dit zorgt voor spanning en stress.

Nou ja, ze werd dus paars en liep helemaal paars aan en dat is natuurlijk niet goed..

Het stelt de meeste partners in het onderzoek gerust dat de arts handelend optreedt en meedenkend is. Hij[11] ziet het lijden van hun vrouw en is bereid er wat aan te doen. Zodoende kan haar lijden verlicht worden. Eén partner is echter wel bezig met in hoeverre er dan nog contact met de kraamvrouw kan zijn (zie ook geleefde relationaliteit en materialiteit).

4.4.3 Geleefde tijd

Bij de partners is er sprake van objectieve en subjectieve tijd. Zo houden zij hun horloges in de gaten om te zien hoeveel uren verstreken zijn. Daarnaast ervaren sommigen dat de tijd vertraagt. Minuten lijken wel uren te duren.
Constant maar weer de energie weten te vinden. Het is een gebed zonder einde, zeg maar. Je weet niet waar het eindigt (Tom).

Terwijl anderen weer de uren voorbij zien vliegen. Het gaat sneller dan zij voor mogelijk hadden gehouden. Tevens wordt voor partners van de kraamvrouwen ook een temporaal-zijn gemarkeerd: ze zijn voor het eerst of opnieuw vader geworden. Dit behelst een andere temporale manier van zijn in de wereld, dan dat ze voorheen gewend waren.
Ik merk wel bij mezelf dat ik (…) nog eventjes mijn vrijheid pak.. laat maar zeggen… dat ik meer ook hier moet zijn dan.. maar dat komt wel..(…) daar ben ik me van bewust.. (Frank)

[11] Voor 'hij' kunt u ook 'zij' lezen.

4.4.4 Geleefde relationaliteit

In het onderzoek zijn de partners trots op hun kraamvrouw. Zij vinden het bewonderenswaardig dat zij zo veel heeft doorstaan en de bevalling tot een goed einde heeft gebracht. In het onderzoek kwam dit veelvuldig bij de partners naar voren.
Elke keer maar weer die motivatie vinden, om toch maar weer door die wee te komen. En ja, dat is (...) heel knap om eh.. te zien hoor (Tom).
Ze mag wel een groene baret krijgen voor het opvolgen van de aanwijzingen tijdens de bevalling. Dat deed ze echt goed… Knap (Frank)

Daarnaast bleek het voor partners ook belangrijk dat zij contact konden behouden met hun kraamvrouw wanneer zij pijnstilling kregen.
Je kunt er wel zelf in sturen.. dat zou ik bijna een pluspunt vinden.. dus je moet daar een soort filter doen, (...) zal ik dan maar zeggen, de vrouw algemeen dan eh.. krijgt wat zij wil, maar ook niet een overdosis aan.. dat ze er als een Stoney Maloney[12] daar eh.. want dan heb je ook geen grip op de zaak, want dat is voor de man ook niet prettig. Ja dan heb je ook geen contact.. (Frank)

Ook merkte Tom dat de pijnstilling uitgewerkt raakte, hetgeen een effect op de kraamvrouw en hemzelf had. De kraamvrouw was compleet afhankelijk van zijn ondersteuning en hield zich krampachtig aan hem vast. Hij voelde zich machteloos en verantwoordelijk om haar er doorheen te slepen. Tegelijkertijd wist hij dat ze nog een lange weg te gaan had.
Ook qua pijnstilling, dan weet je dat, ja.. uiteindelijk begint het minder te werken. Zeker naar het einde toe. En dan eh.. ja, moet je haar gewoon voorhouden. Joh, de laatste loodjes. En ondanks die pijn, ja, ze weet gewoon dat ze nog door een heel lastig traject heen moet (Tom).

Eveneens waren partners blij met de professionele ondersteuning van de zorgprofessionals. Zij hielden rekening met de partner en betrokken hem bij de informatievoorziening.
Er ging gelijk een gynaecoloog (...) die had volgens mij ook de leiding (...). Dat merkte ik gelijk, die ging gelijk heel dicht tegen me aanstaan van het is goed, rustig maar… Daarmee konden ook die andere mensen gewoon hun dingetje doen. Enne ze lieten haar ook het woord doen, dus iedereen had zo'n goede rol.. het was gewoon goed. Het was precies genoeg voor mij (Frank).

Daarnaast ervaren de partners in het onderzoek dat zij echt betrokken worden in het reilen en zeilen op de afdeling. Dit gebeurt wanneer zij samen met hun kraamvrouw op de gezinskamer verblijven, maar ook tijdens het bevallingsproces.
En we [zorgprofessional en de partner] zaten om de beurt, ik ging spulletjes pakken en dan kwam zij

[12] Stoney Maloney: iemand die geheel van de wereld is.

bij het bed staan en ging zij ook puffen. En dan ging zij weg en ging ik weer puffen (Frank).

Tenslotte noemt een partner hoe feestelijk het eigenlijk is dat er een kind geboren wordt en dat alles goed is met moeder en kind.
Zo'n bevalling (…) eigenlijk moet het een feestje zijn… zo wil ik dat ook.. het is wel een ziekenhuis.. maar het is wel een feestje vind ik. Als het nou niet goed is, dan heb je natuurlijk een ander verhaal.. Het gaat er in de basis om dat we allemaal (…) in goede gezondheid hier zitten en dat is wel echt belangrijk (Frank).

4.4.5 Geleefde materialiteit

In het onderzoek ervaren de partners van de kraamvrouwen bepaalde technologieën op de kraamafdeling als vanzelfsprekend. Voor de partners betekenen deze apparaten een middel om een blik te kunnen werpen op hun toekomstig kindje. Het maakt het onzichtbare levensproces wat zich in de schoot van de kraamvrouw afspeelt, tastbaarder. Tevens geven deze apparaten ook informatie over het welbevinden van het kindje en van de kraamvrouw. De partners in het onderzoek ervaren deze apparaten niet als onwenselijk. Echter wanneer door het toepassen van pijnbestrijding een kraamvrouw niet meer aan te spreken is, dan schiet het effect van de pijnstilling door. Eén partner noemt specifiek dat hij de mogelijkheid wil behouden om met zijn vrouw te communiceren. Dit betekent dan niet dat zij geen pijnbestrijding dient te krijgen. Er dient een juist midden gevonden te worden tussen te weinig en te veel pijnbestrijding krijgen. Zodoende kan de kraamvrouw verlicht worden en is er voor de partner nog een mogelijkheid om samen de bevalling te beleven.

4.5 Conclusie

In dit hoofdstuk is de essentie van de geleefde ervaring van het kraamvrouw-zijn voor de kraamvrouw én het hiervan getuige zijn door de partner belicht. Er kan gesteld worden dat het fenomeen van het kraamvrouw-zijn op de kraamafdeling voor kraamvrouwen en hun partner kleine verschillen vertoont Bij de kraamvrouwen neemt het lichamelijk en mentaal op de proef gesteld worden een grote plaats in, naast de liefdevolle ervaring van relationaliteit. Bij de partners wordt het fenomeen ook belicht vanuit de relationele kant. De ondersteuning van de kraamvrouw in haar lijden staat centraal, waarbij de partners zich regelmatig onzeker en machteloos voelen. Daarnaast heeft de partner behoefte aan aansluiting van zorgprofessionals bij wensen en behoeften van de kraamvrouw en hemzelf. Onder meer in de pijnbestrijding van de kraamvrouw, zodat contact met haar mogelijk blijft. Tevens wordt door partners de geboorte als feestelijke gebeurtenis gezien. De geboorte dient gevierd te worden als de bevalling goed is verlopen. Beide essenties van de geleefde ervaring van het kraamvrouw-zijn en het hiervan getuige zijn op de verlos- en kraamafdeling zijn waardevol. Het geeft een singuliere, maar tevens universalistische kijk op het fenomeen zoals deze door kraamvrouwen en hun partners in het ziekenhuis ervaren kan worden.

5 DISCUSSIE

In dit hoofdstuk worden de concepten uit het theoretisch kader in dialoog gebracht met de empirische bevindingen. Dit brengt overeenkomsten, maar ook verschillen tussen de theorie en de empirie naar voren. Zodoende wordt duidelijk waar de theorie verrijkt kan worden door de empirie. Anderzijds kan de theorie verdieping bieden aan de empirische zorgpraktijk. Door deze voortdurende wisselwerking kan oog verkregen worden voor wat goede zorg is, gezien een particuliere situatie. In dit onderzoek betreft dit goede zorg voor kraamvrouwen en hun partners in het ziekenhuis. Dit hoofdstuk sluit dan ook af met aanbevelingen voor goede zorg door beantwoording van de deelvraag: *Wat betekenen de geleefde ervaringen van de kraamvrouwen en hun partner op de verlos- en kraamafdeling voor goede zorg vanuit zorgethisch perspectief?* Tenslotte volgen aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

5.1 Overeenkomsten en verschillen

In het VKC ervaren geïnterviewde kraamvrouwen dat zij gezien en erkend worden door de zorgprofessionals. Zij voelen zich geen nummer, maar een mens naar wie geluisterd wordt en die geholpen wordt. Zij ervaren dat de zorgprofessionals zich aandachtig en toegewijd betrekken op hun wel en wee. De kraamvrouwen ervaren dit als zeer prettig. "*Ze geven je echt het gevoel dat je centraal staat. Dat is een gevoel van hoe iemand de kamer binnenstapt en hoe die binnenstapt en hoe die zich opstelt" [Emma]*. Deze bevinding sluit aan bij de theoretische concepten *'engrossment'* van Noddings, 'een manier van doen' van Baart en 'zorgen als zijnde een betrekking' van Van Heijst. De empirische bevindingen komen overeen met deze theoretische concepten. Het geeft het belang weer dat zorgontvangers gezien en erkend worden, dat begrepen wordt wat er voor hen toe doet en dat daarnaar gehandeld wordt. Toch kan ook een kleine kanttekening geplaatst worden. Het blijkt ook uit de empirische bevindingen dat het stel met de lange bevalling, deze presente houding en *'engrossment'* van zorgverleners in mindere mate ervoer dan de andere stellen. Zij maakten in de zorgpraktijk te veel wisselingen in het personeel mee, waardoor zij op elkaar waren aangewezen. Dit betekent dat er voor stellen die met personeelswisselingen te maken hebben, mogelijk nog verbetering te behalen valt in de relationele afstemming.

Voorts blijkt uit de bevindingen dat partners afhankelijk zijn van anderen om hun zorgwerk, namelijk het ondersteunen van de kraamvrouw, over te nemen. De kraamvrouw is volledig afhankelijk van deze ondersteuning, waardoor hij[13] zich, zonder de hulp van anderen, niet kan onttrekken aan de zorg voor zijn vrouw. Er is bij de partner sprake van – de door Kittay in haar werk beschreven – *'derivative dependency*'. Kittay omschrijft dat *'derivative dependency'* een morele verplichting tot zorg voor de zorgverlener, vanuit de (kleine en brede sociale en politieke) kringen rondom de zorgverlener, behelst.

[13] Partners kunnen mannen en vrouwen zijn. In dit onderzoek betrof het mannelijke partners, waardoor de hij-vorm hier aangehaald is.

Vanuit de empirie wordt duidelijk dat één partner goed ondersteund wordt door zorgprofessionals. Hij wisselt zijn zorgwerk af met een zorgverlener. In hoeverre de andere partners hun zorgtaak even konden overdragen aan anderen is tijdens het onderzoek niet duidelijk geworden. Uit de bevindingen blijkt dat wanneer het zorgwerk even van de partner overgenomen kan worden, dit voor de partner prettig is. Hij heeft tijd om te recupereren, waarna hij zijn zorgwerk weer kan hervatten. Dit inzicht kan voor meer bewustwording bij zorgverleners zorgen. Zij kunnen meer oog krijgen voor het zorgwerk van partners, waardoor laatstgenoemden ontlast kunnen worden.

Tevens maken de empirische bevindingen duidelijk dat professionals ook afhankelijk van anderen zijn in het ervaren van betekenis in hun werk. Zo zijn zorgverleners geraakt en dankbaar wanneer een stel blijdschap over hun goede zorg uit. Zij pinkten namelijk allen een traantje weg. Hier lijkt de 'dubbelstructuur van behoeftigheid' zoals beschreven in het werk van Van Heijst zich te openbaren. Niet alleen zorgontvangers zijn afhankelijk in hun zorgbehoefte. Ook zorgverleners zijn kwetsbaar. Zij hebben anderen nodig om hun zorg zinvol te maken.. Doordat het vanuit de empirie niet duidelijk wordt of de andere stellen deze – dubbelstructuur van behoeftigheid - gemerkt hebben en het ook niet zichtbaar was als observant, zou onderzoek naar de geleefde ervaringen van zorgverleners raadzaam zijn.

Verder komt vanuit de bevindingen naar voren dat kraamvrouwen blij zijn dat hun partner mag blijven op de afdeling. Zij benadrukken dat het fijn is dat hij gewoon meegenomen wordt in het reilen en zeilen op de afdeling. Deze bevinding sluit aan bij het '*levensondersteunend web'* van Tronto. De zorgrelatie tussen zorgontvanger en zorgverlener staat namelijk niet op zichzelf, maar bevindt zich in een web van zorgrelaties (Tronto, 1993, 2013).

Eveneens blijkt vanuit de empirie, dat partners handelen vanuit hun kennis van het narratief van de kraamvrouw. Zo beseft de partner dat 'ik kan het echt niet meer' een noodkreet is. Vanuit hun gezamenlijke geschiedenis weet hij dat zij lijdt en dat hulp onverwijld noodzakelijk is. Dit sluit aan bij het concept – identiteit zorgontvanger gevormd door relaties - van Van Nistelrooij et al. (2017). Zij merken op dat familie en naasten altijd deel uit maken van het zelf van de partner en verbonden zijn met diens identiteit en levensverhaal. Zij beschrijven dat naasten mede vorm kunnen geven aan het levensverhaal in periode van overweldiging (ibid). Voortbordurend op deze overeenkomst in empirie en theorie, betekent dit voor het VKC dat de rol van de partner in de ondersteuning van de kraamvrouw essentieel is. Hij is haar lijn met de buitenwereld, heeft weet van haar geschiedenis en identiteit en kan zo anticiperen op hetgeen de kraamvrouw ondergaat in het VKC. Bewustwording van deze verwevenheid van de identiteit van kraamvrouwen met hun partners, kan aanzetten tot (nog) betere zorg op de verlos- en kraamafdeling.

De empirie in dit onderzoek laat zien dat kraamvrouwen ervaren dat het lichaam zelf ook kennis heeft. Het gaat zijn eigen gang, lijkt zich samen te ballen om het kind geboren te laten worden. Tevens vergaart de kraamvrouw middels haar zintuigen, informatie over haar eigen lichamelijkheid. Kraamvrouwen kunnen geoccupeerd zijn met de blikken van zorgprofessionals en hun partners. Zij pogen zo kennis te vergaren, die nog meer duidelijk maakt hoe het met hen, het kindje en met hun lichaam gaat. Dit is in lijn met het concept van Hamington met betrekking tot het lichaam dat kennis heeft en vergaart. Eveneens biedt het lichaam van de kraamvrouw, kennis aan de zorgverlener over wat de kraamvrouw nodig heeft aan zorg. Dit onderstreept ook empirisch het belang van bovenstaand theoretische concept van Hamington.

De empirische bevindingen in het VKC duiden erop dat zorgverleners afhankelijk zijn van de wijze waarop een ziekenhuis ingericht is. Systemen en technologieën die ingezet zijn om de zorg aan zorgontvangers te ondersteunen en te verbeteren, kunnen ook uitvallen. Zo werd door een stroom- en computerstoring duidelijk dat de zorg in het VKC in het gedrang kwam. Er werden mobiele ctg's[14] ingezet om zorg te kunnen blijven leveren en patiëntgegevens konden niet meer ingezien worden. Deze bevinding is in lijn met het concept van Van Heijst dat zorgverleners niet meer zonder deze systemen kunnen. Zij zijn hiervan afhankelijk. Tegelijkertijd oefenen ze hiermee ook (veelal impliciet en onbewust) macht uit. Dit laatste was empirisch te aanschouwen tijdens de verhuizing van een kraamvrouw. Zij werd, ondanks een liefdevolle uitleg vooraf, verplaatst van haar 'vertrouwde' kamertje naar een zaaltje vanwege het bedbezettingssysteem. Geen ochtendjas aan, een urinezak aan haar armsteun en een onbekende man tegenkomen op de gang: het zorgde voor een ongemakkelijke situatie. Het liet haar afhankelijkheid van de zorgverlener zien en impliciet de macht die een zorgverlener kan uitoefenen, onder meer door het volgen van het bedbezettingssysteem en haar eigen handelswijze. In het licht van Tronto's model van het zorgproces *(fase 'caring about')* kan daarbij aangegeven worden dat de zorgverlener geen oog had voor de zorgbehoefte van de kraamvrouw. Of dit onwetendheid was of onachtzaamheid, is lastig te beoordelen zonder de zorgverlener te hebben gesproken. Desalniettemin kan uit bovenstaande geconcludeerd worden dat zorgverleners zich het gebruik van systemen, in dit geval het bedbezettingssysteem, toegeëigend hebben in hun professioneel handelen. Systemen lijken hiermee een verlengstuk te zijn van de eigen professionaliteit. Uit deze empirische bevinding wordt duidelijk dat de macht van systemen (in dit geval het bedbezettingssysteem in het ziekenhuis) ruw kan doorwerken in de zorgpraktijk. Ondanks dat systemen ondersteunend zijn in het zorgproces, is er ook een schaduwkant in het niet opmerkzaam zijn van de macht die systemen uitoefenen. Kortom, in lijn met het werk van Tronto en Van Heijst, is het essentieel dat zorgverleners hiervoor oog hebben en vanuit deze kennis handelen, zodat meer goede zorg geboden kan worden.

[14] Een cardiotocograaf (**CTG**) is een instrument om de hartslag van een foetus en de weeën van een zwangere vrouw te registreren in het laatste stadium van de zwangerschap.

Daarnaast werd tijdens de stroomstoring het noodaggregaat ingezet voor de intensive care (IC) unit en niet voor het VKC. De zorgprofessionals wilden dit aan de kaak stellen. Zij hadden volgens hen net zoveel recht op het noodaggregaat als de IC. Deze empirische bevindingen zijn in lijn met Tronto's politieke concept dat zorg ook altijd te maken heeft met posities en macht. De bepaling welke afdeling het noodaggregaat mag gebruiken is een politiek aspect van zorg, dat in de empirie geopenbaard werd.

5.2 Overgave, technologie en pijnbestrijding

Wat opvallend was in het onderzoek waren de empirische bevindingen met betrekking tot overgave, technologieën en pijnbestrijding.

Met betrekking tot overgave komt uit de bevindingen naar voren dat drie kraamvrouwen zich lichamelijk en mentaal geheel overgeven aan de zorg van zorgverleners. Door de pijn en de oerkracht van het barende lichaam, leggen deze kraamvrouwen hun lichaam in handen van de zorgverleners. Zij zijn ertoe bereid om alles te doen wat door de zorgprofessionals aangegeven wordt om goed te kunnen bevallen. Het maakt voor hen niets meer uit dat zij daarbij volledig afhankelijk van de zorgverlener zijn. *Wanneer ze gezegd had, dat ik op mijn handen moest staan, dan had ik dat gedaan. Echt! (Anne).* Deze overgave komt overeen met het concept overgave van Van Manen (1998). Hij beschrijft deze totale overgave van barende vrouwen. Kraamvrouwen vertrouwen op de zorgverleners en geven zich compleet over.
Overgave is in de zorgethiek echter een onderbelicht onderwerp[15]. Als zorgontvangers geheel vertrouwen op de expertise van de zorgverlener, roept dit bij zorgethici beelden op van paternalisme, (machts)ongelijkheid en totale afhankelijkheid. Situaties die zorgethici graag op de kaart zetten en bespreken om uitbuiting en machtsmisbruik te voorkomen.
De empirische bevinding dat deze kraamvrouwen juist alles willen doen en zich willen overgeven aan de zorgverlener, markeert dat overgave ook kan behoren tot de *'care receiving'* fase van Tronto. Kraamvrouwen zien overgave als nodig en gewenst om, vertrouwend op de expertise van de zorgverlener, hun kind ter wereld te brengen. Overgave biedt daarmee een andere kijk op deze fase dan tot nu toe werd doordacht in de zorgethiek. Het staat buiten kijf dat zorgverleners zich bewust dienen te zijn van de totale afhankelijkheid van zorgontvangers en dat machtsuitoefening wel degelijk, zoals Tronto ook heeft beschreven, op de loer ligt. Aangezien de reikwijdte van deze thesis te beperkt is om dit verder te doordenken, is het aanbevelenswaardig om meer zorgethisch onderzoek naar overgave te verrichten. Het werk van Van Manen zou hierbij een goede leidraad kunnen zijn, omdat hij dit concept dieper heeft doordacht.

[15] Een uitzondering hierop is zorgethicus en theoloog Frits de Lange. Hij schreef hierover het boek 'In andermans handen. Over flow en grenzen in de zorg' (De Lange, 2011).

Inzake technologieën komt naar voren dat kraamvrouwen en hun partners het prettig vinden om informatie te krijgen door middel van het gebruik van technologieën. Zij achten het wenselijk dat er echo's en hartfilmpjes gemaakt worden om duidelijkheid te krijgen over de conditie van het kindje en van de kraamvrouw. Het gebruik van technologieën wordt in dit onderzoek niet als vervreemdend ervaren, maar juist als prettig. Naast dat bijvoorbeeld een echo zorgen over de conditie van het kindje kan wegnemen, geeft het ook de mogelijkheid om alvast een relatie met het kindje aan te gaan. Dit komt ook terug in het conceptueel onderzoek van Albers. Zij laat zien dat de ervaring van het zien van een foetus al gevolgen heeft voor de existentiële beleving. De ouders kunnen al voor de geboorte een persoonlijke relatie met het kindje aangaan (Albers, 2016).
Doordat deze empirische bevindingen rondom technologieën in dit onderzoek naar voren zijn gekomen, noopt dit tot aanvulling van de zorgethische theorie. De zorgethiek dient de rol van technologie, die niet meer weg te denken valt in ons leven, meer te bestuderen. Verbeek (2014) als techniekfilosoof kan de zorgethiek inzichten bieden, waardoor de empirische bevindingen rondom technologie in dit onderzoek nog beter geduid kunnen worden. Zo kan volgens hem de mens namelijk geen afstand doen van technologie in zijn leven. Goed leven met technologie bestaat niet uit het uitbannen van technologie, maar ook niet uit het ongeremd opgaan in alle mogelijkheden die technologie biedt (Verbeek, 2014, p. 161). Hij bepleit het voortdurend onderzoeken van de wijze waarop technologieën samen met de mens vorming geven aan wat wij onder goed leven verstaan. Daarin heeft de mens zelf de vrijheid om te besluiten hoe hij hiermee om wil gaan. Dit pleidooi van Verbeek kan verbonden worden met de zorgdefinitie van Fisher en Tronto. De mens kan met behulp van technologie vorm geven aan zijn leven, zodat hij daar zo goed mogelijk in kan leven. Technologie sluit goed leven niet uit, maar geeft mede vorm aan het leven. Dit is een belangrijk inzicht dat zorgethisch nog meer op de kaart gezet kan worden.

Tenslotte wordt pijnstilling door de meeste kraamvrouwen in het onderzoek verzocht, omdat het het lijden verzacht of minder scherp maakt. Het kraamvrouw-zijn op de kraamafdeling is voor de kraamvrouwen dan ook inherent aan het gebruik kunnen maken van deze voorzieningen. Hierdoor wordt duidelijk dat de kraamvrouwen in het onderzoek zich niet belemmerd (lijken te) voelen door medicalisering. Dit is een ander geluid dan Buitendijk (2010) belicht. Zij geeft aan dat medische interventies hun eigen risico's met zich meebrengen en dat het de beleving van zwangerschap en geboorte ingrijpend verandert. Bij deze kleine onderzoeksgroep kraamvrouwen lijkt dit niet het geval. Echter de beleving van de partners in dit onderzoek sluit hierbij wel deels aan. Zo blijkt dat partners wel voorstander zijn van pijnbestrijding bij kraamvrouwen, mits het hun contact met de kraamvrouw niet in de weg staat. Wanneer dit contact echter niet meer mogelijk is, dan beïnvloedt dit hun beleving van de bevalling juist wel negatief.

5.3 Aanbevelingen voor goede zorg in de praktijk

Vanuit bovenstaande inzichten kunnen aanbevelingen gedaan worden voor de zorgpraktijk. Hiertoe staat de laatste deelvraag centraal: *Wat betekenen de geleefde ervaringen van de kraamvrouwen en hun partner op de verlos- en kraamafdeling voor goede zorg vanuit zorgethisch perspectief?*

Vanuit de bevindingen wordt duidelijk dat de kraamvrouwen en hun partners zeer tevreden waren over het ziekenhuis en de zorgverleners. Zij ervaren in het VKC warme, liefdevolle en deskundige zorg, die afgestemd is op hun behoeften. Ondanks deze bevindingen kan op basis van observaties, de zorg nog meer aansluiten bij kraamvrouwen. Een voorbeeld hiervan zou zijn, dat de kraamvrouw die met haar kindje verhuisde naar het zaaltje met bedden, haar ochtendjas aangereikt zou krijgen, zelf zou mogen aangeven of zij haar gordijnen open zou willen doen, gelegenheid krijgt om haar urinezak uit het zicht op te bergen en kon aangeven dat zij liever haar kindje voor zich ziet wegrijden dan achter haar. Dit zou een voorbeeld zijn van goede zorg. Zorgverleners zouden daarom kraamvrouwen (en hun partners) meer kunnen bevragen op hun behoeften zodat het mogelijk wordt om hierop in te spelen. Tevens zou het helpend kunnen zijn om de bevalling en geboorte als een 'life-event' te zien. Het betekent voor de kraamvrouw en haar partner een transitie naar een nieuwe relationele werkelijkheid. Voor veel kersverse ouders is het een kantelmoment die existentieel en betekenisvol van aard is en waarmee zorgverleners in hun zorgverlening rekening zouden kunnen houden.

Daarnaast kunnen de volgende aanbevelingen goede zorg bewerkstelligen:
* In dit onderzoek is gebleken hoe belangrijk de blikken van de zorgprofessionals zijn. Het is voor kraamvrouwen een belangrijke graadmeter voor hun welbevinden. Zorgverleners kunnen zich hiervan meer bewust zijn en hierop anticiperen door bijvoorbeeld te vertellen wat zij zien, wat zij gaan doen en of het goed gaat. Ook is gebleken hoe essentieel het voor de partner is om hierbij betrokken te worden, omdat hij voor de kraamvrouw een 'ankerpunt' is. Hij is verweven met haar levensverhaal, weet wat zij nodig heeft en kan haar vanuit die positie geruststellen en begeleiden.

* Uit dit onderzoek blijkt dat kraamvrouwen in het zwangerschap- en bevallingsproces vaak zoekende zijn naar een manier om om te gaan met hun lichaam dat anders aanvoelt, pijnlijk is of pijn lijdt. Zij kunnen zich in vol vertrouwen volledig overgeven aan zorgverleners. Voor zorgprofessionals is het belangrijk dat zij zich hiervan bewust zijn en dat zij zich bevinden in een situatie waarin de kraamvrouw geheel afhankelijk van hen is. Dit maakt dat machtsmisbruik op de loer kan liggen. Door als zorgverlener alert en sensitief te zijn, uitleg te geven, te ondersteunen en aan te moedigen, kan de kraamvrouw geholpen worden en kan machtsmisbruik voorkomen worden.

* Door de bevalling ervaren de kraamvrouwen en de partners dat zij een nieuwe fase als ouders

ingaan. Het is van belang om als zorgprofessionals en aanwezigen stil te staan bij wat deze transitie betekent voor de kraamvrouw en haar partner. Wellicht hebben ze behoefte om deze beleving te ritualiseren of om er op een andere wijze ruimte voor te creëren[16]. Zo zijn gebeurtenissen als het noemen van de naam, het knippen van de navelstreng al initiaties, waar zorgverleners en aanwezigen een rol in kunnen spelen. Wellicht zou het helpend kunnen zijn dat de geestelijke verzorging hieraan een themabijeenkomst wijdt om de bewustwording te vergroten.

* Voor kraamvrouwen en partners die lange bevallingen te verduren hebben, is het prettig dat extra aandacht door de zorgprofessionals wordt besteed aan het (her)winnen van vertrouwen bij personeelswisselingen. Zo kan er door het volgende team zorgprofessionals, als de bevallingssituatie het toelaat, stilgestaan worden bij de impact van het 'verlaten worden' door zorgprofessionals en de wensen en behoeften die de kraamvrouw ten aanzien van het nieuwe team zorgprofessionals heeft. Zodoende kan het streven van het ziekenhuis om oprechte zorg te verlenen en in te leven in de belevingswereld van zorgontvangers ook daarin voortgang blijven vinden. Daarnaast zou het aanbevelenswaardig zijn om onderzoek te doen naar het effect van personeelswisselingen op het bevallingsproces.

* Op de kraamafdeling zijn technologieën onlosmakelijk verbonden met de zwangerschap- en geboortezorg. Zonder deze technologieën zou de kraamafdeling ook niet als zodanig kunnen functioneren. In het denken over technologieën op de kraamafdeling dient de zorgprofessional voor het verlenen van goede zorg zich bewust te zijn van de voor- en nadelen die technologieën met zich meebrengen. Afstemming met (en aansluiting op de behoeften van) de kraamvrouwen en hun partner is daarin essentieel. Het gaat erom dat de zorgprofessional vanuit zijn kennis en vaardigheden en met behulp van een afgewogen gebruik van technologieën tot een professioneel oordeel kan komen, waarin de kraamvrouw en haar partner centraal staan. Narratieven van de kraamvrouw en haar partner kunnen in deze gesprekken met zorgprofessionals als leidraad voor goede zorg dienen.

5.4 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Vanuit dit zorgethische kwalitatieve onderzoek zijn aanbevelingen te geven voor vervolgonderzoek. Vervolgonderzoek zou kunnen inzoomen op de geleefde ervaringen van zorgprofessionals op de kraamafdeling. Zij zijn immers betrokken bij de zorgverlening aan kraamvrouwen en hun partners. Door hun geleefde ervaringen op te diepen, ontstaat meer multiperspectiviteit en meer inzicht in het fenomeen van het kraamvrouw-zijn op de afdeling.
Tenslotte zou het waardevol zijn om te kijken naar de culturele aspecten van het kraamvrouw-zijn in het VKC door kraamvrouwen en hun partners die de Nederlandse taal niet machtig zijn te includeren.

[16] Sophie Albers heeft een verkennende studie uitgevoerd naar de betekenis van ritueel rond zwangerschap en bevalling. Ik beveel haar thesis 'Leven geven, betekenis geven' van harte aan om meer informatie te verkrijgen rondom dit onderwerp.

6 EINDCONCLUSIE

In de hoofdstukken twee, vier en vijf is antwoord gegeven op de deelvragen van het onderzoek. Deze vormen tezamen de hoofdvraag: *Wat is de essentie van de geleefde ervaring van het kraamvrouw-zijn op de kraamafdeling voor kraamvrouwen en het hiervan getuige zijn door de partner en wat betekent dit voor goede zorg vanuit zorgethisch perspectief?*

Resumerend kan aangegeven worden dat de essentie van de geleefde ervaring van het kraamvrouw-zijn op de kraamafdeling voor kraamvrouwen het volgende inhoudt:
Het kraamvrouw-zijn op de afdeling is voor de kraamvrouw een ambigue ervaring waarbij de kraamvrouw opgaand in het ziekenhuisritme lichamelijk en geestelijk op de proef wordt gesteld en waarin momenten van pijn, twijfel, angst, in een binnen- en buitenwereld verkeren, overgave en vertrouwen op de deskundigheid van zorgprofessionals en hun medische voorzieningen elkaar opvolgen en afwisselen maar tegelijkertijd is het ook een liefdevolle ervaring van relationaliteit en mens-zijn dat de pijn en heftigheid van het baren doet smelten.

De essentie van de geleefde ervaring van het getuige zijn van het kraamvrouw-zijn luidt als volgt:
Het getuige zijn van het kraamvrouw-zijn op de afdeling is voor de partner een ambigue ervaring waarbij de partner zich op momenten machteloos, gespannen en onzeker voelt tijdens het ondersteunen van de kraamvrouw in haar lijden en waarbij het voor de partner van belang is dat er door zorgprofessionals aangesloten wordt bij de behoeften en wensen van de kraamvrouw en hemzelf (onder meer inzake pijnbestrijding), maar tegelijkertijd is het, als alles goed verloopt, een feestelijke gebeurtenis waarin het leven en het samenzijn gevierd worden.

Wat betekent dit voor goede zorg vanuit zorgethisch perspectief?
Ondanks de positieve ervaringen van de kraamvrouwen over de zorgverlening, kan de zorg verbeterd worden wanneer bij zorgverleners meer bewustwording ontstaat over de machtspositie die zorgverleners innemen en de (sturende) inrichting van de systemen in het ziekenhuis. Door hier bewust van te zijn, ontstaat er oog voor de zorgbehoeften van de zorgontvanger, waardoor goede zorg mogelijk wordt. Daarnaast dienen zorgverleners op de kraamafdeling zich bewust te zijn dat overgave van kraamvrouwen ook machtsmisbruik in de hand kan werken en dat partners graag het contact met hun kraamvrouw willen behouden wanneer pijnbestrijdingsmiddelen tijdens de bevalling gebruikt worden.

7 KWALITEIT VAN ONDERZOEK

In dit hoofdstuk worden de maatregelen geschetst die genomen zijn om de kwaliteit in het onderzoek te waarborgen[17].

7.1 Kwaliteit fenomenologisch onderzoek

Van Manen betoogt dat fenomenologisch onderzoek gaat om het verkrijgen van een innerlijk intuïtief begrip. Dit levert existentiële empirische betekenissen van een bepaald fenomeen op, in plaats van meetbare feitelijke empirische bewijzen (Van Manen, 2014). Daarnaast vereist fenomenologisch onderzoek een fenomenologische houding van de onderzoeker (zie bijlage 6).
Om de kwaliteit van dit onderzoek verder te beoordelen wordt ingezoomd op geloofwaardigheid, betrouwbaarheid en overdraagbaarheid.

Geloofwaardigheid
Geloofwaardigheid gaat over de mate waarin de interpretatie van de onderzoeker overeenstemt met de perspectieven van de participanten (Visse, 2012). Zo is het volgens Van Manen (2014) een aanrader om te vragen aan de respondenten of de narratieven van de onderzoekers daadwerkelijk 'resoneren' met de originele ervaringen van de respondenten. Van Manen (2014) wijst er echter wel op dat dit dan enkel de validiteit van het singuliere narratief betreft en niet de kwaliteit van de gehele fenomenologische studie valideert (Van Manen, 2014, p.348).
Vanwege het korte tijdsbestek waarbinnen dit onderzoek plaatsvond, is geen narratief met de respondenten gedeeld. Wel hebben alle respondenten de gelegenheid gekregen om te reageren op hun *Verbatim* uitgeschreven interview. Twee stellen hebben hiervan gebruik gemaakt. Eén kraamvrouw had een aandachtspunt voor betere zorg op de afdeling. Dit aandachtspunt is, met instemming van de respondent, gedeeld met het hoofd van de kraamafdeling[18]. Ook heeft de onderzoeker de geleefde ervaring van de kraamvrouw en van de partner van elkaar gescheiden. Zo was het mogelijk om zo zuiver mogelijk hun geleefde ervaring te vangen. Ook wanneer partners zich mengden in het gesprek met de kraamvrouw, is daar bij de analyse rekening mee gehouden.

Betrouwbaarheid
De betrouwbaarheid van onderzoek heeft te maken met de mogelijkheid om het onderzoeksproces te herhalen. Het gaat daarbij om inzichtelijkheid en navolgbaarheid van het onderzoeksproces. Het bijhouden van een logboek en memo's is daarbij helpend (Visse, 2012).
De onderzoeker heeft gedurende het onderzoek observationele, reflectieve en methodische memo's

[17] De belemmeringen in het onderzoek kunt u vinden in bijlage 6.
[18] In verband met het waarborgen van de anonimiteit wordt hier niet nader op ingegaan. Als onderzoeker achtte ik het echter raadzaam om dit met instemming van de respondent te delen met het afdelingshoofd. Zodoende kon er een kleine bijdrage geleverd worden aan de zorg in het VKC.

gemaakt waardoor inzicht kan worden verkregen in het onderzoeksproces. Tevens is in de bijlage opgenomen hoe de onderzoeker is omgegaan met de *epoché.* Het is belangrijk in fenomenologisch onderzoek om de vooronderstellingen van de onderzoeker in te bedden in het onderzoeksproces. Bovendien is regelmatig contact geweest met de docenten. Zo is gesproken over de inhoud van interviews en narratieven. Daarbij is aandacht besteed aan de verschillende brillen die opgezet kunnen worden in de analyse van een transcript. Dit is behulpzaam geweest in het onderkennen van eigen vooronderstellingen. Hierdoor kan het onderzoek aan betrouwbaarheid winnen.

Overdraagbaarheid

Visse (2012) beschrijft overdraagbaarheid als de mate waarin gelijkenis is tussen de zendende en ontvangende contexten. Bescheidenheid is hierbij op zijn plaats. Fenomenologisch onderzoek levert empirische kennis op, maar dit kan niet gevat worden in generalisaties (Van Manen, 1997, p.22). Er is getracht om zo rijk mogelijk de bevindingen weer te geven *(thick description)*. Mogelijk levert dit voor de lezer een *'vicarious experience'* op alsof degene zelf deze ervaring 'ondergaat', om zodoende een innerlijk intuïtief begrip van de essentie van dit fenomeen te krijgen. Het is echter aan de lezer om te bepalen in hoeverre de bevindingen over te dragen zijn naar diens context.

BRONNEN

Albers, S. (2016) *Leven geven betekenis geven.* (Masterthesis), Universiteit voor Humanistiek

Baart, A. (2004). *Theorie van de presentie* (3e ed.). Utrecht: Lemma.

Baart, A., & Grypdonck, M. (2008). *Verpleegkunde en presentie. Een zoektocht in dialoog naar de betekenis van presentie voor verpleegkundige zorg.* Den Haag: Lemma.

Buitendijk, S., (2010*). De stem van vroede vrouwen. Pleidooi voor een vrouwvriendelijke zwangerschaps- en bevallingscultuur* (Inaugurele rede, Universiteit van Amsterdam).

Brown, S.J., Davey, M. & Bruinsma, F.J. (2004). Women's views and experiences of postnatal hospital care in the Victorian Survey of Recent Mothers 2000. *Midwifery,* 21, pp. 109-126

Christiaens, W. & Bracke, P. (2007). Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy and Childbirth,* 7, 26, pp. 1-12

Christiaens, W., Nieuwenhuijze, M. J., & De Vries, R. (2013). Trends in the medicalisation of childbirth in Flanders and the Netherlands. *Midwifery*, 29(1), e1-e8.

Creswell, J.W. (2013). *Qualitative Inquiry & Research. Choosing among five approaches (3rd ed.).* Los Angeles: SAGE publications

Darra, S. & Murphy, F. (2016). Coping and help in birth: An investigation into 'normal' childbirth as described by new mothers and their attending midwives. *Midwifery,* 40, 18-25

Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynaecology Obstetrics*, 75, Supplement 1:S5-S23

Dowling, M. (2007). From Husserl to van Manen. A review of different phenomenological approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 44, pp. 131-142

Finnbogadottir, H., Crang Svalenius, E. & Persson, E.K. (2003). Expectant first-time fathers' experiences of pregnancy. *Midwifery,* 19, pp. 96-105

Hall, J. & Taylor, M. (2004). Birth and Spirituality. In S. Downe (ed.) *Normal childbirth: evidence and debate* (pp. 41-56). Churchill Livingstone: Elsevier

Hamington, M. (2004). *Embodied Care: Jane Addams, Maurice Merleau-Ponty and Feminist Ethics.* Illinois: University of Illinois Press

Hamington, M. (2012). Care ethics and corporal inquiry in patient relations. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*. 5(1), pp. 52-69

Hamington, M. (2015). Politics is not a game: The radical potential of care. *Care ethics and political theory*, pp. 272-292

Heijst, A. van (2008). Zorgethiek, een theoretisch overzicht. *Filosofie en Praktijk* (29)1, pp. 7-18.

Heijst, A. van (2011). *Professional loving care. An ethical view of the healthcare sector.* Leuven: Peeters

Heijst, A. van (2014). *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit.* Kampen: Uitgeverij Klement

Heijst, A. van & Vosman, F. (2010). Managen van menslievende zorg: Herbepalen waar de gezondheidszorg toe dient. In M. Pijnenburg, C. Leget & B. Berden (eds). *Menslievende zorg, management en kwaliteit* (pp. 11-39). Budel: Damon

Hollander, M.H., Hastenberg, E. van, Dillen, J. van, Pampus, M.G. van, Miranda, E. de & Stramrood, C.A.I. (2017). Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views. *Archives of women's mental health*

Johnson, C.W. & Parry, D.C. (eds) (2015). *Fostering Social Justice through Qualitative Inquiry*. *A methodological guide*. California, Walnut Creek: Left Coast Press

Kittay, E. Feder (1999). *Love's Labor. Essays on Women, Equality and Dependency*. New York: Routledge

Laverty, S.M. (2003). Hermeneutic Phenomenology and Phenomenology: a comparison of historical and methodological considerations. *International Journal of Qualitative Methods.* 2 (3), pp 1-29

Leget, C., Nistelrooij, I. van & Visse, M. (2017). Beyond demarcation: Care ethics as an interdisciplinary field of inquiry. *Nursing Ethics,* pp. 1-9

Manen M. van (1997). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy.* London: Routledge

Manen, M. van (1998). Modalities of Body Experience in Illness and Health. *Qualitative Health Research: An International, Interdisciplinary Journal, 8 (1),* pp. 7-24

Manen, M. van (2007). Phenomenology of Practice. *Phenomenology & Practice*, 1 (1), pp 11-30

Manen, M. van (2014). *Phenomenology of practice: Meaning-giving methods in phenomenological research and writing.* London: Routledge

Manen, M. van (2017). But is it Phenomenology? *Qualitative Health Research, 27(6),* pp. 775-779

Manen, M. van (2017). Phenomenology in Its Original Sense. *Qualitative Health Research, 27 (6),* pp. 810-825

Meide, H. van der, Leget, C., & Olthuis, G. J. (2013). Giving voice to vulnerable people: the value of shadowing for phenomenological healthcare research. *Medicine, Health Care and Philosophy, 16,* pp. 731-737.

Nistelrooij, I. van, Visse, M., Spekkink, A., & Lange, J. de. (2017). How shared is shared decision-making? A care-ethical view on the role of partner and family. *BMJ,* 0, 1-8.

Noddings, N. (1984). *Caring. A Feminine Approach to Ethics & Moral Education*. Berkeley: University of California Press

Teijlingen, E.R. van, Lowis, G.W., McCaffery, P. Porter, M. (eds.), (2004). *Midwifery and the medicalization of childbirth: comparative perspectives.* New York: Nova Science Publishers.

Tronto, J. (1993). *Moral boundaries: a political argument for an ethics of care.* New York: Routledge

Tronto, J. (2010). Creating Caring Institutions: Politics, Plurality and Purpose. *Ethics and Social Welfare, 4 (2),* pp. 158-171

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

Vandermause, R.K. & Fleming, S.E. (2011). Philosophical Hermeneutic Interviewing. *International*

Journal of Qualitative Methods, 10 (4), pp. 367-377

Verbeek, P. (2014). *De vleugels van Icarus: hoe techniek en moraal met elkaar meebewegen.* Rotterdam: Lemniscaat

Visse (2012). *Openings for humanization in modern health care practices.* Proefschrift.

Overige bronnen

Afdelingsprofiel Afdeling Obstetrie. Zwangeren, barenden, kraamvrouwen, pasgeborenen (juli 2016). Intern gepubliceerd binnen Rijnstate

Algemeen Dagblad, http://www.ad.nl/binnenland/thuisbevalling-uit-de-gratie~ae84f92b/, geraadpleegd op d.d. 26-2-2017

Berg, J.H. van den (1966). The Sickbed. *Max van Manen,* geraadpleegd op 10-10-2017 http://www.maxvanmanen.com/files/2012/12/The-Sickbed.pdf

Creemers, D. et al. (2015). *Projectplan Zorg met Ziel.* Intern gepubliceerd binnen Rijnstate.

Dronkers, P. (2015). *Zorgethiek en beleid in zorg en welzijnsorganisaties*. Collegedictaat studiejaar 2015/2016. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek

Niemeijer, A.R. (2016). *Theorieën van zorgethisch onderzoek*. Collegedictaat studiejaar 2016/2017. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek

NRC, Bron NRC: https://www.nrc.nl/nieuws/2017/02/24/we-hebben-een-kind-6964410-a1547536, geraadpleegd op d.d. 24-2-2017

Veen, M. van & F. Falize (2016) *Heroriëntatie op capaciteit VrouwKindCentrum. Een oplegger op het projectplan* 2012. Intern gepubliceerd binnen Rijnstate

Visse, M. (2016). *Theorieën van zorgethisch onderzoek*. Collegedictaat studiejaar 2016/2017. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek

Zorgethiek.nu, http://zorgethiek.nu/leven-geven-betekenis-geven, geraadpleegd op d.d. 21-2-2017

Zorgethiek.nu, http://zorgethiek.nu/openheid-in-fenomenologisch-onderzoek-verder-doordenken, geraadpleegd op 2-6-2017