

# **EERST NOEMEN WE ZE KWETSBAAR EN DAN GAAN WE ZE EMPOWEREN**

Een zorgethische studie naar de betekenis van zwangere vrouwen in kwetsbare  
omstandigheden in Nederlands beleid

Masterthesis Zorgethiek & beleid, Universiteit voor Humanistiek  
Eveline Kiela (1024655)

Begeleider: Dr. Inge van Nistelrooij

Tweede lezer: Rodante van der Waal

Examinator: Prof. dr. Carlo Leget

25 juni 2021, Den Haag

De titel op de omslagpagina is geïnspireerd op een quote van Sander Hilberink in een artikel van Wietse Pottjewijd, 6 december 2019, Profielen. Geraadpleegd op 24 februari 2021 via: <https://profielen.hr.nl/2019/we-gaan-eerst-mensen-kwetsbaar-noemen-en-dan-gaan-we-ze-empoweren-dat-vind-ik-echt-waanzin/>

## Voorwoord

‘Ongemak in interacties is alomtegenwoordig en meestal lopen we er snel vandaan, maar ik denk dat het juist belangrijk is om dieper in te gaan op wat en waar het wringt’ (Wekker, 2020, p. 20). Aan het begin van deze thesis had ik nooit gedacht dat ik voor mijn onderwerp, kwetsbare zwangere vrouwen, over racisme zou schrijven. Dit laat zien dat de ogen van witte mensen, zoals ikzelf, geopend moeten worden. Hierover te weten komen en schrijven viel niet mee, maar zoals Wekker stelt, er dieper op ingaan is belangrijk. Met deze thesis tracht ik dat te doen.

Mijn zorgethisch avontuur begon in september 2018, met de pre-master Zorgethiek & Beleid. Het zou nog tweeënhalf jaar duren voordat ik aan de masterthesis zou beginnen. Al die tijd was ik in de veronderstelling dat de thesis er vooral voor was om te laten zien wat voor kennis je jezelf eigen had gemaakt en welke vaardigheden je had geleerd. Zelf heb ik in deze laatste periode vooral nog véél meer bijgeleerd; over zorgethiek, andere wetenschapsgebieden en over mezelf.

Graag wil ik een aantal personen bedanken die daaraan hebben bijgedragen, en zonder wie deze thesis niet haar huidige eindresultaat had bereikt. Inge, wat heb je me laten groeien. Dankjewel voor je prikkelende feedback, maar ook voor je bemoedigende woorden. Rodante, dankzij jouw kritische feedback kreeg deze thesis de insteek die het hoort te krijgen, mijn dank daarvoor. Mijn medestudenten, met wie ik oneindig kon sparren en van wie ik veel heb geleerd; ik ben dankbaar voor onze ontmoetingen. Tot slot, Joey, jouw kalmte hielp mij de rust terug te vinden op uitdagende momenten in dit thesisproces, dankjewel dat je er altijd bent.

Ik wens u veel leesplezier.

Eveline Kiela, juni 2021

## Inhoudsopgave

Voorwoord .....	3
Samenvatting .....	6
1. Inleiding .....	7
1.1. Aanleiding .....	7
1.2. Maatschappelijke probleemstelling .....	7
1.3. Wetenschappelijke probleemstelling .....	9
1.4. Vraagstelling.....	10
1.5. Doelstelling.....	11
2. Theoretisch kader.....	12
2.1. Zorgethiek.....	12
2.1.1. Macht/positie .....	13
2.1.2. Precariteit .....	16
2.1.3. Kwetsbaarheid .....	18
2.2. Gelaagde kwetsbaarheid .....	19
2.3. Kwetsbaarheid in de context van zwangerschap .....	20
2.4. Institutioneel racisme in de geboortezorg.....	21
2.4.1. Medisch racisme in Amerika.....	21
2.4.2. Institutioneel racisme in Nederland.....	23
2.5. Conclusie .....	25
3. Methode .....	28
3.1. Onderzoeksbenadering .....	28
3.2. Onderzoeksmethode .....	28
3.2.1. Discours en discoursanalyse.....	29
3.2.2. Kritische discoursanalyse .....	30
3.2.3. Methode van Gee .....	30
3.3. Casusdefinitie, onderzoekseenheid en dataverzameling .....	31
3.4. Data-analyse .....	32
3.4.1. Coderen en bouwstenen .....	32
3.4.2. Sensitizing concepts .....	33
3.5. Ethische overwegingen.....	33
4. Bevindingen .....	34

4.1.	Kwetsbare zwangeren hebben complexe sociale en individuele problematiek.....	34
4.1.1.	Definitie kwetsbaarheid; verschillende problemen .....	34
4.1.2.	Sociale of individuele problemen?.....	36
4.2.	Hulpverlening helpt .....	39
4.2.1.	Individu gerichte oplossingen helpen.....	40
4.2.2.	Vroegsignalering is noodzakelijk.....	41
4.2.3.	Problematiek kwetsbare zwangeren vereist deskundigheid .....	41
4.2.4.	Een opgave voor sociaal en medisch domein of voor iedereen?.....	42
4.2.5.	Preventie voorkomt .....	42
4.2.6.	De-stigmatiseren en normaliseren is nodig .....	43
4.2.7.	Effectiviteit als uitgangspunt.....	43
4.3.	Gezonde zwangerschap is cruciaal .....	44
4.3.1.	De cruciale verantwoordelijkheid van de zwangere vrouw .....	44
4.4.	Conclusie .....	46
5.	Zorgethische discussie .....	48
5.1	Overeenkomsten en verschillen.....	48
5.2.	Institutioneel racisme.....	49
5.3.	Precariteit.....	51
5.4.	Kwetsbaarheid en kwetsbaar zijn .....	52
5.5.	Synthese: de performatieve werking van beleid en een alternatief .....	54
6.	Conclusie.....	56
6.1.	De betekenis van kwetsbaarheid in beleid.....	56
6.2.	Theoretische reflectie en bijdrage aan beleid .....	56
8.	Kwaliteit van het onderzoek .....	58
8.1.	Kwaliteitsmaatregelen voorafgaand aan het onderzoek .....	58
8.2.	Evaluatie van kwaliteit van het uitgevoerde onderzoek .....	58
8.2.1.	Betrouwbaarheid .....	58
8.2.2.	Geloofwaardigheid .....	59
8.2.3.	Overdraagbaarheid .....	60
	Literatuur.....	61

## Samenvatting

Zogenaemde ‘kwetsbare zwangeren’ hebben een grotere kans op perinatale en maternale sterfte en morbiditeit. Om negatieve zwangerschapsuitkomsten bij deze groep te verminderen, wordt veel beleid geschreven. Tegelijkertijd blijkt Nederlands beleid rondom dergelijke gezondheidsverschillen te veel op het individu en leefstijl gericht, terwijl brede factoren zoals discriminatie op basis van gender en etniciteit, onderliggende oorzaken zijn. Deze thesis onderzoekt daarom hoe zes Nederlandse beleidsdocumenten betekenis geven aan de term ‘kwetsbare zwangeren’ en reflecteerde daarop met behulp van een zorgethische lens die verrijkt werd met kritische, intersectionele literatuur.

De beleidsdocumenten geven in de vorm van drie discoursen betekenis aan kwetsbaarheid in de context van zwangerschap. Kwetsbare zwangeren worden gezien als vrouwen die complexe sociale en individuele problematiek hebben, waarbij de focus op laatstgenoemde ligt (discours 1). Individuele hulpverlening helpt deze problemen tegen te gaan, en daarmee de perinatale ongelijkheid te verminderen (discours 2). Daarbij is een gezonde zwangerschap cruciaal, waar de (kwetsbare) zwangere vrouw, ten behoeve van haar kind, voor moet zorgen (discours 3). Uit de kritische discoursanalyse blijkt dat door de eveneens belangrijke focus op deze problemen, oplossingen en gezonde zwangerschap bredere factoren, die gelegen zijn in de culturele, maatschappelijke, institutionele en politieke context, aan het oog onttrokken worden.

Het verrijkte zorgethische perspectief gericht op de bevindingen, laat zien dat de factoren die de beleidsdocumenten buiten beeld laten, wel degelijk van invloed zijn op problemen van zwangere vrouwen die zich in kwetsbare omstandigheden bevinden. Dit onderzoek belicht een aantal van die brede factoren: institutioneel racisme in de geboortezorg, precariteit en de rol van zorg, macht en posities. Het wordt geadviseerd om kwetsbaarheid als gelaagd te zien, zodat brede factoren aan het licht komen, en om deze factoren een plaats te geven in beleid. Ook wordt aanbevolen om te onderzoeken hoe deze factoren precies werken, zodat aanpak ontwikkeld kan worden.

# 1. Inleiding

## 1.1. Aanleiding

De aanleiding van dit onderzoek is, net zoals kwetsbaarheid zelf, gelaagd van aard. In mijn werk als verpleegkundige ondersteun ik ‘kwetsbare ouderen’, bij wie het dagelijks leven weerbarstiger blijkt dan de theorie beschrijft. In de aanloop van deze thesis merkte ik op dat overheden en regionale werkgroepen momenteel veel beleid schrijven over een andere veronderstelde kwetsbare groep, zogenoemde ‘kwetsbare zwangeren’. Deze groep loopt namelijk risico’s, heeft hulp nodig, vraagt daar niet gauw om en is moeilijk te bereiken<sup>3 4 5</sup>. Ik vroeg mij af of het leven van deze vrouwen<sup>7</sup>, net als bij de ouderen in mijn werk, ook niet veel complexer is dan al die teksten beschrijven, en besloot dit nader te onderzoeken. Pas hierna begon ik de rol van institutioneel racisme in onze samenleving, en specifiek in de geboortezorg, te begrijpen. Velen gingen mij voor; in het afgelopen jaar vonden er wereldwijd grootschalige protesten plaats die pleitten voor aandacht voor de verschillende posities in instituties en samenlevingen en de ongelijkheid die daarmee gepaard gaat. Een voorbeeld is de *Black Lives Matter* beweging, waarbij nooit eerder in zulke groten getale op werd gekomen tegen racisme (Wekker, 2020). Ook al ben ik zelf geen moeder, ben ik wit van kleur<sup>8</sup>, word ik hoog opgeleid, woon ik in een goede buurt in Den Haag en werk ik niet met zwangeren, maar met ouderen, zag ik de urgentie om dit onderzoek, naar de betekenis van ‘kwetsbare zwangeren’ in beleid, voort te zetten. Met dit onderzoek, dat tot stand is gekomen ter afronding van de master Zorgethiek en Beleid, hoop ik bij te dragen aan een zienswijze die recht doet aan zwangere vrouwen in een kwetsbare omstandigheden.

## 1.2. Maatschappelijke probleemstelling

Anno 2021 zijn er op het gebied van de geboortezorg ongunstige ontwikkelingen gaande. De daling van het babysterftecijfer, die ingezet werd nadat de Nederlandse geboortezorg betere samenwerking doorvoerde, stagneert sinds 2015 en recentelijk neemt het babysterftecijfer zelfs weer toe (RIVM, 2020). Zogenoemde ‘kwetsbare zwangeren’ hebben meer risico op overlijden

---

<sup>3</sup> Tom Schneider, Eric Steegers, Jeroen Vervoort, Hans Duvekot, Medisch Contact, 17 oktober 2016. Kwetsbare zwangeren hebben hulp nodig. Geraadpleegd op 23 februari 2021 via:

<https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/kwetsbare-zwangeren-hebben-hulp-nodig.htm>

<sup>4</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018. Actieprogramma Kansrijke Start.

<sup>5</sup> ZonMw, 2021. Zwangerschap en geboorte. Kwetsbare zwangeren. Geraadpleegd op 7 april 2021 via:

<https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/preventie/swangerschap-en-geboorte/kwetsbare-zwangeren/>

<sup>7</sup> Met de term vrouwen wordt in deze thesis ook naar mensen gerefereerd die zich niet als vrouw identificeren, zoals transmannen en non-binaire individuen.

<sup>8</sup> Zie voor toelichting van deze gekozen term voetnoot 12

van en aandoeningen bij hun geboren of ongeborn kind<sup>9</sup>, ook wel perinatale sterfte en morbiditeit genoemd. Bij deze kwetsbare zwangere vrouwen manifesteren zich risicofactoren die kunnen leiden tot negatieve zwangerschapuitkomsten, en bij wie beschermende factoren niet afdoende helpen<sup>10</sup>. Naast meer kans op problemen rondom het geboren of ongeborn kind, hebben kwetsbare zwangere vrouwen ook meer kans op maternale morbiditeit en sterfte<sup>11</sup>.

Om de risico's op negatieve zwangerschapuitkomsten te verminderen wordt al enkele jaren beleid geschreven. Zo zijn maar liefst twee handreikingen 'kwetsbare zwangeren' ontwikkeld en lanceerde het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in 2018 het Actieprogramma Kansrijke Start. Op 9 februari jongst leden gaf ditzelfde ministerie ook het startsein voor een landelijke campagne die zwangere vrouwen aanmoedigt hulp te zoeken voor problemen waar zij mee kampen. Afhankelijk van het document is het doel ofwel gericht op verbetering van de situatie van het kind ofwel op moeder en kind samen, maar allen gaan over de (zorg aan) kwetsbare zwangere vrouwen.

Volgens het RIVM (2020, p. 10) is het terugdringen van risico's op perinatale sterfte en morbiditeit niet alleen belangrijk om het babysterftecijfer te verlagen maar ook omdat het de bron van gezondheidsverschillen zou zijn. Daarmee kan het voor veel gezondheidsproblemen en kosten zorgen in de levens van de nakomelingen van kwetsbare zwangere vrouwen. Volgens de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving is Nederlands beleid rondom dergelijke gezondheidsverschillen echter niet adequaat. Het is te veel op het individu en leefstijl gericht, terwijl onderliggende oorzaken breder en complexer van aard zijn, zoals discriminatie op basis van gender en etniciteit<sup>12</sup> en problemen op het gebied van onderwijs, arbeidsmarkt en sociale zekerheid<sup>13</sup>. Men kan zich dan ook afvragen of gezondheidsverschillen, zoals maternale en

---

<sup>9</sup> ZonMw, 2021. Kwetsbare zwangeren. Geraadpleegd op 3 juni 2021 via: <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/preventie/zwangerschap-en-geboorte/kwetsbare-zwangeren/>

<sup>10</sup> Eric Steegers, Lindsey van der Meer, Hiske Ernst, Lyne Blanchette, Medisch Contact, 27 mei 2020. Een kwetsbare zwangere, wat is dat eigenlijk? Geraadpleegd op 13 februari 2021 via:

<https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/een-kwetsbare-zwangere-wat-is-dat-eigenlijk.htm>

<sup>11</sup> Jan Derks en Guid Oei, 16 juni 2015, Medisch Contact. Geboorte veiliger voor moeder en kind.. Geraadpleegd op 7 juni 2021 via: <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/geboorte-veiliger-voor-moeder-en-kind.htm>

<sup>12</sup> Ik ben mij bewust van de verschillende termen die de plaats aanduiden waar iemand zelf of diens familie vandaan komt, en ik heb kennisgenomen van de consequenties die deze termen hebben. In deze thesis is ervoor gekozen om niet één woord aan te houden, maar verschillende woorden te gebruiken, zoals etniciteit, migratieachtergrond en zwart/wit/van kleur. Omdat aan al deze termen bewuste en onbewuste culturele en historische wortels en gevolgen kleven, leek het mij beter om wisselende terminologie in te zetten, om aan te geven dat er niet één onfeilbaar is.

<sup>13</sup> Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2020. Gezondheidsverschillen voorbij. Geraadpleegd op 13 maart 2021 via: <https://adviezen.raadrvs.nl/gezondheidsverschillen-voorbij/>



perinatale sterfte en morbiditeit, de bron of juist het effect van verschillen in de samenleving zijn, waarvan de oorzaken in een breder economische, sociale en politieke context te vinden zijn. Wanneer beleid gericht is op psychische, sociale en medische risicofactoren van een individu, lijkt men die bredere context te vergeten. De kans is dan aanwezig dat huidig beleid rondom kwetsbare zwangere vrouwen enerzijds een doekje voor het bloeden biedt en anderzijds geen recht -en misschien zelfs schade- doet aan deze groep. Deze thesis onderzoekt dergelijke spanningen in Nederlands beleid rondom kwetsbare zwangere vrouwen.

### **1.3. Wetenschappelijke probleemstelling**

Er is veel onderzoek gedaan naar kwetsbare zwangere vrouwen, hun ongeboren baby's, de hogere risico's die zij hebben en de oorzaken daarvan. Hieruit blijkt dat perinatale sterfte en morbiditeit niet louter individuele en medische kwesties betreffen, maar mede veroorzaakt worden door sociaaleconomische factoren zoals laaggeletterdheid, taalachterstand, armoede, het wonen in een achterstandswijk en het hebben van een migratieachtergrond (Ravelli, Eskes, van der Post, Abu-Hanna & de Groot, 2020; De Graaf, 2013; Flenady et al., 2011; Ravelli et al., 2008). Zo hadden te vroeg geboren baby's van zwangere vrouwen met een migratieachtergrond in Nederland in 2016 50% meer kans op overlijden en bij een normale zwangerschapsduur hadden deze baby's 30% meer overlijdenskans (RIVM, 2020). Recenter onderzoek in Engeland laat zien dat vrouwen van kleur en vrouwen die woonachtig zijn in een achterstandswijk twee tot vier keer meer kans hebben op overlijden dan witte vrouwen en vrouwen die niet in een achterstandswijk wonen (Knight et al., 2020). Verschillende factoren spelen hierbij een rol. Een voorbeeld hiervan is een verminderd gebruik van perinatale hulpverlening door zwangere vrouwen van kleur, nadat zij discriminatie ervaren tijdens deze zorg (Lange & Toledo, 2021; Attanasio, Kozhimannil, 2015). Ook Nederlands onderzoek wijst uit dat de hogere risico's op negatieve zwangerschapsuitkomsten bij 'non-westerse vrouwen' te maken heeft met het ontvangen van minder adequate zorg op basis van ongelijkheid in de verleende hulpverlening (Posthumus, Borsboom, Poeran, Steegers & Bonsel, 2016).

Er zijn meer geluiden te horen die bredere sociale, culturele en politieke context van de problematiek rondom kwetsbare zwangere vrouwen belichten. Zo stelt Davis (2019) dat medisch en obstetrisch racisme in Amerika van invloed is op vroeggeboorten en daarmee op perinatale sterfte, morbiditeit en ongelijkheid. Alhoewel Davis schrijft over de Amerikaanse context, is het niet onaannemelijk dat haar stelling ook voor Nederland geldt. Wekker (2020) beargumenteert bijvoorbeeld dat (institutioneel) racisme ook, en juist, in Nederland een rol

speelt en versterkt wordt door andere factoren zoals gender en klasse. Ook arbeid speelt een rol. Zwangerschapsdiscriminatie komt in Nederland veel voor en zorgt voor stigmatisering en seksisme (Bendien, van Gemert, Verdonk & Oosten, 2019). Volgens veel werkgevers behoort zwangerschap namelijk tot het privédoorn van vrouwen, en niet tot hun verantwoordelijkheid (Bendien, Van Gemert, Verdonk & Oosten, idem). Discoursanalyses van Engels beleid laten zien dat deze brede context niet altijd mee wordt genomen in beleid, maar vaker juist versmald wordt door de complexiteit van situaties van zwangere vrouwen te maskeren (Marshall & Woollet, 2000; Lowe, Lee & MacVarisch, 2015). Ook kwam uit deze discoursanalyses naar voren dat de focus op risico's en interventies in beleid het ingrijpen en controle op het intieme leven van vrouwen verantwoordt, en tot '*dangerous othering*' leidt, waarbij problemen alleen gesitueerd worden bij een bepaalde groep vrouwen (Lee, 2014; Lowe, Lee & MacVarish, 2015).

Een discoursanalyse naar Nederlands beleid rondom kwetsbare zwangere vrouwen is nog niet uitgevoerd. Hierdoor is het onduidelijk welke onderliggende discoursen spelen. Dit niet-bewust zijn is problematisch, zoals de beschreven literatuur laat zien. Een dergelijke analyse lijkt, in het licht van de toenemende perinatale sterfte en morbiditeit en daarop reagerend beleid, dan ook van belang. Een zorgethisch perspectief biedt daarnaast een alternatieve kijk op de 'kwetsbare zwangeren' kwestie doordat ze in beginsel uitgaat van een kwetsbaar, afhankelijk mensbeeld (Engster & Hamington, 2015; Tronto, 1993; Kittay, 1999; 2015; Van Nistelrooij, Visse, Spekkink & De Lange, 2017). Niet alleen de door academici, beleid en de maatschappij bestempelde kwetsbare groepen zijn dan kwetsbaar, maar alle mensen. Ook is er vanuit de zorgethiek specifiek aandacht voor de context, complexiteit en macht in samenlevings- en zorgkwesties (Tronto, 1993), wat kan helpen bij een breder perspectief op de kwestie en de link met gezondheidsverschillen.

#### **1.4. Vraagstelling**

Uit de probleemstelling volgt de volgende hoofdvraag: Welke betekenis krijgt de term 'kwetsbare zwangeren' in Nederlands beleid en wat kunnen de op zorgethische en kritische wijze doordachte concepten kwetsbaarheid, macht/positie en precariteit bijdragen aan beleid rondom kwetsbare zwangere vrouwen?

De hoofdvraag wordt beantwoord met behulp van drie deelvragen:

1. Welke inzichten bieden zorgethische concepten kwetsbaarheid, macht/positie en precariteit, verrijkt door kritische intersectionele theorie, op kwetsbaarheid in de context van zwangerschap?
2. Welke betekenis krijgt de term ‘kwetsbare zwangeren’ in Nederlands beleid?
3. Wat bieden de inzichten uit de verrijkte, zorgethische concepten kwetsbaarheid, macht/positie en precariteit voor de betekenis van de term ‘kwetsbare zwangeren’ in Nederlandse beleid en wat kunnen ze bijdragen aan dit beleid?

### **1.5. Doelstelling**

De interne doelstelling van dit onderzoek is om onderliggende discoursen in Nederlandse beleidsdocumenten rondom kwetsbare zwangere vrouwen bloot te leggen, en deze vanuit een zorgethisch perspectief dat verrijkt is met kritische, intersectionele literatuur, te analyseren. Daarnaast hoopt dit onderzoek, als externe doelstelling, een bijdrage te leveren aan het denken over kwetsbare zwangere vrouwen, en de implicaties die dit denken kent voor beleid, dat recht doet aan de brede context van zwangere vrouwen in kwetsbare omstandigheden.

## 2. Theoretisch kader

In het vorige hoofdstuk werd de probleemstelling van dit onderzoek geschetst: er wordt veel beleid geschreven over kwetsbare zwangere vrouwen, terwijl dit soort beleid vaak individugericht is en brede factoren, zoals zorg, relationaliteit en (institutioneel) racisme en discriminatie, buiten beeld laat. Om theoretisch te kunnen reflecteren op de betekenis die aan de term ‘kwetsbare zwangeren’ in Nederlands beleid wordt gegeven, werd de volgende deelvraag opgesteld: Welke inzichten bieden de zorgethische concepten kwetsbaarheid, macht/positie en precariteit, verrijkt door kritische intersectionele theorie, op kwetsbaarheid in de context van zwangerschap? Dit hoofdstuk bespreekt deze vraag en om een antwoord te krijgen wordt een trechtervormige aanpak aangehouden. Allereerst wordt breed besproken wat zorgethiek inhoudt, en wordt ingegaan op de concepten macht en positie, waarna wordt toegewerkt op een zorgethische visie op precariteit en kwetsbaarheid (§2.1.). Zorgethiek kan gesprekspartners vinden in andere wetenschapsgebieden die meer specifiek van belang zijn in het kader van dit onderzoek naar kwetsbaarheid in de context van zwangerschap, zoals onderzoekers die kwetsbaarheid tot een fijnzinnig analyse instrument maken en op specifieke elementen van kwetsbaarheid wijzen, zoals (institutioneel) racisme en discriminatie, waarvoor ook de wetenschappelijke gevoeligheid de laatste jaren is toegenomen (Van Nistelrooij, 2021, persoonlijke communicatie). Daartoe put ik uit werken van Luna (2009; 2018) over gelaagde kwetsbaarheid (§2.2.), Davis (2020) over (institutioneel) racisme in de geboortezorg en Wekker (2020) over racisme in Nederland (§2.3.).

### 2.1. Zorgethiek

Zorgethiek is een morele en politieke ethiek die zorg als centrale activiteit in het menselijk (samen)leven erkent (Engster & Hamington, 2015). Dit doet zij door, op basis van het kijken naar praktijken en de relationele ontologie die daaruit volgt, de mens als afhankelijk en kwetsbaar te zien (Engster & Hamington, 2015; Tronto, 1993; Kittay, 1999; 2015; Van Nistelrooij, Visse, Spekkink & De Lange, 2017). Door te erkennen dat alle mensen zorgbehoefstig zijn, emergeert zorg als centrale, sociale en politieke praktijk (Tronto, 1993). Zorg wordt hierbij breed opgevat als: *“a species of activity that includes everything that we do to maintain, continue, and repair our ‘world’ so that we can live in it as well as possible. That world includes our bodies, ourselves and our environment, all of which we seek to interweave in a complex, life-sustaining web”* (Fisher & Tronto, 1990, p. 40). Zorg is sociaal en politiek van aard omdat het altijd in afstemming met zichzelf en anderen plaatsvindt, en zich altijd

afspeelt in een samenleving die op een bepaalde (politieke) manier geordend is die het zorgen beïnvloedt en waarin bepaalde stemmen wel en andere stemmen niet gehoord worden (Leget, van Nistelrooij & Visse, 2017).

### **2.1.1. Macht/positie**

Het wel of niet horen van bepaalde stemmen gaat gepaard met machtsrelaties en heeft invloed op hoe dominante ideeën in de samenleving vorm krijgen (Tronto, 1993). Zorgethiek gebruikt zorg als lens om dergelijke machtsrelaties binnen dominante normen en discourses bloot te leggen (Tronto, 1993; Robinson, 2015). In deze paragraaf wordt de zorgethische lens ingezet om de werking van macht en posities bij dominante ideeën over kwetsbare zwangere vrouwen te ontrafelen. Hiervoor worden twee kwesties besproken die vaak in verband worden gebracht met kwetsbaarheid in de zwangerschap: ongelijkheid en het maken van slechte keuzes.

#### *Ongelijkheid*

Waar zorgethiek de centrale betekenis van zorg in het menselijk leven erkent, is het in de hedendaagse samenleving en politiek onder invloed van het neoliberalisme en kapitalisme, ondergewaardeerd en onderbetaald geraakt (Tronto, 1993; 2013). Hierdoor gaat zorg gepaard met discriminatie op basis van gender, ras en klasse: vooral vrouwen, vrouwen van kleur en vrouwen uit lagere klassen doen het zorgwerk (Tronto, 1993; Robinson, 2010). Tronto (1993; 2013) stelt dat dit voor ongelijkheid zorgt. De mensen die het zorgwerk doen krijgen slecht betaald, waardoor zij meer moeten werken om in hun onderhoud te kunnen voorzien. Het gevolg hiervan is dat er minder tijd over blijft voor zorgtaken binnen het gezin of voor familie en/of vrienden. Een voorbeeld van wat er dan kan gebeuren is dat de kinderen van deze zorgverleners onvoldoende zorg en aandacht krijgen, wat negatieve consequenties kan hebben op latere leeftijd (Tronto, 2013, p. 98). Tronto noemt dit ongelijkheid van zorgmogelijkheden. Volgens Tronto zorgt ongelijkheid van zorgmogelijkheden ervoor dat de stemmen van de vrouwen die het zorgwerk doen in de politiek minder gehoord worden, waardoor verbetering van hun situatie uitblijft. Zij linkt ongelijkheid van zorgmogelijkheden namelijk aan het wel of niet participeren in een democratie, wat volgens haar valt of staat met een gelijke samenleving (Tronto, 1993; 2013). Wanneer zorg ondergewaardeerd en onderbetaald is, en daardoor gepaard gaat met discriminatie, blijft een ongelijkheid van zorgmogelijkheden bestaan, zoals we in het voorbeeld van het gezin waarin kinderen van zorgverleners het risico lopen om minder zorg te krijgen, zagen. Wanneer zorgmogelijkheden ongelijk verdeeld blijven, zullen en kunnen zij die meer moeten zorgen niet of minder volledig participeren als burgers van een democratie.

Concreet kan hierbij gedacht worden aan zij die zorg verlenen, vrouwen (van kleur en uit lagere klassen), niet stemmen, of minder vaak of niet in een politieke partij zitten. Dit is terug te zien in de Nederlandse politiek. Alhoewel steeds meer vrouwen (van kleur) in de Tweede Kamer zitten, blijft de verdeling ongelijk: 31% is vrouw en 10% daarvan is gekleurd, terwijl van de Nederlandse bevolking iets meer dan de helft vrouw is en een kwart een migratieachtergrond heeft<sup>14</sup>. Deze ondervertegenwoordiging maakt dat hun stemmen minder gehoord worden, wat de kans op verbetering van hun situatie niet vergroot. Tronto (2013) concludeert dat zorgongelijkheid een vicieuze cirkel betreft en de ongelijkheid in de huidige samenleving van voornamelijk raciale klasse en status weerspiegelt. Daarbij laat Tronto's beredenering, waarbij ze zorg als kritische politieke analysetool gebruikt, zien dat kwetsbaarheid gevoelig is voor macht en posities en een politieke dimensie kent, die vaak over het hoofd gezien worden.

Daarnaast laat Tronto (2013, p. 108) zien dat kansengelijkheid, een veel geaccepteerd uitgangspunt in het hedendaags debat rondom ongelijkheid, niet werkt. Het gaat volgens haar namelijk niet alleen om gelijke kansen, maar ook om een gelijke mate van gehoord worden, zoals hierboven op politiek niveau uitgelegd werd. Als twee personen dezelfde kansen hebben, maar geen gelijke positie met betrekking tot gehoord worden, is het aanbieden van dezelfde kans ook geen gelijke keuze. Het niet horen van stemmen op politiek niveau wordt hieronder geïllustreerd aan de hand van een concreet voorbeeld op individueel niveau dat verloskundige Pia Sofia deelde in een essay over haar ervaringen met institutioneel racisme in de geboortezorg<sup>15</sup>. In dit essay vertelt zij over een situatie die ze meemaakte tijdens een stage in een ziekenhuis waarbij twee vrouwen, een witte en een zwarte vrouw, gelijktijdig aan het bevallen waren. De witte vrouw en haar baby waren tijdens de bevalling klinisch gezien gezond, maar de bevalling duurde lang en had de vrouw uitgeput. Zij verzocht daarom een keizersnede. De zwarte vrouw en haar baby verkeerden in nood. Er was echter maar één operatiekamer beschikbaar. De artsen besloten eerst de witte vrouw te opereren, omdat de zwarte vrouw, die geen Nederlands sprak, 'het toch niet begreep' en de witte vrouw haar wens duidelijk had uitgesproken. Doorgaans staat een ziekenhuis ervoor dat iedereen recht heeft op gelijke zorg, en zouden beide vrouwen een gelijke kans hebben op een keizersnede. Doordat het vermogen

---

<sup>14</sup> Valentijn De Hingh, De Correspondent, 11 maart 2021. Hoe diverser de Tweede Kamer, hoe beter de besluiten – en hoe rechtvaardiger onze samenleving. Geraadpleegd op 9 juni 2021 via: <https://decorrespondent.nl/12187/hoe-diverser-de-tweede-kamer-hoe-beter-de-besluiten-en-hoe-rechtvaardiger-onze-samenleving/18697033147947-799bc16e>

<sup>15</sup> Pia Sophia, 18 juli 2020, Dipsaus. Institutioneel racisme in de geboortezorg. Geraadpleegd op 9 juni 2021 via: <https://www.dipsaus.org/exclusives-posts/2020/7/18/institutioneel-racisme-in-de-geboortezorg>

tot communicatie niet in gelijke mate verdeeld was, werden zij niet gelijk gehoord en was de kans op keizersnede niet gelijk.

### *Slechte keuzes*

Naast dat het neoliberalisme en kapitalisme zorg marginaliseert, heeft het er ook voor gezorgd dat marktwerking haar entree maakte in de zorg. Tronto (2013) bespreekt dat menselijke problemen hierdoor gezien worden als individueel, als resultaten van individuele slechte keuzes. Dit komt volgens Tronto (idem) doordat marktwerking haar eigen taal kent, waar bijvoorbeeld het woord 'keuze' een onderdeel van uitmaakt. Dit woord bemoeilijkt, net als andere woorden binnen de taal van marktwerking, het zicht op complexe situaties waar sommige mensen in zitten en waar keuzes nauwelijks bestaan (Tronto, idem, p. 100). Situaties van mensen worden hierdoor als individuele, eigen verantwoordelijkheid gezien, waarbij een slecht eindresultaat een slechte keuze is, in plaats van een sociale, collectieve kwestie (Tronto, 2013; Robinson, 2015). Robinson (2015) deelt Tronto's mening dat dit niet klopt. Zij beargumenteert dat bepaalde structuren en instituties die de wereld, beleid en daardoor resultaten vormgeven. Deze analyse volgend en toegepast op kwetsbare zwangere vrouwen, laat de mogelijkheid zien dat hun problemen ten onrechte worden gezien als gevolgen van hun eigen gedrag of keuzes en niet als een sociale, maatschappelijke of politieke verantwoordelijkheid.

### *Implicaties voor beleid*

Verskillende zorgethici pleiten voor een plaats voor zorgethische gedachtes in overheidsbeleid. Sevenhuijsen (2003) stelt dat veranderingen in de zorg en het politieke veld een nieuw normatief *framework* vragen zodat beleid op deze veranderingen afgestemd kan worden; denk bijvoorbeeld aan de verhuizing van de klassieke politieke arena naar andere plekken in de samenleving zoals bedrijven en de wetenschap en de verhuizing van zorg voor het huishouden of familie naar commerciële en collectieve diensten. Sevenhuijsen (2003) stelt de vier waarden zoals beschreven door Tronto (1993), als vertrekpunt voor dit nieuwe normatieve *framework* kunnen dienen. Deze waarden komen voort uit vijf fasen waaruit het zorgproces uit bestaat: *caring about*, het herkennen van (zorg)behoefte, *taking care of*, het aannemen van een verantwoordelijkheid ten aanzien van zorgen en bepalen hoe te reageren, *care giving*, het daadwerkelijke zorgen, *care receiving*, de respons van degene voor wie gezorgd wordt en *caring with*: het zorgen voor burgers, burgerschap en voor democratie zelf (Tronto, 1993; 2013). De bijbehorende waarden zijn: *attentiveness*, de neiging om zich bewust te worden

van een zorgbehoefte, *responsibility*, de bereidheid om te reageren op een zorgbehoefte en de verantwoordelijkheid hiervoor op zich te nemen, *competence*: competenties die nodig zijn om goede zorg te bieden, en *responsiveness*: het erkennen van de ervaring van de zorgontvangers zoals *zij* het ervaren. Deze ethiek volgend, rijst de (beleid)vraag hoe mensen gesteund kunnen worden in de zorg voor zichzelf, anderen en de wereld. Deze vraag is ook belangrijk om de eerder beschreven vicieuze cirkel van zorgongelijkheid te doorbreken, omdat het bij zou dragen aan het verminderen van ongelijkheid van zorgmogelijkheden. Ook Eichner (2015) stelt dat een zorgethisch perspectief in de politiek de werkelijkheid van het menselijk leven, waar zorg een centraal onderdeel van uitmaakt, beter reflecteert. Zij stelt een *supportive state* voor, waarbij families en de overheid met elkaar samenwerken om zo goed mogelijke zorg te realiseren. Families doen dat door de praktische, alledaagse zorg op zich te nemen en overheden door instituties te creëren die mensen in deze zorg faciliteren en ondersteunen. Hierbij valt te denken aan beleid voor goede en betaalbare kinderopvang en voor financiële steun voor mensen die in armoede leven, zodat ook zij de zorg voor zichzelf en anderen kunnen uitvoeren en zo in basale behoeften kunnen voorzien. Eichner (2015) stelt dat dit onvermijdelijk is wanneer we echt op weg willen naar een eerlijker en gelijkwaardiger samenleving.

### *Resumé*

Zorgethische denkers stellen dat zorgethiek en haar relationele uitgangspunt de potentie heeft om het neoliberale gedachtegoed, dat het echte leven en haar complexiteit maskeert, te weerleggen en te voorzien van een alternatief (Tronto, 2017). Door te kijken naar waar mensen in hun leven mee bezig zijn, en hen te erkennen als relationele en zorgbehoeftege wezens, kan gebroken worden met het neoliberale idee van de onafhankelijke, autonome en individueel verantwoordelijke mens (Tronto, 2017). Een focus op zorgrelaties laat namelijk zien dat met kwetsbaarheid machtsrelaties gepaard gaan die ongelijkheid in standhouden en dat keuzes maken een illusie is. Problemen van ‘kwetsbare’ mensen zijn dan niet ‘hun eigen schuld’, maar een probleem van de samenleving en politiek als geheel. Om beleid daadwerkelijk helpend te laten zijn om situaties van zogenoemde ‘kwetsbare’ (zwangere) mensen te verbeteren, én om recht aan hen te doen, moet het zorg(ethiek) een plaats geven.

### **2.1.2. Precariteit**

Recenter werk van een aantal zorgethici vraagt, naast aandacht voor macht en posities, ook aandacht voor het begrip precariteit. Macht en posities worden tegenwoordig, in de laatmoderne tijd, door dit complexe en veelomvattende begrip namelijk veel subtieler gevormd (Vosman en



Niemeijer, 2017). Politiek theoreticus Lorey (2011) geeft een uitgebreide en duidelijke uitleg van precariteit. Zij schrijft over ‘*the precarious*’, een breed begrip dat zowel de conditie als het effect van vormen van dominantie en veiligheid inhoudt, en op zijn breedst onveiligheid, kwetsbaarheid, onzekerheid en gevaar inhoudt. Lorey stelt dat er drie dimensies van *the precarious* zijn, welke in figuur 1 schematisch zijn weergegeven. De eerste dimensie, *precariousness* – door mijzelf pragmatisch vertaald naar onzekerheid-, onderbouwt de ontologische dimensie van *the precarious* in het menselijk leven waarbij onzekerheid altijd relationeel van aard is. Het betreft een ‘*being with*’ en ‘*condition of every life*’, al verschilt de mate en intensiteit per persoon en per situatie. De tweede dimensie is *precarity*, oftewel precariteit, en houdt onzekerheid in als bepaalde geordende categorieën, zoals ongelijkheid en hiërarchie van relaties. Lorey stelt dat het aanwijzen van bepaalde groepen of individuen als precair en het bieden van bescherming aan hen kan leiden tot ‘*dangerous othering*’, waardoor het risico bestaat dat ze als afwijkend gezien worden. In onze neoliberale samenleving, waarbij precarisering in toenemende mate genormaliseerd wordt, is dit een gevaarlijke ontwikkeling, aldus Lorey. De derde en laatste dimensie is *governmental precarization*: een manier van regeren die een bepaalde destabilisatie tot gevolg kan hebben, zoals regulatie van arbeidslonen, of het niet ingrijpen op de particuliere huizenmarkt. Lorey stelt dat, door precariteit ook als overheidsvorm te zien, de subtiele vormen en werking van onderdrukking zichtbaar worden.



Figuur 1. Schematische weergave van Lorey’s (2011) uitleg van *the precarious* en haar dimensies.

Zorgethici Engster & Hamington (2015) beschrijven ook dat kijken naar de rol van de overheid in relatie tot precariteit belangrijk is: ‘*The economy and state often fail to provide sufficient support to families in need, driving many women into precarious circumstances in the first place*’ (p. 2). Zij doelen op vrouwen die eerst zelf slachtoffer zijn geworden van mensenhandel, en later zelf mensenhandelaren werden. Engster & Hamington bedoelen met het citaat dat er

niet alleen naar de individuele keuzes en omstandigheden van die vrouwen, en in het algemeen, gekeken moet worden, maar verder, zoals naar de overheid die families niet genoeg ondersteunt waardoor vrouwen in mensenhandel terecht komen. Dit (extreme) voorbeeld is misschien niet altijd van toepassing op kwetsbare zwangere vrouwen in Nederland, maar laat zien dat de overheid een rol speelt in situaties die op het eerste gezicht onafhankelijke en individuele keuze lijken. Zorgethici Vosman & Niemeijer (2017) schrijven over ‘*precariousness*’ en omschrijven dit als ‘*the installment of uncertainty*’ (p. 465). Zij doelen hierbij op de continue onzekerheid van iemands positie ten aanzien van werk, inkomen en status in een bepaalde gemeenschap (p. 467). Vosman & Niemeijer adviseren om *precariousness* als heuristisch concept te gebruiken, om relaties en posities scherp te kunnen stellen. Een voorbeeld hiervan is het onderzoek naar praktijken dat zij zelf uitvoerden, waarbij de positie van mensen met een nul-urencontract scherper naar voren door de lens van *precariousness*. Gebruik van precariteit als heuristisch concept kan ook helpen subtielere factoren bloot te leggen die een rol spelen in het leven van kwetsbare zwangere vrouwen. Zowel Lorey als Vosman & Niemeijer adviseren om dit concept mee te nemen in onderzoek om de subtielere werking van macht in de laatmoderne tijd en op verschillende niveaus bloot te leggen.

### **2.1.3. Kwetsbaarheid**

Naast macht en posities en in toenemende mate precariteit, is kwetsbaarheid een centraal concept binnen de zorgethiek. Dit komt door de eerdergenoemde relationele ontologie die, op basis van het kijken naar praktijken tot stand kwam, mensen als fundamenteel relationeel en afhankelijk ziet (Engster & Hamington, 2015). Zorgethica Kittay (2015) legt uit dat in de menselijke biologie een ‘onvermijdelijke afhankelijkheid’ geworteld is: om te overleven heeft iedereen, in verschillende mate en op verschillende momenten gedurende het leven, zorg van een ander nodig. Deze afhankelijkheid maakt de mens in relationele en lichamelijke zin kwetsbaar (Kittay, 1999; 2015). Vanuit de relationele ontologie gelden deze afhankelijkheid en kwetsbaarheid niet alleen voor mensen die meer hulp behoeven, maar voor alle mensen (Van Nistelrooij, Visse, Spekkink & De Lange, 2017). Het voorkomt dat individuen of groepen bestempeld worden als ‘*victims or guardians*’ (Robinson, 2015). Deze dichotome opdeling van mensen zorgt ervoor dat de nuance verdwijnt, mensen ofwel een stigma geeft ofwel een heldenrol. Zorgethiek kan deze dichotomie overstijgen doordat zij kwetsbaarheid als fundamenteel menselijk kenmerk wordt accepteert (Robinson, 2015). Helden zijn dan ook kwetsbaar en slachtoffers kunnen dan ook helden zijn. Kwetsbare zwangere vrouwen hebben misschien meer hulp nodig dan anderen, maar zij verschillen in wezen niet van hen; op een

dieper niveau is iedereen kwetsbaar en zorgbehoefstig. Met haar relationele mensbeeld zet zorgethiek zich af tegen een ethiek die uitgaat van mensen als louter autonome en onafhankelijke wezens (Tronto, 1993; Kittay, 1999, 2015). Volgens Tronto (2010) zorgt dit autonome en onafhankelijke mensbeeld ervoor dat ‘zorgvragers’ door hun afhankelijkheid van anderen als kwetsbaar en incompetent gezien worden. Hierdoor wordt zorg als waarde en als activiteit gemarginaliseerd. Het zorgethisch relationele mensbeeld laat daarentegen zien dat zorg een centraal deel uitmaakt van het menselijk leven.

## 2.2. Gelaagde kwetsbaarheid

Waar zorgethiek aan kwetsbaarheid betekenis geeft in de vorm van een kenmerk van de algemene menselijke conditie, stelt Luna (2009; 2018) een gelaagde betekenis van kwetsbaarheid voor. Volgens Luna (2009) wordt het begrip kwetsbaarheid veel gebruikt in onderzoek en beleid en krijgt daarin een onterechte en gevaarlijke duiding. Kwetsbaarheid is hierin een gefixeerd label dat stevig op een bepaalde groep geplakt wordt wanneer deze aan bepaalde kenmerken voldoet; iemand *is* dan kwetsbaar (Luna, 2009). Volgens Luna (2009, p. 122; 2018) kent dit ‘labelen’ praktische, politieke en normatieve problemen. Zo worden de verschillen en complexiteit binnen een veronderstelde kwetsbare groep onzichtbaar wanneer men uitgaat van een homogene ‘kwetsbare’ groep. Ook kan het indelen van mensen in bepaalde categorieën stereotypering tot gevolg hebben. Daarnaast ontstaat het risico dat de focus verschuift van het stellen van belangrijke vragen en kwesties onderliggend aan de zogenoemde kwetsbaarheid naar het wel of niet indelen van de mensen in de categorie kwetsbaar. Luna stelt dat ‘*when vulnerability is used as a fixed label on a particular subpopulation, it suggests a simplistic answer to a complicated problem*’ (Luna, 2009, p. 123). Luna’s hypothese is dat kwetsbaarheid niet een categorie is waar alle veronderstelde leden inpassen, maar onderliggende mechanismes kent die kwetsbaarheid kunnen *triggeren*. Om die mechanismes te boven water te krijgen, formuleert Luna (2009, p. 127) een gelaagde concept van kwetsbaarheid. Hierin is ook aandacht voor economische en politieke dimensies. Een voorbeeld hiervan is de politieke situatie van een land dat reproductieve rechten niet erkent, dat voor vrouwen een ‘*layer of vulnerability*’ oplevert (Luna, 2009, p. 128). Wanneer een vrouw in zo’n land ook nog eens in armoede verkeert, levert dat nog een laag van kwetsbaarheid op, een economische laag (Luna, idem, p. 128). Deze lagen maken iemand meer kwetsbaar.

Volgens Luna (2009, 132) is deze opvatting van kwetsbaarheid belangrijk en bruikbaar voor onder andere het ontwikkelen van nieuw beleid. Het gelaagde concept kan dan als tool gebruikt

worden, aldus Luna, waarbij allereerst gezocht wordt naar de verschillende (latent) aanwezige lagen die kwetsbaarheden en diens ‘*stimulus conditions*’, die de lagen kan activeren. Luna stelt deze lagen van kwetsbaarheid het karakter hebben van een ‘*disposition*’, en illustreert de werking daarvan met een voorbeeld van een suikerklontje (Luna, 2018, p. 91). Een suikerklontje heeft de *disposition* om op te lossen, maar daar is water voor nodig. De *disposition* is dan latent aanwezig tot een bepaalde *stimulus condition* het activeert. Luna stelt dat, net zoals we de *stimulus conditions* van het suikerklontje zouden moeten signaleren, we ook de *stimulus conditions* die bepaalde lagen van kwetsbaarheid activeren, moeten zoeken. Bij kwetsbare zwangere vrouwen kan, om in het eerdergenoemde voorbeeld van institutioneel racisme te blijven, gedacht worden aan een ziekenhuissetting waar geen tolk beschikbaar is, waarbij het niet spreken van de Nederlandse taal als laag van kwetsbaarheid geactiveerd wordt. De zwarte vrouw is niet kwetsbaar, maar de institutionele laag *maakt* haar kwetsbaar. Nadat naar lagen van kwetsbaarheid en diens stimulerende condities gezocht is, volgt het prioriteren op ernst en urgentie (Luna, 2018). De lagen die het meest schadelijk zijn, moeten prioriteit krijgen, maar ook de verwachting dat een laag daadwerkelijk geactiveerd wordt, moet worden meegewogen. ‘*Cascade vulnerabilities*’, oftewel lagen die een ‘cascade effect’ hebben waarbij ze andere lagen activeren, moeten daarbij als eerst worden aangepakt, omdat zij vaak het meest schadelijk zijn. Dergelijke lagen zijn vaak sociaalpolitiek van aard, en Luna noemt als voorbeeld onderdrukking en ongelijkheid (2018, p. 91).

### **2.3. Kwetsbaarheid in de context van zwangerschap**

Nu het concept kwetsbaarheid vanuit verschillende theoretische hoeken verkend is, wordt kort ingezoomd op het huidige gebruik van de term kwetsbaarheid in de context van zwangerschap in de geboortezorg. Briscoe, Lavender en McGowan (2016) doen een conceptueel onderzoek naar hoe kwetsbaarheid specifiek in de context van zwangerschap begrepen kan worden, omdat het begrip in deze context vaak niet duidelijk en eenduidig is. Uit het onderzoek kwam naar voren dat kwetsbaarheid in de context van zwangerschap in de geboortezorg gezien wordt als een complex en fluctuerend fenomeen, waar sprake van is op het moment dat zwangere vrouwen een of meerdere bedreiging(en) ervaren vanuit fysiek, psychisch of sociaal perspectief en waar barrières of herstellende factoren het niveau van kwetsbaarheid positief en negatief beïnvloeden (Briscoe, Lavender & McGowan, 2016). Deze definitie haakt aan op het flexibele en dynamische element in Luna’s opvatting. Door risicofactoren expliciet te benoemen als fysiek, psychisch of sociaal lijkt echter vooral gekeken te worden naar individuele aspecten, in plaats van onderliggende, bredere factoren zoals economische of politieke, waar Luna (2009;

2018) voor pleit. Eerder zagen we dat meer academische denkers aandacht vragen voor de politieke dimensie van kwetsbaarheid. Davis (2019) wijst op specifieke bredere dimensie kwetsbaarheid in de context van zwangerschap, namelijk institutioneel racisme. Hier gaat de volgende paragraaf uitgebreid op in.

#### **2.4. Institutioneel racisme in de geboortezorg**

Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat racisme en discriminatie een belangrijke rol spelen in de geboortezorg en gevolgen hebben voor de gezondheid van zwangere vrouwen en hun (ongeboren) baby's. Deze paragraaf beschrijft hoe tot deze bevinding gekomen is en wat de relevantie voor de Nederlandse geboortezorg is. Dit om de eerder besproken concepten kwetsbaarheid, macht/positie en precariteit te verrijken met kritische intersectionele theorie.

##### **2.4.1. Medisch racisme in Amerika**

Feministisch antropologe Dana-Ain Davis (2019) deed jarenlang etnografisch onderzoek naar medisch en obstetrisch racisme in de Amerikaanse geboortezorg, waarbij ze vooral keek naar zwarte vrouwen met een gemiddeld tot hoog opleidingsniveau. Davis (2019) concludeert dat medisch en obstetrisch racisme bij deze vrouwen een doorslaggevende en verduisterende rol speelt en van invloed is op maternale en perinatale sterfte en morbiditeit. Hiermee bedoelt Davis dat niet alleen kenmerken zoals armoede of gedrag de kans op vroeggeboorte en babysterfte vergroten, zoals vaak wordt aangenomen en benoemd, maar dat het niet leveren van adequate zorg op basis van ras een grote rol speelt (p. 50). Daarnaast komt racisme in de vele statistieken, van bijvoorbeeld vroeggeboorte of babysterfte, niet naar voren, terwijl uit de ervaringen van zwarte vrouwen die Davis ons vertelt wel degelijk blijkt dat racisme voorkwam op bepaalde momenten in de hulpverlening rondom de zwangerschap en geboorte (p. 48). Volgens Davis is het racisme gestoeld op bepaalde ideeën die sinds en door de slavernij in ons (institutioneel) handelen geworteld zijn, nog steeds invloed hebben, en ervoor zorgen dat zwarte mensen minder gezondheid en minder kansen in hun leven hebben (p. 61). Dit wordt ook wel '*the aftermath of slavery*' genoemd, en Davis noemt prematuriteit -de grootste oorzaak van babysterfte- een voorbeeld hiervan.

Maar wat is medisch racisme precies? Davis (2019, p. 49) definieert het als 'de ideeën en praktijken die raciale hiërarchieën doordringen en iemands gezondheid beïnvloedt, en kwetsbaarheid voor premature aandoeningen of overlijden faciliteert'. Een belangrijk kenmerk van medisch racisme is dat het individu overstijgend is; het is ook institutioneel van aard. Davis

bedoelt hiermee dat medisch racisme institutionele en politieke praktijken beslaat, die voor negatieve uitkomsten zorgen voor een bepaalde groep (p. 10). Davis spreekt over medisch racisme als een ‘cultureel complex met diepe historische wortels dat, in elk onderdeel van de institutie, de stem van zwangere zwarte vrouwen niet hoort en daardoor niet adequaat diagnosticeert’ (p. 11). De werking hiervan is soms heel subtiel; ook al kan de ervaring van zwarte vrouwen van hulpverlening goed, en in de ervaring niet racistisch zijn, kunnen er toch (medische) fouten op basis van ras plaatsvinden (p. 140). Het idee dat racistische intenties niet per sé noodzakelijk zijn voor racistische uitkomsten, is volgens Davis een belangrijk aspect van het hedendaags racisme dat voortkomt uit het slavernijverleden (p. 140). Een voorbeeld dat dit duidelijk maakt is het verhaal van Ashley (p. 142 – 146), wier beide baby’s te vroeg werden geboren. Ashley’s eerste zwangerschap kende verschillende complicaties. Dit gegeven namen de artsen bij de controles van haar tweede zwangerschap niet mee. Ook werd haar hoge bloeddruk, ondanks meermaals aandringen van Ashley’s kant, genegeerd; de artsen zeiden dat haar bloeddruk te hoog was omdat ze met de trein was gekomen, omdat ze lange werkdagen zou hebben waarbij ze de hele dag moest staan, of omdat ze ongezond at. Al deze aannames klopten niet en Ashley vertelde de artsen dat ook, zonder resultaat. Dit is een voorbeeld van het ‘niet horen van de stem van zwarte vrouwen’ en zorgde ervoor dat er niet adequaat gediagnosticeerd waardoor haar baby uiteindelijk, door extreem hoge bloeddruk, vroeg gehaald moest worden. Ashley’s ervaring is dat, zowel bij haar eerste als tweede zwangerschap, racisme een rol had gespeeld in de begeleiding van haar artsen, en ervoor zorgde dat ze geen adequate zorg kreeg.

Uit statistieken blijkt dat zwarte vrouwen in Amerika de meeste kans hebben op maternale en perinatale sterfte en morbiditeit (Davis, 2019, p. 34). Tegelijkertijd hebben we gezien dat racisme, zoals in het voorbeeld van Ashley, niet in dergelijke statistische termen verwerkt wordt (p. 48). De etnografie van Davis plaatst deze cijfers in een context (p. 161). Met het gebruik van een ‘*black feminist approach*’, dat ervan uitgaat dat ervaringen van zwarte mensen geldige kennisbronnen zijn, weert Davis zich expliciet tegen de verduistering van de levens van zwarte mensen (p. 54). Alhoewel de interacties tussen Ashley en de artsen niet te objectiveren is, leidt het onze aandacht naar factoren die niet altijd even zichtbaar zijn maar wel een ‘*ever-present possibility*’ bevatten (p. 146). Davis stelt dat juist omdat institutioneel racisme relevant is *en tegelijkertijd* buiten beeld blijft, is luisteren naar ervaringsverhalen belangrijk is.

Een ander voorbeeld van medisch racisme dat Davis (2019) noemt, is de manier waarop prematuriteit gecategoriseerd en gsystematiseerd wordt. Davis legt uit dat al in de 18<sup>e</sup> eeuw werd onderzocht of ras een oorzaak of risicofactor van prematuriteit was, zonder andere factoren, zoals arbeidsomstandigheden en beschikbare gezondheidszorg, mee te wegen. Het gevolg hiervan was dat ras *an sich* als determinant van perinatale gezondheid ‘*medically meaningful*’ bevestigd werd; het werd een biologische categorie dat risico’s met zich meebracht, wat het idee van witte superioriteit alleen maar versterkte (p. 114). Verschillende onderzoekers uit feministische en technologische wetenschapsdisciplines, zoals Briggs (2002), Schiebinger (2004) en Martin (1987) hebben beargumenteerd dat dergelijke categorieën op basis van ras, gender of sekse geconstrueerde en gemanipuleerde categorieën zijn (p. 114). De neiging om de verhoogde risico’s voor zwarte vrouwen te duiden als individualistisch en/of biologisch, of te wijzen naar klasse, gebeurt volgens Davis in huidige tijd nog steeds. Dit is makkelijker dan medisch racisme te erkennen als oorzaak van de negatieve zwangerschapsuitkomsten, maar is in zichzelf een stilzwijgende vorm van racisme (Davis, 2019). Volgens Davis kán ras wel gebruikt worden in het denken over de ongelijkheden rondom reproductie, maar dan in termen van sociale, economische en politieke ongelijkheden welke zwarte vrouwen in bepaalde nadelige situaties plaatsen (p. 120).

Tot slot beargumenteert Davis sterk en stellig dat, ondanks alle pogingen om de slechte prognoses voor zwarte vrouwen met betrekking tot vroeggeboorte en babysterfte te verminderen, bijvoorbeeld in de vorm van technologische oplossingen of publieke gezondheidscampagnes, er nog weinig verandering gaande is. Het toont ons dat er andere factoren spelen, zoals ‘*the power of race and racism (that) cuts across American class divide, producing racial disparities in infant mortality and prematurity rates that calls into question the efficacy of the technologies of saving pursued by advocates of NICU’s, and health education campaigns used by public health proponents*’ (Davis, 2019, p. 36).

#### **2.4.2. Institutioneel racisme in Nederland**

Alhoewel bovenstaande onderzoeksuitkomsten gaan over de Amerikaanse context, stelt antropologe Gloria Wekker (2020) dat (systematisch en institutioneel) racisme ook in Nederland plaatsvindt. Wekker schrijft niet per se over racisme in geboortezorg, maar over institutioneel racisme in Nederland in het algemeen, waarbij ze racisme omschrijft als ‘De stille en als vanzelfsprekend ervaren discursieve patronen die schuilgaan achter de conceptualisering en organisatie van het object van aandacht, vrouwen en etnische minderheden, in organisaties

en instituties' (p. 86). Wekker stelt dat Nederlands racisme gebaseerd is op het cultureel archief. Deze term verwijst naar een specifiek soort kennis dat voortkomt uit het kolonialisme; kennis die ingeprent is in de imperiale bevolking in de negentiende eeuw en zich kenmerkt door een diepe structuur van ongelijkheid gebaseerd op ras (p. 8). Wekker gebruikt deze term in de vorm van een erfgoed, een 'Opslagplaats voor het geheugen, in de hoofden en harten van mensen [...] de inhoud ervan is echter eveneens stilletjes opgeslagen in het beleid, in organisatorische regels, in populaire en seksuele culturen en in gewone alledaagse kennis, en dit alles is gebaseerd op vierhonderd jaar imperiale heerschappij' (p. 33). Het gevolg van het culturele archief is dat ongelijkheid diep en structureel in onze samenleving en sturende instanties gebakken zit. Hierbij is racisme volgens Wekker altijd verweven is met gender, seksualiteit en klasse. Deze benadering wordt intersectionaliteit genoemd en is:

Een manier van kijken naar de wereld, met als principieel uitgangspunt dat het niet genoeg is om louter gender als het voornaamste analytische instrument voor een specifiek fenomeen te nemen, maar dat gender als een belangrijke sociale en symbolische as van verschil tegelijkertijd werkzaam is met andere assen van verschil, zoals ras, klasse, seksualiteit en religie (Wekker, 2020, p. 37).

Volgens Wekker (2020, p. 39) zijn dergelijke termen sociaal geconstrueerd, dynamisch van aard en verbonden met machtsrelaties. Ras wordt bijvoorbeeld gezien als biologische categorie, maar is eigenlijk cultureel van aard; ras is een door mensen aangewezen en ingevulde groep (p. 39). De overheid en de universiteit zijn belangrijke plekken waar dergelijke constructies ontwikkeld worden, maar waar het cultureel archief ook zijn rol speelt, aldus Wekker (p. 77). Een voorbeeld hiervan is het discours dat binnen overheidsbeleid terug te vinden is. Wekker legt uit dat wanneer ras of etniciteit bestudeerd wordt of wanneer over ras gesproken wordt, het altijd gaat over de minderheden, niet over witheid als ras. Hiermee wordt de witte etnische groep de norm die geen nadere analyse behoeft. Dit, aldus Wekker (2020, p. 95, 103), is precies hoe macht werkt en in stand gehouden wordt, omdat het zaken die met macht te maken hebben normaliseert en aan het oog onttrekt. Onbewust ontstaat er het idee van een witte, mannelijke normatieve superioriteit waar de situatie van anderen -vaak vrouwen en minderheden- aan af worden gemeten (p. 94). Dit ordent de samenleving. Gender blijkt dan, in de intersectie met ras/etniciteit, een belangrijk mechanisme dat bepalend is voor de mogelijkheden en kansen die mensen in hun leven zullen hebben (p. 95). Wat er nodig is volgens Wekker, zijn handelingen die de huidige machtsverhoudingen doorbreken, die *echt* voor meer diversiteit gaan zorgen (p.

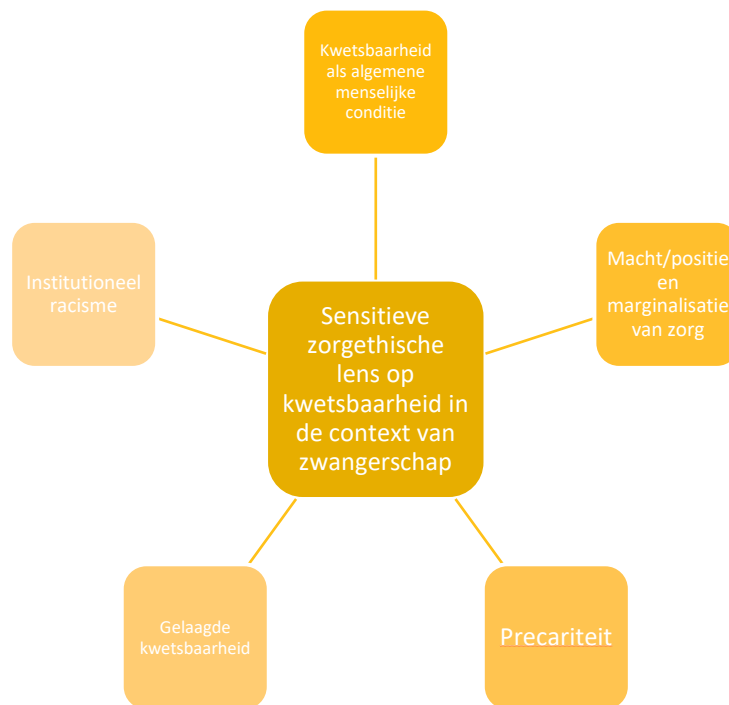


249). Wekker stelt dat het nog te vroeg is om concrete voorbeelden van dergelijke handelingen te geven, omdat volledige antwoorden geven reflectie vergt. Haar boek is nog maar net uit en dat bemoeilijkt reflectie (p. 239). Toch probeert ze alvast na te denken over mogelijke opties, waarbij ze drie richtingen aftast: bewustwording, onderzoek en beleid.

Wekker (2020) stelt dat we in eerste instantie moeten erkennen dat (institutioneel) racisme in Nederland voorkomt. Dat is tot op heden nog niet gebeurd; Wekker stelt dat aan een beschouwing naar systemische en institutionele vormen van racisme in Nederland opvalt dat de meeste Nederlanders het niet erkennen. Burgers, journalisten en politici stellen zich eerder voor als niet-racistisch, tolerant en progressief. Wanneer racisme niet erkend wordt, maar ondertussen wel plaatsvindt, zoals Wekker beargumenteert, is het niet aannemelijk dat het opgelost wordt. Het onderwijzen van de Nederlandse imperiale geschiedenis is een concrete eerste stap om meer bewustwording te creëren (p. 6). Volgens Wekker werkt institutioneel en systematisch racisme heel subtiel en om het te stoppen, moet men eerst precies weten hoe het werkt alvorens we er bewust van kunnen worden, juist *omdat* het zo subtiel werkt. Daarom omvat de tweede denkrichting het doen van onderzoek naar (de werking van) institutioneel racisme. In dit nadere onderzoek moet daarbij gebroken worden met de dominante positivistische ideeën van objectiviteit -objectiviteit bestaat niet omdat je altijd je achtergrond meeneemt- zodat er ruimte kan komen voor persoonlijke, gepositioneerde kennis. Verschillende soorten particuliere kennis samen kunnen helpen de complexiteit van racisme beter te begrijpen (p. 251). Alleen dan, zo stelt ze, kan er beleid tegen racisme ontwikkeld worden en meer gelijkheid ontstaan. Tot slot stelt Wekker met haar boek voor woorden te zorgen waarmee we het debat aan kunnen gaan over ras en racisme in Nederland. Dit discours ontbrak, of was in elk geval onderontwikkeld om op een niet-aanstootgevende en insluitende manier over ras/ethniciteit te spreken. Niet alleen over zij spreken, maar over wij en het liefst in samenhang met andere assen van verschil, zo besluit Wekker (p. 255).

## **2.5. Conclusie**

In dit theoretisch kader werden de zorgethische concepten macht/posities, precariteit en kwetsbaarheid uiteengezet en toegespitst op kwetsbaarheid in de context van zwangerschap. Vervolgens zijn concepten uit andere wetenschapsgebieden besproken, te weten: gelaagde kwetsbaarheid en institutioneel racisme en discriminatie. Samen vormen de vijf concepten de sensitieve zorgethische lens voor kwetsbaarheid in de context van zwangerschap. Deze lens is schematisch weergegeven in figuur 2.



Figuur 2. Schematische weergaven van de sensitieve zorgethische lens, zoals opgebouwd in het theoretisch kader.

**Macht en posities** blijken van invloed op kwetsbaarheid in de context van zwangerschap, en dit laat zien dat kwetsbaarheid een politieke dimensie kent. Een lens van zorg toonde dat marginalisatie van zorg indirect stemmen van vrouwen (van kleur en uit lagere klassen) marginaliseert en daarmee ongelijkheid in stand houdt. Ook liet de zorglens zien dat keuzes soms niet bestaan en resultaten gevormd worden door institutionele structuren. Zorg(ethiek) in beleid zou leiden tot de vraag hoe politiek instituties kan vormen die zorg faciliteren (*supportive state*). Dit kan (zorg)ongelijkheid verminderen en situaties van ‘kwetsbare’ zwangere vrouwen helpen te verbeteren. Macht en posities worden in de hedendaagse samenleving subtiel gevormd door **precariteit**, hier kort samengevat als onzekerheid dat, onder andere op het niveau van het handelen van de overheid, opereert. Om machtsrelaties rondom kwetsbare zwangere vrouwen goed in beeld te krijgen, krijgt precariteit in de zorgethische lens een plaats als heuristisch concept. Het zorgethische concept **kwetsbaarheid** impliceert dat alle mensen relationeel, afhankelijk en kwetsbaar zijn. Dit mensbeeld voorkomt stigmatisering, erkent dat iedereen zorg nodig heeft en maakt daardoor de weg vrij voor het politiek faciliteren van zorg. **Gelaagde kwetsbaarheid** gaat uit van lagen van kwetsbaarheid die, indien geactiveerd, iemand meer

kwetsbaar kunnen maken. Deze relationele, flexibele en dynamische opvatting van kwetsbaarheid komt deels overeen met doorgaans gebruik van de term kwetsbaarheid in context van zwangerschap inde geboortezorg, maar verschilt ervan omdat het ook oog heeft voor economische en politieke dimensies. Tot slot werd aan de hand van het werk van Davis en Wekker beargumenteert dat aandacht voor **institutioneel racisme en discriminatie** in zorg en beleid in Nederland belangrijk is.

### **3. Methode**

Dit hoofdstuk beschrijft de methode van het empirische deel van dit onderzoek. Achtereenvolgens zijn daartoe de onderzoeksbenadering (§3.1.), onderzoeksmethode (§3.2.), casusdefinitie, onderzoekseenheid en dataverzameling (§3.3.), data-analyse (§3.4.) en de ethische overwegingen (§ 3.5.) toegelicht.

#### **3.1. Onderzoeksbenadering**

Dit onderzoek betreft een zorgethisch onderzoek. Zorgethiek erkent zorg, op basis van het kijken naar praktijken en de daaruit volgende relationele ontologie, als centrale activiteit in het menselijk leven (Engster & Hamington, 2015). In zorgethisch onderzoek fungeert zorg enerzijds als een theoretische lens en anderzijds als een normatieve standaard (Leget, Van Nistelrooij & Visse, 2017). Hiermee kijken zorgethici naar een situatie, praktijk en/of de samenleving als geheel. Empirisch onderzoek en theoretische reflectie toetsen vervolgens deze lens en standaard en scherpen zo nodig aan (Leget, Van Nistelrooij & Visse, 2017).

Uit de probleemstelling kwam naar voren dat beleid rondom kwetsbare zwangere vrouwen mogelijk een versmalde, eenzijdige blik kent en laat de noodzaak van een alternatief kader zien dat andere (maatschappelijke en politieke) aspecten kan belichten. Zorgethiek biedt zo'n ander, breder kader, doordat het via een lens van zorg naar (praktijken in de) samenleving kijkt en complexiteit en contextualiteit daarvan opzoekt. Een belangrijk punt binnen de zorgethiek is het voorkomen van dominante en eenzijdige regimes (Engster & Hamington, 2015; Sevenhuijsen, 2003). Dat betekent niet dat zorgethiek geen normativiteit kent; zij haalt deze echter uit onderzoek naar praktijken, die in dialoog gebracht worden met theorie (Leget, van Nistelrooij & Visse, 2017). Omdat praktijken veranderen, zijn (zorgethische) conclusies over (morele) kennis altijd tijdelijk (Walker, 2007). Dit onderzoek en haar uitkomsten zijn dan ook niet vaststaand of 'waar', maar kunnen gezien worden als 'een' nieuwe stem om het gesprek over kwetsbare zwangere vrouwen in beleid zo divers mogelijk te houden.

#### **3.2. Onderzoeksmethode**

Zorgethiek is een interdisciplinair onderzoeksveld (Leget, Van Nistelrooij & Visse, 2017), dat gebruik maakt van verschillende kwalitatieve onderzoeksmethoden om praktijken te analyseren, en zo tot kennis te komen. In dit zorgethisch onderzoek wordt een kritische

discoursanalyse (KDA) ingezet om discoursen in Nederlandse beleidsdocumenten rondom kwetsbare zwangere vrouwen bloot te leggen, en daar vervolgens op te reflecteren.

### **3.2.1. *Discours en discoursanalyse***

Er zijn veel verschillende opvattingen over wat discours en (kritische) discoursanalyses omvatten. Harry van den Berg, methodoloog binnen de sociale wetenschappen, beschreef een gedetailleerd en helder overzicht wat de verschillende opvattingen en overeenkomsten daarbij zijn, en wordt hieronder kort samengevat. In de school van discoursanalyse, waar kritische discoursanalyse onder valt, wordt taal als betekenisdrager gezien. Binnen dit gedachtegoed bestaan er smallere en bredere opvattingen van discoursen, die Gee (2011) samenvat als discours (met een kleine letter), dat gericht is betekenisproductie door taalgebruik en 2) Discours (met een hoofdletter), dat naast taal ook andere sociale praktijken (zoals emoties, symbolen en waarden) bij betekenisconstructie meeneemt (Van den Berg, 2004, p. 32). Foucault (1971) beschrijft discours ook breed: discours is volgens hem het geheel van sociale regels en sociale praktijken die betekenis produceren (Van den Berg, 2004, p. 32). In dit onderzoek wordt gekozen voor de brede opvatting van discours, zoals door Foucault en Gee beschreven. Dit past bij de doelstelling van dit onderzoek. Om bij te kunnen dragen aan een visie die recht doet aan de brede context van situaties van kwetsbare zwangere vrouwen, is het belangrijk om ook de gevolgen op de sociale context van het beleid rondom kwetsbare zwangere vrouwen mee te nemen.

De stroming van discoursanalyses stelt dat taal naast het doorgeven van informatie, ook betekenis produceert. Daardoor is taal per definitie waardengeladen; taal is dan geen weergave van de werkelijkheid, maar construeert een werkelijkheid (Van den Berg, 2004, p. 30). Hierdoor kan taal bewust of onbewust vergaande gevolgen hebben. Daarom onderzoeken discoursanalyses hoe door taal bepaalde betekenissen wordt gecreëerd (p. 32). In discoursanalyse wordt allereerst onderzocht hoe taal bepaalde werkelijkheden, en dan met name sociale verhoudingen en identiteiten, construeert en vervolgens hoe deze als vanzelfsprekendheden gezien worden (p. 33). Dit is de reden dat discoursanalyses kritisch van aard zijn: 'Datgene wat in het dagelijks leven als vanzelfsprekend en waar wordt opgevat, wordt door discoursanalyse ontrafeld als historisch specifiek' (p. 33).

### 3.2.2. Kritische discoursanalyse

KDA is een vorm van discoursanalyse die zich onderscheidt door haar ideologische doelstelling (Van den Berg, p. 34). Zoals zojuist uiteengezet, creëert taal een werkelijkheid. Soms houdt zo'n werkelijkheid een bepaalde maatschappelijke ongelijkheid in stand en/of legitimeert het de ongelijkheid (p. 34). In figuur 3 is dit proces schematisch weergegeven. Door dit proces bloot te leggen, tracht KDA bij te dragen aan maatschappelijke verandering. Het ideologische doel van KDA zorgt ervoor dat het gericht is op hoe taal betekenis geeft en op de relatie tussen 'discursieve processen en de sociale context waarin die processen zich voltrekken' (Van den Berg, p. 33). KDA kijkt daarbij naar de implicaties die de geconstrueerde werkelijkheid op een sociale context, bijvoorbeeld op solidariteit (Gee, 2011). Volgens van Den Berg onderzoekt KDA deze sociale context zelf vaak niet. Deze context wordt als bekend verondersteld en KDA volstaat daarom vaak met een analyse van hoe taal betekenis geeft (p. 33).



Figuur 3. Schematische weergave van de werking van taal binnen het gedachtegoed van KDA.

### 3.2.3. Methode van Gee

Zoals zojuist toegelicht, onderzoekt KDA de (effecten van taal op de) sociale context niet, maar neemt haar als bekend aan. Om de analyse en uitwerking daarvan in dit onderzoek kracht bij te zetten, en de link naar de sociale context toch te kunnen maken, wordt de analysemethode van Gee (2011) ingezet. Deze methode valt niet expliciet onder KDA, maar heeft er wel kenmerken van. Zo onderzoekt deze methode hoe taal bepaalde zaken belangrijk of onbelangrijk maakt, sociale verhoudingen en identiteiten vormt en welke politieke perspectieven het bevoorrecht. Op deze manier wordt duidelijk hoe taal de sociale context weergeeft en vormgeeft. Gee's methode biedt hiermee de mogelijkheid om de effecten op de sociale context te verkennen. Alhoewel de focus in dit onderzoek ligt op de teksten in de beleidsdocumenten, wordt verwacht dat via deze methode een beter licht geschinen kan worden op de relatie tussen taal en de effecten daarvan op de maatschappij, en hoe deze eventueel tot (on)gelijkheid kunnen leiden.

### 3.3. Casusdefinitie, onderzoekseenheid en dataverzameling

De onderzoekseenheden van een discoursanalyse kunnen zowel gesproken en geschreven taal zijn, alsook beelden (van den Berg, 2004). De volgende documenten werden via KDA en de methode van Gee (2011) geanalyseerd:

1. Actieprogramma Kansrijke Start van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport uit 2018;
2. Actieprogramma Stevige Start 2016 – 2020 van de gemeente Rotterdam;
3. Handreiking Kwetsbare zwangeren, in 2016 en 2017 ontwikkeld door de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) samen met de multidisciplinaire werkgroep Regionale aanpak aan kwetsbare zwangere vrouwen;
4. Handreiking zorg voor kwetsbare zwangeren, in 2017 ontwikkeld door het consortium Zwangerschap en Geboorte Noord-Nederland;
5. Vier video's van de campagne 'Mamaliefde is...', van het ministerie van VWS, gelanceerd in februari 2021.
6. Voortgangsrapportage Actieprogramma Kansrijke Start, de vierde rapportage ter monitoring van het landelijk actieprogramma, van het ministerie van VWS, januari 2021.

Afkorting	Document
KS	Actieprogramma Kansrijke start
SS	Actieprogramma Stevige Start
KNOV	Handreiking kwetsbare zwangeren van de KNOV
Consortium	Handreiking zorg voor kwetsbare zwangeren van het consortium Zwangerschap en Geboorte Noord-Nederland
Campagne	Campagne (afzonderlijke video's worden aangehaald met C1, C2, C3 of C4)
VR	Vierde voortgangsrapportage Actieprogramma Kansrijke Start

Tabel 1. Afkortingen van onderzochte beleidsdocumenten

In dit onderzoek staat de betekenis die in beleid gegeven wordt aan de term 'kwetsbare zwangeren' centraal. Alhoewel het landelijke en regionale actieprogramma (Kansrijke Start en Stevige Start) gericht zijn op het verbeteren van de kansen voor meer (ongeboren) kinderen, zijn zij toch geselecteerd. Er is voor deze documenten gekozen omdat er geen landelijke of regionale, bestuurlijke documenten gevonden zijn die expliciet over kwetsbare zwangere vrouwen zelf gaan. Daarnaast zeggen deze programma's veel over (kwetsbare) zwangere vrouwen, juist omdat zij nodig zijn om de start van een kind te verbeteren. Het landelijke

actieprogramma Kansrijke Start is de basis voor lokaal beleid en uitvoering<sup>16</sup> en heeft een grote impact. Stevige Start Rotterdam is zo'n lokaal programma en werd om dezelfde redenen gekozen. De handreikingen zijn bedoeld voor verloskundige samenwerkingsverbanden om de zorg aan kwetsbare zwangere vrouwen te implementeren. Daarmee kunnen deze handreikingen invloed op de zorg hebben: hoe deze vrouwen gezien worden en het effect van die zorg op de vrouwen zelf. De campagne is geselecteerd omdat dit direct tot de doelgroep spreekt en daarmee mogelijk ook een grote invloed kan hebben. Alle documenten zijn publiekelijk toegankelijk.

### **3.4. Data-analyse**

#### **3.4.1. Coderen en bouwstenen**

Wanneer dit onderzoek spreekt over KDA, wordt vanwege pragmatische redenen ook de methode van Gee bedoeld. Zij worden gezamenlijk als de KDA-methode gezien die in dit onderzoek wordt ingezet. Het analyseproces van dit onderzoek bestaat uit de volgende stappen:

1. De documenten lezen en bekijken en relevante fragmenten selecteren. Van de video's werden *thick descriptions* gemaakt;
2. Relevante fragmenten coderen via Atlas Ti en de documenten gelijktijdig in een ander tekstbestand analyseren aan de hand van de bouwstenen van Gee (2011), zie hieronder. Er is voor in-vivo codering gekozen, zodat de bevindingen dichtbij de taal in de beleidsdocumenten blijven. Daarnaast is ervoor gekozen om ook fragmenten te coderen die over kwetsbare ouders of gezinnen gaan, omdat die ook informatie bevatten over kwetsbare zwangere vrouwen;
3. Codes clusteren naar thema's;
4. Thema's clusteren naar overkoepelend discours en deze voorzien van een dekkende naam. Deze naam is opgesteld met woorden uit de documenten zelf, om ook daarin dicht bij de documenten te blijven;
5. Discoursen met behulp van de thema's uitwerken, waarbij codes en de bouwstenen van Gee zijn meegenomen.

Volgens Gee (2011, p. 17) kent taal zeven bouwstenen die de wereld vormgeven. Voor elke bouwsteen beschrijft Gee een vraag die beantwoordt kan worden om de betreffende bouwsteen helder te krijgen. Deze vragen werden in stap 2 beantwoordt:

---

<sup>16</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018. Actieprogramma Kansrijke Start



1. Significantie: Hoe wordt taal ingezet om bepaalde dingen al dan niet significant te maken?
2. Praktijken/activiteiten: Welke praktijken of activiteiten worden door het taalgebruik kenbaar gemaakt?
3. Identiteiten: Welke identiteiten worden door het taalgebruik vastgesteld? Welke identiteiten worden door het taalgebruik aan anderen gegeven en hoe helpt dit de spreker of schrijver zijn eigen identiteit vast te stellen?
4. Relaties: Wat voor relaties tussen mensen worden door het taalgebruik vastgesteld?
5. Politiek (de distributie van sociale goederen): Welk perspectief op de distributie van sociale goederen wordt door het taalgebruik gecommuniceerd? Wat wordt gezien als normaal, goed, correct, fatsoenlijk, waardevol etc.?
6. Verbindingen: Hoe worden zaken door het taalgebruik al dan niet verbonden met elkaar? Hoe wordt het ene relevant gemaakt en het andere irrelevant?
7. Communicatiesystemen en Kennis: Hoe worden specifieke communicatiesystemen (zoals voertaal, jargon, alledaags taalgebruik, de verhouding tussen beeld en woord) en de verschillende manieren van weten of overtuigingen of claims daarover (bijvoorbeeld wetenschap versus *humanities*, wetenschap versus common sense, biologie versus creatie wetenschap) door het taalgebruik bevoorrecht en achtergesteld?

### **3.4.2. Sensitizing concepts**

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van *sensitizing concepts*; concepten die de onderzoeker gevoelig maken en daarmee richting geven aan het onderzoek (Given, 2008). De *sensitizing concepts* die in dit onderzoek gebruikt worden zijn: kwetsbaarheid, complexiteit, contextualiteit, institutioneel racisme, intersectionaliteit, macht/positie en precariteit.

### **3.5. Ethische overwegingen**

De onderzoeker was zich gedurende het onderzoeksproces continue bewust van de ethische aspecten en nam deze serieus. Zo is getracht de beleidsdocumenten met respect te analyseren en was het doel om de betekenis die de documenten aan de term ‘kwetsbare zwangeren’ geeft, zo getrouw mogelijk weer te geven. Daarnaast heeft de onderzoeker getracht zo eerlijk mogelijk te refereren naar de verschillende auteurs, waarbij het voorkomen van plagiaat een uitgangspunt was.

## **4. Bevindingen**

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de kritische discoursanalyse die ten behoeve van de tweede deelvraag werd uitgevoerd: Welke betekenis krijgt de term ‘kwetsbare zwangere’ in Nederlands beleid? Uit de data-analyse, zoals beschreven in hoofdstuk drie, komen de volgende drie discourses naar voren: kwetsbare zwangeren hebben sociale en individuele problematiek (§4.1.), hulpverlening helpt (§4.2.) en gezonde zwangerschap is cruciaal (§4.3.). Elk discours bevat verschillende thema’s die gezamenlijk het discours opbouwen. Bij verwijzingen naar de documenten worden de afkortingen gebruikt zoals weergegeven in tabel 1 in hoofdstuk drie.

### **4.1. Kwetsbare zwangeren hebben complexe sociale en individuele problematiek**

Het eerste discours is dat ‘kwetsbare zwangeren’ complexe sociale en individuele problemen hebben. Dit discours kende in eerste instantie acht thema’s, die de meest genoemde problemen weergaven. Na het uitwerken van deze thema’s ontstond op organische wijze een meta-analyse, waaruit naar voren kwam dat de meest genoemde problemen als sociaal en individueel beschreven worden, maar vaker individugericht zijn. Door deze belangrijke bevinding is besloten om van de acht originele thema’s twee nieuwe thema’s te maken. Het eerste thema beschrijft de manier waarop de documenten impliciet en expliciet betekenis geven aan kwetsbaarheid als het hebben van verschillende problemen. Het tweede thema bespreekt de bevindingen van de meta-analyse, waarbij aan de hand van een analyse van vier van de meest genoemde problemen getoond wordt hoe de genoemde problemen individugerichte problemen blijken.

#### **4.1.1. Definitie kwetsbaarheid; verschillende problemen**

Uit de data-analyse blijkt dat de documenten aan kwetsbaarheid in de zwangerschap vooral impliciet betekenis geven door het met verschillende problemen en risico’s te verbinden (alle documenten). De meest genoemde problemen en risicofactoren zijn: migratieachtergrond (KNOV), vluchteling (Consortium), lage SES (KS, Consortium, KNOV), ongezonde leefstijl (KS, SS, Consortium, KNOV), financiële problemen (alle documenten), stress (KS, SS, VR), een bemoeilijkte toegang tot zorg (KS, VR) en sensitief ouderschap een opgave (KS, VR), zie ook tabel 2.

<b>Probleem</b>	<b>KS</b>	<b>SS</b>	<b>Consortium</b>	<b>KNOV</b>	<b>Campagne</b>	<b>VR</b>
<b>Verskillende problemen</b>	4 codes	3 code	15 codes	5 code	-	3 codes
<b>Migratieachtergrond</b>	-	-	7 codes	2 codes	-	-
<b>Lage SES</b>	1 code	-	2 codes	3 codes	-	-
<b>Ongezonde leefstijl</b>	5 codes	5 codes	4 code	6 codes	-	-
<b>Financiële problemen</b>	2 codes	1 code	2 codes	1 code	6 codes	1 code
<b>Bemoeilijkt toegang zorg</b>	2 codes		2 codes	-	2 codes	1 code
<b>Sensitief ouderschap opgave</b>	3 codes	-	-	-	-	1 code
<b>Stress</b>	3 codes	1 code				1 code

Tabel 2. Overzicht codes per meest genoemd probleem per document.

De documenten vermelden bij het benoemen van problemen soms de zwangere vrouw zelf (KNOV, Consortium), en soms ook haar partner en eventuele andere gezinsleden (KS, SS, Campagne, VR): ‘Andere risicofactoren in deze groep [kwetsbare zwangeren] liggen in een cumulatie van sociale en individuele problemen zoals het onvoldoende beheersen van de Nederlands taal, huisvestingsproblemen, armoede, het al dan niet wonen in een achterstandswijk, psychosociale problematiek en het hebben van minder gezondheidsvaardigheden’ (KNOV, p.6), ‘Ongeveer 5% van de (aanstaande) Rotterdamse ouders is qua problematiek kwetsbaar. Bij deze groep [kwetsbare ouders] zijn de risico’s tot problemen uitgegroeid. Er is bijvoorbeeld sprake van schulden of depressie of verslaving’ (SS, p. 6). Eén document definieert kwetsbaarheid in de context van zwangerschap expliciet, waarbij de nadruk ook op verschillende problemen ligt:

Van kwetsbaarheid in de context van zwangerschap is sprake bij:

- 1) Het gelijktijdig bestaan van medische én niet-medische risico's voor een ongezonde zwangerschap.
- 2) Het aanwezig zijn van een of meer manifestaties van psychiatrie, psychosociale problemen of verslavingsproblemen (incl. roken en alcohol).
- 3) Gebrek aan middelen (resources) van allerlei aard om problemen op te lossen; zoals individuele competenties, materiële middelen, sociaal netwerk [...] (Consortium, p. 4).

De problemen en risico’s waar kwetsbare zwangere vrouwen volgens de documenten mee te maken hebben, kunnen voor zowel moeder als kind ernstig zijn en behoeven daarom aandacht. Het gevolg van de eenzijdige focus op de probleem- en risicokant, is dat de documenten een beeld schetsen van kwetsbare zwangere vrouwen dat beschreven kan worden als zorgelijk, risicovol en problematisch. Eén document beschrijft een nuance op dit beeld door te benoemen dat problemen niet altijd problematische consequenties hoeven te hebben (KS): ‘Uiteraard zijn

er ook kwetsbare gezinnen waar ondanks de problemen die zij hebben de kinderen toch gezond en veilig opgroeien tot zelfstandige volwassenen' (p. 8), maar dit wordt direct gevolgd door een risico: 'Deze kinderen hebben echter een grotere kans op een achterstand' (p. 8).

#### **4.1.2. Sociale of individuele problemen?**

De documenten categoriseren de aard van problemen soms expliciet: 'Sociale risicofactoren, zoals leefomstandigheden, stress en leefstijl, zorgen ervoor dat kinderen op latere leeftijd problemen krijgen' (KS, p. 19), 'Daarbij is stress bij ouders een belangrijke risicofactor. Soms weegt dit sociale risico zelfs zwaarder dan de medische en verloskundige risico's' (KS, p. 9). Soms benoemen ze de aard niet en komen ze in een opsomming voorbij, zoals 'schulden of depressie of verslaving' (SS, p. 6). Wanneer categorisering plaatsvindt, wordt de betekenis ervan als vanzelfsprekend aangenomen; er zijn geen fragmenten gevonden die uitleg geven van wat de documenten verstaan onder 'sociaal' of 'individueel'. Een nadere analyse van vier van de meest genoemde problemen laat zien dat de problemen en risico's die kwetsbare zwangere vrouwen volgens de documenten hebben, meestal individugericht zijn. Deze analyse is representatief voor de andere meest genoemde problemen en om herhaling te voorkomen is een selectie gemaakt.

##### *Voorbeeldprobleem 1: Migratieachtergrond*

Er bestaat een sterk contrast tussen de documenten wat betreft het ter sprake brengen van zwangere vrouwen met een migratieachtergrond. Vier van de zes documenten (KS, SS, VR, Campagne) benoemen deze groep niet. De andere twee documenten (KNOV en Consortium) besteden relatief veel aandacht aan kwetsbare zwangere vrouwen met een migratieachtergrond (in totaal negen codes). Het Consortium belicht alleen de subgroep vluchtelingen; alle gevonden codes binnen dit thema gaan over deze subgroep, waarbij de focus ligt op factoren die de kans op negatieve zwangerschapsuitkomsten verhogen: 'Complicaties bij zwangerschap en geboorte [...] komen bij vluchtelingen vaker voor dan gemiddeld in Nederland. [...] Complicerende factoren in het verlenen van zorg aan statushouders zijn een taalbarrière en vaak beperkte gezondheidsvaardigheden' (p. 17). Het is niet duidelijk waar de factoren op slaan: op het individu (zwangere vrouw), tussen individuen (zwangere vrouw en hulpverlener) of op de samenleving waarin een individu (zwangere vrouw) met een 'andere' achtergrond in terechtkomt. Is een taalbarrière bijvoorbeeld een probleem van de 'patiënt' die de taal niet spreekt of van de gezondheidszorg die geen passende hulpverlening heeft voor mensen die de Nederlandse taal niet machtig zijn?

Daarnaast neemt het andere document, het document van de KNOV, meermaals de term ‘niet-westerse allochtonen’ van databases waar verloskundigen kunnen zoeken naar bewonerskenmerken van bepaalde wijken. De term krijgt hierbij een oorzakelijke betekenis: ‘In dit postcodegebied wordt de kans op een ongunstige uitkomst van de zwangerschap vergroot, door de volgende determinanten: - Diabetes type 2 - Psychische problematiek - Roken - Niet-westerse allochtonen - Huishoudens met een laag inkomen’ (KNOV, p. 20). Er zijn geen fragmenten gevonden die gaan over (institutioneel) racisme en discriminatie, een factor die volgens wetenschappelijke literatuur wel degelijk een rol speelt. Dit in combinatie met de beschreven wijze waarop de documenten wel of niet spreken over kwetsbare zwangere vrouwen met een migratieachtergrond, creëert een werkelijkheid waarbij afkomst alleen relevant is voor kwetsbaarheid in de context van zwangerschap bij de subgroep vluchtelingen, in de vorm van intra- en interpersoonlijke factoren, en als oorzakelijke categorie ‘niet-westerse allochtonen’. In deze werkelijkheid wordt de deur dicht geslagen voor de mogelijkheid dat er andere, culturele, maatschappelijke en institutionele factoren zijn die ervoor zorgen dat deze groep vrouwen een hogere kans heeft op negatieve zwangerschapsuitkomsten.

#### *Voorbeeldprobleem 2: ongezonde leefstijl*

Vier documenten bespreken het onderwerp leefstijl (KS, SS, KNOV, Consortium), al doen zij dat op verschillende wijze. Eén document beschrijft vooral de *omvang* van een ongezonde leefstijl onder zwangere vrouwen: ‘34% van de Rotterdamse zwangeren drinkt wel eens alcohol tijdens de zwangerschap, 17% rookt’ en ‘Bijna 13% van de zwangere vrouwen kampt met overgewicht’ (SS, p. 13-14). Twee documenten benoemen een ongezonde leefstijl als *risicofactor* voor negatieve zwangerschapsuitkomsten en problemen verderop in het leven van de (toekomstige) kinderen (KS, SS): ‘Een ongezonde zwangerschap kan de ontwikkeling van een baby ernstig schaden. Zo vergroot roken, drinken of overgewicht tijdens de zwangerschap de kans op te vroeg geboren of een te lichte baby’ (SS, p. 13). Twee documenten (Consortium, KS) spreken over de context van zo’n ongezonde leefstijl, waarbij niet duidelijk wordt of deze sociaal of individueel van aard zijn: ‘Beperkte gezondheidsvaardigheden, taalbarrière, armoede ten grondslag liggen aan een ongezonde leefstijl’ (Consortium, p. 4) en ‘[ouders] bevinden zich in een situatie die een gezonde leefstijl in de weg staat’ (KS, p. 18). Hierbij wordt, net als in het vorige voorbeeld, niet duidelijk hoe de documenten de aard van de problemen zien, als individueel of sociaal. Eerder zagen we dat één document leefstijl als sociale risicofactor beschrijft (KS). Maar wat betekent sociaal hier? Dit antwoord blijft KS ons schuldig.

Door de nadruk op een ongezonde leefstijl schetsen de documenten een beeld van (kwetsbare) zwangere vrouwen waarvan een deel ongezond leeft. Alhoewel één document leefstijl als sociaal omschrijft, zijn er geen concrete, bredere factoren van een ongezonde leefstijl tijdens de analyse gevonden, zoals het overal beschikbaar zijn van goedkoop, ongezond voedsel. Deze factoren blijven daardoor buiten beeld.

#### *Voorbeeldprobleem 3: financiële problemen*

Alle documenten brengen kwetsbare zwangere vrouwen in verband met financiële problemen (KS, SS, Consortium, KNOV, campagne, VR), waarbij zowel de oorzaak-gevolgrelatie (KS, VR, campagne) als oplossingsrichting (campagne) gezien worden als een individuele kwestie. Een voorbeeld daarvan is een campagnevideo waarin een moeder vertelt over haar financiële problemen:

Ik heb een koopwoning op mijn negentiende gekocht. De relatie hield niet stand waardoor dat ik hem moest verkopen met een restschuld en daardoor had ik een vaste last van 200 euro extra in de maand en dat ging op dat moment niet en daardoor stapelden zich eigenlijk steeds meer schulden op (C1).

Brenda's relatie die stuk liep (oorzaak) zorgde voor schulden (gevolg). De oplossingsrichting is dat het verhelpen van deze financiële problemen bereikt wordt door eigen inzet: 'We [Brenda en haar partner] hebben er enorm hard voor geknokt maar na zo veel werk en zo hard werk, staan we nu wel hier en zelf ben ik ook stiekem wel trots dat we zo veel aflossen [...] (C1).

#### *Voorbeeldprobleem 4: bemoeilijkte toegang zorg*

Vier documenten beschrijven dat kwetsbare zwangere vrouwen ofwel moeilijk bereikt worden ofwel zelf de weg naar zorg niet vinden of zoeken en wat de oorzaak daarvan is (KS, Consortium, Campagne, VR): 'Juist de groep kwetsbare ouders waarom het gaat bereiken we niet' (KS, p. 18), 'Kwetsbare zwangere vrouwen (...) vragen niet tijdig hulp of weten niet waar ze terecht kunnen' (KS, p. 12), 'Voor kwetsbare zwangeren kan de toegang tot zorg bemoeilijkt zijn. Bijvoorbeeld door laaggeletterdheid, onbekendheid met het Nederlands zorgsysteem, onbegrip of gebrek aan aansluiting' (Consortium, p. 4). De oorzaken belichten de context van zwangere vrouwen die de weg naar zorg niet vinden en laten zien dat een bemoeilijkte toegang zelf geen a priori oorzakelijke factor is, maar door andere zaken kan komen. Deze contextuele factoren slaan grotendeels terug op de kwetsbare zwangere vrouw zelf. Er zijn geen fragmenten

gevonden die factoren bespreken die het individu overstijgt, zoals de ervaring van discriminatie tijdens hulpverlening, waardoor vrouwen niet meer naar hulpverlening gaan (Attanasio, Kozhimannil, 2015).

### *Resumé*

We hebben gezien dat kwetsbaarheid in de context van zwangerschap het hebben van verschillende problemen betekent, en dit het beeld creëert dat kwetsbare zwangere vrouwen complexe sociale en individuele problemen hebben. Ook zagen we dat deze problemen individueel belicht worden: ‘Het onvoldoende beheersen van de Nederlandse taal’ (KNOV, p. 7), versus bijvoorbeeld de afwezigheid van goede, laagdrempelige taallessen; ‘geen passende huisvesting’ (VR, p. 4) versus bijvoorbeeld een moeilijke huizenmarkt; ‘armoede’ (KS, p. 11) versus bijvoorbeeld lage lonen. Uit de analyse kwam ook één nuance naar voren, waarbij de KNOV een duidelijke maatschappelijke kwestie bespreekt: ‘geïsoleerd leven in een competitieve samenleving’ (p. 2), waarbij geïsoleerd leven weer meer individueel gericht lijkt, maar het tweede deel competitieve samenleving wel slaat op een sociale factor.

De documenten zwijgen over bepaalde bredere factoren, gelegen in de maatschappelijke, culturele, institutionele of politieke dimensie. Door de combinatie van het niet bespreken van deze factoren, het niet uitleggen van de aard van problemen en het noemen van veel individugerichte problemen, construeren de documenten een werkelijkheid waarin problemen, ook al zijn ze sociaal genoemd, vooral problemen zijn van de kwetsbare zwangere vrouwen. Uitgaande van de algemene betekenis van Van Dale<sup>18</sup> betekent sociaal ‘betrekking hebbend op de maatschappij, op het welzijn daarvan’. Betekenen sociale problemen, zoals stress en leefstijl, zoals KS noemt, volgens de documenten dat de aard in de maatschappij ligt? En dat daar dan ook de oplossing moet liggen? Of is het aan de kwetsbare zwangere vrouwen om hiermee om te gaan?

## **4.2. Hulpverlening helpt**

Het antwoord op bovenstaande vragen is terug te vinden in het tweede discours: hulpverlening helpt. Dit discours laat zien dat problemen, sociaal of individueel, individueel worden aangepakt. Het discours houdt in dat deze hulpverlening aan kwetsbare zwangere vrouwen de

---

<sup>18</sup> Geraadpleegd op 10 juni via: <https://www.vandale.nl/gratis-woordenboek/nederlands/betekenis/SOCIAAL#.YMIGTPkzY2w>

oplossing is voor de beschreven problemen en daarmee de perinatale ongelijkheid vermindert. Dit discours bestaat uit zeven thema's (zie tabel 3), die hieronder worden toegelicht.

Thema	KS	SS	Consortium	KNOV	Campagne	VR
<b>Individuegerichte oplossingen</b>	2 codes	2 codes	8 codes	2 codes	9 codes	5 codes
<b>Vroegsignalering</b>	9 codes	3 codes	2 codes	-	-	1 code
<b>Deskundigheid</b>	1 code	2 codes	2 codes	1 code	-	-
<b>Brede samenwerking</b>	4 codes	1 code	1 code	3 codes	-	1 code
<b>Preventie</b>	6 codes	2 codes	1 code	-	-	-
<b>De-stigmatisering en normalisering</b>	-	-	-	-	3 codes	5 codes
<b>Effectiviteit</b>	2 codes	1 code	2 codes	-	-	3 codes

Tabel 3. Overzicht codes per thema's per document

#### **4.2.1. Individuegerichte oplossingen helpen**

Alle documenten bespreken individuegerichte hulpverlening bij problemen rondom een (kwetsbare) zwangerschap (KS, SS, Consortium, KNOV, Campagne, VR). Deze hulpverlening is gericht op het oplossen van problemen die binnen de invloedssfeer van de kwetsbare zwangere vrouw ligt, zoals hulp bij praktische problemen of emotionele ondersteuning, die als helpend en/of verlichtend wordt beschreven: 'Zij [Martine, wijkcoach] vervolgt: ' [...] dus ik bied opvoedondersteuning, er zijn twee vaders in beeld, hoe doe ik de omgangsregeling. En toen zij hoogzwanger was, hebben we ook huishoudelijke hulp kunnen inzetten en daardoor kon ze toch wat ontlast worden' (C4), 'Daarom [omdat zij te veel zorgen aan hun hoofd hebben] is het voor deze [kwetsbare] ouders waardevol om een luisterend oor te krijgen voor opvoedvragen waar zij mee zitten, voor praktische tips of om even de zorg te delen (KS, 22), 'Hierin [in de campagne] wordt bijvoorbeeld opgeroepen om met de hulpverlener te praten over problemen rondom financiën, relatie en woonzorgen, wat kan bijdragen aan het verminderen van stress' (VR, p. 18). De documenten onderbouwen dergelijke vormen van hulpverlening met wetenschappelijke onderzoeken (zie hiervoor paragraaf 4.3.7.) en laten het belang ervan zien.

De focus bij hulpverlening ligt op wat de (kwetsbare) zwangere vrouw zelf kan: 'We gaan altijd op huisbezoek en het is niet de bedoeling dat wij als hulpverlener nou dingen gaan oplossen, we kijken vooral samen wat is jouw kracht, wat kan jij zelf of wat kan jouw netwerk' (C4). Er zijn geen fragmenten gevonden over het aanpakken van oorzaken of problemen in bredere (maatschappelijke en politieke) context, zoals het eerder benoemde goedkope en overal beschikbare ongezonde voedsel en de preciaire huizenmarkt, maar ook bijvoorbeeld aan de continue aanzetting en verleiding tot consumptisme, het (daardoor) snel oplopen van schulden,



lage lonen bij bepaald soort banen en zwangerschapsdiscriminatie op werk. Deze problemen worden, door de focus op de (oplossing van) problemen binnen de invloedssfeer, aan het oog onttrokken.

#### **4.2.2. Vroegsignalering is noodzakelijk**

Vier van de zes documenten bespreken vroegsignalering als onderdeel van de zorg aan kwetsbare zwangere vrouwen, waarvan ze het belang benadrukken vanwege het welzijn van het kind (KS, SS, Consortium, VR). Hiermee verantwoorden de documenten vroegtijdig ingrijpen in het leven van zwangere vrouwen. Verschillende uitspraken illustreren dit: ‘Daarnaast willen we kwetsbare ouders die al zwanger zijn zo vroeg mogelijk begeleiden, zodat hun kind zo gezond mogelijk ter wereld kan komen’ (KS, p. 21), ‘Op tijd ingrijpen is van groot belang: door risico’s in een vroeg stadium te signaleren, voorkomen we dat problemen erger worden en dat het kind (verder) op achterstand raakt’ (SS, p. 9), ‘Tijdige signalering [...] zijn nodig voor de ontwikkeling van een gezonde zwangerschap en een gunstige opgroeisituatie voor de pasgeborene (Consortium, p. 20). Er is één fragment gevonden dat ook voordelen voor ouders benoemt: ‘Bovendien levert deze aanpak [vroegsignalering] gezondheidswinst voor ouders én kinderen op’ (KS, p. 27).

Daarnaast bevestigen de documenten door het taalgebruik het idee dat hulpverlening in de vorm van vroegsignalering problemen kan oplossen, met name door het woordgebruik van het woord ‘juist’: ‘Lang niet alle kwetsbare zwangere vrouwen [...] die risico’s lopen worden op dit moment gesignaleerd door professionals waardoor zij de juiste ondersteuning of hulp mislopen [...]. Als het lukt om tijdens de zwangerschap [...] risico’s te signaleren en vervolgens de juiste ondersteuning of hulp te bieden, kunnen veel problemen bij het kind worden voorkomen’ (KS, p. 12), ‘Hoe eerder zij [professionals] signalen herkennen bij kwetsbare gezinnen, hoe sneller zij de juiste ondersteuning kunnen bieden’ (KS, p. 21). Het oplossen van problemen door vroegsignalering en ‘juiste’ hulp overschaduwet achterliggende en structurele problemen. Er zijn geen fragmenten gevonden die gaan over het eventuele effect van dit idee op kwetsbare zwangere vrouwen. Ook zijn er geen fragmenten gevonden over wat de vrouwen zelf zou helpen, zonder dat er een verband is met het belang van het kind.

#### **4.2.3. Problematiek kwetsbare zwangeren vereist deskundigheid**

Vier documenten stellen dat zorg aan kwetsbare zwangere vrouwen deskundigheid vereist (KS, SS, Consortium, KNOV): ‘Een adequate zorgstructuur voor kwetsbare zwangeren vereist

specifieke deskundigheid van professionals in de geboortezorg' (Consortium, p. 5), 'Iedereen die met aanstaande of jonge ouders en met jonge kinderen werkt moet weten wat er nodig is voor die stevige start. Daarom investeren we in ontwikkeling van kennis van onze professionals en vrijwilligers (SS, p. 7) en 'Daarnaast investeren wij in vakmanschap. We gaan met beroepsorganisaties en opleidingsinstituten in gesprek, om ervoor te zorgen dat verloskundigen, kraamzorg, jeugdverpleegkundigen, huisartsen en professionals in wijkteams al tijdens hun opleiding (inclusief bij- en nascholing) zich bewuster worden van medische en sociale risicofactoren (KS, p. 16). Door te stellen dat, vanwege de problemen die kwetsbare zwangere vrouwen hebben, speciaal deskundig opgeleide hulpverleners nodig zijn, bevestigen de documenten het beeld van kwetsbare zwangere vrouwen als complex en problematisch.

#### **4.2.4. Een opgave voor sociaal en medisch domein of voor iedereen?**

Naast deskundige hulp, is volgens bijna alle documenten brede, domein overstijgende en multidisciplinaire hulp nodig om kwetsbare zwangere vrouwen te helpen met hun problematiek, waarbij vooral gericht wordt op verbinding tussen het medisch en sociaal domein (KS, SS, Consortium, KNOV, VR): 'De complexe problematiek vraagt een actieve samenwerking van geboortezorg en sociaal-maatschappelijke zorg' (KNOV, p. 6), 'Kwetsbare zwangeren hebben vaak een complexe zorgvraag. Voor een optimale zwangerschap en start van de pasgeborene werken professionals in de zorg nauw samen met sociale hulpverleners in de gemeenten (Consortium, p. 5). Door de nadruk te leggen op het medisch en sociaal domein, impliceren de documenten andere domeinen, zoals het politieke domein, niet relevant zijn bij de problematiek rondom kwetsbare zwangere vrouwen. Eén document beschrijft dat een goede start van een kind, dat begint in het leven van een zwangere vrouw, een opgave van ons allemaal is: 'Een gezamenlijke opgave en verantwoordelijkheid van ouders, samenleving, professionals, overheid, zorgverzekeraars, beroepsgroepen, belangenorganisaties, kennisinstituten en gemeenten (KS, p. 7). Dit is een uitzondering op de focus van op de verbinding tussen medisch en sociaal domein en erkent impliciet dat er bredere factoren spelen dan alleen van de kwetsbare zwangere vrouw als individueel zorgbehoefte.

#### **4.2.5. Preventie voorkomt**

Drie documenten benoemen preventie, als belangrijk onderdeel in de zorg voor kwetsbare zwangere vrouwen, problemen rondom de zwangerschap kan voorkomen doordat het helpt een bewuste en gezonde zwangerschap te realiseren (KS, SS, Consortium): 'Goede voorlichting, ondersteuning en begeleiding een positief effect kunnen hebben op risicofactoren' (KS, p. 11),

‘De aanstaande ouders (vader én moeder)<sup>19</sup> krijgen voorlichting [op het kinderwensspreekuur] over een gezonde zwangerschap en waar nodig is er begeleiding, bijvoorbeeld bij het stoppen met roken. Dit helpt ouders bij een optimale voorbereiding op een nieuwe zwangerschap’ (SS, p. 10). Dit maakt duidelijk dat preventie, net als bij hulpverlening in het algemeen, gericht is op individuele factoren.

#### **4.2.6. De-stigmatiseren en normaliseren is nodig**

Waar alle documenten hun aandacht richten op de complexe problemen die kwetsbare zwangere vrouwen hebben, valt op dat de campagne gericht is op het verminderen van stigma’s bij deze groep vrouwen, en op het normaliseren van hulp vragen: ‘Om het vragen van steun door ouders in de zwangerschapsperiode te normaliseren en kwetsbare ouders te de-stigmatiseren wordt een publiekscampagne opgezet’ (VR, p. 20). In verschillende campagnevideo’s vertellen moeders over problemen die zij voor, tijdens of na hun zwangerschap hadden, hoe zij hulp daarvoor vroegen en wat zij dat ervoeren. Ook de hulpverleners van deze vrouwen komen in beeld, en vertellen wat ze voor de vrouwen doen. De de-stigmatisering en normalisering is in de campagnevideo’s terug te zien. De video’s normaliseren de problemen en hulpverlening: ‘Er zijn heel veel mensen met financiële problemen en veel mensen schamen zich daarvoor, maar dat hoeft helemaal niet, want dat kan iedereen gebeuren en daar zijn we voor, dus klop gewoon aan als dat nodig is’ (C3). De video’s laten zien dat problemen in de zwangerschap iedereen kan overkomen, het leven ingewikkeld maken en dat het niet gek is om daarbij hulp te vragen, maar dat je dat wel zelf moet doen.

#### **4.2.7. Effectiviteit als uitgangspunt**

Vier van de zes documenten benadrukken het belang van effectiviteit bij hulpverlening aan kwetsbare zwangere vrouwen, waarbij hulp of een interventie effectief is wanneer deze wetenschappelijk bewezen is en vertaald naar de praktijk (KS, SS, Consortium, VR): ‘Ze [professionals] hebben onafhankelijke, wetenschappelijk onderbouwde kennis nodig, die vervolgens vertaald is naar de werkvloer zodat ze er daadwerkelijk mee aan de slag kunnen’ (KS, p. 18), ‘Om kwetsbare gezinnen passende ondersteuning te kunnen geven, is het belangrijk dat gemeenten weten welke effectieve interventies er zijn, zoals prenatale huisbezoeken, VoorZorg, Samen Starten en Stevig Ouderschap’ (KS, p. 15). Deze ‘effectieve interventies’

---

<sup>19</sup> Dit citaat laat zien dat dit document zwangere vrouwen en hun partners als heteroseksueel zien. In dit onderzoek ligt de focus hier echter niet op.

zijn, net zoals de interventie CenteringPregnancy, in wetenschappelijke onderzoeken bewezen: ‘Vrouwen die CenteringPregnancy™ hebben gevolgd, hebben ook minder kans op perinatale morbiditeit in vergelijking met vrouwen die individuele zorg ontvingen: er is 33% minder kans op vroeggeboorten (in een hoge risicogroep), wat een significant verschil is’ (Consortium, p. 26). Bij het beoordelen van effectiviteit, zijn ouders een belangrijke partner: ‘We meten elke ambitie zo veel mogelijk via meerdere bronnen. Waar dat kan, gaan we daarbij altijd uit van twee perspectieven: het oordeel van professionals en de beleving van ouders (SS, p. 20), ‘Vanuit het stimuleringsprogramma worden de coalities gewezen op het belang om de resultaten voor de mensen om wie het gaat zichtbaar te maken aan de hand van monitoring en storytelling’ (VR, p. 17).

De werkelijkheid die de documenten met bovenstaande citaten creëren is dat (wetenschappelijk) onderzochte interventies de problematiek bij (kwetsbare) zwangere vrouwen helpt te verminderen. Hierbij zijn zowel statistieken als kwalitatief onderzoek, waarin ouders ook belangrijk zijn, van substantiële waarde. Er zijn geen fragmenten gevonden in de analyse die kritischer onderzoeksgebieden en methoden meenemen, zoals de in het theoretisch kader beschreven kritische de-koloniale feministische etnografie.

### 4.3. Gezonde zwangerschap is cruciaal

Het derde en laatste discours dat uit de analyse naar voren kwam, is dat een gezonde zwangerschap cruciaal is. Dit discours bestaat uit één thema, ‘de cruciale verantwoordelijkheid van de zwangere vrouw’ dat verschillende implicaties heeft over het denken over kwetsbare zwangere vrouwen: ‘de zwangere vrouw raakt uit beeld’ en ‘de zwangere vrouw in dienst van haar kind’.

Thema	KS	SS	Consortium	KNOV	Campagne	VR
De cruciale verantwoordelijkheid van de zwangere vrouw	9 codes	3 codes	1 codes	1 codes	-	1 codes

Tabel 4. Overzicht codes per thema's per document

#### 4.3.1. De cruciale verantwoordelijkheid van de zwangere vrouw

Bijna alle documenten, en KS het meest, bespreken hoe cruciaal de eerste 1000 dagen van (ongeboren) kinderen zijn (KS, SS, Consortium, KNOV, VR). Hiermee wordt de periode van voor de conceptie tot en met twee jaar oud bedoeld en gaan dus ook over de gezondheid van de zwangere vrouw. De documenten schetsen met deze focus een beeld waarbij de (kwetsbare)

zwangere vrouw een cruciale verantwoordelijkheid te vervullen heeft, namelijk om een gezonde zwangerschap te realiseren (KS, SS, Consortium, KNOV, VR). Enkele voorbeelden: ‘Kinderen ontwikkelen zich immers vanaf het prille begin razendsnel, waardoor de gezondheid van de moeder tijdens de zwangerschap cruciaal is voor deze ontwikkeling’ (KS, p. 20), ‘Voor aanstaande moeders is gezond leven tijdens de zwangerschap cruciaal voor de ontwikkeling van het kind’ (SS, p. 13), ‘Een vanaf de conceptie gezond verlopende zwangerschap bepaalt mede de gezondheid van het kind bij de geboorte en later in het leven’ (KNOV, p. 23), ‘De eerste 1000 dagen cruciaal zijn voor een kans op een goede toekomst’ (VR, p. 2). ‘Een goede start begint al voor de geboorte, zelfs nog voor de conceptie en de zwangerschap’ (KS, p. 5). Alle documenten onderbouwen de informatie rondom het belang van de gezonde zwangerschap met wetenschappelijke bronnen, de Gezondheidsraad en via een hoogleraar perinatale ontwikkeling.

#### *De zwangere vrouw buiten beeld*

De wetenschappelijke onderbouwing maakt duidelijk dat een ongezonde zwangerschap, een ongezond leven van een zwangere vrouw, ernstige negatieve gevolgen kan hebben op de (ongeboren) kinderen en dat aandacht voor gezond(er) leven tijdens de zwangerschap belangrijk is. Wat er door deze focus achterwege blijft, is ruimte en aandacht voor het welzijn van de zwangere vrouw *voor haar zelf* en haar context. Twee van de vijftien gevonden codes binnen dit thema gaan expliciet over de moeder, alhoewel zij hierbij gekoppeld worden met kind en/of partner: ‘Structureel werken aan het verbeteren en continueren van adequate zorg aan de (aanstaande) zwangere, haar partner en het (ongeboren) kind’ (KNOV, p. 4) en één van de door het Consortium genoemde interventies dat de naam VoorZorg draagt, heeft als doel ‘Verbetering van het zwangerschaps- en geboorteproces voor moeder en kind’ (p. 24). Daarnaast zijn er geen fragmenten gevonden die risico’s bespreken rondom de zwangerschap met betrekking tot de maternale gezondheid. Het belang van gezondheid en risico’s is daarmee eenzijdig gefocust op het kind. Ook de bevalling blijft onbesproken in alle documenten; de focus ligt op de periode voor, tijdens en na de geboorte, maar er worden geen risico’s benoemd die rondom de bevalling kunnen spelen. Wel beschrijft één document (VR) een subsidieoproep voor onderzoek dat ook kennis over de maternale gezondheid moet genereren om de integrale geboortezorg in Nederland te verbeteren: ‘Doel van deze subsidieoproep is om met kennis een bijdrage te leveren aan perinatale en maternale gezondheid en daarmee bij te dragen aan het optimaliseren van de kwaliteit van de integrale geboortezorg’ (p. 20).

### *De zwangere vrouw in dienst van haar kind*

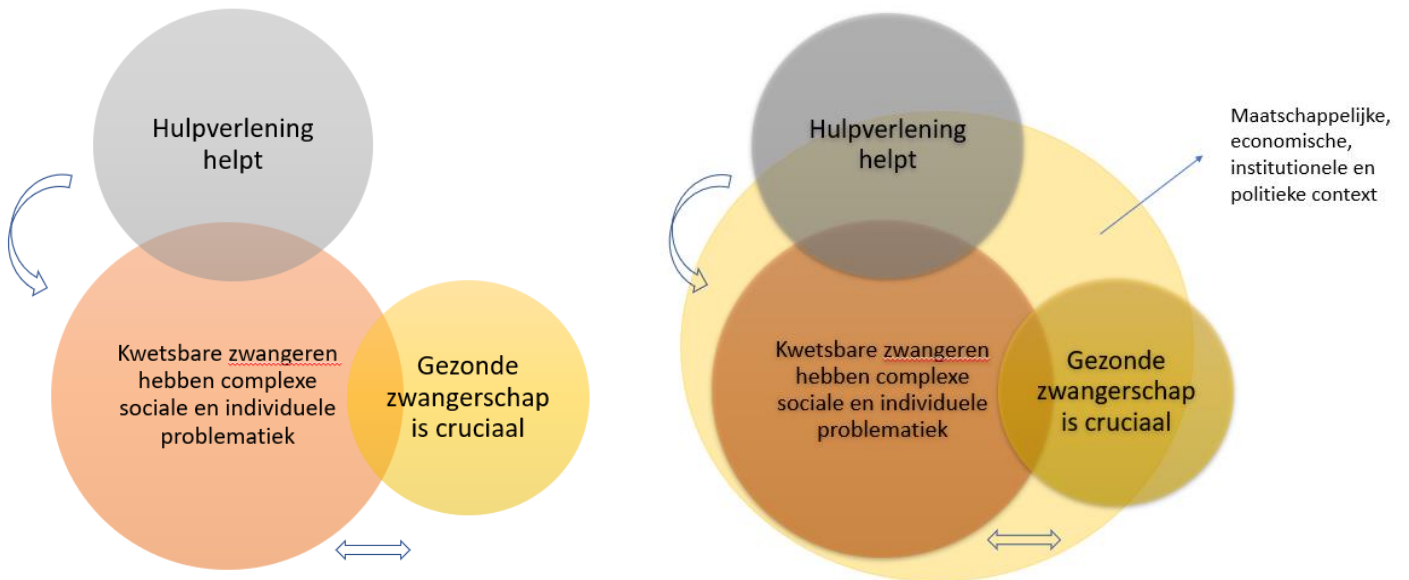
Door de focus op de (ongeboren) kinderen en door de afwezigheid van aandacht voor het welzijn en risico's voor de zwangere vrouw zelf, ontstaat er een beeld van de zwangere vrouw die in dienst staat van haar kind. Zij wordt in de documenten met haar kind verbonden in een soort utiliteitsrelatie, waarbij zij gezond moet leven: 'Voor aanstaande moeders is gezond leven tijdens de zwangerschap cruciaal voor de ontwikkeling van het kind. Geen alcohol, sigaretten of drugs is een voorwaarde. Maar ook een gezond gewicht, gezonde en gevarieerde voeding en het beperken van stress zijn essentieel voor een gezonde geboorte' (SS, p. 13). Doet ze dat niet, dan schaadt zij het kind: 'Een ongezonde zwangerschap kan de ontwikkeling van een baby dan ook ernstig schaden' (KS, p. 6). Het taalgebruik in de documenten ondersteunt dit gereduceerde beeld van zwangere vrouwen. De documenten beschrijven zwangere vrouwen regelmatig in termen van een hulpmiddel: 'de baarmoeder' en 'min negen maanden' (SS, p. 6), 'in de buik' (KS, p. 5). Zoals eerder beschreven onderbouwen en bekrachtigen de documenten het belang van aandacht voor een gezond leven van vrouwen ten tijde van zwangerschap. Door deze focus raakt het welzijn, de gezondheid en risico's voor de moeders zelf buiten beeld.

#### **4.4. Conclusie**

Met behulp van de kritische discoursanalyse komen drie discoursen naar voren in zes Nederlandse beleidsdocumenten rondom kwetsbare zwangere vrouwen, die tezamen de gegeven betekenis aan de term 'kwetsbare zwangeren' weergeven. Het eerste discours houdt in dat kwetsbaarheid in de zwangerschap gedefinieerd wordt aan de hand van individuele en sociale problemen, waarbij de focus op individugerichte problemen ligt en bredere factoren buiten beeld vallen. Het tweede discours impliceert dat hulpverlening dat gericht is op problemen zoals omschreven bij het eerste discours, helpt perinatale ongelijkheid te verminderen. Het derde discours omvat het idee dat een gezonde zwangerschap cruciaal is bij kwetsbare zwangere vrouwen en dat zij, ten behoeve van hun kind, gezond moeten leven. Dit zorgt ervoor dat vrouwen zelf uit beeld raken en een beeld schetst van de zwangere vrouw in dienst van haar kind.

De drie discoursen zijn niet los van elkaar te zien en versterken elkaar, zoals figuur 3 schematisch weergeeft. Sociale en individuele problematiek van 'kwetsbare zwangeren' (discours 1) beïnvloedt de gezondheid van een zwangerschap (discours 3). Hulpverlening wordt ingezet om deze problemen aan te pakken (discours 2), omdat een gezonde zwangerschap cruciaal is om een kind een goede, gezonde start te geven (discours 3). We hebben gezien dat

zowel de problematiek als hulpverlening soms individueel en soms sociaal belicht worden, waarbij de sociale factoren vaak ook individugericht zijn. Hierdoor creëren de documenten een betekenis van ‘kwetsbare zwangeren’ waarbij problemen van hen zijn en bredere factoren in de culturele, maatschappelijke, economische, institutionele, politieke context uit beeld raken.



Figuur 3. Schematische weergave van de onderlinge relatie tussen de drie discourses en hoe de bredere context daardoor uit beeld raakt.

## 5. Zorgethische discussie

In dit hoofdstuk wordt de eerder benoemde zorgethische dialectische verhouding tussen de theorie (theoretisch kader, hoofdstuk drie) en de empirie (bevindingen KDA, hoofdstuk vier) gelegd. Deze verhouding krijgt vorm door allereerst een globaal beeld te schetsen van overeenkomsten en verschillen tussen theorie en empirie (§5.1.). Daarna wordt met de zorgethische sensitieve lens op kwetsbaarheid in de context van zwangerschap, zoals uiteengezet in het theoretisch kader, naar de bevindingen gekeken. De uitkomsten worden in vier paragrafen besproken: institutioneel racisme (§5.2.), precariteit (§5.3.), kwetsbaarheid en kwetsbaar zijn (§5.4.) en de performatieve werking van beleid, waarin tevens voorgaande paragrafen samenkomen (§5.5.) Hiermee wordt een antwoord gegenereerd op de laatste deelvraag: Wat bieden de inzichten uit de verrijkte, zorgethische concepten kwetsbaarheid, macht/positie en precariteit voor de betekenis van de term ‘kwetsbare zwangeren’ in Nederlandse beleid en wat kunnen ze bijdragen aan dit beleid?

### 5.1. Overeenkomsten en verschillen

Zorgethiek beschouwt de mens als relationeel wezen (Engster & Hamington, 2015). In de documenten is ook een bepaalde relationaliteit terug te vinden; de (kwetsbare) zwangere vrouw wordt verbonden met haar geboren of ongeboren kind (alle documenten), haar partner en eventuele andere gezinsleden (KS, SS, Campagne, VR). Verder blijken theorie en empirie vooral van elkaar te verschillen. Institutioneel racisme wordt in de documenten niet besproken, terwijl in het theoretisch kader uiteenzet hoe belangrijk deze rol is in het denken over (kwetsbare) zwangere vrouwen met een migratieachtergrond. Waar de documenten spreken over een groep ‘kwetsbare zwangeren’, wordt in het theoretisch kader enerzijds beargumenteerd dat kwetsbaarheid een kenmerk is van de algemene menselijke conditie en anderzijds dat het een dynamisch begrip is dat niet op een bepaalde groep geplakt kan worden, maar in meer of mindere mate ontstaat wanneer bepaalde ‘lagen’ van kwetsbaarheid geactiveerd worden. In de empirische documenten komt het belang van gezond leven tijdens de zwangerschap meer naar voren dan in de theoretische literatuur. De documenten maken dankzij de wetenschappelijk onderbouwde informatie duidelijk dat dat een ongezond leven van (kwetsbare) zwangere vrouwen ernstige negatieve gevolgen kan hebben op het leven van ongeboren kinderen. Dit laat zien dat aandacht voor en beleid gericht op problemen die een ongezonde zwangerschap veroorzaken, belangrijk en terecht zijn.



## 5.2. Institutioneel racisme

Het meest duidelijke punt waarop theorie en empirie van elkaar in verschillen, is de aandacht voor (medisch) institutioneel en systematisch racisme als invloed op (kwetsbare) zwangere vrouwen met een migratieachtergrond. Uit het theoretisch kader bleek dat medisch en obstetrisch racisme de maternale en perinatale sterfte beïnvloedt in Amerika (Davis, 2019). Voorbeelden van deze vormen van racisme zijn een zwangere vrouw die op basis van ras niet gehoord wordt door artsen in het ziekenhuis, maar ook het beschrijven van een migratieachtergrond als biologische (risico)categorie (Davis, 2019). Dit laatste overschaduwde dat ras een sociaal geconstrueerde categorie is waar brede (culturele, maatschappelijke, institutionele of politieke) factoren, zoals racisme, de eigenlijke risicofactoren zijn (Davis, 2019). Bovenstaande zien we ook gebeuren in één van de onderzochte documenten: ‘In dit postcodegebied wordt de kans op een ongunstige uitkomst van de zwangerschap vergroot, door de volgende determinanten: - Diabetes type 2 - Psychische problematiek - Roken - Niet-westerse allochtonen’ (KNOV, p. 20). Door migratieachtergrond als determinant te beschrijven, stelt de KNOV dat het een op zichzelf staande oorzakelijke factor betreft, waarbij de mogelijkheid van discriminatie en institutioneel racisme, volgens Davis (2019) een belangrijke risicofactor voor negatieve zwangerschapsuitkomsten, verduisterd wordt. Wanneer we Davis’ theorie volgen, had de KNOV, maar ook de andere documenten, de rol van institutioneel racisme moeten bespreken. Daarnaast is de terminologie (‘niet-westerse allochtonen’) van de KNOV racistisch; Wekker (2020, p. 28) omschrijft het als ‘de officiële en zogenaamd onschuldige term voor ‘degenen die van elders kwamen’, waardoor gekleurde mensen eideloze generaties lang worden geracialiseerd en nooit tot het Nederlandse volk gaan behoren. Autochtonen betekent daarentegen ‘degenen die van hier zijn’, wat – zoals iedereen weet – slaat op witte mensen’. Alhoewel de term ‘niet-westerse allochtonen’ in het document niet geschreven is door de KNOV zelf -het is een voorbeeld van een tool waar verloskundigen gebruik van kunnen maken om bewonerskenmerken van een bepaalde regio op te zoeken- nemen zij het onkritisch over, ondernemen geen actie om een andere term te gebruiken en stemmen er daardoor impliciet mee in.

Eerder zagen we dat Davis (2019) ook wees op het onderscheid tussen factoren die van invloed zijn op perinatale sterfte en morbiditeit die worden benoemd (armoede, ongezonde leefstijl, lage klasse) en factoren die worden verzwegen. Tot die laatste behoort het onderscheid in zorg waarbij met name aan vrouwen met een migratieachtergrond verzuimd wordt om adequate zorg te verlenen. Uit de empirische bevindingen blijkt dat geen van de documenten aandacht vraagt

voor (institutioneel) racisme als risicofactor, maar wel veelvuldig andere factoren als armoede, ongezonde leefstijl of een lage SES noemen. Eén citaat illustreert dit treffend: ‘Aan de ongelijke verdeling van perinatale gezondheid liggen medische, maar ook niet-medische factoren ten grondslag. Deze hebben vaak een oorsprong in leefstijl, leefomstandigheden, sociaaleconomische positie, het al dan niet wonen in een achterstandswijk en psychosociale problematiek onder kwetsbare zwangeren (KNOV, p. 9). Alhoewel dergelijke factoren *ook* meespelen in perinatale ongelijkheid, bevestigen de documenten het racistische patroon dat factoren als armoede en leefstijl ertoe doen, en daar samen met de vrouwen aan gewerkt moet worden, maar dat discriminatie op basis van ras niet bestaat of geen rol speelt, en we hier dus ook niets mee hoeven te doen.

Daarnaast zagen we in het theoretisch kader dat wanneer over ras gesproken wordt, het altijd over minderheden gaat, en niet over witheid als ras (Wekker, 2020). Dit vindt ook plaats in de documenten van het Consortium en de KNOV; beiden spreken alleen over vrouwen met een migratieachtergrond wanneer ze spreken over afkomst. Door het alleen over minderheden te hebben, en niet over witheid als ras, verwordt de witte etnische groep tot de norm wordt die geen nadere analyse behoeft (Wekker, 2020). Door alleen in te zoomen op vrouwen met een migratieachtergrond, en daarbij niet de mogelijkheid van racisme te benoemen, blijven huidige ongelijke machtsposities onbesproken. Dit is precies de manier waarop macht werkt en in stand gehouden wordt, omdat het zaken die met macht te maken hebben, zoals ongelijkheid op basis van discriminatie, normaliseert en aan het oog onttrekt (Wekker, 2020, p. 95 en 103). Ras of afkomst blijkt dan, in de intersectie met gender, een belangrijk mechanisme dat bepalend is voor de mogelijkheden en kansen die mensen, in het geval van dit onderzoek kwetsbare zwangere vrouwen met een migratieachtergrond, in hun leven zullen hebben (Wekker, 2020).

Er zijn verschillende tegenwerpingen mogelijk die verklaren waarom de rol van racisme niet is besproken in de onderzochte documenten. Misschien was in 2016 en 2017, toen de documenten van de KNOV en het Consortium ontwikkeld zijn, de wetenschappelijke gevoeligheid voor de rol van racisme minder. Of wellicht zijn de onderzochte beleidsdocumenten niet de plaats om witheid als ras te analyseren. Ook is nog geen harde wetenschappelijke informatie beschikbaar die institutioneel racisme als invloed op perinatale en maternale sterfte en morbiditeit in Nederland bewijst. Echter, de hierboven beschreven kritische en intersectionele analyse van de documenten wijst aan dat institutioneel racisme een rol speelt in beleid, en waarschijnlijk ook in de geboortezorg. Zo lang racisme niet erkend, besproken en aangepakt wordt, blijft het

bestaan (Wekker, 2020). (Kwetsbare) zwangere vrouwen met een migratie achtergrond blijven daardoor grotere kansen hebben op negatieve zwangerschapsuitkomsten. Om dit te doorbreken moet de rol van institutioneel racisme een plaats krijgen in de documenten. Er zijn meer academici die de politieke dimensie van individuele kenmerken of problemen belichten. Precariteit is daar een hulpmiddel in. Hier ga ik in de volgende paragraaf dieper op in.

### 5.3. Precariteit

Uit de bevindingen van de KDA blijkt dat de documenten een beeld, een discours, creëren waarbij kwetsbare zwangere vrouwen mensen zijn die complexe sociale en met name individuele problematiek hebben (discours 1) en waar de documenten individugerichte oplossingen voor aandragen (discours 2). Engster & Hamington (2015, p. 2) stellen dat er niet alleen naar individuele situaties gekeken moet worden, maar dat ook de meer of minder helpende rol van de overheid en economie ten aanzien van problemen geanalyseerd moet worden. Ook Robinson (2015) stelt dat er andere factoren meespelen; resultaten zijn niet het gevolg van individueel slechte keuzes, maar vormen zich door structuren en instituties. Toegespitst op het onderwerp van dit onderzoek, gaat het om vragen als: hoe zijn kwetsbare zwangere vrouwen in hun problematische situatie gebracht? Welke economische en politieke factoren hebben bijgedragen hieraan? Wat licht op als we precariteit als heuristisch concept inzetten bij de probleembeschrijving van kwetsbare zwangere vrouwen, zoals Niemeijer & Vosman (2017) en Lorey (2011) adviseren?

De derde dimensie van de definitie van Lorey (2011) helpt bij het analyseren van de politieke rol in relatie tot precariteit. Eerder zagen we dat deze dimensie, *governmental precarization*, een manier van regeren omvat die een bepaalde destabilisatie tot gevolg kan hebben. De bevindingen lieten zien dat er geen fragmenten gevonden zijn die de politieke dimensie van de problemen van kwetsbare zwangere vrouwen weergeven; de focus is gericht op de sociale en vooral individuele problemen van kwetsbare zwangere vrouwen, en hoe die individugericht opgelost kunnen worden. Dit is overigens *ook* belangrijk, zoals ook de wetenschappelijke literatuur in de documenten onderbouwt. Het ontbreken van de politieke dimensie bemoeilijkt reflectie op de rol van de overheid; wat niet wordt benoemd kan niet worden geanalyseerd en het voert voor dit onderzoek te ver om die politieke context tot de bodem te analyseren. De documenten hebben het wel over ‘armoede’ (KS, p. 11) ‘laag inkomen’ (KNOV, p. 2, 20, Consortium p. 16) of ‘geen passende huisvesting’ (KS, p. 9 en VR, p. 4), maar niet over de rol van de overheid daarbij. Het collectieve, of politieke deel van een probleem wordt hiermee

weggepoetst. Om recht te doen aan de complexe en multidimensionale problematische situatie waar kwetsbare zwangere vrouwen zich in bevinden, zou in de documenten ook besproken moeten worden wat de rol van de overheid is bij bepaalde problemen, en hoe zij aan verbetering kan werken. Net als institutioneel racisme, geeft precariteit een bredere dimensie weer die van invloed is op kwetsbaarheid. Wat laten theoretische inzichten over kwetsbaarheid, zoals uiteengezet in het theoretisch kader, zien als ze in gesprek worden gebracht met hoe kwetsbaarheid gezien wordt in de documenten?

#### **5.4. Kwetsbaarheid en kwetsbaar zijn**

Volgens Luna (2009; 2018) krijgt de term kwetsbaarheid in beleid regelmatig een vast karakter waarbij mensen kwetsbaar *zijn* wanneer zij aan bepaalde kenmerken voldoen. Dit zien we concreet gebeuren in het document van het Consortium, dat stelt dat kwetsbaarheid aanwezig is bij onder andere: ‘het gelijktijdig bestaan van medische én niet-medische risico's voor een ongezonde zwangerschap’ (p. 4). Als een zwangere vrouw medische én niet-medische risico's heeft, *is* zij kwetsbaar. De andere documenten definiëren kwetsbaarheid impliciet en zijdelings door het in verband te brengen met verschillende soorten problemen en risico's. Dit bemoeilijkt constructieve reflectie; het is lastig om precies aan te wijzen of de documenten genoemde problemen, en daarmee kwetsbaarheid, zien als vaststaand of dynamisch. Zijn de problemen die de documenten benoemen als het ware af te vinken, waardoor zwangere vrouwen wel of niet in de categorie ‘kwetsbaar’ terecht komen, of zien ze het anders? Eerder zagen we dat kwetsbaarheid in de context van zwangerschap in de geboortezorg doorgaans gezien wordt als een complex en fluctuerend fenomeen (Briscoe, Lavender & McGowan, 2016). Dit impliceert een bepaalde dynamiek en geeft aanwijzingen dat de documenten kwetsbaarheid, net als Luna (2009), als dynamisch zien. Waar Luna (2009; 2018) en de documenten wel overduidelijk in verschillen, is de benoeming van veronderstelde ‘kwetsbare’ (zwangere) mensen. Dit blijkt vergaande consequenties te hebben.

Alle documenten spreken over kwetsbare *groepen*: kwetsbare zwangeren (KNOV, Consortium) en kwetsbare ouders en gezinnen (KS, SS, KNOV, VR). Verschillende academische denkers stellen dat het aanwijzen van groepen mensen gevaarlijke gevolgen kent. Zo kan het voor stereotypering zorgen (Luna, 2009), waarbij de groepen kwetsbare zwangeren, ouders en gezinnen de rol van slachtoffers krijgen, en de auteurs van de documenten en de hulpverleners worden de ‘*guardians*’ (Robinson, 2015). Het aanwijzen van een kwetsbare groep als slachtoffers kan *dangerous othering* tot gevolg hebben; de als kwetsbaar bestempelde groep

wordt als anders en afwijkend gezien (Robinson, 2010; Lorey, 2011). Tronto (2013, p. 102) stelt dat dit zorgt voor een ‘*empathy gap*’: mensen identificeren zich liever met mensen met wie het beter gaat dan met mensen met wie het slechter gaat, dit kan discriminatie tot gevolg hebben. In het geval van kwetsbare zwangere vrouwen, bij wie een deel discriminatie toch al voorkomt zoals in vorige paragraaf besproken is, is dat een ongunstig effect. Eén document is zich bewust van de stereotypering bij kwetsbare zwangere vrouwen en hun partners: ‘Om [...] en kwetsbare ouders te de-stigmatiseren wordt een publiekscampagne opgezet’ (VR, 20). Het theoretisch kader bood geen concrete, praktische aanknopingspunten hoe stereotypering tegen te gaan, maar dit lijkt een positieve zaak.

In het theoretisch kader is wel toegelicht waarom zorgethiek met haar filosofische uitgangspunten mogelijk stereotypering tegen kan gaan. Doordat zorgethiek alle mensen als afhankelijk en kwetsbaar beschouwt (Van Nistelrooij, Visse, Spekkink & De Lange, 2017), kan het categorisering van slachtoffers en *guardians* overstijgen (Robinson, 2010), en daarmee mogelijk stereotypering voorkomen. Wanneer alle mensen als relationeel en daardoor als afhankelijk en kwetsbaar gezien worden, rijst echter de vraag hoe mensen die meer zorgbehoevend zijn dan anderen of dan gemiddeld, genoemd en gezien kunnen worden (Tronto, 1993). Door mensen die zich in (meer) kwetsbare situaties bevinden niet als aparte groep te zien, lopen zij volgens Luna (2018, p. 88) het risico uit beeld te raken en niet de aandacht en ondersteuning te krijgen die zij nodig hebben. Dit is in elk geval niet het geval bij de documenten; twee documenten gaan expliciet over de groep ‘kwetsbare zwangeren’ (KNOV, Consortium) en de andere bespreken zwangere vrouwen die kwetsbaar zijn in de lopende tekst (KS, SS, Campagne, VR).

Het concept kwetsbaarheid heeft ook een bepaalde belangrijke waarde. Volgens Luna (2009) moet het huidige begrip van hoe het doorgaans in beleid gezien wordt, als *fixed label* waar alle veronderstelde leden in passen, echter gewijzigd worden. Daartoe stelt zij het concept gelaagde kwetsbaarheid voor. Kwetsbaarheid kent in dit concept verschillende lagen, die door stimulerende condities (zoals water bij een suikerklontje) geactiveerd kunnen worden (Luna, 2009). Ook zijn er *cascade vulnerabilities*, lagen die een versterkt effect hebben omdat zij andere lagen activeren (Luna, 2018). Volgens Luna zijn dit vaak sociaalpolitieke lagen, zoals onderdrukking. We hebben gezien dat de focus in de documenten op reeds bestaande problemen ligt die kwetsbaarheid definiëren, en niet zo zeer op situaties of omstandigheden die een bepaalde laag van kwetsbaarheid kunnen activeren. Het gelaagde begrip van kwetsbaarheid,

toegepast op de groep ‘kwetsbare zwangeren’ in de documenten, zou bijvoorbeeld institutioneel racisme in de geboortezorg als institutionele laag van kwetsbaarheid ontdekken, die verschillende andere lagen activeert, zoals stress (psychische en fysieke laag) en een verminderd gebruik van zorg (relationele laag). Het cascade effect van de institutionele laag zou ervoor zorgen dat deze laag prioriteit krijgt bij de aanpak om de situatie van zogenoemde kwetsbare zwangere vrouwen te verbeteren. Zogenoemde kwetsbare zwangeren zijn dan geen kwetsbare zwangeren meer, maar zwangere vrouwen in kwetsbare omstandigheden.

### **5.5. Synthese: de performatieve werking van beleid en een alternatief**

De analyse van de gevolgen van het bestempelen van een groep als kwetsbaar laat tot slot ook de performatieve werking van beleid zien. Het beeld van de auteurs van de documenten als ‘*guardians*’ impliceert namelijk dat zij het beste voor hebben met kwetsbare zwangere vrouwen, dat zij weten hoe hun problematiek opgelost kan worden en hier dan ook aanbevelingen voor doen. Dit versterkt het geloof in de manier waarop de problemen en oplossingen geschetst worden. Inmiddels weten we dat uit de bevindingen kwam dat deze problemen en oplossingen sociaal en vooral individueel belicht worden, en maatschappelijke, culturele, institutionele en politieke factoren niet benoemd worden. Ook al zijn de door de documenten genoemde problemen en oplossingen wetenschappelijk onderbouwd, ontstaat er door de performatieve werking van de documenten een geconstrueerde werkelijkheid over ‘kwetsbare zwangeren’. Kwetsbare zwangere vrouwen zijn daarin problematisch, risicovol en zorgelijk zijn, hun problemen zijn sociaal en individueel van aard, maar eigenlijk vooral van henzelf zijn en moeten daarom ook individueel aangepakt worden. Eerder zagen we dat zorgethiek laat zien dat zorg, een centrale, sociale en politieke praktijk, in hedendaagse samenlevingen gemarginaliseerd is en dat dit voor ongelijkheid zorgt (Leget, van Nistelrooij en Visse, 2017; Tronto, 1993). Om het echte leven beter te reflecteren, beleid afgestemd te laten zijn op veranderingen in politiek en zorg en ongelijkheid te doorbreken, moet zorg(ethiek) een plaats krijgen in beleid (Sevenhuijsen, 2003, Eichner, 2015; Tronto, 1993; 2013). Dit zou leiden tot de beleidsvraag hoe de overheid instituties kunnen vormen die het zorgen van mensen kunnen faciliteren (*supportive state*) (Tronto, 2013; Eichner, 2015; Sevenhuijsen, 2003).

Vier van de onderzochte documenten komen van de landelijke en regionale overheid. Zij zien het bestrijden van perinatale ongelijkheid deels als hun verantwoordelijkheid: ‘De gezondheid van baby’s rondom de geboorte is dan ook een belangrijke opgave voor ons allemaal: ouders, samenleving, professionals en overheid’ (KS, p. 5). Zorg, in de vorm van hulpverlening, krijgt

in deze, maar ook in de twee andere, documenten een grote plaats: alle documenten bespreken het organiseren van hulpverlening om de problemen van kwetsbare zwangere vrouwen helpen te verminderen. De overstijgende vraag hoe de overheid instituties kan vormen die het zorgen van mensen faciliteert blijft echter onbesproken. Volgens Tronto (1993; 2013) blijft zorg hierdoor gediscrimineerd en blijft (zorg)ongelijkheid bestaan. Zoals eerder benoemd, is de focus op gezondheid en individugerichte hulpverlening *ook* belangrijk, en krijgt zorg bepaalde plaats in de documenten. Wanneer we bovenstaande theorie volgen, blijven zwangere vrouwen in kwetsbare omstandigheden minder zorgmogelijkheden hebben zo lang zorg niet centrale, sociale en politieke praktijk in beleid erkend wordt. Hun stem blijft minder gehoord in de politiek en huidige machtsverdelingen blijven bestaan.

We hebben gezien dat effectiviteit in de documenten een belangrijk doel is in de aanpak van problemen van 'kwetsbare zwangeren'. Uit deze zorgethische discussie blijkt dat niet alleen effectieve individuele interventies van belang zijn, maar ook een effectieve doordenking van wat taal in beleidsdocumenten doet. De dialoog die dit hoofdstuk in gang bracht, pleit voor het erkennen van politieke dimensies van kwetsbaarheid in beleid. Het laat zien dat wanneer de drie discoursen aangevuld worden met het idee van zorg als sociale en politieke praktijk, gelaagde kwetsbaarheid en precariteit en aandacht voor institutioneel racisme, de aanpak van kwetsbare omstandigheden van zwangere vrouwen waarschijnlijk nog effectiever wordt.

## **6. Conclusie**

In dit onderzoek stond de volgende hoofdvraag centraal: Welke betekenis krijgt de term ‘kwetsbare zwangeren’ in Nederlands beleid en wat kunnen de op zorgethische en kritische wijze doordachte concepten kwetsbaarheid, macht/positie en precariteit bijdragen aan beleid rondom kwetsbare zwangere vrouwen? Om een antwoord te generen op deze hoofdvraag, is eerst een theoretisch onderzoek gedaan om een zorgethische sensitieve lens op kwetsbaarheid in de context van zwangerschap te kunnen ontwikkelen. Daartoe zijn de zorgethische concepten kwetsbaarheid, macht/positie en kwetsbaarheid uiteengezet en verrijkt door kritische, intersectorale literatuur. Vervolgens is via een kritische discoursanalyse onderzocht welke betekenis zes beleidsdocumenten geven aan de term ‘kwetsbare zwangeren’. Tot slot is met de zorgethische sensitieve lens naar de bevindingen gereflecteerd op de bevindingen, en is een dialoog tussen empirie en theorie opgezet, waardoor duidelijk is geworden wat de besproken theorie aan beleid kunnen bijdragen.

### **6.1. De betekenis van kwetsbaarheid in beleid**

Uit de KDA komen in de beleidsdocumenten drie discourses naar voren die gezamenlijk de betekenis van de term ‘kwetsbare zwangeren’ representeren. Het eerste discours is dat ‘kwetsbare zwangeren’ complexe sociale en individuele problemen hebben, waarbij problemen vaker individugericht blijken. Het tweede discours houdt in dat individugerichte hulpverlening helpt de problematiek die ‘kwetsbare zwangeren’ hebben tegen te gaan, en daarmee de perinatale ongelijkheid kan verminderen. Het derde discours gaat over het belang van een gezonde zwangerschap, waarbij de (kwetsbare) zwangere vrouw een cruciale verantwoordelijkheid heeft te vervullen. De kritische component van de KDA hielp te achterhalen welke werkelijkheden de beleidsdocumenten creëren en hoe zij vorm krijgen als vanzelfsprekendheid. We hebben gezien dat de drie discourses zich focussen op de sociale, en vooral de individuele context van problematiek van kwetsbare zwangere vrouwen. Hiermee ontnemen de documenten het zicht op bredere factoren uit de culturele, maatschappelijk, institutionele en politieke context, en creëren een beeld dat deze factoren en contexten niet relevant zijn voor, of zelfs niet bestaan in de wereld van kwetsbare zwangere vrouwen.

### **6.2. Theoretische reflectie en bijdrage aan beleid**

De belangrijkste boodschap die naar voren komt in de zorgethische discussie, is tweeledig. Allereerst zijn de door de documenten benoemde problemen, hulpverlening en focus op een



gezonde zwangerschap belangrijk en behoeven daarom aandacht en beleid. Deze discourses hebben echter de noodzakelijke aanvulling nodig waarin bredere factoren gelegen in de culturele, maatschappelijke, institutionele en politieke dimensies van kwetsbaarheid aan bod komen. Concreet kan gedacht worden aan 1) aandacht voor machtsrelaties, 2) zorg als centrale sociale en politieke praktijk, de *supportive state*, 3) precariteit en 4) institutioneel racisme. Alleen dan kan recht gedaan worden aan de gelaagde, complexe, multidimensionale situatie van zwangere vrouwen die zich in kwetsbare omstandigheden bevinden. De bijdrage die de opzorgerische en kritische wijze doordachten concepten kwetsbaarheid, macht/positie en precariteit kunnen bijdragen aan beleid rondom ‘kwetsbare’ zwangere vrouwen kunnen worden gevat in een vijftal aanbevelingen:

- 1) Initieer, faciliteer en stimuleer onderzoek naar de rol van institutioneel racisme in de Nederlandse geboortezorg en de invloed ervan op perinatale en maternale sterfte en morbiditeit. Dit zorgt voor meer bewustzijn, wat nodig is om tot aanpak over te gaan.
- 2) Onderzoek daarbij ook hoe institutioneel racisme in de geboortezorg precies werkt, zodat aanpak gerealiseerd kan worden die daadwerkelijk kan bijdragen aan het verminderen van racisme.
- 3) Aan beleidsmakers wordt aanbevolen om de politieke dimensie van kwetsbaarheid te erkennen en de bredere context van ‘individuele’ problemen op te zoeken. Op die manier wordt recht gedaan aan veronderstelde kwetsbare doelgroepen. Het concept gelaagde kwetsbaarheid van Luna (2009; 2019) helpt om dit concreet vorm te geven en voorkomt stereotypering. Dit concept helpt ook om zorgvuldig na te denken hoe te spreken over zwangere vrouwen die zich in kwetsbare omstandigheden bevinden. Ook kan nagedacht worden hoe zorgeriek een plaats kan krijgen in beleid.
- 4) Ook wordt aanbevolen om discoursanalyse naar beleid uit te voeren dat kijkt naar de framing van zwangere vrouwen in termen van geaardheid en gendercategorieën. In dit onderzoek ontbrak deze reflectie, maar het citaat op pagina 43 (zie voetnoot 19) liet zien dat een zwangere vrouw en diens partner als heteroseksueel gezien worden.
- 5) Tot slot kunnen zorgerische denkers overwegen om intersectionaliteit en precariteit als centrale concepten mee te nemen, om het concept macht/positie concreter te maken en machtsrelaties scherper te kunnen stellen.

## **8. Kwaliteit van het onderzoek**

Dit hoofdstuk reflecteert op de kwaliteit van het uitgevoerde onderzoek. Allereerst worden maatregelen besproken die voorafgaand aan het onderzoek ingezet zijn om de kwaliteit te waarborgen (§8.1.). Vervolgens wordt de daadwerkelijke kwaliteit van het uitgevoerde onderzoek geëvalueerd (§8.2.).

### **8.1. Kwaliteitsmaatregelen voorafgaand aan het onderzoek**

Om de *betrouwbaarheid* in dit onderzoek te verhogen zou ik het onderzoek herhaalbaar en navolgbaar maken. Dit zou bereikt worden door de uitgevoerde stappen duidelijk en transparant te beschrijven. Ook zou een methodologisch en persoonlijk logboek bijgehouden worden en zou gedurende het hele onderzoek een reflexieve houding aangenomen worden (Creswell & Poth, 2018; Roulston & Shelton, 2015; Wijngaarden, van der Meide & Dahlberg, 2017). Ten behoeve van de *geloofwaardigheid*, waarmee de mate van overeenstemming tussen interpretatie van de onderzoeker en de beleidsdocumenten bedoeld wordt, is gekeken of er memberchecks en/of *peer debriefings* met de begeleider of medestudenten uitgevoerd konden worden (Creswell & Poth, 2018). Daarnaast is voorgenomen om in de analyse en resultaten van beide deelonderzoeken zo dicht mogelijk bij de woorden en taal van de beleidsdocumenten te blijven (Creswell & Poth, 2018).

### **8.2. Evaluatie van kwaliteit van het uitgevoerde onderzoek**

#### **8.2.1. Betrouwbaarheid**

In het methodehoofdstuk is getracht zo transparant, gedetailleerd en duidelijk mogelijk weer te geven wat de stappen zijn geweest in dit onderzoek. Het mag daarom verwacht worden dat een andere onderzoeker die dezelfde stappen onderneemt, op dezelfde uitkomsten zou komen. Wijzigingen in deze stappen zijn ten behoeve van de transparantie ook beschreven, zoals tijdens het uitwerken van de thema's (stap 5) op organische wijze een meta-analyse ontstond, waardoor het discours anders werd gepresenteerd dan in eerste instantie uit stap 1 tot en met 4 kwam. De bijgehouden logboeken en de reflexieve houding hebben hierbij geholpen (Wijngaarden, van der Meide & Dahlberg, 2017). Daarnaast was er een continu gesprek met de begeleider over de uitgevoerde methode. Hierdoor is steeds kritisch bevraagd wat de methode wel en niet kan laten zien, waardoor de resultaten conform de kennisdoelen van KDA beschreven zijn.

### **8.2.2. Geloofwaardigheid**

Tijdens het onderzoeksproces is continue in de gaten gehouden of er andere beleidsdocumenten, of nieuwe versies van de geselecteerde documenten, beschikbaar waren. Dit was niet het geval, waardoor de bevindingen van dit onderzoek voortkomen uit de meest recente zienswijze in beleid rondom kwetsbare zwangere vrouwen. Daarnaast zijn van de campagnevideo's *thick descriptions* gemaakt, die ervoor zorgen dat er gedetailleerde en rijke informatie beschikbaar kwam (Cresswell & Poth, 2018).

Door zowel KDA als de methode van Gee (2011) te gebruiken, was er enige mate van datatriangulatie mogelijk. Door de documenten meermaals te lezen ontstond er een diepe kennismaking met de beleidsdocumenten, wat het proces van duiding makkelijker maakte. Ook zijn epistemologische en ontologische uitgangspunten van zorgethiek, de wetenschapsdiscipline waarin dit onderzoek plaatsvond, besproken. Hierdoor mag duidelijk zijn voor de lezer wat het normatieve kader is, zodat reflectie daarop mogelijk wordt (Roulston & Shelton, 2015). Dit geldt ook voor de methode van dit onderzoek; de achterliggende ideeën van de school waar KDA onder valt, zijn besproken. Omdat de kritische intersectionele literatuur en KDA beide een kritische component bevatten, is het mogelijk dat deze elkaar versterkt hebben. Het zorgethische concept macht/positie toegepast op dit onderzoek, laat zien dat er geen belangenverstrengeling heeft plaats gevonden. De onderzoeker staat namelijk in geen enkel opzicht in verband met de documenten of diens auteurs, waardoor geen sprake is van bijvoorbeeld pogingen om een bepaalde machtspositie te verwerven, of te behouden.

Helaas bleek het door een vertraagd onderzoeksproces en de tijdsdruk die daarmee gepaard ging, niet mogelijk om een membercheck uit te voeren. Dit bedreigt de geloofwaardigheid van de bevindingen. Enkele zaken hebben er echter voor gezorgd dat de bevindingen zo dicht mogelijk in de buurt komen van de betekenisgeving door de documenten. Zo heeft de tweede begeleider intensief en meermaals meegelezen en de onderzoeker gewezen op persoonlijke interpretaties, die vervolgens gewijzigd zijn. Ook ontstonden er op organische wijze verschillende *peer debriefings* met de begeleider, maar ook met persoonlijke contacten uit het netwerk van de onderzoeker. Hier is vervolgens op gereflecteerd in het persoonlijk logboek. Hierin zijn eveneens persoonlijke gedachtegangen beschreven, zodat het voor de onderzoeker makkelijker was om eigen ideeën en meningen 'tussen haakjes' te zetten, en de bevindingen op zo'n manier te duiden dat ze overeenkomen met wat er in de documenten beschreven staat (Wijngaarden, van der Meide & Dahlberg, 2017). Deze reflexieve houding is gedurende het

gehele onderzoeksproces aangehouden. Daarnaast is er in-vivo gecodeerd, en is ook bij het geven van titels aan de discoursen en thema's zo dicht mogelijk bij de beleidstekst gebleven (Cresswel & Poth, 2018).

### **8.2.3. Overdraagbaarheid**

Naast maatregelen ten behoeve van de betrouwbaarheid en geloofwaardigheid, is achteraf een derde criterium opgesteld: overdraagbaarheid. Dit betekent de mate van overdraagbaarheid van de resultaten naar andere contexten. Dit onderzoek betreft een 'klein' onderzoek, met een onderzoekseenheid van zes beleidsdocumenten. Omdat de bevindingen en conclusies daarover alleen gelden voor de onderzoekseenheden, zijn deze niet zonder meer overdraagbaar voor andere beleidsdocumenten. Wel kan deze particuliere kennis van waarde zijn voor andere documenten. De kleine omvang kan een diepe, contextuele betekenis ontwarren van de term 'kwetsbaarheid' in de context van zwangerschap, waarbij de politieke context blootgelegd kan worden (Wijngaarden, van der Meide & Dahlberg, 2017; Smaling, 2009).

Bovendien geldt het idee dat taal betekenis produceert niet alleen voor (beleid)teksten, maar ook voor dit onderzoek. Daarom kan ook niet gesteld worden dat dit onderzoek de werkelijkheid weergeeft, maar ook een werkelijkheid produceert. Gee (2011) beschrijft dat een onderzoek alleen een hypothese over de werkelijkheid kan beschrijven, omdat het slechts een klein deel van een groter geheel onderzoekt. De conclusie van dit onderzoek moeten dan ook niet gezien worden als onfeilbaar, en staat open voor bevindingen die ertegen in gaat of het verreiken. De kennis uit dit onderzoek is, net als taal en de werkelijkheid zelf, dynamisch van aard en dus contextueel en -tijdsgebonden.

## Literatuur

Achterberg, P. W., Harbers, M.M., Post, N. A. M., Visscher, K., Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), 2020. Beter weten: een begin. DOI 10.21945/RIVM-2020-0140

Attanasio, L., & Kozhimannil, K. B. (2015). Patient-reported Communication Quality and Perceived Discrimination in Maternity Care. *Medical Care*, 53(10), 863–871.  
<https://doi.org/10.1097/mlr.0000000000000411>

Bendien, EM., van Gemert, IAV., Verdonk, P., & Oosten, A. (2019). *Vol verwachting. Een uitgebreide literatuurstudie naar zwangerschap, gezondheid en werk. In opdracht van WOMEN Inc.* VUmc, afd. Metamedica.

Briscoe, L., Lavender, T., & McGowan, L. (2016). A concept analysis of women's vulnerability during pregnancy, birth and the postnatal period. *Journal of Advanced Nursing*, 72, 2330–2345. <https://doi.org/10.1111/jan.13017>

Creswell, J.W., & Poth, C.N. (2018). *Qualitative Inquiry and Research Design* (International Student Edition): Choosing Among Five Approaches. Sage Publications, Inc.

Davis, D. (2019). *Reproductive Injustice*. Amsterdam: University Press.

De Graaf, H. 2013. Perinatal and maternal health inequalities: effects of places of residence and delivery. PHD thesis, Erasmus University Rotterdam.

Eichner, M. (2015). The supportive state: Government, dependency, and responsibility for caretaking. In D. Engster & M. Hamington (Eds.), *Care Ethics and Political Theory* (pp. 87–107). Oxford University Press.

Flenady, V., Koopmans, L., Middleton, P., Froen, J. F., Smith, G. C., Gibbons, K., Coory, M., Gordon, A., Ellwood, D., McIntyre, H. D., Fretts & Ezzati, M. 2011. Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 377, 1331-1340.

Engster, D., & Hamington, M. (2015). Introduction. In D. Engster & M. Hamington (Eds.), *Care Ethics and Political Theory* (pp. 1-16). Oxford: Oxford University Press.

Given, L. M. (2008). *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. <https://doi.org/http://dx.doi.org.proxy.library.uu.nl/10.4135/9781412963909>.

Gee, J.P. (2011). *An introduction to Discourse Analysis: Theory and Method* (Third edition). New York: Routledge.

Kittay, E. Feder (1999). *Love's Labor. Essays on Women, Equality, and Dependency*. New York: Routledge, 49-73.

Kittay, E. F. (2015). A theory of justice as fair terms of social life given our inevitable dependency and our inextricable interdependency. In D. Engster & M. Hamington (Eds.), *Care Ethics and Political Theory* (pp. 51-84). Oxford: Oxford University Press.

Knight, M. (2020). MBRRACE-UK update: Key messages from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Death and Morbidity 2019. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 22(1), 93–95. <https://doi.org/10.1111/tog.12637>

Lee, E. (2014). Introduction. In E. Lee, J. Bristow, C. Faircloth, & J. Macvarish (Eds.), *Parenting culture studies* (pp. 1–22). Basingstoke: Palgrave.

Lange, E. M., & Toledo, P. (2021). Peripartum racial/ethnic disparities. *International Anesthesiology Clinics*, 59(3), 1–7. <https://doi.org/10.1097/aia.0000000000000326>

Leget, C., van Nistelrooij, I., & Visse, M. (2017). Beyond demarcation: Care ethics as an interdisciplinary field of inquiry. *Nursing Ethics*, 29, 17 – 25. <https://doi.org/10.1177/0969733017707008>

Lorey, I. Governmental Precarization. Centar za socijalna istraživanja Alternativna kulturna organizacija – AKO [www.csi-platforma.org](http://www.csi-platforma.org). Te raadplegen via: <http://www.csi->

platforma.org/sites/csi-platforma.org/files/tekstovi/lorey-isabell-  
governmental%20precarization.pdf

Lowe, P., Lee, E., & Macvarish, J. (2015). Growing better brains? Pregnancy and neuroscience discourses in English social and welfare policies. *Health, Risk & Society*, 17, 15–29. <https://doi.org/10.1080/13698575.2014.994479>

Luna, F. (2009). Elucidating the concept of vulnerability: Layers not labels. *IJFAB: International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 2(1), 121–139. <https://doi.org/10.3138/ijfab.2.1.121>

Luna, F. (2018). Identifying and evaluating layers of vulnerability – a way forward. *Developing World Bioethics*, 19(2), 86–95. <https://doi.org/10.1111/dewb.12206>

Marshall, H., & Woollett, A. (2000). Fit to Reproduce? The Regulative Role of Pregnancy Tests. *Feminism & Psychology*, 10(3), 351–366. <https://doi.org/10.1177/0959353500010003005>

Posthumus, A. G., Borsboom, G. J., Poeran, J., Steegers, E. A. P., & Bonsel, G. J. (2016). Geographical, Ethnic and Socio-Economic Differences in Utilization of Obstetric Care in the Netherlands. *PLOS ONE*, 11(6), e0156621. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156621>

Ravelli, A. C. J., Tromp, M., van Huis, M., Steegers, E. A. P., Tamminga, P., Eskes, M., & Bonsel, G. J. (2008). Decreasing perinatal mortality in The Netherlands, 2000–2006: a record linkage study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63(9), 761–765. <https://doi.org/10.1136/jech.2008.080440>

Ravelli, A. C. J., Eskes, M., van der Post, J. A. M., Abu-Hanna, A., & de Groot, C. J. M. (2020). Decreasing trend in preterm birth and perinatal mortality, do disparities also decline? *BMC Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08925-w>

Robinson F. (2015), ‘Care ethics, political theory, and the future of feminism’, In: Daniel Engster & Maurice Hamington (eds.), *Care Ethics & Political Theory* (pp. 291-311)

Roulston, K., & Shelton, S.A., (2015). Reconceptualizing Bias in Teaching Qualitative Research Methods. *Qualitative Inquiry*, 21(4), 332-342.

Sevenhuijsen, S. (2003). The place of care: The relevance of the feminist ethic of care for social policy. *Feminist theory*, 4, 179-197.

Sevenhuijsen, S. (2004) 'Trace: A method for normative policy analysis from the ethic of care' in Sevenhuijsen, S. and Svab, A. (Eds) *The Heart of the Matter: The contribution of the ethic of care to social policy in some new EU member states*, Peace Institute, Institute for Contemporary Social and Political Studies.

Smaling, A. (2009). Generaliseerbaarheid in kwalitatief onderzoek. *Kwalon* (42)3: pp 5-12

Tronto, Joan C. (1993), *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*. New York: Routledge

Tronto, Joan C. (2013). *Caring democracy: Markets, equality, and justice*. New York/London: New York University Press

Tronto, J. (2017). There is an alternative: homines curans and the limits of neoliberalism. *International Journal of Care and Caring*, 1, 27-43.

Van den Berg, H. (2004). Discoursanalyse. *Kwalon*, 9, 29-39.

Van Nistelrooij, I., Visse, M., Spekkink, A., & De Lange, J. (2017). How shared is shared decision-making? A care-ethical view on the role of partner and family. *Journal of Medical Ethics*, 43, 637-644.

Vosman, F., & Niemeijer, A. (2017). Rethinking critical reflection on care: late modern uncertainty and the implications for care ethics. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 20, 465–476. <https://doi.org/10.1007/s11019-017-9766-1>



Walker, M. Urban (2007). *Moral Understandings. A Feminist Study in Ethics*. Oxford: University Press.

Wekker, G. (2017). *Witte onschuld: Paradoxen van kolonialisme en ras* (Dutch Edition) (01 editie). Amsterdam University Press.

Wijngaarden, E.J. van, Meide, H. van der, Dahlberg, K. (2017). Researching healthcare as a meaningful practice: towards a non-dualistic view on evidence for qualitative research, *Qualitative Health Research*, 27, 1738 – 1747.