

Vaders in verwachting

Een zorgethisch onderzoek naar discourses met
betrekking tot vaders in de verloskundige praktijk



Student: Monique Goense, 1028510

Begeleider en examiner: Prof. dr. Carlo Leget

Tweede lezer: Prof. dr. Inge van Nistelrooij

Beeld: Armando Veve, Dad Biology, 2019

SAMENVATTING

Uit onderzoek is gebleken dat zowel vaders als hun partners het belangrijk vinden dat zij betrokken worden bij de zorg rondom zwangerschap en geboorte. Tegelijkertijd laat onderzoek zien dat vaders zich vaak geëxcludeerd voelen door zorgprofessionals in de geboortezorg. Hoewel er de laatste jaren steeds meer maatschappelijke en wetenschappelijke aandacht is voor dit onderwerp, is er weinig onderzoek gedaan naar het perspectief van zorgprofessionals met betrekking tot vaders. Het is waardevol dit perspectief te belichten, omdat het inzicht kan geven in factoren die de positie van vaders in de geboortezorg beïnvloeden. Deze inzichten kunnen aanknopingspunten bieden om de zorg voor aanstaande vaders en hun partners te verbeteren.

In deze thesis wordt onderzocht hoe verloskundigen spreken over (het werken met) vaders. Hiertoe zijn negen eerstelijns verloskundigen werkzaam in de Nederlandse geboortezorg geïnterviewd. Op deze interviews is een kritische discoursanalyse toegepast. Deze analyse bracht vier discourses aan het licht in het spreken van verloskundigen over (het werken met) vaders. Het eerste discours beschrijft de relatie van de vader tot de zwangerschap als afstandelijk. Het tweede discours positioneert vaders als beschermers van vrouw en kind. Het derde discours beschrijft vaders als ondersteuners van hun partner. Het vierde discours tot slot laat zien dat opvattingen over de verloskundige praktijk met betrekking tot onder meer tijdsdruk en genderdynamiek, invloed hebben op de wijze waarop verloskundigen denken over de zorg voor vaders. Uit de analyse komt naar voren dat deze discourses er in samenspel met elkaar aan bijdragen dat vaders in de verloskundige praktijk op een subtiele en vaak onbewuste manier buitenspel worden gezet.

Door vanuit een zorgethisch perspectief op de resultaten uit de discoursanalyse te reflecteren wordt inzichtelijk gemaakt dat medicalisering, het ideaal van hegemonistische masculiniteit, traditionalistische opvattingen over vaderschap en het denken in opposities doorwerken in de wijze waarop verloskundigen spreken over vaders. In samenspel met elkaar fixeren deze dynamieken de ondersteunende en marginale positie van vaders en ondermijnen tevens de positie van de zwangere. De zorgethische reflectie biedt aanknopingspunten om de zorg voor vaders en hun partners te verbeteren door het hanteren van een gendersensitieve werkwijze, die uitgaat van relationaliteit en ruimte laat voor de kwetsbaarheid van vaders.

VOORWOORD

Met het afronden van dit onderzoek komt er voor mij een einde aan de Master Zorgethiek & Beleid. Ik kijk terug op een leerzame en inspirerende periode; mijn kennismaking met de zorgethiek heeft mijn blik verrijkt. Ik verlaat de studie met concepten en onderzoeksmethoden die mij in staat stellen kritisch te kijken naar zorgpraktijken. Ik hoop me hier in de toekomst nog verder in te kunnen ontwikkelen.

De afstudeeropdracht bood mij de mogelijkheid om een onderwerp dat mij al een tijd interesseert - gender - in de praktijk te onderzoeken. Ik vond het bijzonder om dit te kunnen doen, maar soms ook een uitdaging. Zeker omdat ik tijdens het doen van dit onderzoek te maken kreeg met ziekte. Dit hinderde soms het proces en leidde tot de nodige vertraging. Tegelijkertijd gaf het schrijven van deze scriptie mij juist ook energie en inspiratie in een moeilijke periode. Hoewel ik blij ben dat mijn onderzoek is afgerond, ga ik het bezig zijn met dit onderwerp zeker ook missen.

Het schrijven van deze scriptie deed ik uiteraard niet alleen. Een aantal mensen wil ik in het bijzonder bedanken voor hun hulp op enig moment tijdens dit proces.

Om te beginnen wil ik de verloskundigen bedanken die bereid waren om hun verhaal met mij te delen. Ik waardeer het dat jullie mij een inkijkje wilden geven in jullie mooie en zo waardevolle vak.

De geduldige begeleiding en bemoedigende woorden van mijn begeleider Carlo Leget hebben mij het vertrouwen gegeven dit onderzoek af te ronden. Ik heb langer over mijn scriptie gedaan dan gebruikelijk en ik waardeer het zeer dat je al die tijd bereid was om met mij mee te denken. Mijn tweede lezer Inge van Nistelrooij dank ik voor haar kritische feedback aan het begin van dit proces, die mij bewust maakte van mijn vooroordelen. Ik hoop dat ik erin geslaagd ben de nuances aan te brengen waar jij me op hebt gewezen. Milotte Hamer en David Borman, bedankt dat jullie mee wilden lezen met één of meerdere hoofdstukken.

Tot slot bedank ik Maurits. Uiteraard voor het meelesen en voor de vele gesprekken die we voerden over dit onderwerp, maar vooral voor je steun op moeilijke momenten en je onophoudelijke geloof dat ik dit project tot een goed einde zou brengen. Iets waar het mij soms aan ontbrak. Zonder jou had ik dit niet kunnen doen!

INHOUDSOPGAVE

| | |
|--|----|
| SAMENVATTING | 1 |
| VOORWOORD | 2 |
| 1 PROBLEMATISERING EN RELEVANTIE | 6 |
| 1.1 Aanleiding | 6 |
| 1.2 Maatschappelijke probleemstelling | 6 |
| 1.3 Wetenschappelijke probleemstelling | 10 |
| 1.4 Vraagstelling | 12 |
| 1.5 Doelstelling | 13 |
| 2 THEORETISCH KADER | 14 |
| 2.1 De relatie tussen mannelijkheid en zorg | 14 |
| 2.1.1 Zorg en gender in de zorgethiek | 14 |
| 2.1.2 Een zorgethisch perspectief op de relatie tussen mannelijkheid en zorg | 16 |
| 2.2 Perspectieven op vaderschap | 18 |
| 2.2.1 Moederende mannen | 18 |
| 2.2.2 Een impasse in de discussie over vaderschap | 19 |
| 2.2.3 Voorbij de impasse | 21 |
| 2.3 De positie van vaders in de geboortezorg | 24 |
| 2.3.1 Van wachtkamer naar verloskamer: de veranderende rol van vaders | 24 |
| 2.3.2 Medicalisering van de geboortezorg | 25 |
| 2.3.3 De invloed van medicalisering op vaders | 27 |
| 2.3.4 De rol van technologie | 29 |
| 2.3.5 Hegemonistische masculiniteit in de context van de geboortezorg | 31 |
| 2.3.6 De rol van zorgprofessionals | 32 |
| 2.3.7 Vaderbetrokkenheid: norm of keuze? | 34 |
| 2.4 Sensitizing concepts | 34 |

| | |
|---|----|
| 2.5 Conclusie | 35 |
| 3 METHODE | 38 |
| 3.1 Onderzoeksbenadering | 38 |
| 3.2 Onderzoeksmethode | 38 |
| 3.2.1 D/discours | 39 |
| 3.2.2 Kritische discoursanalyse | 40 |
| 3.3 Casusdefinitie en onderzoekseenheid | 40 |
| 3.4 Dataverzameling | 42 |
| 3.5 Data-analyse | 42 |
| 3.6 Ethische overwegingen | 43 |
| 4 BEVINDINGEN UIT EMPIRISCH ONDERZOEK | 45 |
| 4.1 Hij staat verder van de zwangerschap af | 45 |
| 4.1.1 Voor hem is de zwangerschap abstract | 45 |
| 4.1.2 Volgzame vaders: U vraagt, wij draaien | 47 |
| 4.2 Vaders als beschermers van vrouw en kind | 48 |
| 4.2.1 Hij heeft vooral zorgen over de gezondheid van moeder en kind | 49 |
| 4.2.2 Hij wil haar beschermen tijdens de bevalling: Een leeuw naast zijn vrouw | 50 |
| 4.2.3 De beschermende vader kan goede zorg voor de vrouw hinderen | 50 |
| 4.3 Vaders worden betrokken als ondersteuners van hun partner | 52 |
| 4.3.1 Zij staat centraal, hij komt erbij | 52 |
| 4.3.2 Vaders betrekken bij problemen in het gezin of gedragsverandering | 54 |
| 4.3.3 Voorbereiding op de bevalling: focus op informatiedeling en praktische tips | 54 |
| 4.3.4 Vaders tijdens de bevalling; actieve en ondersteunende rol | 56 |
| 4.3.5 Weinig aandacht voor de emotionele behoeften van vaders | 58 |
| 4.4 De organisatie van de verloskundige zorg laat weinig ruimte voor vaders | 60 |
| 4.4.1 Er is geen tijd om voor vaders te zorgen | 61 |
| 4.4.2 Zorg voor vaders is niet standaard | 62 |

| | |
|---|----|
| 4.4.3 De verloskunde is een vrouwenwereld | 63 |
| 4.5 Conclusie | 65 |
| 5 DISCUSSIE | 67 |
| 5.1 Medicalisering | 68 |
| 5.2 Hegemonistische masculiniteit | 69 |
| 5.3 Lichamelijkheid | 73 |
| 5.4 Relationaliteit | 76 |
| 6 CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN | 80 |
| 6.1 Conclusie | 80 |
| 6.2 Aanbevelingen | 81 |
| 6.2.1 Aanbevelingen voor de praktijk | 81 |
| 6.2.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek | 82 |
| 7 KWALITEIT VAN HET ONDERZOEK | 83 |
| 7.1 Kwaliteitsmaatregelen | 83 |
| 7.2 Beperkingen | 84 |
| LITERATUURLIJST | 85 |
| BIJLAGE 1 TOPICLIJST | 92 |
| BIJLAGE 2 VISUALISATIE RELATIES | 94 |
| BIJLAGE 3 <i>INFORMED CONSENT</i> FORMULIER | 99 |

1 PROBLEMATISERING EN RELEVANTIE

In dit hoofdstuk wordt de aanleiding van dit onderzoek besproken (§1.1), evenals de maatschappelijke (§1.2) en wetenschappelijke probleemstelling (§1.3). Hieruit volgen de onderzoeksvraag (§1.4) en doelstelling (§1.5).

1.1 Aanleiding

Sinds mijn studie filosofie, waar ik in aanraking kwam met denkers als Judith Butler, Luce Irigaray en Julia Kristeva, ben ik geïnteresseerd in het denken over gender¹ en de wijze waarop gendernormen vormgeven aan onze wereld. Hoewel ik bewust met dit onderwerp bezig ben, val ik ook in mijn eigen leven geregeld terug op genderstereotype rolverdelingen. Dat dergelijke patronen zo onbuigzaam kunnen zijn, fascineert me.

Toen een goede vriendin zwanger was vertelde ze mij hoe haar partner zelden geadresseerd werd door haar verloskundige, en dat alle communicatie over hun toekomstige kind aan haar was gericht. Deze gesprekken inspireerden mij tot het onderwerp van mijn onderzoek. De zorg rondom de geboorte biedt volgens mij vele aanknopingspunten voor zorgethisch onderzoek naar de relatie tussen gender en zorg, en de wijze waarop ons denken over deze relatie zich manifesteert in zorgpraktijken die ons dagelijks leven vormgeven.

1.2 Maatschappelijke probleemstelling

“Mijn partner en ik zaten in de wachtkamer van de verloskundigenpraktijk. We werden opgehaald. Door een vrouw. Ze zag ons beiden zitten, maar noemde alleen de naam van mijn partner. Komt u mee, zei ze. Ik herinner mij een kort moment van aarzeling. Moest ik ook opstaan?”

Bovenstaand citaat is afkomstig van journalist en vader Jasper van den Bovenkamp. In een artikel voor NRC Handelsblad vertelt hij dat hij tijdens de bezoeken die hij met zijn vrouw aan de verloskundige bracht het gevoel had dat hij er “[...] maar een beetje bij hing”.² En in

¹ “Gender verwijst anders dan sekse en geslacht niet naar biologische kenmerken, maar naar sociale, culturele en psychologische kenmerken die met een geslacht in verband worden gebracht. Onder gender kan vallen wat traditioneel als ‘mannelijk’ en ‘vrouwelijk’ gezien wordt, maar ook alles ertussenin.” Zie: <https://onzetaal.nl/taaladvies/sekse-geslacht-en-gender>. Geraadpleegd op 3 maart 2022. Wanneer ik in deze scriptie over ‘mannelijkheid’ of ‘vrouwelijkheid’ spreek heb ik het steeds over gender.

² Jasper van den Bovenkamp, NRC, 20 juni 2020, Wie is toch die man naast die zwangere vrouw? Zie: <https://www.nrc.nl/nieuws/2020/06/18/wie-is-toch-die-man-naast-die-zwangere-vrouw-a4003147>. Geraadpleegd op 21 september 2020.

zijn boek ‘Vader op komst’ schrijft Willem Bisseling (2019): “[...] ik merkte ook al gauw dat de door vrouwen gedomineerde zwangerschapswereld vrijwel volledig gericht is op vrouwen, en dat mannen – onbewust – naar de zijlijn worden geschoven.”

De ervaringen van Van den Bovenkamp en Bisseling staan niet op zichzelf. Uit diverse onderzoeken blijkt dat vaders zich regelmatig geëxcludeerd voelen door zorgverleners in de geboortezorg (Steen, Downe, Bamford & Edozien, 2012; Wells, 2016; Widarsson, Engström, Tydén, Lundberg & Hammar, 2015). Onderzoeks- en adviesbureau Sardes (2018) vroeg aan zo’n honderd voornamelijk hoogopgeleide, Nederlandse mannen of zij merkten dat professionals vaderbetrokkenheid belangrijk vinden. Met betrekking tot de verloskundige gaf 29,4% van de ondervraagde mannen aan het oneens te zijn met deze stelling.

Voormalig verloskundige David Borman, die nu cursussen verzorgt voor aanstaande vaders, vindt dat aandacht voor vaders een blinde vlek is van de geboortezorg. In een artikel in NRC Handelsblad noemt hij als één van de mogelijke oorzaken dat verloskundigen de beperkte tijd die zij hebben voor een consult het liefst besteden aan de zwangere vrouw, omdat zij met haar een behandelovereenkomst hebben.³ Dit beeld komt ook naar voren uit Australisch onderzoek (Rominov, Giallo, Pilkington & Whelan, 2017). De door Rominov et al. (2017) ondervraagde verloskundigen gaven aan dat diensten die zij verlenen aan aanstaande vaders niet gedekt worden door het Australische zorgverzekeringssysteem. In de podcast ‘*Contractions: the politics of midwifery*’ stelt antropoloog en verloskundige Rebecca Ashley dat de verloskundige praktijk in steeds verdergaande mate wordt beïnvloed door neoliberalisering en technocratisering. Hierdoor is er volgens Ashley een sterke nadruk komen te liggen op het kwantificeerbaar en verantwoordbaar maken van de zorghandelingen die de verloskundige verricht. De mogelijkheid om relationele zorg te bieden, waarin bijvoorbeeld ook aandacht is voor de partner, komt hierdoor volgens Ashley in het geding (Thorsteinson, Van der Waal & Taylor, 2020).

Een andere factor die mogelijk een rol speelt is de Nederlandse moederschapsideologie. Volgens Expertisecentrum Seksualiteit Rutgers (2019) worden moeders in Nederland gezien als primaire opvoeders. Het idee dat vrouwen van nature beter kunnen zorgen dan mannen speelt hierin een rol. Hoogleraar vaderschap Renske Keizer stelt dat dit idee diepgeworteld is

³ Jasper van den Bovenkamp, NRC, 20 juni 2020, Wie is toch die man naast die zwangere vrouw? Zie: <https://www.nrc.nl/nieuws/2020/06/18/wie-is-toch-die-man-naast-die-zwangere-vrouw-a4003147>. Geraadpleegd op 21 september 2020.

in de Nederlandse samenleving.⁴ Volgens het onderzoek van Rutgers (2019) manifesteert deze moederschapsideologie zich bij zorginstaties en professionals in een eenzijdige focus op moeders. Zij stellen dat dit ook in de geboortezorg het geval is. Zorgethici Van Nistelrooij en Van der Waal (2019) betogen daarentegen dat in de geboortezorg de aandacht niet zozeer gericht is op de moeder, als wel op het welzijn van het kind. Zij beargumenteren dat deze kindfocus leidt tot een toename van het aantal medische interventies, ten koste van de autonomie, waardigheid en lichamelijke integriteit van vrouwen. In sommige gevallen leidt dit zelfs tot geweld ten opzichte van zwangere vrouwen, ook wel obstetrisch geweld genoemd. Dit kan fysiek geweld betreffen, zoals het ongewenst toedienen van pijnmedicatie of het zetten van een knip, maar ook verbaal geweld, bijvoorbeeld in de vorm van bedreigingen of vernederingen (United Nations, 2019). Verloskundige Sophie Van Cauwelaert, die haar afstudeeronderzoek schreef over obstetrisch geweld, stelt dat dit geweld weliswaar in eerste instantie vooral zwangere vrouwen treft, maar dat ook andere betrokken, zoals partners, hieronder kunnen lijden.⁵

Er is inderdaad sprake van een toenemende medicalisering van de geboortezorg. Wereldwijd bevallen steeds meer vrouwen in het ziekenhuis, waar eerder medisch wordt ingegrepen tijdens de bevalling (Christiaens, Nieuwenhuijze & De Vries, 2013). Mogelijk heeft deze toenemende medicalisering niet alleen negatieve gevolgen voor de positie van aanstaande moeders, maar ook voor die van vaders. Zo stelt de Amerikaanse antropoloog Richard Reed (2005) dat de focus op de fysieke aspecten en risico's van zwangerschap en geboorte vaders aan de zijlijn plaatst. Anderzijds kunnen bepaalde aspecten van medicalisering juist positief bijdragen aan de ervaring van vaders. Zo kunnen bijvoorbeeld echo's zorgen voor meer verbondenheid tussen vaders en de foetus (Draper, 2002).

Zowel vaders als hun partners geven aan het belangrijk te vinden dat verloskundigen vaders betrekken bij de zorg (Steen et al., 2012; Widarsson et al., 2015). Het actief betrekken van vaders kan een positieve invloed hebben op de mate waarin zij zichzelf zien als volwaardige en gewaardeerde ouder. Daarnaast zijn vaders die zichzelf gesteund voelen beter in staat hun partner de juiste ondersteuning te bieden tijdens de bevalling (Steen et al., 2012). Vrouwen die zich tijdens de bevalling gesteund voelen door hun partner hebben vaker een positieve bevallingservaring (Gibbins & Thompson, 2001). Tot slot identificeren vaders die reeds

⁴ Els Quaegebeur, Parool, 9 april 2016, Haal moeders van hun voetstuk af. Zie: <https://www.parool.nl/nieuws/hoogleraar-vaderschap-renske-keizer-haal-moeders-van-hun-voetstuk-af~b85dfaa9/>. Geraadpleegd op 24 augustus 2020.

⁵ Sophie van Cauwelaert, Sociaal.net, 18 februari 2020, Bijna elke verloskundige was ooit aanwezig bij een traumatische bevalling. Zie: <https://sociaal.net/achtergrond/obstetrisch-geweld/>. Geraadpleegd op 25 januari 2021.

tijdens de zwangerschap intensief betrokken zijn zich sterker met de rol van vader en blijven ook na de geboorte nauwer betrokken bij de opvoeding en zorg⁶ (Cabrera, 2008; Habib & Lancaster, 2006; Van Gorp, 2012).

Aandacht voor vaders in de geboortezorg zou dus potentieel kunnen bijdragen aan een meer gelijkwaardige verdeling van zorgtaken tussen mannen en vrouwen. Het merendeel van de Nederlandse ouders kiest nog altijd voor een traditionele rolverdeling; vrouwen spenderen meer tijd aan zorgtaken, mannen aan betaald werk (CBS & SCP, 2020). Vooral op het moment dat er kinderen worden geboren, zijn vrouwen en mannen geneigd te vervallen in stereotype rolpatronen (Endendijk, Derks & Mesman, 2018; Miller, 2011). Deze rolverdeling beperkt moeders in hun mogelijkheden om zich buiten het gezin te ontwikkelen, verkleint hun carrièrekansen en is één van de belangrijkste oorzaken van de inkomensongelijkheid tussen mannen en vrouwen (CPB, 2019). Mannen profiteren van deze ongelijke rolverdeling in de zin dat ze meer vrijheden en betere carrièrekansen genieten. Tegelijkertijd willen veel mannen op een gelijkwaardige manier delen in de zorg voor hun kinderen (CBS & SCP, 2020). Mannen die ervoor kiezen om de zorg voor hun kinderen prioriteit te geven, stuiten echter op vooroordelen en institutionele belemmeringen. Zij krijgen te maken met onbegrip van werkgevers (Van Breeschoten, 2019) en worden vaak gezien als minder mannelijk (Croft, Schmader & Block, 2015; Doucet, 2006).

Bij het instandhouden van de ongelijke rolverdeling tussen mannen en vrouwen spelen ook wet- en regelgeving een rol. Zo wordt het Nederlandse kinderopvangstelsel door veel ouders ervaren als te duur, complex en ontoegankelijk, wat de arbeidsparticipatie van vrouwen negatief beïnvloedt (Roeters & Bucx, 2018). Tevens kent Nederland nog altijd een beperkte verlofregeling voor vaders.⁷ Het stimuleren van betrokkenheid van vaders bij de zorg voor hun kinderen vraagt zodoende om veranderingen op meerdere niveaus van de samenleving (Rutgers, 2019).

Eén van die niveaus is de zorg. Zorginstanties en de professionals die hier werkzaam zijn zouden een rol kunnen spelen in het stimuleren van betrokken vaderschap, door hen actief te

⁶ Hiermee wil ik niet beweren dat kinderen alleen gelukkig op kunnen groeien in een gezin waarin zowel een vader als moeder aanwezig is. Zo laat onderzoek zien dat kinderen uit homoseksuele gezinnen even gelukkig opgroeien als kinderen uit heteroseksuele gezinnen (Bos, Kuiper & Gartrell, 2018). Ook de ontwikkeling van kinderen van alleenstaande moeders doet niet onder voor die van kinderen die opgroeien in een gezin met een vader en moeder (Brewaeys & Bos, 2018). Als in een gezin echter zowel een vader als moeder aanwezig is, dan maakt het een positief verschil als beide zorgtaken op zich nemen (Hoogeveen, 2018).

⁷ Weliswaar heeft de Wet Invoering Extra Geboorteverlof (WIEG) ervoor gezorgd dat Nederlandse mannen sinds 1 juli 2020 recht hebben op maximaal 5 weken geboorteverlof, ze hebben echter nog altijd recht op minder verlof dan vrouwen en krijgen bovendien maar 70% van hun loon doorbetaald. Zie: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geboorteverlof-en-partnerverlof/geboorteverlof-voor-partners>. Geraadpleegd op 25 januari 2021.

betrekken in een zo vroeg mogelijk stadium (Rutgers, 2019; Van Gorp, 2012; WHO, 2007). De geboortezorg leent zich hier mogelijk bij uitstek voor, omdat een groot deel van de aanstaande vaders tijdens de zwangerschap aanwezig is bij afspraken met de verloskundige, terwijl dat bij kindgerelateerde afspraken na de geboorte veel minder vaak het geval is (Deave & Johnson, 2008; Rominov et al., 2017). Ethici Heather Draper en Jonathan Ives (2013) plaatsen een kanttekening bij deze veronderstelling, door te beargumenteren dat het betrekken van vaders bij de geboortezorg zou kunnen leiden tot ongewenste medicalisering van de transitie naar het vaderschap. De medische context van de geboortezorg is volgens hen dan ook niet noodzakelijkerwijs de aangewezen setting om betrokken vaderschap te stimuleren.

In het kader van de hierboven beschreven ervaringen en wensen van aanstaande ouders en de potentiële voordelen van vaderbetrokkenheid is het waardevol om nader te onderzoeken wat de mogelijkheid en wenselijkheid is van vaderinclusieve geboortezorg en welke rol verloskundigen hierin zouden kunnen spelen.

1.3 Wetenschappelijke probleemstelling

Vaderschap heeft de laatste jaren niet alleen meer maatschappelijke, maar ook meer wetenschappelijke aandacht gekregen (WHO, 2007). Uit de maatschappelijke probleemstelling kwam naar voren dat uit onderzoek naar de ervaringen van vaders met de geboortezorg blijkt dat vaders zich regelmatig uitgesloten voelen door zorgprofessionals (Steen et al., 2012; Widarsson et al., 2015; Xue, Shorey, Wang & He, 2018). Onderzoek naar vaderbetrokkenheid in de geboortezorg vanuit het perspectief van de zorgprofessionals is echter dun gezaaid (Mander, 2004; Rominov et al., 2017).

Uit Australisch onderzoek (Rominov et al., 2017) blijkt dat het merendeel van de verloskundigen het werken met vaders een cruciaal onderdeel van het werk vindt, omdat vaders volgens hen een belangrijke ondersteunende rol kunnen spelen tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamtijd. De verloskundigen gaven echter aan dat onder meer gebrek aan tijd, financiering en opleiding hen beperken in hun mogelijkheden om vaders actief te betrekken. Uit Brits onderzoek naar de visie van verloskundigen op de betrokkenheid van vaders bij prenatale screeningen blijkt dat verloskundigen worstelen met de toegenomen betrokkenheid van vaders bij deze screeningen, omdat deze soms op gespannen voet staat met de autonomie van vrouwen (Reed, 2009). De wens zorg vaderinclusief te maken kan

zorgprofessionals voor lastige situaties stellen; enerzijds worden zij geacht vaders te verwelkomen en actief te betrekken, anderzijds kan het voorkomen dat vrouwen beschermd moeten worden tegen een partner die dominant en controlerend is, of zelfs gewelddadig (Draper & Ives, 2013). Wanneer partners altijd aanwezig zijn bij een consult kan het moeilijker zijn om huiselijk geweld bespreekbaar te maken, en vrouwen te beschermen tegen gewelddadige partners (Bacchus, Mezey & Bewley, 2002).

De hierboven genoemde onderzoeken bieden waardevolle inzichten in de ideeën over en ervaringen van verloskundigen met betrekking tot het werken met vaders, waarbij er ook enige aandacht is voor de organisatorische aspecten die het werk van de verloskundige beïnvloeden. Er wordt echter slechts in beperkte mate een koppeling gemaakt met de bredere politiek-maatschappelijke context waarin de verloskundige zorgpraktijk is ingebed. Tevens is het onderzoek van Rominov et al. (2017) gericht op de Australische geboortezorg; voor zover mij bekend is er geen gelijksoortig onderzoek gedaan in de context van de Nederlandse geboortezorg.

Doordat de zorgethiek zich richt op de geleefde ervaring, zorgpraktijken en de maatschappelijke en politieke context waarin deze zijn ingebed (Leget, Van Nistelrooij & Visse, 2017) leent een zorgethische benadering zich om vaderbetrokkenheid in de geboortezorg vanuit een breed perspectief te bestuderen. Daarbij gaat de zorgethiek uit van een relationeel mensbeeld; de mens wordt benaderd als een relationeel wezen, dat alleen in onderlinge verbondenheid met en afhankelijkheid van anderen kan bestaan (Engster & Hamington, 2015). Dit relationele perspectief kan behulpzaam zijn om op een kritische manier naar de hedendaagse geboortezorg te kijken, zoals het onderzoek van Van Nistelrooij en Van der Waal (2019) laat zien. Zij beargumenteren dat in de geboortezorg vaak oppositioneel wordt gedacht; de belangen van het kind worden tegenover de belangen van de moeder geplaatst. Van Nistelrooij en Van der Waal stellen hier een relationele benadering voor in de plaats, waarin de fundamentele verwevenheid van moeder en kind centraal staat. Aansluitend bij deze visie zal ik vaderbetrokkenheid in de geboortezorg onderzoeken vanuit een zorgethisch relationeel perspectief. Vanuit dit perspectief kan de verbondenheid van ouders en kind in beeld worden gebracht, evenals de institutionele en politiek-maatschappelijke context waarin de zorg voor het jonge gezin is ingebed. De verloskundige opereert in deze complexe context, waarin verschillende belangen met elkaar verstrengeld zijn en soms op spanningsvolle voet met elkaar staan.

Empirisch onderzoek naar vaderschap kan op zijn beurt de zorgethische theorie verrijken,

waarin tot op heden weinig aandacht is voor mannelijkheid en vaderschap (Elliot, 2016; Hankivsky, 2014; Jordan, 2020; Robinson, 2011). Over het algemeen geldt dat het aantal onderzoeken naar de rol van zorg in het leven van mannen gering is (Hanlon, 2012; Robb, 2019). Binnen de mannenstudies ligt de nadruk op het deconstrueren van mannelijke dominantie in de publieke sfeer, en minder op de rol van mannen in de private sfeer (Hanlon, 2012). Ook is er weinig onderzoek gedaan naar de wijze waarop zorgprofessionals mannelijkheid conceptualiseren en hoe dit hun relatie met aanstaande vaders beïnvloedt (Dolan & Coe, 2011). Onderzoek naar vaderschap zou de zorgethiek op dit punt kunnen aanvullen en meer inzicht kunnen geven in de complexe relatie tussen zorg en gender (Elliot, 2016; Jordan, 2020)

1.4 Vraagstelling

Uit de probleemstelling volgt onderstaande vraagstelling:

Welke discoursen met betrekking tot vaderschap manifesteren zich in het spreken van verloskundigen over het werken met vaders en wat levert een analyse van deze discoursen in relatie tot de zorgethische conceptualisering van vaderschap op voor het denken over goede zorg voor vaders vanuit een zorgethisch perspectief?

Deze vraag wordt beantwoord met behulp van onderstaande deelvragen:

- Welke inzichten met betrekking tot vaderschap kunnen worden ontleend aan de zorgethisch relevante literatuur?
- Welke discoursen met betrekking tot vaderschap manifesteren zich in het spreken van verloskundigen over het werken met vaders?
- Hoe verhouden deze discoursen zich tot zorgethische visies op vaderschap en vice versa?
- Wat levert deze analyse op voor het denken over goede zorg voor vaders vanuit een zorgethisch perspectief?

1.5 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is het verkrijgen van inzichten in de vaderschapsdiscoursen die een rol spelen in de context van de verloskundige praktijk, en de wijze waarop deze het werk van de verloskundige en diens relatie met aanstaande vaders beïnvloeden in samenspel met andere tendensen binnen de geboortezorg, zoals de in de maatschappelijke probleemstelling genoemde medicalisering en neoliberalisering. Deze inzichten bieden aanknopingspunten om de zorg voor vaders en hun partners te verbeteren. Door te onderzoeken hoe deze discoursen zich verhouden tot zorgethische perspectieven op vaderschap wordt beoogd een bijdrage te leveren aan het denken over vaderschap en goede geboortezorg vanuit een zorgethisch perspectief.

2 THEORETISCH KADER

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van een literatuurstudie een antwoord geformuleerd op de eerste deelvraag: Welke inzichten met betrekking tot vaderschap kunnen worden ontleend aan de zorgethisch relevante literatuur? Om deze vraag te beantwoorden wordt uiteengezet wat er binnen de zorgethische en zorgethisch relevante literatuur geschreven is over de relatie tussen zorg en mannelijkheid (§2.1) en over vaderschap (§2.2). Tevens wordt aandacht besteed aan empirische onderzoeken naar vaderschap, omdat deze een nieuw licht kunnen schijnen op wat er in de zorgethische literatuur is geschreven over dit onderwerp. Tot slot wordt een aantal zorgethische noties beschreven in relatie tot de geboortezorg en in het bijzonder de positie van vaders in deze zorgpraktijk (§2.3). Op basis van deze literatuurstudie zijn *sensitizing concepts* geformuleerd, die richting geven aan het empirisch onderzoek (§2.4).

2.1 De relatie tussen mannelijkheid en zorg

Zorgen wordt nog altijd sterk geassocieerd met vrouwen en vrouwelijkheid. Wereldwijd verrichten vrouwen het merendeel van het betaalde en onbetaalde zorgwerk (International Labour Organization, 2018). Om te begrijpen waarom dit zo is, is het belangrijk meer inzicht te krijgen in de relatie tussen zorg en gender (Robinson, 2011; Tronto, 2013).

2.1.1 Zorg en gender in de zorgethiek

De symbolische relatie tussen zorg en vrouwelijkheid en de reële ongelijkheden die hiervan het gevolg zijn, zijn een belangrijk thema binnen de zorgethiek (Jordan, 2018). De zorgethiek ontwikkelt zich in de jaren tachtig van de vorige eeuw uit het werk van Amerikaanse feministische denkers, zoals Carol Gilligan, Sara Ruddick en Nel Noddings (Engster & Hamington, 2015). Het onderwerp zorg kreeg voor die tijd weinig aandacht in de door mannen gedomineerde academische wereld. Zorgethici zetten in hun theoretische werk juist zorgpraktijken en de daarmee verbonden waarden centraal (Van Heijst, 2008). Daarmee komt als vanzelf de ervaring van vrouwen in beeld. Zo stelt Noddings (2002) dat een onderzoek naar zorgethiek moet beginnen bij de ervaringen van vrouwen. Dat betekent niet dat een zorgethische attitude niet kan worden aangetroffen bij mannen. Het is echter aannemelijk dat

mensen die zorgen eerder een morele oriëntatie zullen ontwikkelen die zich laat beschrijven als zorgethiek. Aangezien vrouwen nog altijd het meeste zorgwerk verrichten, is het volgens Noddings (2002) dan ook evident dat een onderzoek naar zorg bij hen begint.

In de jaren 90 van de vorige eeuw zorgt het werk van politicoloog Joan Tronto voor een ‘politieke wending’ in de zorgethiek. Tronto stelt dat zorgrelaties altijd ook over relaties van (on)gelijkheid gaan (Van Heijst, 2008). Hoewel Tronto in haar werk ook aandacht heeft voor ongelijkheid op basis van ras en klasse, speelt ongelijkheid op basis van gender in haar werk een centrale rol. Tronto deconstrueert in haar werk de relatie tussen vrouwelijkheid en zorgzaamheid. Omdat deze relatie zo diepgeworteld is in ons denken lijkt deze universeel en tijdloos. Aan de hand van een historische analyse laat Tronto echter zien dat deze relatie pas eind achttiende eeuw gemeengoed werd in de Westerse samenleving, toen onder invloed van de industriële revolutie de productieorganisatie veranderde en er een arbeidsmarkt ontstond. Het werd gangbaar dat mannen het huis verlieten om betaalde arbeid te verrichten, terwijl vrouwen thuisbleven om het huishouden te bestieren. Hierdoor ontstond een scheiding tussen de private en publieke sfeer, verbonden aan gender. De vanzelfsprekende associatie van vrouwelijkheid met zorg is dus geen biologische realiteit maar een sociale constructie, die gerelateerd is aan het onderscheid tussen de publieke en private sfeer en een belangrijke rol speelt in het ondermijnen van zowel de positie van vrouwen als de positie van zorg in de samenleving (Robinson, 2011; Tronto, 1993; 2013).

De vermeende relatie tussen vrouwelijkheid en zorg wordt ondersteund door zowel biologische, psychologische als filosofische theorieën. Vooral de biologische claim dat vrouwen van nature zorgzamer zouden zijn omdat zij beschikken over het vermogen om zwanger te worden, te baren en te borstvoeden, is breed geaccepteerd in de Westerse cultuur (Tronto, 2013). Uit onderzoek van de Canadese socioloog Andrea Doucet (2018) blijkt dat deze gedachte nog springlevend is. Een groot deel van de ouders die Doucet interviewde waren ervan overtuigd dat vaders en moeders anders voor hun kinderen zorgen en dat deze verschillen herleidbaar zijn tot fysieke verschillen. Vooral vaders lijken te geloven dat moeders een sterkere emotionele band hebben met hun kinderen, omdat zij hen gedragen, gebaard en gezoogd hebben. Deze opvatting komt ook terug in het onderzoek van socioloog Niall Hanlon (2012). Hanlon interviewde Ierse mannen over de rol van zorg in hun leven. Hoewel veel van de mannen die hij sprak ervan overtuigd waren dat ook mannen goed kunnen zorgen, overheerste het idee dat vrouwen van nature zorgzamer zijn dan mannen. Met

name de zorg voor zuigelingen werd door veel van de mannen gezien als een taak waarvoor vrouwen geschikter zouden zijn. Ook Doucet (2009) stelt dat vooral in de beginfase van het ouderschap de biologische en sociale verschillen tussen mannen en vrouwen worden uitvergroot. Zorgethicus Sara Ruddick (1995) beargumenteert dat we de zorg voor kinderen pas kunnen gaan zien als een genderneutrale praktijk, als we deze loskoppelen van de zwangerschap en geboorte. Alvorens in hoofdstuk twee uitgebreider in te gaan op Ruddicks theorie, wordt eerst stilgestaan bij de rol van zorg in de conceptualisering van mannelijkheid, zoals beschreven in de zorgethische literatuur.

2.1.2 Een zorgethisch perspectief op de relatie tussen mannelijkheid en zorg

Er is binnen de zorgethiek weinig geschreven over de relatie tussen mannelijkheid en zorg (Elliot, 2016; Jordan, 2020; Robinson, 2011). Zorgethici Tronto en Robinson besteden in hun werk wel expliciet aandacht hieraan. Beide maken daarbij gebruik van het concept ‘hegemonistische masculiniteit’, dat zij ontleen aan de Australische socioloog Raewyn Connell. Connell (2005) onderscheidt verschillende vormen van mannelijkheid die zich tot elkaar verhouden in een hiërarchisch systeem, volgens relaties van hegemonie, onderdrukking, marginalisering en medeplichtigheid. De configuratie van deze relaties is aan verandering onderhevig en kan per cultuur en tijdperk verschillen. Aan de top van dit systeem staat wat Connell (2005) de hegemonistische masculiniteit noemt. Dit is de vorm van mannelijkheid die dominant is in een cultuur en voorschrijft hoe mannen zich zouden moeten gedragen. Het is het mannelijke ideaal dat overheerst in de media en domineert in instituties als het bedrijfsleven of de politiek (Connell, 2005).

In haar boek *Caring Democracy* laat Tronto (2013) zien hoe het ideaal van hegemonistische masculiniteit mannen in de Westerse cultuur ontslaat van zorgverantwoordelijkheden. Dat betekent niet dat mannelijkheid en zorg tegengestelde concepten zijn. Hegemonistische masculiniteit includeert bepaalde aspecten van zorg, terwijl andere worden uitgesloten (Jordan, 2018). Tronto (2013) beschrijft zorg als een proces bestaande uit vijf afzonderlijke, maar onderling verbonden fasen: *caring about* (het signaleren van zorgbehoeften); *caring for* (verantwoordelijkheid nemen voor deze behoeften); *care giving* (het fysieke zorgwerk dat nodig is om te voorzien in de vastgestelde zorgbehoeften); *care receiving* (evalueren of de zorgbehoeften adequaat beantwoord zijn) en tot slot *caring with* (gezamenlijk nadenken over een rechtvaardige distributie van zorgverantwoordelijkheden in de samenleving) (Tronto,

2013).

Volgens Tronto (2013) worden mannen doorgaans vrijgesteld van de meer intieme en fysieke vormen van zorg die onder de fase van *care giving* vallen. Zij bevinden zich in wat Tronto een positie van geprivilegieerde onverantwoordelijkheid noemt; zij worden gevrijwaard van basale zorgverantwoordelijkheden doordat ze andere vormen van werk verrichten waaraan een hogere status wordt toegekend (Tronto, 2013). De werkzaamheden waar Tronto op doelt betreffen civiele bescherming⁸ en betaalde arbeid. De activiteiten die hieronder vallen hebben met name betrekking op de eerste twee fasen van het zorgproces: *caring about* en *caring for*. Deze activiteiten worden vaak niet als zorg herkend omdat ze meer afstandelijk zijn en betrekking hebben op het publieke domein (Tronto, 2013).

Vooraf de sociale verwachting dat mannen kostwinner zijn voor hun gezin speelt nog steeds een rol (Croft, Schmader & Block, 2015; Vink, 2020). Deelname aan de arbeidsmarkt geeft mannen een ‘vrijstelling’ voor de zorgtaken die zich afspelen in de private sfeer, waaronder de zorg voor kinderen. Hoewel dit kostwinnersmodel voor veel huishoudens inmiddels geen realiteit meer is, is dit maatschappelijk en institutioneel stevig verankerd. Het sluit aan bij de neoliberale werkethiek, doordat het burgers eerst en vooral definieert als arbeidskrachten. Dit gaat samen met het idealiseren van autonomie en een afkeer van afhankelijkheid, wat leidt tot het marginaliseren van mensen die worden gezien als afhankelijk, zoals zieken, ouderen, kinderen en mensen zonder betaalde baan (Tronto, 2013).

Er bestaat volgens Tronto (2013) dus een relatie tussen de conceptualisering van mannelijkheid, neoliberale ideologieën, het onderscheid tussen publiek en privaat, de nadruk op autonomie en de angst voor afhankelijkheid. In samenspel met elkaar functioneren deze concepten om zorg te feminiseren en privatiseren (Tronto, 2013). Door de associatie met de private sfeer wordt zorg ondergewaardeerd en gereduceerd tot een probleem van individuen, in plaats van gezien te worden als een publieke zaak. Als gevolg hiervan worden vrouwen nog steeds onevenredig belast met zorgverantwoordelijkheden (Tronto, 1993).

Ook zorgethicus Fiona Robinson beargumenteert dat de devaluering en feminisering van zorg zijn gerelateerd aan de norm van economische zelfstandigheid. Net als Tronto pleit Robinson voor een radicale herziening van de dichotomie tussen het private en het publieke domein en in het bijzonder van de opvatting dat zorg er alleen toe doet in de privésfeer. Robinson (2015) vindt dat hier onvoldoende aandacht voor is binnen het *mainstream* feminisme, dat volgens

⁸ Civiele bescherming omvat het werk van militairen, agenten en brandweermannen (Tronto, 2013).

haar te veel gericht is op het bevorderen van de participatie van vrouwen op de arbeidsmarkt. Dit draagt volgens Robinson (2015) bij aan het ondergeschikt maken van het private zorgdomein aan het publieke domein van arbeid. Noddings (2002) stelt dat wanneer we zorg de standaard maken waaraan een succesvol leven wordt afgemeten, we moeten concluderen dat het probleem niet de beperkte arbeidsparticipatie van vrouwen is, maar het feit dat mannen onvoldoende worden aangemoedigd om die vaardigheden en kwaliteiten te ontwikkelen die centraal staan in de privésfeer (Noddings, 2002).

2.2 Perspectieven op vaderschap

Uit voorgaande paragraaf kwam naar voren dat mannelijkheid en zorg zich op een complexe manier tot elkaar verhouden. In deze paragraaf wordt onderzocht hoe dit zich manifesteert in de zorg van mannen voor kinderen. Er wordt aandacht besteed aan wat er in de zorgethische literatuur is geschreven over vaderschap. Deze zorgethische inzichten worden gepositioneerd binnen de bredere maatschappelijke en wetenschappelijke discussie over vaderschap. Daarnaast wordt geput uit sociologisch, filosofisch en psychologisch onderzoek, dat expliciet dan wel impliciet de dialoog aangaat met zorgethische inzichten.

2.2.1 Moederende mannen

Ruddick (2002) heeft in haar werk aandacht voor de wijze waarop het eerder besproken onderscheid tussen publiek en privaat doorwerkt in opvattingen over moederschap en vaderschap. Zij beschrijft moederschap als een praktijk (*mothering*), die specifieke manieren van denken voortbrengt en waaraan bepaalde vereisten verbonden zijn, namelijk bescherming, groei en sociale acceptatie. Een moeder is iemand die zich committeert aan deze vereisten. Het vermogen om te moederen is niet verbonden aan het vermogen om te baren. Ruddick beschouwt geboortewerk en moederwerk als afzonderlijke praktijken met elk hun eigen vereisten. Hieruit volgt dat alle moeders adoptief zijn; zij kiezen ervoor om zich toe te wijden aan de maternale praktijk. Ruddick koppelt hiermee moederen los van biologie. De kanttekening die Ruddick (2002) hierbij plaatst is dat we niet moeten ontkennen dat vooralsnog alleen vrouwen in staat zijn tot het dragen en baren van een kind. Het idee van een genderloze geboorte is volgens haar een uitwas van het technologische denken dat het lichaam, en in het bijzonder het vrouwelijke lichaam, veronachtzaamt en er op uit is dit lichaam te controleren. Tegelijkertijd stelt Ruddick (1997) dat een visie op geboortelijkheid

(*nativity*) zowel aandacht moet hebben voor de mannelijke als vrouwelijke reproductieve ervaringen en verlangens. Zij pleit voor een rijker begrip van het reproductieve vermogen van mannelijke lichamen. Dit zou er volgens haar aan kunnen bijdragen dat mannen de relatie met hun kinderen als meer vanzelfsprekend gaan ervaren.

Waar geboortewerk voorbehouden is aan vrouwen, kan moederwerk ook door mannen worden verricht. In de praktijk zijn het echter meestal vrouwen die moederen. Mannen nemen volgens Ruddick (2002) in de meeste culturen de rol van Vader aan. Door Vader met een hoofdletter V te schrijven, benadrukt zij dat Vaders niet de mannelijke tegenhangers van moeders zijn. Vaderschap is volgens Ruddick (1997;2002) geen praktijk die wordt geleid door de behoeften van kinderen, maar een rol gebaseerd op culturele eisen. Van Vaders wordt verwacht dat zij hun gezin financieel ondersteunen en beschermen tegen externe bedreigingen, en dat zij hun kinderen voorbereiden op hun rol in de publieke wereld. Ruddick (1997) stelt dat de nadruk op afstandelijkheid in het ideaal van Vaderschap ertoe leidt dat het zorgwerk dat vaders verrichten onzichtbaar blijft. Daarnaast is de focus op bescherming en autoriteit volgens haar verbonden met machtsmisbruik en huiselijk geweld door Vaders. Zij pleit er daarom voor om Vaderschap als onderscheidende identiteit los te laten en in plaats daarvan te spreken over moederen als het gaat over de zorg voor kinderen.

Door vast te houden aan het maternale vocabulair wil Ruddick (1997) recht doen aan het feit dat het nog altijd vooral vrouwen zijn die moederen. Wanneer we kiezen voor neutrale termen, zoals ouderschap, miskennen we volgens haar de nog altijd bestaande ongelijkheden tussen mannen en vrouwen. Daarnaast wil zij de angst van mannen om zich te identificeren met het vrouwelijke adresseren. Volgens Ruddick is deze angst een drijvende kracht achter het verlangen vrouwen en alles dat vrouwelijk is te domineren.

2.2.2 Een impasse in de discussie over vaderschap

Doucet (2008) stelt dat Ruddicks voorstel om te spreken over moederen wanneer het gaat over de zorg voor kinderen geworteld is in gelijkheidsfeminisme. Martin Robb (2019), verbonden aan de open universiteit van het Verenigd Koninkrijk en gespecialiseerd in onderzoek naar vaderschap en zorgzame mannelijkheden, noemt dit ook wel de progressieve of egalitaire benadering van vaderschap. Deze benadering is gebaseerd op het idee dat gender sociaal geconstrueerd is. De traditionele rolverdeling in gezinnen wordt binnen deze visie gezien als een sociale conventie, die hervormd kan en moet worden met het oog op een rechtvaardige samenleving (Doucet, 2008; Robb, 2019).

Robb (2019) contrasteert de egalitaire benadering met wat hij het conservatieve of traditionalistische perspectief op ouderschap noemt. Dit perspectief is gebaseerd op een essentialistische opvatting van gender, die uitgaat van het bestaan van radicale en onveranderlijke verschillen tussen mannen en vrouwen. Op basis van deze vermeende verschillen wordt beargumenteerd dat vaders een unieke rol spelen in de opvoeding van hun kinderen, die onvergelijkbaar is met en complementair aan de rol van moeders. Dit perspectief kent verschillende uitdrukkingsvormen; van meer vooruitstrevende varianten die pleiten voor betrokken en zorgzaam vaderschap, tot conservatieve pleidooien voor een terugkeer naar het traditionele kostwinnersmodel.

Een gematigde variant van de conservatieve opvatting vinden we bijvoorbeeld terug in het werk van de Nederlandse filosoof Joachim Duyndam (2007). Net als Ruddick spreekt Duyndam over adoptie, maar waar Ruddick stelt dat ouderschap per definitie adoptief is beargumenteert Duyndam dat adoptie tot de essentie van vaderschap behoort. Hij stelt dat waar moeders aan de zwangerschap een vanzelfsprekende band met hun kinderen ontleen, vaders actief een relatie met hun kind tot stand moeten brengen door hen te adopteren. Duyndam beschouwt adoptie als een existentiële daad, waarbij vaders een kind verkiezen als zijnde hun kind. Met deze daad erkennen zij de uniciteit en onvervangbaarheid van hun kind. Vaders onderscheiden zich volgens Duyndam van moeders door deze bepalende rol in de identiteitsvorming van hun kind. Hoewel ook moeders volgens hem een rol spelen in dit proces, is dit wel een andersoortige rol. Duyndam pleit voor het erkennen van deze verschillende rollen. Het forceren van gelijkheid is volgens hem niet wenselijk, ook niet vanuit een emancipatoir perspectief (Duyndam, 2007).

Het denken over vaderschap wordt volgens Robb (2019) gedomineerd door de tegenstelling tussen het egalitaire en het traditionalistische perspectief. De zwakte van het traditionalistische perspectief is volgens hem dat dit geen aandacht heeft voor mannelijkheid als sociaal construct. Binnen dit perspectief wordt de nadruk gelegd op het belang van mannelijke rolmodellen voor opgroeiende jongens, er is echter geen aandacht voor de problematische rol die hegemonistische masculiniteit kan spelen in de relatie tussen mannen en kinderen. Binnen het egalitaire perspectief is hier volgens hem wel aandacht voor, maar ontbreekt een visie op seksuele differentie en gender complementariteit. Hierdoor is er binnen het egalitaire perspectief geen ruimte voor het onderscheiden van een unieke rol voor vaders in de opvoeding van hun kinderen. Robb (2019) pleit voor het ontwikkelen van nieuwe

perspectieven op vaderschap die de sterke punten van het traditionalistische en het egalitaire perspectief in zich verenigen en hun zwaktes overstijgen. Hieronder passeren een aantal van deze perspectieven de revue.

2.2.3 Voorbij de impasse

Doucet (2008) verbindt in haar werk het progressieve en het traditionalistische perspectief met elkaar. Dit doet zij door aandacht te hebben voor genderverschillen, zonder te vervallen in essentialisme en met inachtneming van de nog altijd kwetsbare positie van vrouwen en moeders. Doucet (2008) heeft onderzocht hoe vaders zich verhouden tot de door Ruddick geformuleerde maternale vereisten. Haar onderzoek laat zien dat er veel overeenkomsten zijn in de wijze waarop mannen en vrouwen invulling geven aan het ouderschap. Tegelijkertijd constateert zij dat vaders zich in veel gevallen expliciet proberen te onderscheiden van moeders door de mannelijke kwaliteiten van hun zorg te onderstrepen, bijvoorbeeld wanneer ze benadrukken dat ze vaker buiten spelen met hun kinderen of op een meer praktische manier reageren op de emotionele problemen van hun kroost. Hieruit blijkt volgens Doucet (2008) dat hegemonistische masculiniteit een rol speelt in hoe mannen het vaderschap vormgeven. Mannen die zich begeven op traditioneel vrouwelijke domeinen worden vaak gezien als niet mannelijk, en vertonen compensatiegedrag om deze verdenking van zich af te werpen. Doucet (2008) noemt als voorbeeld de klussende huisvader; door te doe-het-zelfen benadrukken vaders hun mannelijke identiteit in een context die traditioneel als vrouwelijk wordt beschouwd.

Doucet (2008) is het met Ruddick eens dat er geen strikt onderscheiden paternale en maternale rollen bestaan of zouden moeten bestaan. Tegelijkertijd moet zij op basis van haar onderzoek concluderen dat mannen niet moederen, omdat maatschappelijke verwachtingen leiden tot verschillen in de manieren waarop vaders en moeders zorgen voor hun kinderen. Zij pleit er daarom voor om niet langer de vraag te stellen of mannen moederen, maar in plaats daarvan te onderzoeken hoe vaders invulling geven aan hun ouderlijke verantwoordelijkheden en hoe zij hiermee de praktijk van het vaderen en opvattingen over mannelijkheid opnieuw vormgeven.

Een ander theoretisch perspectief dat de oppositie tussen biologisch essentialisme en sociaal constructivisme overstijgt focust zich op lichamelijke en het belichaamde karakter van zorg (Robb, 2019). Zorgeticus Maurice Hamington (2002) beargumenteert dat belichaamde zorg een cruciale rol speelt in de transformatie van het vaderschap. Hij stelt dat ons lichaam

de basis vormt voor ons vermogen om relaties aan te gaan met en zorg te dragen voor anderen. Het socialisatieproces van mannen laat volgens Hamington (2002) doorgaans weinig ruimte om dit vermogen te ontwikkelen, doordat de traditionele rolverdeling in gezinnen de fysieke interacties tussen mannen en kinderen beperkt. Hedendaagse ontwikkelingen die betrokken vaderschap stimuleren, scheppen volgens Hamington (2002) mogelijkheden voor vaders om te participeren in de fysieke zorg voor hun kinderen. Dit kan bijdragen aan de ontwikkeling van een zorgzame morele oriëntatie bij zowel vaders als kinderen. Het biedt kinderen mogelijkheden om het lichaam van hun vader te leren kennen als toegankelijk en zorgzaam, en vaders om hun fysieke vermogen tot relationele afstemming te ontwikkelen. Deze ontwikkeling kan volgens Hamington (2002) de exclusieve verbinding tussen moederschap en zorg doorbreken.

Ook de Canadese socioloog Gillian Ranson (2015) stelt dat de fysieke zorg voor kinderen vaders kan veranderen en een sleutelrol kan spelen in het bewerkstelligen van meer gelijkwaardigheid tussen mannen en vrouwen. Ranson (2015) observeerde en interviewde Canadese vaders die verlof hadden opgenomen om gedurende een langere periode te zorgen voor hun kinderen in zuigelingenleeftijd. Hierbij had zij aandacht voor het fysieke kapitaal dat vaders meebrengen in de zorg voor hun kinderen. Fysiek kapitaal, een term die Ranson ontleent aan de socioloog Pierre Bourdieu, heeft betrekking op de vermogens waarover een lichaam beschikt en de potentie die uit deze vermogens voortvloeit. Zwangerschap, geboorte en borstvoeding zijn onderdeel van het fysieke kapitaal dat moeders meebrengen in de zorg voor hun kinderen. Vaders brengen fysiek kapitaal van een andere aard in. Zo rapporteerde een aantal van de vaders die Ranson (2015) sprak dat hun kindje wel op hun borst in slaap viel, maar niet op de borst van hun moeder, omdat ze deze associeerden met gevoed worden. Ook verschillen in lichaamsbouw kunnen verschil maken. Vaak hebben mannen bijvoorbeeld grotere handen, waardoor zij hun kind op een andere manier vasthouden (Ranson, 2015). Wanneer vaders leren voor hun kinderen te zorgen, dan heeft dit volgens Ranson (2015) invloed op de wijze waarop zij invulling geven aan het vaderschap. De vaders die zij volgde ontwikkelden een sterke emotionele band met hun kinderen, doordat zij de dagelijkse, fysieke zorg voor hen op zich namen. Ook waren de vaders zich er meer van bewust geworden dat zorgen een vorm van werk is, waardoor hun waardering voor zorgwerk was toegenomen. Deze verandering in bewustzijn veranderde in veel gevallen de houding van de mannen ten opzichte van betaald werk en zorgde ervoor dat zij meer prioriteit gaven aan hun gezin. Deze bevindingen onderschrijven de theorie van Hamington (2002); de zorg voor jonge kinderen lijkt inderdaad te leiden tot veranderingen bij mannen op zowel lichamelijk, emotioneel als

cognitief niveau. Volgens Ranson (2015) kan toenemende betrokkenheid van vaders langzaam maar gestaag leiden tot verschuivingen in de bestaande genderstructuren, wat uiteindelijk kan bijdragen aan een meer gelijkwaardige samenleving.

Hamington (2002) en Ranson (2015) onderzoeken de rol van lichamelijke aanwezigheid in de rol van vaders met hun geboren kind, maar welke rol speelt lichamelijke aanwezigheid tijdens de zwangerschap? Hebben de verschillen in de lichamelijke situatie van mannen en vrouwen - zij draagt het kind, hij niet - gevolgen voor de wijze waarop zij zich verhouden tot hun ongeboren kind? Volgens filosoof Erik Jansson Boström (2016) maken deze verschillen wel degelijk verschil, maar dit betekent volgens hem niet dat vrouwen een meer intieme relatie hebben met hun ongeboren kind, zoals vaak verondersteld wordt.

Volgens Jansson Boström (2016) kenmerkt de relatie tot het ongeboren kind zich voor beide ouders door indirectheid en afstandelijkheid. Voor beide ouders is het kind verborgen, alhoewel deze verborgenheid zich voor beide ouders op een andere wijze manifesteert. In het geval van de moeder is het kind verborgen in haar lichaam, waardoor zij via haar eigen lichaam contact kan maken met het kind. De vader daarentegen heeft altijd het lichaam van de moeder nodig om fysiek contact te kunnen maken met zijn kind. Deze ogenschijnlijk ondergeschikte lichamelijke positie van vaders is volgens Jansson Boström (2016) echter niet van belang voor het vermogen van vaders om een relatie aan te gaan met hun ongeboren kind. Beide ouders kunnen met het kind communiceren middels fysieke aanraking, maar bijvoorbeeld ook door met en over het kind te praten, het kind koosnaampjes te geven en spulletjes voor het kind te kopen.

Hiermee benadrukt Jansson Boström (2016) enerzijds dat de zwangerschap meer is dan een fysiek proces, tegelijkertijd laat hij ruimte om na te denken over de rol van lichamelijke aanwezigheid. Zo beschrijft hij een moment waarop zijn vrouw hun ongeboren kindje niet meer voelde bewegen. Hij vertelt dat terwijl zijn vrouw het kind fysiek in beweging probeerde te brengen, bijvoorbeeld door haar buik aan te raken, hij contact probeerde te maken door met het kindje te communiceren:

And this, it might be added, was something that I could do better than my wife: I could put my face close to her belly and call his name. I could put my arms around her belly, that is, hold him and ask how he felt. (Jansson Boström, 2016, p. 147)

De verschillen in fysiek kapitaal tussen mannen en vrouwen maken dus verschil voor de wijze waarop mannen en vrouwen zich verbinden met hun ongeboren kind, maar betekenen niet dat mannen zich niet met hun ongeboren kind kunnen verbinden.

2.3 De positie van vaders in de geboortezorg

In de voorgaande paragrafen is stilgestaan bij de relatie tussen gender en zorg en de wijze waarop opvattingen over deze relatie doorwerken in maatschappelijke en wetenschappelijke discussies over vaderschap. In deze paragraaf wordt aandacht besteed aan de wijze waarop deze opvattingen doorwerken in de geboortezorg, en de verwachtingen en ervaringen van aanstaande vaders als mede het denken en doen van zorgprofessionals met betrekking tot vaders beïnvloeden.

2.3.1 Van wachtkamer naar verloskamer: de veranderende rol van vaders

Het krijgen van kinderen werd lange tijd gezien als een vrouwenzaak, en in sommige culturen is dit nog steeds het geval. Tijdens zwangerschap en bevalling werden vrouwen lange tijd bijgestaan door andere vrouwen uit de gemeenschap; familie, vrienden, burens en vroedvrouwen (Mander, 2004). Eind negentiende eeuw werd in de Westerse wereld de aanwezigheid van aanstaande vaders tijdens de bevalling gebruikelijker (Early, 2001; Walzer Leavitt, 2009). Als gevolg van industrialisatie en verstedelijking veranderde de structuur van gemeenschappen. Het gezin werd een steeds belangrijkere sociale eenheid en huwelijken tussen partners werden intiemer van aard (Walzer Leavitt, 2009). Bevallingen vonden in deze periode doorgaans plaats in de thuissituatie. Uit verslagen van vroedvrouwen weten we dat vaders vaak fungeerden als assistent tijdens de geboorte; ze kookten water, brachten schone doeken en stonden hun partner fysiek en emotioneel bij (Reed, 2005).

Met de medicalisering van de geboorte begin twintigste eeuw veranderde ook de rol van de aanstaande vader (Draper, 1997; Early, 2001; Reed, 2005; Walzer Leavitt, 2009). In deze periode nam wereldwijd het aantal ziekenhuisbevallingen toe. Tijdens de vroege ziekenhuisbevallingen hadden vrouwen geen inspraak met betrekking tot hun bevalling. De controle kwam bij medische professionals te liggen, met name bij gynaecologen. Vrouwen werden vaak onder volledige verdoving gebracht, waardoor ze niet bewust waren tijdens hun bevalling. Aanstaande vaders, noch andere familieleden en vrienden, mochten aanwezig zijn bij de bevalling. De verklaring die hiervoor werd gegeven is dat zij een potentiële bron van

infectie waren, en zodoende een risico vormden voor de barende vrouw (Walzer Leavitt, 2009). Volgens Reed (2005) was het weren van vaders niet zozeer een kwestie van gezondheid, als wel een kwestie van macht. Door zijn aanwezigheid zou de vader de machtsstructuren die ten grondslag lagen aan de ziekenhuisbevalling ondermijnen. Het verwijzen van mannen naar de wachtkamer was volgens Reed (2005) een manier om hun aanwezigheid te neutraliseren. Vaders zouden herinneren aan de subjectieve en sociale aard van de geboorte, die in de medische benadering van geboorte wordt ontkend. Bovendien vormde de aanwezigheid van de vader volgens Reed (2005) een bedreiging voor de masculiniteit en autoriteit van de arts.

In de jaren veertig en vijftig van de twintigste eeuw kwam er steeds meer kritiek op de gang van zaken tijdens ziekenhuisbevallingen, onder meer vanuit de natuurlijke geboortebeweging. Onder invloed van deze beweging kwam er meer aandacht voor het belang van emotionele bijstand tijdens de bevalling (Walzer Leavitt, 2009). Aansluitend bij de ideologie van de *nuclear family* werd gedacht dat deze steun het beste verleend kon worden door de aanstaande vader. Er werd verondersteld dat de aanwezigheid van vaders tijdens de zwangerschap en geboorte positief kon bijdragen aan het familieleven (Reed, 2005). Onder invloed van deze geluiden stonden steeds meer ziekenhuizen toe dat vaders aanwezig waren bij de bevalling. Vaak onder voorwaarde dat zij deelnamen aan een ‘geboorte klasje’, waarin zowel mannen als vrouwen werden voorbereid op de bevalling en de periode daarna (Walzer Leavitt, 2009). In de jaren tachtig wonnen deze klasjes aan populariteit. Zwangerschap en bevalling werden in toenemende mate gezien als een ervaring die door koppels wordt gedeeld (Early, 2001). Inmiddels is het heel gebruikelijk dat vaders betrokken zijn bij de zwangerschap van hun partner en ook aanwezig zijn tijdens de bevalling. Je zou zelfs kunnen stellen dat de aanwezigheid van vaders de norm is geworden, waardoor vaders die niet aanwezig kunnen of wensen te zijn met wantrouwen worden bekeken (Draper, 1997; Johnson, 2002b).

2.3.2 Medicalisering van de geboortezorg

Met het toelaten van vaders in de verloskamer, werd gehoor gegeven aan het pleidooi van de natuurlijke geboortebeweging voor meer aandacht voor de emotionele aspecten van zwangerschap en geboorte (Early, 2001; Reed, 2005). Ondanks deze ontwikkeling is er wereldwijd sprake van een voortschrijdende medicalisering van de geboortezorg (Den Draak, 2006). Alvorens in te gaan op de wijze waarop medicalisering vormgeeft aan de rol van

aanstaande vaders, zal ik kort stil staan bij de betekenis van medicalisering in de context van de geboortezorg.

Medicalisering verwijst in deze context naar het in toenemende mate begrijpen van zwangerschap en geboorte in medische termen, en als (potentieel) gezondheidsprobleem. Dit uit zich onder andere in meer controle tijdens de zwangerschap, het toenemende gebruik van prenatale diagnostiek, screening en echografie en een stijging van het aantal ziekenhuisbevallingen en medische ingrepen tijdens de bevalling (Den Draak, 2006). Het medische discours in de geboortezorg kenmerkt zich door een nadruk op de risico's van zwangerschap en bevalling, en een bijna heilig geloof in de mogelijkheden van technologie om deze risico's te controleren (Buitendijk, 2010).

Nederland week lange tijd af van de globale trend richting een gemedicaliseerde geboortezorg, maar dat tijdstip lijkt gekeerd te zijn (Christiaens, Nieuwenhuijze & De Vries, 2013). Het aantal ziekenhuisbevallingen in Nederland blijft toenemen. In 2019 beviel 72,7% van de Nederlandse vrouwen in het ziekenhuis onder begeleiding van een gynaecoloog en klinisch verloskundige, tegenover 63% in 2000 (Perined, 2020). Tevens ligt het aantal medische ingrepen tijdens de bevalling in Nederland hoog in verhouding tot andere hoge-inkomenslanden. In Nederland worden vrouwen vaker ingeleid en ingeknipt tijdens de bevalling dan in de meeste andere landen (Seijmonsbergen-Schermer et al., 2020). Tegelijkertijd beviel in 2019 nog altijd 12,7% van de Nederlandse vrouwen in de thuissituatie (Perined, 2020). Dit is nog steeds relatief hoog in vergelijking met andere landen (Christiaens, Nieuwenhuijze & De Vries, 2013).

Hoewel de ontwikkeling van bepaalde medische procedures en technologieën heeft geleid tot een afname van zowel de maternale als foetale sterfte, kent medicalisering ook een keerzijde. Overbodig medisch ingrijpen leidt tot onnodige kosten en brengt bovendien gezondheidsrisico's met zich mee (Buitendijk, 2010; Christiaens, Nieuwenhuijze & De Vries, 2013; Den Draak, 2006). Vrouwen die bevallen in een ziekenhuis hebben minder kans op een spontane bevalling en meer kans op medisch ingrijpen ten opzichte van vrouwen die thuis of in de eerste lijn bevallen (Scarf et al., 2018). Onnodige medische ingrepen kunnen leiden tot ongewenste bijwerkingen voor moeder en kind, zowel op lichamelijk als psychisch vlak. Bevallen in een ziekenhuis is dus niet per definitie veiliger, zoals vaak wordt gedacht. Daarnaast heeft medicalisering invloed op de wijze waarop vrouwen hun zwangerschap en bevalling beleven. Zwangerschap en bevalling zijn niet slechts fysiologische processen, maar

kennen ook een existentiële dimensie; het zijn levensveranderende gebeurtenissen (Buitendijk, 2010). Medicalisering sluit deze dimensie niet volledig uit; zeker in Nederland is er relatief veel aandacht voor de beleving rondom de geboorte. Wel zou je kunnen stellen dat ook in Nederland het medisch model dusdanig dominant is geworden dat andere vormen van betekenisgeving hierdoor steeds meer naar de achtergrond verdwijnen (masterscriptie Albers, 2016).

2.3.3 De invloed van medicalisering op vaders

In kritieken op de medicalisering van de geboorte staat begrijpelijkerwijs vaak de ervaring van vrouwen centraal. Medicalisering heeft echter ook invloed op de wijze waarop vaders de zwangerschap en bevalling beleven, evenals op de verwachtingen ten aanzien van zijn rol tijdens deze gebeurtenissen (Draper, 1997; Early, 2001). Hoewel de toegenomen betrokkenheid van vaders erkenning van de existentiële, sociale en emotionele facetten van zwangerschap en geboorte impliceert, worden deze facetten tegelijkertijd geïsoleerd en gemarginaliseerd door deze buiten het medische domein te plaatsen en tot verantwoordelijkheid van de partner te maken. Één van de argumenten om vaders toe te laten bij de geboorte, was dan ook dat zij de medische staf zouden kunnen ontlasten (Draper, 1997). Reed (2005) beargumenteert dat de aanwezigheid van vaders op gespannen voet staat met het medische model. Dit spanningsveld tussen enerzijds de existentiële en anderzijds de medische betekenis van zwangerschap en geboorte vormt de achtergrond waartegen de ervaringen van aanstaande vaders vorm krijgen (Reed, 2005).

De rol die van aanstaande vaders verwacht wordt, kenmerkt zich dan ook door tegenstrijdigheden. Reed (2005) stelt dat vaders door zorgprofessionals vooral worden gestimuleerd om het medische proces van zwangerschap en bevalling te ondersteunen. Prenatale educatie is er volgens hem op gericht aanstaande vaders vertrouwd te maken met het medische model. Zij leren de bevalling en zwangerschap hoofdzakelijk in fysiologische termen te begrijpen en hun partner te ondersteunen in de fysieke processen, bijvoorbeeld door middel van ademhalingsstechnieken, ontspanningsoefeningen en massage. Vaders worden gestimuleerd om hun partners actief te coachen en hun belangen te vertegenwoordigen (Reed, 2005). Deze ondersteunende rol botst met de verwachting dat zwangerschap en bevalling een gedeelde ervaring zijn, waarin mannen en vrouwen gelijkwaardige rollen hebben. Ondersteuning impliceert namelijk asymmetrie (Early, 2001).

Het onderzoek van Reed (2005) heeft betrekking op de Verenigde Staten. Ook uit Brits onderzoek blijkt dat in de vakliteratuur de nadruk wordt gelegd op een actieve rol voor aanstaande vaders door het stimuleren van hun betrokkenheid bij de fysieke processen van de baring. Professionals zien het toebedelen van praktische taken aan mannen als de beste manier om hen te betrekken bij de zorg rondom zwangerschap en geboorte (Dolan & Coe, 2011; Early, 2011). Ik heb geen onderzoek kunnen vinden dat betrekking heeft op de benadering van mannen door zorgprofessionals in de Nederlandse geboortezorg. Een rondgang langs websites van organisaties die zwangerschapscursussen verzorgen, lijkt te suggereren dat de rol van coach ook in de Nederlandse prenatale educatie een rol speelt. Zo vinden we op de website van ‘Samen Bevallen’, een organisatie die al dertig jaar zwangerschapscursussen verzorgt door heel Nederland, de volgende beschrijving van de rol van de partner:

“Partners geven we een actieve coachende rol. Je blijft bij haar, helpt haar ontspannen, ook als het moeilijk voor haar is. Je kunt haar begeleiden bij de ademhalingsoefeningen en als ze `t even niet meer ziet zitten, ben jij haar steun en toeverlaat.”⁹

De hedendaagse geboortezorg maakt het lastig voor mannen om deze ondersteunende rol te vervullen. De ondersteuning van vaders wordt gezien als behorend tot de relationele sfeer. In een omgeving die vooral waarde toekent aan medische aspecten, kunnen mannen hun ondersteunende rol ervaren als marginaal en ineffectief (Early, 2001). Draper (2003) stelt dat de focus op de lichamelijke aspecten ertoe kan leiden dat mannen zich buitengesloten voelen, omdat zij geen directe toegang hebben tot de fysieke ervaring van zwangerschap en bevalling. Het uitgesloten zijn van deze lichamelijke ervaring conflicteert met de verwachting dat mannen betrokken zijn. In landen waar de geboortezorg zich kenmerkt door medicalisering, wordt de ervaring van aanstaande vaders dan ook getekend door wat Draper (2003) biologische ambiguïteit noemt.

Reed (2005) wijst erop dat de verwachtingen die verbonden zijn aan de rol van coach kunnen leiden tot teleurstelling bij vaders. De rol van coach wekt de indruk dat het mogelijk is de bevalling te controleren. In werkelijkheid hebben vaders deze controle vaak helemaal niet: de technieken die ze hebben geleerd blijken niet te werken, ze zijn overgeleverd aan medische staf en ondanks hun inzet is de bevalling voor hun partners een pijnlijke en soms ook

⁹ Zie: <https://www.samenbevallen.nl/over-ons/>. Geraadpleegd op 5 juli 2021.

beangstigende gebeurtenis. Veel vaders ervaren dan ook gevoelens van machteloosheid en onvermogen gedurende de bevalling (Vulpen et al., 2021). Johnson (2002a) constateert op basis van onderzoek naar de verwachtingen van mannen tijdens de zwangerschap en bevalling dat er sprake is van een discrepantie tussen verwachting en realiteit; mannen hopen een actieve rol te vervullen tijdens de geboorte van hun kind, maar in de praktijk lukt dit vaak niet. Deze niet ingeloste verwachtingen kunnen er in combinatie met gevoelens van hulpeloosheid voor zorgen dat mannen hoge stressniveaus ervaren, zowel tijdens als in de maanden na de bevalling.

Tot slot laat de rol van coach geen ruimte voor de behoeften van de aanstaande vader zelf. Zijn behoeften worden niet geadresseerd; niet in de antenatale zorg en ook niet tijdens de bevalling (Draper, 1997). De rol van coach distantieert vaders van hun eigen ervaring van de zwangerschap en geboorte en laat geen ruimte voor hun transitie naar het vaderschap (Reed, 2005). Uit verschillende onderzoeken blijkt dat veel vaders worstelen met het vinden van een balans tussen enerzijds hun eigen behoeften en transitie naar het vaderschap, en anderzijds de wens om hun partner te ondersteunen. Zij voelen zich binnen de geboortezorg patiënt noch bezoeker. Dit plaatst aanstaande vaders zowel emotioneel als fysiek in een tussenruimte, met als gevolg dat zij zich onzeker, uitgesloten en angstig voelen (Steen et al, 2012). Hoewel vaders aangeven zich geëxcludeerd te voelen door de geboortezorg, twijfelen zij tegelijkertijd aan hun recht op steun. Vaders die zich angstig of somber voelen tijdens de perinatale periode twijfelen aan de legitimiteit van hun gevoelens. Ze vragen geen hulp omdat ze de behoeften van hun partner prioriteit geven en het idee hebben dat de geboortezorg onvoldoende middelen beschikbaar heeft om ook zorg te bieden aan aanstaande vaders (Darwin et al., 2017).

2.3.4 De rol van technologie

Een kenmerk van de gemedicaliseerde geboortezorg is het in toenemende mate gebruiken van technologieën om de zwangerschap en bevalling te monitoren en beheren (Den Draak, 2006). Antropologen Robbie Davis-Floyd en Elizabeth Davis (1997) stellen dat in de gemedicaliseerde geboortezorg kennis die gegenereerd wordt met behulp van technologieën geprivilegieerd wordt boven andere vormen van kennis. De autoriteit met betrekking tot kennis over de zwangerschap komt daarmee te liggen bij de medische staf, die in staat is deze technologieën te gebruiken.

Mander (2004) beargumenteert dat technologische ontwikkelingen ervoor gezorgd hebben dat de geboortezorg *fetocentric* is geworden. Door de opkomst van technologieën zoals foetale bloedafname en echoscopie is het mogelijk geworden om de foetus in beeld te brengen en te onderzoeken. Dit heeft er volgens haar toe geleid dat de focus in de geboortezorg is verschoven van de moeder naar de foetus. De toegenomen focus op de foetus sluit volgens Van Nistelrooij en Van der Waal (2019) aan bij het individualistische mensbeeld dat kenmerkend is voor Westerse samenlevingen. In dit mensbeeld wordt de gescheidenheid tussen het zelf en de ander benadrukt. Dit leidt er volgens hen toe dat in de geboortezorg de belangen van moeder en foetus tegenover elkaar worden geplaatst, in plaats van deze te zien als onlosmakelijk met elkaar verbonden. Dit gaat vaak ten koste van de moeder, van wie wordt gevraagd haar autonomie op te offeren ten gunste van haar kind.

Hoe beïnvloeden obstetrische technologieën de ervaring en positie van aanstaande vaders? Technologieën zoals echografie of een zwangerschapstest, creëren voor mannen wat Draper (2003) een belichaamde ervaring *by proxy* noemt. Ze geven aanstaande vaders toegang tot een fysieke dimensie van de zwangerschap, die compenseert voor hun onvermogen om direct de aanwezigheid van hun ongeboren kind te ervaren. De termijnecho is daarvan een voorbeeld; veel mannen ervaren door het zien van hun kindje voor het eerst een gevoel van verbondenheid met de zwangerschap (Draper, 2002). Mander (2004) stelt echter dat de termijnecho een voorbeeld is van een medische interventie waarin de belangen van aanstaande vaders en medische staf zich met elkaar verenigen ten koste van moeders. Vaders zien de zwangerschap door de medische wetenschap bevestigd en krijgen de mogelijkheid om kennis te maken met hun kind, terwijl de verloskundige in staat wordt gesteld om de foetus te onderzoeken op afwijkingen die medisch ingrijpen kunnen rechtvaardigen. De moeder heeft volgens Mander (2004) echter weinig te winnen bij de echo, deze ondermijnt volgens haar vooral het vertrouwen in haar eigen lichaam.¹⁰

Albers (2016) stelt in haar masterscriptie dat er in de gemedicaliseerde geboortezorg veelal sprake is van een buitenperspectief dat ten koste gaat van de ‘beleving van binnenuit’; kennis over de zwangerschap krijgt pas betekenis wanneer deze geverifieerd wordt door technologie of door een arts. Omdat mannen niet de lichamelijke ervaring van zwangerschap kennen, zijn zij afhankelijk van dit buitenperspectief om toegang tot de zwangerschap te verkrijgen.

¹⁰ Hierbij wil ik de kanttekening plaatsen dat veel vrouwen positief staan tegenover het gebruik van echografie en aangeven dat zij zich door het zien van hun kindje juist meer verbonden voelen met de lichamelijke ervaring van het zwanger zijn (Georges, 1997).

Hierdoor is het denkbaar dat zij zich eerder verbinden met het gemedicaliseerde discours en dit versterken, mogelijk ten koste van hun partner. Overigens zijn er ook mannen die liever vertrouwen op de lichamelijke ervaring van hun partner in plaats van op de technologie, dit betreft volgens Draper (2002) met name ervaren vaders.

2.3.5 Hegemonistische masculiniteit in de context van de geboortezorg

Hegemonistische constructies van masculiniteit beïnvloeden zowel de beleving en het gedrag van vaders, als de verwachtingen en het handelen van zorgprofessionals met betrekking tot vaders (Dolan & Coe, 2011). Draper (2003) stelt dat het zwangere lichaam de masculiene waarden van autonomie en individualiteit uitdaagt. Tijdens een zwangerschap vervagen de grenzen tussen het zelf en de ander; tussen de moeder en haar ongeboren kind. Volgens Draper (2003) plaatst de confrontatie met het fluide zwangere lichaam mannen in een kwetsbare positie, die in strijd is met het ideaal van hegemonistische masculiniteit. Zij herstellen volgens haar hun controle over de situatie door het voor hen onbekende terrein van zwangerschap en geboorte te duiden in masculiene termen.

De eerder beschreven rol van coach sluit aan bij traditionele opvattingen van masculiniteit, zoals objectiviteit, autonomie, rationaliteit, afstandelijkheid en controle. Deze rol vraagt van vaders dat zij hun eigen gevoelens aan de kant zetten, zodat zij zich kunnen focussen op de behoeften van hun partner (Reed, 2005). Ook de objectieve en visuele aard van obstetrische technologieën sluit aan bij een masculien discours. Deze technologieën bieden mannen de mogelijkheid om iets wat hen onbekend is te herdefiniëren in voor hen bekende termen. Zij voelen zich volgens Draper (2003) doorgaans meer comfortabel met deze objectieve kennis, dan met de fysieke aspecten van zwangerschap en geboorte.

Ook in de verhalen van mannen over hun ervaringen tijdens de zwangerschap en bevalling zijn objectiviteit en afstandelijkheid veel voorkomende thema's. Tijdens de bevalling richten vaders zich op de behoeften van hun partner ten koste van hun eigen behoeften. Mannen willen hun vrouwelijke partners beschermen en voorkomen dat zij van haar stuk wordt gebracht door zijn toedoen. Dit doen ze door hun angsten te verbergen en eventuele zorgen niet uit te spreken (Vulpen et al., 2021). Mannen vermijden het zichzelf te presenteren als kwetsbaar en zijn geneigd de focus te verplaatsen naar hun partner; zij is het immers die de zwangerschap en bevalling moet ondergaan, met alle fysieke ongemakken die hierbij horen (Dolan & Coe, 2011).

Deze houding impliceert dat mannen geneigd zijn emotionele problemen te beschouwen als minder legitiem dan fysieke pijn (Dolan & Coe, 2011). In de gemedicaliseerde context, waarin het lichaam centraal staat, wordt dit idee mogelijk versterkt. Pijn wordt volgens Mander (2004) in deze context doorgaans geïnterpreteerd als een pathologisch verschijnsel dat geëlimineerd moet worden door medisch ingrijpen, in plaats van als een natuurlijk onderdeel van de bevalling. Zij stelt dat mannen geneigd zijn deze medische opvatting van pijn over te nemen, omdat deze inspeelt op het traditionele beeld van mannen als beschermers van hun vrouwelijke partner. Volgens Mander (2004) is het effect hiervan dat mannen geneigd zijn samen te werken met het medisch personeel, omdat zij beschikken over de mogelijkheid om de pijn van de bevallende vrouw te reduceren. Op deze manier versterken vaders volgens haar het medische model, wat ten koste kan gaan van hun partner.

Van de coachende vader wordt tevens verwacht dat hij de controle houdt; niet alleen over zichzelf, maar ook over het geboorteplan en zijn partner (Reed, 2005). De angsten van mannen met betrekking tot de bevalling hebben dan ook vaak betrekking op controleverlies (Mander, 2004). De sociologen Dolan & Coe (2011) interviewden mannen zowel voor als na de bevalling van hun partner. Uit de interviews voorafgaand aan de bevalling kwam naar voren dat veel aanstaande vaders bang zijn niet goed om te kunnen gaan met de bevalling en geboorte, en angst hebben om bijvoorbeeld flauw te vallen. Uit de interviews die na de bevalling plaatsvonden bleek dat geen van de mannen daadwerkelijk was flauwgevallen tijdens de bevalling. In hun reconstructie van de gebeurtenissen benadrukten zij vervolgens juist hun controle over de situatie; hun aanvankelijke angst en onzekerheid was geen onderdeel meer van hun narratief. Door de focus op controle laat de coachende rol weinig ruimte voor eigenschappen als empathie en zorgzaamheid. De gemedicaliseerde geboortezorg stimuleert daarmee volgens Reed (2005) niet de empathische en zorgzame eigenschappen van mannen, maar juist hun rationaliteit en hun dominante positie ten opzichte van vrouwen.

2.3.6 De rol van zorgprofessionals

Hegemonistische masculiniteit maakt het voor zorgprofessionals lastig om zich te verbinden met vaders. Tegelijkertijd wenden zorgprofessionals constructies van hegemonistische masculiniteit aan om te verantwoorden dat zij vaders slechts minimaal betrekken bij de zorg. Zo noemen zij het onvermogen van mannen om niet over hun emoties te praten en hun focus op de technische en fysieke aspecten van zwangerschap en geboorte als verklaringen voor

hun houding jegens aanstaande vaders. Ze geven vaders praktische taken die in het teken staan van het ondersteunen van hun partner, vanuit de overtuiging dat mannen dit prettig vinden en zich hierdoor meer betrokken voelen. Het uitdelen van taken benadrukt echter vooral de ondergeschikte positie van vaders, en bevestigt de controle en autoriteit van zorgprofessionals (Dolan & Coe, 2011).

Wanneer zorgprofessionals vooral de praktische aspecten van de rol voor aanstaande vaders benadrukken, benadrukken zij bovendien stereotype masculiene eigenschappen. Ze gaan daarmee voorbij aan het gegeven dat ook aanstaande vaders kwetsbaar zijn en zorgbehoeften hebben (Johnson, 2002a). Zorgprofessionals hebben niet altijd aandacht voor deze behoeften en bieden vaders hierdoor niet altijd adequate ondersteuning (Johansson et al., 2015).

Wanneer de zorgbehoeften van aanstaande vaders erkend en beantwoord worden, zullen zij mogelijk ook beter in staat zijn hun partner te ondersteunen (Johnson, 2002a). Uit diverse onderzoeken blijkt dat mannen zich meer betrokken voelen wanneer zij zich positief en respectvol bejegend voelen door zorgprofessionals. Mannen die het gevoel hadden goed te kunnen samenwerken met de verloskundige tijdens de bevalling, geven vaker aan dat zij de bevalling positief ervaren hebben (Hildingsson, Cederlöf & Widén, 2011; Johansson et al., 2015).

Hoe zou zorg en ondersteuning voor vaders in de geboortezorg kunnen worden vormgegeven? Mander (2004) suggereert de mogelijkheid iemand aanwezig te laten zijn bij de bevalling, die de vader ondersteunt en in zijn behoeften voorziet. Deze rol zou bijvoorbeeld vervuld kunnen worden door een doula. De Australische verloskundigen die geïnterviewd werden door Rominov et al. (2017) waren het er unaniem over eens dat aanstaande vaders het meest profiteren van een *midwifery-led continuity of care model*. Het idee achter dit model is dat een verloskundige, of een klein team van verloskundigen, de zwangere vrouw en haar partner begeleidt gedurende de gehele perinatale periode. De verloskundigen gaven aan dat deze vorm van zorg meer mogelijkheden biedt om een band op te bouwen met het gezin en zodoende meer ruimte laat om ook vaders te ondersteunen (Rominov et al., 2017). Uit onderzoek blijft dat vrouwen die volgens dit model worden begeleid vaker een positieve ervaring hebben van zowel de zwangerschap, bevalling als kraamtijd. Zij ervaren meer controle en bevallen vaker op de natuurlijke manier, zonder medisch ingrijpen (Sandall, Soltani, Gates, Shennan & Devane, 2016). Hildingsson, Cederlöf & Widén (2011) constateren dat het waarschijnlijk is dat ook aanstaande vaders zullen profiteren van deze vorm van zorg.

2.3.7 Vaderbetrokkenheid: norm of keuze?

In het voorgaande is er steeds vanuit gegaan dat mannen aanwezig willen zijn tijdens de bevalling van hun partner. Dat mannen aanwezig en betrokken zijn, lijkt de norm te zijn geworden (Draper, 1997; Johnson, 2002a; Mander, 2004). Mander (2004) stelt dat er ruimte moet zijn om een open gesprek te voeren over de aanwezigheid van vaders tijdens de bevalling en of dit voor een koppel wenselijk is. Sommige mannen wensen niet aanwezig te zijn bij de bevalling, en ook hun partners willen dit niet altijd. Uit onderzoek van Johnson (2002a) blijkt echter dat veel mannen het idee hebben hierin geen keuze te hebben, omdat ze denken een slechte vader te zijn als ze niet aanwezig zijn. In sommige gevallen hebben mannen het gevoel dat ze onder druk worden gezet om de bevalling bij te wonen, met name door zorgprofessionals.

Wanneer een koppel besluit het wenselijk te vinden dat een vader aanwezig is tijdens de bevalling, is het volgens Mander (2004) raadzaam in gesprek te gaan over de rol die de vader aan zal nemen. Ook Johnson (2002a) pleit ervoor mannen niet in een vooraf bepaalde rol te manoeuvreren, maar met hen in gesprek te gaan over de rol die zij willen vervullen en de redenen die zij hebben om betrokken te zijn. Veel mannen weten nu niet wat er van hen verwacht wordt en deze onduidelijkheid is volgens Johnson (2002a) de oorzaak van veel van de spanningen en moeilijkheden die zij ervaren. Daarbij is het uiteraard belangrijk om ook de wensen en verwachtingen te bespreken van de aanstaande moeder met betrekking tot de rol van haar partner.

2.4 Sensitizing concepts

Sensitizing concepts, ook wel attenderende begrippen genoemd, zijn globale begrippen die richting geven aan de analyse van de onderzoeksdata. Ze vormen de theoretische lens waardoor de onderzoeker naar de onderzoeksdata kijkt en kunnen de onderzoeker attenderen op mogelijk interessante onderzoeksrichtingen in de data (Boeije, 2008). Uit de probleemstelling en het theoretisch onderzoek vloeien de volgende *sensitizing concepts* voort: hegemonistische masculiniteit, macht en positie, lichamelijke, medicalisering, kwetsbaarheid, relationaliteit.

2.5 Conclusie

Het doel van het theoretisch onderzoek was het beantwoorden van de eerste deelvraag: Welke inzichten met betrekking tot vaderschap kunnen worden ontleend aan de zorgethisch relevante literatuur? Om deze deelvraag te kunnen beantwoorden is stilgestaan bij drie thema's: de relatie tussen zorg en mannelijkheid (§2.1), vaderschap (§2.2) en de positie van vaders in de geboortezorg (§2.3).

Uit §2.1 is gebleken dat de zorgethiek een kritisch denkkader biedt om te analyseren hoe diepgewortelde culturele opvattingen over mannelijkheid en vrouwelijkheid zich verhouden tot onrechtvaardige verdelingen van zorgverantwoordelijkheden. Zowel Tronto als Robinson hebben in hun werk aandacht voor de wijze waarop hegemonistische masculiniteit doorwerkt in de wijze waarop mannen zich verhouden tot zorg. Zo toont Tronto aan de hand van haar fasenmodel van zorg dat hegemonistische masculiniteit mannen vrijwaart van bepaalde zorgverantwoordelijkheden. Van mannen wordt nog altijd verwacht dat zij zorgen door te beschermen en door betaalde arbeid te verrichten. Deze publieke zorgverantwoordelijkheden verlenen hen een vrijstelling voor meer intieme vormen van zorg, die een lagere status hebben en worden gezien als behorend tot de private sfeer, zoals de zorg voor kinderen.

Hegemonistische masculiniteit speelt ook een rol in de wijze waarop mannen invulling geven aan het vaderschap, blijkt uit §2.2. Zo maakt Ruddick een onderscheid tussen de maternale praktijk en Vaderschap. Waar de maternale praktijk geleid wordt door de behoeften van kinderen, is Vaderschap volgens haar een rol die gebaseerd is op culturele eisen. Van Vaders wordt verwacht dat zij hun gezin beschermen en financieel onderhouden. Ruddick stelt dat dit ideaal van Vaderschap leidt tot machtsmisbruik en huiselijk geweld door Vaders. Zij pleit er daarom voor om Vaderschap als onderscheidende identiteit op te heffen en te spreken over moederen als het gaat om de zorg voor kinderen. Ruddicks keuze voor de term 'moederen' is politiek; zij wil recht doen aan het feit dat het van oudsher vooral vrouwen zijn die zorgen. Daarnaast wil Ruddick de mannelijke angst om zich te verbinden met vrouwelijke praktijken uitdagen.

Hoewel ik deze standpunten onderschrijf, vraag ik mij af of het productief is om het onderscheid tussen vaderschap en moederschap voorbarig op te heffen. Doucet, die in haar werk voortbouwt op de theorie van Ruddick, laat zien dat het mogelijk is om aandacht te hebben voor verschillen tussen mannen en vrouwen zonder te vervallen in essentialisme en

conservatisme. Haar onderzoek toont dat hegemonistische masculiniteit een rol speelt in de wijze waarop mannen vorm geven aan het ouderschap. Wanneer mannen taken op zich nemen die beschouwd worden als vrouwelijk, zoals de zorg voor kinderen, zijn zij geneigd om te benadrukken dat zij deze taken op een mannelijke manier uitvoeren. Tegelijkertijd zijn er ook momenten waarop vaders gender non-conform gedrag vertonen. Doucet stelt dat het interessant is deze momenten van bevestiging en overschrijding van de genderrol te onderzoeken, om zo inzicht te krijgen in de verschillende manieren waarop mannen in de zorg voor hun kinderen opnieuw vormgeven aan opvattingen over mannelijkheid en vaderschap.

Het werk van Hamington en Ranson laat zien dat een zorgethische focus op lichamelijkeit aanknopingspunten biedt om dit verder te onderzoeken. Hamingtons concept van belichaamde zorg wijst ons er op dat kennis over zorg ligt opgeslagen in ons lichaam. Omdat het lichaam van mannen zowel sociaal als fysiologisch verschilt van het vrouwelijke lichaam, zorgen mannen anders. Er is echter geen sprake van een deterministische relatie. Ons lichaam is in staat om weerstand te bieden aan sociale verwachtingen en kan zo nieuwe manieren van in de wereld zijn produceren. Het onderzoek van Ranson laat dan ook zien dat mannen die intensief betrokken zijn bij de fysieke zorg voor jonge kinderen veranderen op zowel fysiek, emotioneel en cognitief vlak. Het werk van Jansson Boström biedt een ingang om te onderzoeken welk fysiek kapitaal vaders inbrengen tijdens de zwangerschap en hoe dit hen in staat stelt om contact te maken met hun ongeboren kind.

Uit §2.3 tot slot is het beeld naar voren gekomen dat in de geboortezorg het ideaal van hegemonistische masculiniteit wordt gereproduceerd. De geboortezorg kenmerkt zich wereldwijd door medicalisering; zwangerschap en geboorte worden in toenemende mate begrepen in medische termen en gezien als risicovol. In het kader van het controleren van deze risico's is het veelvuldig gebruik van obstetrische technologieën een standaard onderdeel van de zorg voor zwangeren geworden. Deze ontwikkelingen hebben invloed op de ervaring van aanstaande vaders, alsmede op de rol die van hen wordt verwacht tijdens de zwangerschap en bevalling. Het wetenschappelijke, technologische en objectieve karakter van de gemedicaliseerde geboortezorg sluit aan bij het ideaal van hegemonistische masculiniteit, en doet een appel op hiermee verbonden waarden zoals rationaliteit, afstandelijkheid, autonomie en controle. De rol van coach, die vaak aan aanstaande vaders wordt toegeschreven, speelt in op deze waarden en biedt mannen houvast binnen het voor hen onbekende en als vrouwelijk beschouwde domein van de geboortezorg. De gemedicaliseerde

geboortezorg stimuleert zodoende niet de zorgzame eigenschappen in mannen en ondermijnt daarmee de verbondenheid tussen de vader, zijn partner en kind.

Dat mannen op deze manier worden ingelijfd in het medische model, draagt bovendien het gevaar in zich de toch al kwetsbare positie van zwangere en berende vrouwen nog kwetsbaarder te maken. Zorgprofessionals zouden mogelijk een rol kunnen spelen in het doorbreken van deze verbintenis, door vaders op andere manieren te betrekken bij de zorg en een open gesprek te voeren over hun rol in het proces van zwangerschap en bevalling. Een zorgethisch georiënteerde benadering, waarin aandacht is voor relationaliteit, kwetsbaarheid en zingeving kan mogelijk aanknopingspunten bieden om na te denken over de invulling van deze alternatieve benadering.

3 METHODE

Dit hoofdstuk beschrijft de onderzoeksbenadering (§3.1) en onderzoeksmethode (§3.2).

Daarnaast wordt beschreven wie er onderzocht zijn en hoe deze respondenten zijn geworven (§3.3). Ook wordt de wijze van dataverzameling (§3.4) en data-analyse (§3.5) toegelicht. Tot slot wordt stilgestaan bij de ethische overwegingen (§3.6).

3.1 Onderzoeksbenadering

In dit onderzoek wordt de Utrechtse benadering van zorgethiek gehanteerd, zoals ontwikkeld binnen de vakgroep Zorgethiek en beleid aan de Universiteit voor Humanistiek.¹¹ De Utrechtse benadering begrijpt zorgethiek als een interdisciplinair onderzoeksveld waarbinnen zorg zowel onderwerp van onderzoek is als lens waardoor gekeken wordt naar de werkelijkheid. Kenmerkend voor deze benadering is de dialectische relatie tussen theorie en praktijk. De zorgethische theorie fungeert als lens om te kijken naar zorgpraktijken en geeft richting aan zorgethisch empirisch onderzoek. Op zijn beurt verrijkt en verdiept de kennis die wordt opgedaan in het empirisch onderzoek het zorgethisch theoretisch kader. Zo blijft de zorgethische theorie in ontwikkeling in een voortdurende wisselwerking met zorgpraktijken. Bij het bestuderen van deze zorgpraktijken heeft de Utrechtse zorgethiek oog voor zowel de geleefde ervaring, zorgpraktijken als de maatschappelijke context waarin deze zijn ingebed. Hierbij wordt gebruik gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethoden (Leget, Van Nistelrooij & Visse, 2017).

3.2 Onderzoeksmethode

De kwalitatieve onderzoeksmethode die in dit onderzoek is gebruikt is de kritische discoursanalyse (KDA). Aan de hand van deze methode is expliciet gemaakt welke opvattingen, regels, normen en verwachtingen doorwerken in het spreken van verloskundigen over het werken met vaders.

¹¹ UvH, z.d., Wat is zorgethiek? Zie: <https://www.uvh.nl/onderzoek/leerstoolgroepen/zorgethiek/wat-is-zorgethiek>. Geraadpleegd op 7 januari 2021.

3.2.1 D/discours

Het doel van discoursanalyse is begrijpen hoe discoursen de sociale werkelijkheid, relaties en identiteiten vormgeven (Van den Berg, 2004). Er bestaan verschillende methoden voor het uitvoeren van een discoursanalyse, die soms verschillende opvattingen hebben over wat een discours is. De meeste methoden scharen onder discours alle betekenisdragers die een rol spelen in alledaagse en geïnstitutionaliseerde communicatievormen (Van den Berg, 2004). Montessori, Schuman, & de Lange (2012) definiëren een discours als:

“[...] een verzameling van talige handelingen via communicatieve middelen zoals woorden, zinnen, paragrafen, teksten, gebaren, beelden en uitspraken, die zich voordoen binnen een sociaal domein [...] Samen vormen deze talige handelingen het discours dat karakteristiek is voor het domein.” (Montessori, Schuman, & de Lange, 2012, p.36).

Zoals blijkt uit deze definitie wordt taal binnen de discoursanalyse niet opgevat als neutraal medium dat de werkelijkheid representeert, maar als een middel dat de sociale werkelijkheid mede vormgeeft (Van den Berg, 2004). Discoursen werken door in het denken, oordelen en handelen van de betrokkenen binnen een sociaal domein, en bepalen mede welke positie zij ten opzichte van elkaar innemen. De betrokkenen binnen een sociaal domein geven met hun spreken en handelen uitdrukking aan de discoursen die kenmerkend zijn voor het domein waarbinnen zij opereren. Zij kunnen zich echter ook verzetten tegen deze discoursen en bijdragen aan de verandering van bestaande en de vorming van nieuwe discoursen. De personen binnen een sociaal domein zijn hierdoor een waardevolle bron van informatie voor onderzoekers (Montessori, Schuman, & de Lange, 2012).

In dit onderzoek wordt een brede opvatting van discoursen gehanteerd, gebaseerd op de methode van taalwetenschapper James Paul Gee. Gee (2014) maakt onderscheid tussen *discours* (met een kleine letter ‘d’) en *Discours* (met een grote letter ‘D’). De eerste omvat alleen talige uitdrukkingen, de tweede omvat het geheel van taal, handelingen, interacties, manieren van denken, voelen en waarderen, en het gebruik van symbolen en objecten die uitdrukking geven aan een identiteit (Gee, 2014). Dit onderzoek richt zich op de *Discoursen* die werkzaam zijn in de verloskundige zorg. Dit betekent dat in de analyse niet alleen aandacht is voor dat wat er gezegd wordt door de geïnterviewde verloskundigen, maar ook voor de handelingen en identiteiten waar zij met hun woorden uitdrukking aan geven.

3.2.2 Kritische discoursanalyse

Zoals gezegd kan een discoursanalyse inzicht geven in de context waarin bepaalde discourses worden gebruikt. Aan de hand van dit inzicht kunnen hypothesen worden geformuleerd over de betekenis van deze discourses en de sociale relaties en identiteiten die zij produceren (Gee, 2014). De kritische discoursanalyse heeft daarnaast tot doel om de hieraan ten grondslag liggende machtsstructuren en de ongelijkheden die hier het effect van zijn bloot te leggen, in de hoop maatschappelijke verandering te bewerkstelligen (Van den Berg, 2004). Gee (2014) stelt dat een discoursanalyse in feite altijd kritisch is, omdat taal niet neutraal is maar een politiek karakter heeft. Taal speelt een sleutelrol in de manier waarop mensen hun wereld, instituties en sociale relaties vormgeven. Hierdoor kan onderzoek naar hoe taal functioneert inzicht geven in ongelijkheden in de inrichting van de samenleving. In dit onderzoek zal dan ook aandacht zijn voor de machtsstructuren en ongelijkheden die tot uitdrukking komen in het spreken van verloskundigen over vaders.

3.3 Casusdefinitie en onderzoekseenheid

Voor dit onderzoek zijn interviews afgenomen bij eerstelijns verloskundigen. Eerstelijns verloskundigen zijn werkzaam in een verloskundigenpraktijk of geboortecentrum en begeleiden zwangerschappen waarbij geen sprake is van een verhoogd risico op complicaties.¹² Bij de selectie van respondenten zijn de volgende criteria gehanteerd:

- De respondent heeft minimaal één jaar werkervaring als eerstelijns verloskundige;
- De respondent is momenteel werkzaam als eerstelijns verloskundige bij een praktijk in één van de vier grote steden: Amsterdam, Rotterdam, Utrecht of Den Haag.

Het eerste criterium is gekozen om er zeker van te zijn dat de geïnterviewde verloskundigen voldoende en recente ervaring hebben met het werken met vaders. In eerste instantie zouden enkel respondenten werkzaam in Rotterdam worden geïnterviewd om de vergelijkbaarheid te waarborgen. Omdat het werven van respondenten in de regio Rotterdam aanvankelijk onvoldoende respondenten opleverde, is ervoor gekozen het zoekgebied uit te breiden naar Amsterdam, Utrecht en Den Haag. Met het oog op de vergelijkbaarheid van de interviews is

¹² KNOV, 31 mei 2016, Verloskundig systeem Nederland. Zie: <https://www.knov.nl/over-de-knov/tekstpagina/780-3/verloskundig-systeem-nederland/hoofdstuk/1094/verloskundig-systeem-nederland>. Geraadpleegd op 14 januari 2021.

ervoor gekozen enkel te werven in de grote steden, omdat het denkbaar is dat verloskundigen die werkzaam zijn in niet-stedelijke gebieden te maken krijgen met een andere cliëntenpopulatie en mogelijk ook een andere cultuur.

Één van de respondenten was op het moment van interviewen niet werkzaam als eerstelijns verloskundige. Er is voor gekozen haar toch te includeren als respondent, omdat het lastig bleek voldoende respondenten te werven voor het onderzoek. Inclusie van deze respondent werd als verantwoord beschouwd, omdat zij zeer recent gestopt was als eerstelijns verloskundige. Bovendien was zij op het moment van interviewen nog steeds werkzaam in de geboortezorg, hoewel in een andere functie.

De respondenten zijn geworven via verschillende kanalen:

- Dertig praktijken zijn telefonisch en/of per email benaderd. Hierbij is gebruik gemaakt van de website ZorgkaartNederland;¹³
- Het netwerk van de onderzoeker is ingeschakeld om respondenten te werven;
- De oproep voor respondenten is verspreid via Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's).¹⁴ Twee VSV's hebben de oproep verspreid onder hun leden.

Negen eerstelijns verloskundigen toonden zich bereid tot een interview (zie tabel 1)

| Tabel 1 Informatie respondenten | | | Aantal jaren werkervaring | 0-5 | 3 |
|---------------------------------|-----------|---|---------------------------|----------------------|---|
| Geslacht | Vrouw | 9 | Wervingsmethode | 5-10 | 2 |
| | Man | 0 | | 10-20 | 4 |
| Werkgebied | Rotterdam | 4 | | Benaderen praktijken | 4 |
| | Den Haag | 3 | Netwerk onderzoeker | 3 | |
| | Amsterdam | 2 | Via VSV | 2 | |

¹³ Zie: <https://www.zorgkaartnederland.nl/>. Geraadpleegd op 14 februari 2022.

¹⁴ VSV's zijn regionale samenwerkingsverbanden van geboortezorg professionals, zoals verloskundigen en kraamzorgorganisaties. Zie: <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/geboortezorg-landschap/verloskundig-samenwerkingsverband/>. Geraadpleegd op 14 februari 2022.

3.4 Dataverzameling

Er is gebruik gemaakt van semi-gestructureerde interviews om inzicht te krijgen in het spreken van verloskundigen over vaders. Bij deze vorm van interviewen wordt geen gebruik gemaakt van tevoren geformuleerde vragen, maar wel van een topiclijst met een aantal vooraf vastgestelde onderwerpen. Deze lijst geeft richting aan de interviews en zorgt ervoor dat bij alle respondenten ongeveer dezelfde onderwerpen aan bod komen, terwijl tegelijkertijd ruimte wordt gelaten om het interview aan te passen aan de specifieke respondent (Boeije, 2014).

De gebruikte topiclijst is samengesteld op basis van de probleemstelling en het literatuuronderzoek, en bestond uit drie topics: Ervaringen met het betrekken van vaders, Visie op vaderbetrokkenheid en Aandacht voor vaders binnen het vakgebied. Per topic zijn een aantal vragen geformuleerd die gebruikt konden worden voor het bespreken van het betreffende topic (zie bijlage 1).

3.5 Data-analyse

Om de interviews te analyseren zijn de volgende stappen genomen:



Voor het analyseren van de transcripties is gebruik gemaakt van zeven door Gee (2014) geformuleerde vragen. Gee stelt dat iedere talige uitdrukking uiting geeft aan zeven domeinen. Bij elk van deze domeinen heeft hij een vraag geformuleerd:

1. **Belangrijkheid:** Hoe wordt gebruik gemaakt van taal om sommige dingen gewicht te geven en andere dingen juist onbelangrijk te maken?
2. **Praktijken en handelingen:** Aan welke handelingen of praktijken wordt uitdrukking gegeven in de taal?

3. Identiteiten: Hoe wordt taal gebruikt om uitdrukking te geven aan de eigen identiteit(en) en die van anderen? En hoe verhouden deze zich tot elkaar?
4. Relaties: Welke relaties met andere personen worden door het taalgebruik bewerkstelligd?
5. Politiek: Wat wordt gezien als juist, normaal, gepast of waardevol?
6. Verbindingen: Welke verbanden worden gelegd in de taal en hoe maakt dit bepaalde zaken al dan wel of niet relevant ten opzichte van elkaar?
7. Tekensystemen en kennis: Welke tekensystemen, vormen van kennis en kennisclaims worden bevoorrecht en welke juist achtergesteld?

Daarnaast reikt Gee (2014) een aantal *tools of inquiry* aan, die gebruikt kunnen worden voor de analyse van de zeven domeinen. De *tools of inquiry* die in dit onderzoek zijn gebruikt zijn *figured worlds*, *social languages* en *Discourses*. *Figured worlds* hebben betrekking op de bewuste en onbewuste theorieën die mensen gebruiken om de wereld te begrijpen en hanteerbaar te maken. Het gaat om dat wat we normaal of typisch vinden. *Social languages* betreffen de manieren waarop we in de taal uitdrukking geven aan een identiteit of een sociaal betekenisvolle praktijk. *Discourses* (met een hoofdletter D) tot slot laten zien hoe taal, (inter)acties en manieren van denken, geloven en waarderen in combinatie met elkaar uitdrukking geven aan een sociale identiteit.

Naast de door Gee geformuleerde *tools* is per interview een visualisatie gemaakt van het netwerk van relaties in de verloskundige praktijk (zie bijlage 2). Met behulp van de kernvragen van Gee, de *tools of inquiry* en de visualisatie van de relaties konden verschillende thema's aan het licht komen. Deze thema's zijn vervolgens uitgewerkt, wat resulteerde in vier discourses.

3.6 Ethische overwegingen

De respondenten zijn voorafgaand aan het onderzoek om *informed consent* gevraagd. Zij zijn geïnformeerd over de aard van het onderzoek en hebben de gelegenheid gekregen hierover vragen te stellen. Hiertoe is een informatiebrief verstuurd naar de deelnemende respondenten. Middels een formulier hebben de deelnemers schriftelijk toestemming verleend voor deelname aan het onderzoek. In het geval van een digitaal interview is aan de respondent gevraagd het formulier voor te lezen (zie bijlage 3).

De data zijn verwerkt in overeenstemming met het datamanagementbeleid van de UvH.¹⁵
Conform dit beleid zijn de geanonimiseerde interviews opgeslagen in een daartoe
aangewezen beveiligde omgeving van de UvH.

¹⁵ College van Bestuur UvH, 1 november 2016, Hoofdlijnen van beleid management onderzoeksdata Universiteit voor Humanistiek. Zie: <https://www.uvh.nl/mijnuvh/onderzoek-en-valorisatie/datamanagement/beleid-en-richtlijnen>. Geraadpleegd op 14 januari 2021.

4 BEVINDINGEN UIT EMPIRISCH ONDERZOEK

In dit hoofdstuk wordt de analyse van de interviews gepresenteerd. Hiermee wordt een antwoord geformuleerd op de tweede deelvraag: Welke discoursen met betrekking tot vaderschap manifesteren zich in het spreken van verloskundigen over het werken met vaders? De analyse heeft geleid tot de formulering van een viertal discoursen: Hij staat verder van de zwangerschap af (§4.1), Vaders als beschermers van vrouw en kind (§4.2), Vaders worden betrokken als ondersteuners van hun partner (§4.3), De organisatie van de verloskundige zorg laat weinig ruimte voor vaders (§4.4). Ieder van deze discoursen omvat een aantal thema's. Deze thema's worden hieronder toegelicht aan de hand van citaten uit de interviews. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een conclusie waarin de tweede deelvraag wordt beantwoord (§4.4).

4.1 Hij staat verder van de zwangerschap af

Het eerste discours heeft betrekking op de relatie van de ouders tot de zwangerschap. In dit discours wordt de wijze waarop mannen en vrouwen zich tot de zwangerschap verhouden met elkaar gecontrasteerd, waarbij de relatie van vrouwen tot de zwangerschap wordt gepresenteerd als onmiddellijk en intiem, terwijl de relatie van de vader tot de zwangerschap meer afstandelijk zou zijn (4.1.1). Vaders zouden de zwangerschap en de bevalling vooral zien als een proces van hun partner, en zich daarom volzaam opstellen (4.1.2).

4.1.1 Voor hem is de zwangerschap abstract

Een terugkerend thema in de interviews zijn de verschillende manieren waarop mannen en vrouwen zich verhouden tot de zwangerschap. Verscheidene verloskundigen spreken over een onmiddellijk gevoel van verbondenheid van de vrouw met haar zwangerschap (respondent 2,3,5,7,8). Omdat de vrouw degene is die het kindje in zich draagt en de fysieke veranderingen ondergaat die gepaard gaan met het zwanger zijn, voelt zij zich volgens deze verloskundigen vanaf het moment dat zij weet dat ze zwanger is sterk verbonden met de zwangerschap. Dit gevoel van verbondenheid zou gepaard gaan met een gevoel van verantwoordelijkheid voor alles wat er geregeld moet worden voor de komst van het kind. Dit onmiddellijke gevoel van verbondenheid wordt in meerdere interviews gecontrasteerd met de meer afstandelijke relatie van aanstaande vaders ten opzichte van de zwangerschap (respondent 2,3,5,8). Vaders gaan zich volgens deze verloskundigen in veel gevallen pas

meer verbonden voelen met het kindje als dit eenmaal geboren is. Deze tegenstelling komt bijvoorbeeld terug in onderstaande uitspraak:

“[...] ik denk ook wel dat het nu in bepaald opzicht te abstract is wat er allemaal gebeurt, en ik zie wel veel dat de vrouw heel erg opgaat in die zwangerschap, en in de zorg, en in het krijgen van een kindje, en dat dat bij een vader toch wel wat later komt. En dan bedoel ik eigenlijk na de geboorte.” (respondent 2)

Het verschil in de wijze waarop mannen en vrouwen zich tot de zwangerschap verhouden wordt verbonden met het feit dat de man niet degene is die zwanger is en het kind baart. Daarmee wordt de nadruk gelegd op de fysieke aspecten van de zwangerschap. Een aantal verloskundigen benadrukt dat vaders weliswaar niet zwanger zijn, maar dat zij wel een transitie ondergaan (respondent 1,2,7,9). Hiermee belichten zij dat de zwangerschap niet alleen een lichamelijk gebeuren is, maar ook emotionele, sociale en existentiële aspecten kent. Zo maakt respondent 7 een onderscheid tussen zwanger zijn en in verwachting zijn:

“Hij verandert lijfelijk niet, hij draagt geen zwangerschap, maar hij is wel in verwachting van de geboorte van zijn toekomstige kind, en dat is ook een proces.” (respondent 7)

Een aantal respondenten brengt de verschillende manieren waarop mannen en vrouwen zich verhouden tot de zwangerschap in verband met biologische verschillen tussen mannen en vrouwen (respondent 3,5,7). Hiermee impliceren zij dat deze verschillen onveranderlijk zijn. Respondent 3 zegt hierover:

“[...] zodra het hun kind is, en ze het letterlijk vast kunnen houden, ik denk dat er dan ook iets anders gaat leven wat bij vrouwen eigenlijk al heel vroeg in de zwangerschap gebeurt. Het is ook gewoon een beetje een biologisch verschil tussen man en vrouw dat daar ook wel invloed op heeft [...] De vrouw die voelt de baby bewegen, die ziet haar buik groeien, die voelt hoe haar lichaam verandert, haar hormonen die zijn vanaf moment één aan het veranderen.” (respondent 3)

Door gebruik van het woord ‘gewoon’ presenteert respondent 3 haar uitspraak als een vanzelfsprekendheid. Dit gebeurt vaker wanneer er gesproken wordt over verschillen tussen mannen en vrouwen. Zo zegt respondent 4: *“[...] je bent gewoon anders.”* en respondent 7

stelt dat de vrouw in de eerste 2 jaar “[...] gewoon een veel grotere rol [is] toegewezen in het ouderschap door het verzorgende karakter.” Wat de precieze aard is van de genoemde verschillen wordt niet nader toegelicht; ze worden gepresenteerd als een gegeven.

Andere respondenten brengen de meer afstandelijke relatie van mannen ten opzichte van de zwangerschap in verband met hun eigen handelen als verloskundige (respondent 2,6,8,9). Deze respondenten vragen zich af of de manier waarop de verloskundige zorg nu georganiseerd is effect heeft op de houding van vaders ten opzichte van de zwangerschap:

“[...] als de zorg er anders uit zou zien en als we vaders actiever zouden betrekken, dan zouden ze zich misschien ook meer realiseren wat er allemaal gebeurt en wat er allemaal moet gebeuren en wat voor veranderingen er allemaal plaatsvinden, waardoor ze beter voorbereid zijn.” (respondent 2)

Daarmee presenteren deze verloskundigen de verschillende manieren waarop mannen en vrouwen zich verbinden met de zwangerschap niet als een biologisch gegeven, maar als gedrag dat (mede) beïnvloed wordt door sociale factoren zoals de inrichting van de verloskundige zorg. Dit impliceert dat dit gedrag ook veranderd kan worden.

4.1.2 Volgzame vaders: U vraagt, wij draaien

De vader wordt in veel interviews impliciet dan wel expliciet omschreven als iemand die zich volgzzaam opstelt ten opzichte van zijn zwangere partner (respondent 2,3,5,6,7,8). Volgens deze verloskundigen zien vaders de zwangerschap en de bevalling als een proces van hun partner, en laten zij hen de keuzes maken met betrekking tot dit proces. Vaders worden door deze verloskundigen omschreven als volgzzaam en gedwee: “[...] nou ja, het is jouw feestje, u vraagt wij draaien, maar minder dat ze zichzelf er echt actief in mengen.” (respondent 8) Dat vaders zich volgzzaam opstellen suggereert dat de zwangere een meer sturende rol op zich neemt binnen de relatie. Door een enkele verloskundige wordt dit expliciet benoemd (respondent 2,7):

“[...] ik denk dat over het algemeen de vrouw wel de eindcall heeft zeg maar. Dat die wel uiteindelijk beslist, ja, en dat dat ook wel de dynamiek is die er over het algemeen wel is.” (respondent 2)

Bij een aantal verloskundigen lijkt de volgzame houding van vaders irritatie op te wekken (respondent 2,6,8). Zo zegt respondent 6: *“Ga ik haar helpen? Nee, het is jouw project ook, weet je wel.”* Respondent 8 vertelt het lastig te vinden als mannen zich onderdanig opstellen wanneer zij hen probeert te betrekken:

“[...] ik hoor eigenlijk negen van de tien keer: ja ik vind het allemaal prima als zij het maar goed vindt. Dus dan stellen die mannen zich ook weer heel onderdanig op, van: ja, nou ja, het gaat niet om mij. Dat vind ik ook wel eens lastig, dat ik denk: ja, misschien moet ik het dan anders vragen, maar ik probeer je juist erbij te betrekken. Het is ook jouw kind, dus ja, jij vindt er vast ook wel wat van.” (respondent 8)

Hoewel deze verloskundigen aangeven de onderdanige rol van vaders lastig te vinden, reproduceren zij tegelijkertijd in hun spreken veelvuldig de ondergeschikte en ondersteunende rol van vaders. Dit zal in §4.3 nader toegelicht worden.

Door een enkele verloskundige worden vaders ook weer als dominant omschreven (respondent 1,8). Zo zegt respondent 1: *“[...] soms zijn vaders ook weer vrij dominant en gaat er best wel heel veel aandacht weer naar vaders.”* en respondent 8: *“[...] soms denk ik wel eens bij mannen: om wie draait het nu eigenlijk, draait het om jou, of draait het om je vrouw.”* Dit doet vermoeden dat vaders balanceren op een dun koord; het wordt storend gevonden als zij te weinig ruimte innemen, maar het is ook niet wenselijk als zij te veel ruimte innemen.

4.2 Vaders als beschermers van vrouw en kind

In veel van de interviews worden vaders impliciet of expliciet beschreven als beschermers van hun partners en (ongeboren) kind (respondent 1,3,4,5,6,7,8,9). Deze beschrijvingen vormen samen het discours ‘Vaders als beschermers van vrouw en kind’. Volgens dit discours is de betrokkenheid van vaders met name gericht op de toestand van moeder en kind, en vraagt hij weinig aandacht voor zijn eigen behoeften (4.2.1). Dit komt ook naar voren tijdens de bevalling, waar vaders zich regelmatig opwerpen als beschermers van hun partner (4.2.2). Deze beschermende rol kan in de weg staan van goede zorg voor de (barend) vrouw (4.2.3).

4.2.1 Hij heeft vooral zorgen over de gezondheid van moeder en kind

In verschillende interviews wordt de betrokkenheid van vaders beschreven in termen van begaan zijn met partner en kind (respondent 2,3,4,5). Zo zegt respondent 3 over de betrokkenheid van vaders: *“De focus ligt voornamelijk op het kind en op ja, op de gezondheid van vrouw en kind.”* Daarnaast geven verschillende verloskundigen aan dat vaders tijdens de consulten vooral vragen stellen die betrekking hebben op de toestand van moeder en kind. Zij stellen zelden vragen die betrekking hebben op eventuele moeilijkheden die zij zelf ervaren rondom de zwangerschap en bevalling. Respondent 2 vertelt bijvoorbeeld dat zij niet vaak van mannen te horen krijgt dat zij problemen ondervinden tijdens de zwangerschap, waarbij zij behoefte hebben aan zorg of begeleiding:

“Nou, sowieso vanuit de man krijg ik dat niet mee. Het komt wel eens voor dat de vrouw opbrengt dat daar bijvoorbeeld wel dingetjes zijn [...] maar daar stopt het dan ook wel een beetje.” (respondent 2)

Ook na de bevalling geven vaders volgens sommige verloskundigen niet zo snel blijk van hun gevoelens en eventuele behoefte aan steun (respondent 7,9). Zo zegt respondent 9 over haar wens om vaders tijdens het nagesprek ook te vragen naar hun beleving:

“Maar goed, dan ga je er wel vanuit dat een vader dat ook gaat zeggen, als er iets is, en dat is misschien nu nog wel een drempel voor sommige mannen, die ervaring, dat moment, als het nog zo vers voor hun vrouw is, om dan zelf te zeggen dat ze, ik denk dat we daarin nog wel een flink deel missen, en vrouwen ook, laat staan bij een man.” (respondent 9)

Respondent 9 geeft aan dat het belangrijk is om als verloskundige sensitief te zijn voor signalen van vaders die kunnen duiden op psychische of emotionele problemen na de bevalling, juist omdat vaders volgens haar minder snel geneigd zijn om aan te geven dat het niet goed met hen gaat. In §4.3 zal echter naar voren komen dat verloskundigen in veel gevallen niet zozeer gericht zijn op de emotionele behoeften van vaders, maar hem vooral benaderen in de rol van ondersteuner van zijn partner.

4.2.2 Hij wil haar beschermen tijdens de bevalling: Een leeuw naast zijn vrouw

De rol van de vader tijdens de bevalling wordt door verschillende verloskundigen impliciet of expliciet omschreven als die van beschermer van de barendende vrouw (respondent 1,3,4,5,6,9).

Deze rol bestaat eruit dat mannen tijdens de bevalling opkomen voor de belangen van hun barendende vrouw. Respondent 9 gebruikt een treffend beeld om deze rol te beschrijven: “[...] over het algemeen worden ze een soort leeuw naast hun vrouw die denkt van: OK, ja, ook voor haar opkomen, of vragen stellen, of kritisch zijn [...]”.

Een aantal verloskundigen geeft aan dat vrouwen deze beschermende rol van hun partner verwachten en het prettig vinden als zij deze rol op zich nemen (respondent 1,4,6).

Respondent 1 en 4 vertellen dat zij regelmatig zien dat de beschermende rol voor vaders door de aanstaande ouders wordt vastgelegd in het geboorteplan.¹⁶ In dit plan wordt dan bijvoorbeeld beschreven dat de man het overneemt op het moment dat de vrouw niet meer in staat is beslissingen te nemen.

Net als in het hiervoor besproken discours ontvouwt zich ook hier een dichotomie tussen vrouwen en mannen, waarbij de vrouw wordt neergezet als afhankelijk van een mannelijke beschermer. Respondent 1 geeft aan hier haar bedenkingen bij te hebben; zij vindt dat de verantwoordelijkheid altijd bij de zwangere moet blijven. De meeste verloskundigen lijken deze beschermende rol echter niet te problematiseren. Respondent 4 moedigt vaders actief aan om deze rol op zich te nemen:

“[...] als ze in het ziekenhuis komen, dan kan het best zijn, als het druk is, of er is geen aandacht voor, dat ik tegen de vader zeg: hier moet je op letten, want [...] soms is het druk en dat is niet vervelend bedoeld [...] dit is gewoon de standaard zorg [...] dus als jij het net anders wilt, dan moet je daar even opletten, en je vrouw die heeft net een kind gekregen en die is daar niet zo helder op.” (respondent 4)

4.2.3 De beschermende vader kan goede zorg voor de vrouw hinderen

Hoewel de beschermende rol van vaders door de meeste verloskundigen neutraal of positief gewaardeerd lijkt te worden, lijkt het erop dat deze rol ook een keerzijde heeft. In veel

¹⁶ Een geboorteplan helpt aanstaande ouders om zich voor te bereiden op de bevalling. In dit document kunnen ouders bijvoorbeeld invullen waar zij willen bevallen, maar ook wie er bij de bevalling aanwezig zullen zijn, wat hun rol is, etcetera. Op internet zijn verschillende formats te vinden, zie bijvoorbeeld dit format van de KNOV: <https://deverloskundige.nl/bevalling/tekstpagina/30/geboorteplan/>. Geraadpleegd op 15 november 2021.

interviews worden situaties beschreven waarin de wens om de partner te beschermen leidt tot problematisch gedrag (respondent 3,5,6,8,9). Meerdere respondenten geven voorbeelden van vaders die boos worden omdat de verloskundige in hun ogen onvoldoende doet om hun partner te helpen. Respondent 3 beschrijft een situatie waarin een vader agressief werd nadat zij had aangegeven dat zijn partner nog onvoldoende ontsluiting had om naar het ziekenhuis te gaan. Vervolgens bleef deze vader erop aandringen dat zijn partner werd overgebracht naar het ziekenhuis. Deze situatie escaleerde dusdanig dat de verloskundige er uiteindelijk voor koos het stel geen zorg meer te verlenen, omdat zij zich niet veilig voelde bij de situatie. Respondent 9 vertelt dat vaders hun rol als beschermer soms zo serieus nemen dat zij een situatie creëren van “[...] wij-tegen-de-zorgverleners” en “[...] hierdoor een wig drijven tussen de zorg en hun situatie.” Ook respondent 6 beschrijft hoe beschermend gedrag de zorg tijdens de bevalling in de weg kan staan:

“[...] de meest vervelende situaties zijn eigenlijk als mannen erg aanwezig zijn en dan op een dwingende manier. Dus: er moet nu een dokter komen, of we moeten nu naar het ziekenhuis, of ze moet nu iets tegen de pijn. [...] op zo’n moment is er vaak best een stressvolle situatie, en dan ben je dus eigenlijk de hele tijd die situatie aan het de-escaleren [...]” (respondent 6)

Het beeld dat uit de hierboven genoemde situaties naar voren komt is dat vaders regelmatig verzoeken om ingrijpen tijdens de bevalling. Wanneer er volgens vaders niet snel genoeg wordt ingegrepen kan dit ertoe leiden dat zij zich tegen de aanwezige zorgprofessionals keren en dwingend en agressief gedrag vertonen. Zij komen hierdoor tussen de verloskundige en de barende vrouw in te staan, en maken het de verloskundige moeilijk om goede zorg te verlenen.

Wanneer er door het medisch personeel wordt aangestuurd op ingrijpen, zijn vaders volgens respondent 1 geneigd om hun vrouw te overtuigen hierin mee te gaan. De autonomie van de barende vrouw kan hierdoor in het gedrang komen:

“[...] wat vaders vaak doen, is dat ze de kant kiezen van de dokter of van de verloskundige in moeilijke situaties. Dus stel er is iets, iemand moet ingeknipt worden en iemand zegt nee, dan zijn vaders vaak degene die zeggen: ja luister nou maar naar de dokter of doe nou maar wat het beste is voor de baby, of et cetera, dus in mijn ervaring zijn vaders niet de meest betrouwbare advocates voor vrouwen.” (respondent 1)

Ook tijdens consulten komt het voor dat vaders zorg voor de zwangere hinderen vanuit het verlangen haar te beschermen. Respondent 8 noemt een voorval waarbij zij werd afgekappt door de aanstaande vader toen zij inging op de zorgen van zijn vrouw over haar vorige bevalling. Deze vrouw gaf tijdens een consult aan dat zij, nu ze opnieuw zwanger was, in retrospectief negatief terugkeek op haar vorige bevalling. Op het moment dat de verloskundige in wilde gaan op deze zorgen gaf de aanstaande vader te kennen dat hij niet wilde dat de zorgen van zijn vrouw groter werden gemaakt dan nodig. Daarmee maakte hij een gesprek over haar zorgen onmogelijk.

4.3 Vaders worden betrokken als ondersteuners van hun partner

Het derde discours heeft betrekking op de wijze waarop verloskundigen omgaan met vaders. Het algemene beeld dat naar voren komt uit de interviews is dat de zorg voor de zwangere de centrale focus van de verloskundige is en dat vaders met name worden betrokken in de rol van ondersteuner van hun zwangere partner. Vaders komen in de verhalen van de verloskundigen minder vaak naar voren als mensen die zelf een transitie ondergaan, en daarbij wellicht behoefte hebben aan zorg en ondersteuning. Hieronder wordt dit onderscheid toegelicht aan de hand van vijf thema's: Zij staat centraal, hij komt erbij (4.3.1), Vaders betrekken bij problemen in het gezin of gedragsverandering (4.3.2), Focus op informatiedeling en praktische tips (4.3.3), Vaders tijdens de bevalling: actieve en ondersteunende rol (4.3.4) en tot slot Weinig aandacht voor de emotionele behoeften van vaders (4.3.5)

4.3.1 Zij staat centraal, hij komt erbij

In veel interviews komt naar voren dat, hoewel het belangrijk wordt gevonden aandacht te hebben voor de vader, zorg voor de zwangere in de praktijk wordt beschouwd als de primaire verantwoordelijkheid van de verloskundige (respondent 1,2,3,4,6,9). Zo geeft respondent 1 aan dat, hoewel zij het stel als team benadert “[...] het gewoon altijd om degene gaat die zwanger is [...]” en stelt respondent 2: “[...] voor mij is het allerbelangrijkste dat een vrouw een goede zwangerschap heeft [...]”. Respondent 3 is het meest stellig in het afbakenen van de verantwoordelijkheid van de verloskundige: “Ja kort verhaal, ik ben een verloskundige, ik werk voor vrouwen.” Zij benadrukt dat de positie van mannen en vrouwen bij de verloskundige niet gelijkwaardig is: “[...] wij zijn er voor die vrouw en die man komt erbij.

Dus ja, ik wil niet dat zij het idee hebben dat ze het moeten delen.” Dat wil niet zeggen dat respondent 3 het niet belangrijk vindt mannen te betrekken bij de zorg voor de zwangere. Zij stelt dat het belangrijk is vaders te betrekken om het gezin goed te kunnen begeleiden, daarom probeert zij hen het gevoel te geven: *“Ik mag mijn plekje hier ook pakken af en toe.”* Door gebruik te maken van het verkleinwoord ‘plekje’ en toe te voegen dat zij dit ‘af en toe’ mogen pakken, onderstreept zij echter de secundaire positie van vaders.

Dat de verloskundigen zorg voor de zwangere beschrijven als hun primaire taak wil niet zeggen dat zij het hier ook mee eens zijn (respondent 1,2,9). Respondent 1 geeft aan dat zij niet denkt dat *“[...] dat zo zou moeten zijn, maar dat is een beetje de realiteit van waar er tijd voor is.”* Respondent 9 vertelt dat zij zich ten opzichte van vaders voelt *“[...] tekortschieten als verloskundige.”*

De secundaire rol van vaders wordt door sommige verloskundigen benadrukt door het betrekken van de vader bij de verloskundige zorg vooral te bezien in het licht van de voordelen voor de zwangere. Zo benadrukken zowel respondent 3, 5, 6 als 8 het betrekken van vaders door verloskundigen belangrijk te vinden omdat dit ten goede komt van de zwangere: *“[...] En nogmaals: ik denk dat het doel is om mannen te betrekken waar hun vrouwen heel erg gebaat bij zijn, dat ze die steun ervaren.”* (respondent 8) Ook het antwoord van respondent 5 op de vraag wat de voordelen zijn van het meer betrekken van vaders illustreert dit:

“Ondersteuning, ook na de geboorte. Ook meer begrip tijdens de zwangerschap, zeker bij klachten en dergelijke zie je toch wel dat een betrokken partner meer begrip toont dan een partner die dat niet is geweest. En ook na de bevalling, dat die partners ook betrokken blijven en ook ondersteunen, wat weer ten goede komt van het herstel van de kraamvrouw.” (respondent 5)

Gevraagd naar de voordelen die het voor mannen zelf kan hebben om meer betrokken te worden geeft respondent 5 aan dat deze er wel zijn. Zij noemt als belangrijkste voordeel voor de vader dat zijn betrokkenheid ten goede komt van de relatie met zijn kind. Er wordt door haar echter niet gesproken over een eventuele zorgbehoefte van de vader die door de verloskundige kan worden vervuld.

4.3.2 Vaders betrekken bij problemen in het gezin of gedragsverandering

Verschillende verloskundigen benoemen dat vaders een belangrijke rol spelen bij het adresseren van eventuele problemen die spelen in de gezinssituatie, zoals financiële, psychische of relationele problemen, verslavingsproblematiek of een ongezonde levensstijl (respondent 5,6,7). Respondent 5 geeft aan dat het belangrijk is vaders te betrekken voor het verkrijgen van een “[...] indicatie wat je kunt verwachten voor de thuissituatie straks, wanneer wij niet meer aanwezig zijn.” Ook respondent 6 vertelt over hoe zij de vader betreft bij het verkrijgen van een beeld van de thuissituatie:

“[...] als je het gesprek voert met de cliënt heb je natuurlijk een gesprek [...] met het stel zeg maar, dus je hebt iets meer ook de gezinssituatie of het huis waarin de baby geboren wordt neem je mee [...] hoe is het met die vader, hoe is het met zijn werk, [...] zijn er financiële zorgen, en dan betrek je die vader daar echt wel heel duidelijk bij.” (respondent 6)

Hoewel deze respondent aangeeft in het gesprek met het stel te vragen hoe het met de vader gaat, lijkt dit niet zozeer te gaan over de zorgbehoefte van de vader. De vragen lijken er eerder op gericht een beeld te verkrijgen van de gezinssituatie en eventuele problemen die daar spelen.

4.3.3 Voorbereiding op de bevalling: focus op informatiedeling en praktische tips

Nagenoeg alle verloskundigen geven aan dat het belangrijk wordt gevonden dat vaders aanwezig zijn tijdens het moment waarop de bevalling wordt besproken. In de meeste gevallen wordt nadrukkelijk aan de zwangere gevraagd om haar partner, of iemand anders die aanwezig zal zijn tijdens de bevalling, mee te nemen naar het consult of de voorlichtingsbijeenkomst waarin de bevalling wordt besproken (respondent 1,2,3,4,5,6,8,9). Tijdens de bevallingsvoorlichting lijkt de nadruk te liggen op het verstrekken van feitelijke en praktische informatie over de bevalling, zodat vaders weten hoe een bevalling verloopt en wat er van hen verwacht wordt. Dit is volgens de verloskundigen van belang omdat zij hierdoor beter in staat zijn hun partners te ondersteunen (respondent 3,4,6,7,8). Een aantal verloskundigen geeft aan dat vaders regelmatig weinig kennis hebben over het bevallingsproces. Dit gebrek aan kennis kan er volgens hen voor zorgen dat vaders op een storende manier aanwezig zijn tijdens de bevalling (respondent 4,7,8).

In de informatievoorziening wordt de nadruk gelegd op de fysieke aspecten van de bevalling en de wijze waarop vaders het fysieke proces van bevallen kunnen ondersteunen. Zo vertelt respondent 4 dat ze vaders aan de hand van foto's uitleg geeft over de verschillende stadia van de bevalling: “[...] je ziet in stadia [...] de ontsluiting verder gaan en ook het kindje indalen en dan ook geboren worden, dat je ook dat een beetje uitlegt.” Het doel hiervan is volgens respondent 4 het geven van “[...] een eerlijk beeld van wat een bevalling is, en hoe je daarin kan begeleiden.” Respondent 8 vertelt over de wijze waarop vaders worden voorbereid op de bevalling tijdens de *centering pregnancy*¹⁷ bijeenkomsten die bij haar op de praktijk worden aangeboden:

“[...] dan krijgen ze allemaal kaartjes mee en dan moeten ze de fases van de bevalling eigenlijk op volgorde leggen en daarnaast leggen, heb je van die smileys, hoe voelt je vrouw zich denk je nu, en dan daarna van hoe heet deze fase [...] en dan [...] wakker ik dat gesprek aan van: nou, wat kan je dan in deze fase voor je vrouw doen, wat heeft ze nodig.” (respondent 8)

In sommige gevallen lijkt de nadruk op informatieverstrekking en praktische tips gevoed te worden door stereotype opvattingen over mannelijkheid (respondent 3,4,6,7). Zowel respondent 3 als 4 geven aan te denken dat mannen meer behoefte hebben aan feitelijke informatie. Respondent 4 zegt hierover: “[...] mannen [...] nemen anders informatie tot zich [...] dus misschien wel meer tabellen grafieken, procenten, percentages.” Daarnaast komt in verschillende interviews het beeld naar voren dat mannen meer praktisch zijn ingesteld en zodoende meer dan vrouwen behoefte hebben aan praktische tips en informatie (respondent 3,6,7). Zo legt respondent 7, wanneer zij het heeft over het voorbereiden van vaders op de bevalling, de nadruk op praktische tips:

“[...] pak je eigen tas, neem wat mee wat je kan doen [...] dat het ook niet makkelijk is om je partner waar je het meeste van houdt veel pijn te zien hebben, en je weet niet wat je kan doen, dat je soms beter in bed kan liggen dan ernaast [...] eigen tas pakken, maar ook je eigen deodorant en neem even een fris shirt mee [...] wie kan jij bellen 's

¹⁷ Centering pregnancy is een programma dat de verloskundige consulten in groepsverband aanbiedt. Zie voor meer informatie de website van de KNOV: <https://deverloskundige.nl/zwangerschap/subtekstpagina/285/centering-pregnancy/>. Geraadpleegd op 9 januari 2022.

nachts om 4 uur, als jij het even niet ziet zitten. Dat zijn hele specifieke tips.”

(respondent 7)

4.3.4 Vaders tijdens de bevalling; actieve en ondersteunende rol

Wanneer verloskundigen spreken over de rol van vaders tijdens de bevalling gaat het vaak over concrete handelingen die vaders kunnen verrichten en de praktische manieren waarop zij hun partner tijdens de bevalling kunnen ondersteunen en begeleiden (respondent 1,3,4,6,7,8,9). Respondent 4 noemt als voorbeeld van dingen die vaders kunnen doen tijdens een bevalling het volgende: “[...] *we hebben het dan bijvoorbeeld wel over een navelstreng doorknippen [...] of ik zou de baby wel willen aanpakken [...]*”. Respondent 1 legt uit hoe zij tijdens de bevalling samen met de vader voor de vrouw zorgt:

“[...] dan ben je vaak samen met de vader omgevingsfactoren OK aan het maken en zorgen dat alles er is, of aan het helpen met begeleiding, of aan hem laten zien van wat hij kan doen om zijn partner te helpen, dat soort dingen.” (respondent 1)

Een aantal verloskundigen geeft aan dat zij vaders tijdens de bevalling taken of opdrachten geven. Uit de interviews blijkt dat zij dit doen om het gevoel van machteloosheid dat door sommige vaders wordt ervaren weg te nemen (respondent 3,4,8). Zo zegt respondent 3 dat zij het belangrijk vindt om vaders “[...] *kleine taakjes te geven zodat ze zich bezighouden en niet zo machteloos ernaast staan en denken: ik kan hier niets en zij heeft pijn.*” Respondent 4 vertelt dat zij vaders stimuleert om een actieve rol aan te nemen tijdens de bevalling:

“[...] nou dat hun rol, dat het soms best lastig is om daar gewoon naast te staan, maar dat als je actief aanwezig bent, dat dat eigenlijk het belangrijkste is [...] kijken wat ze, wat hun vrouw nodig heeft, is het de rug masseren, of een slokje water, of net even dat muziekje opzetten [...]” (respondent 4)

De uitspraken van respondent 3 en 4 wekken de indruk dat de verloskundigen vaders een gevoel van controle over de situatie willen geven, door hen te stimuleren taken op zich te nemen waarmee zij zichzelf nuttig kunnen maken. Zoals het citaat uit het interview met respondent 4 laat zien, betreft dit vooral taken die betrekking hebben op het ondersteunen van het fysiologische bevallingsproces. Ook respondent 8 vertelt dat zij vaders taken geeft tijdens

de bevalling, tegelijkertijd geeft zij aan dat de actieve houding van vaders storend kan zijn voor de barende vrouw. Zo vertelt zij over een overactieve vader:

“[...] die man bleef maar aan zijn vrouw vragen: gaat het goed, wil je een washandje, wil je dit, wil je dat? En toen dacht ik, die vrouw moet zich zo focussen op die weeën, het helpt niet als je elke keer dan antwoord moet geven.” (respondent 8)

Respondent 8 geeft aan dat zij deze vader heeft verteld dat het ook waardevol kan zijn als je niets doet, maar gewoon aanwezig bent. Dit bracht volgens haar ontspanning bij de vader. Dit suggereert dat de verwachting een actieve houding aan te moeten nemen voor spanning kan zorgen bij vaders. Respondent 8 geeft aan dat zij denkt dat het belangrijk is als mannen zich er meer bewust van worden dat gewoon aanwezig zijn bij de bevalling soms genoeg kan zijn.

Hoewel de beleving van de vader zelf naar de achtergrond verdwijnt door de nadruk op zijn ondersteunende rol, wordt door het merendeel van de verloskundigen wel benoemd dat aanwezig zijn bij de bevalling moeilijk kan zijn voor vaders (respondent 3,4,6,7,8,9).

Respondent 3 geeft bijvoorbeeld aan dat het belangrijk is te erkennen dat er *“[...] veel meer vaders zijn die een trauma oplopen tijdens de [...] bevalling, omdat zij niet voldoende ondersteuning hebben.”* Het is opvallend dat hoewel respondent 3 bevallingstrauma bij vaders koppelt aan een gebrek aan ondersteuning voor hem, zij tegelijkertijd vaders met name adresseert als ondersteuners van hun partners. Het ervaren van de bevalling als traumatisch door vaders wordt door verschillende verloskundigen verbonden aan gevoelens van machteloosheid (respondent 3,6,7). Respondent 6 stelt dat een traumatische bevallingservaring een langdurig negatieve impact kan hebben op vaders omdat *“[...] zij het natuurlijk hebben zien gebeuren en er toch redelijk machteloos naast staan, en vrouw en kind in gevaar soms zien [...]”*.

Ondanks dat het merendeel van de verloskundigen dus erkent dat ook vaders een zorgbehoefte kunnen hebben tijdens de bevalling, geeft slechts een beperkt aantal verloskundigen aan dat zij hier tijdens de bevalling oog voor hebben. De kwetsbaarheid van vaders wordt dus wel erkend, maar er lijkt door de meeste verloskundigen niet op geacteerd te worden. Alleen respondent 6,7 en 9 benoemen expliciet dat zij tijdens de bevalling ook aandacht proberen te hebben voor de behoeften van de vader, en hem ondersteuning bieden waar nodig. Respondent 6 vertelt dat zij tijdens de bevalling vaders enerzijds stimuleert hun vrouw te ondersteunen, maar tegelijkertijd oog probeert te hebben voor de behoeften van de

vader, zodat zij het van hem kan overnemen op de momenten dat het voor hem te veel wordt. Respondent 7 en 9 geven aan dat zij ervoor zorgen tijdens de bevalling steeds goed uit te leggen aan vaders wat er gebeurt, hem betrekken bij beslissingen, maar hem ook geruststelling bieden als dat nodig is:

“Ja, vaak wel even wat geruststellende woorden [...] want voor hen is het ook zwaar om de hele tijd hun vrouw in pijn te zien, dus daar maak ik ook wel wat ruimte voor even, of even op de gang [...] En, ja, ook gewoon soms even een hand op de schouder ofzo, of op een moeilijk moment, oogcontact, heel veel oogcontact [...] ook continu zoeken: ben jij er ook bij, met beslissingen checken, hoe is dat voor jou [...]” (respondent 9)

Respondent 7 geeft daarnaast aan dat zij na een moeilijke bevalling nog even bij de vader blijft, in het geval dat de vrouw naar de OK is gebracht: *“[...] op zich is mijn zorg afgesloten, maar zo voelt dat niet, dus dan zit ik nog, met zo 'n partner [...]”* In de praktijken waar respondent 7 en 9 werken is er ook aandacht voor vaders na de bevalling. In de praktijk van respondent 7 vindt er na een moeilijke of zelfs traumatische ervaring een nagesprek plaats waarin er ook aandacht is voor de beleving van de vader. Respondent 9 geeft aan dat zij in het nagesprek altijd aan de vader vraagt hoe hij het beleefd heeft en hem laat weten dat hij altijd bij de verloskundige terecht kan als hij problemen ervaart. Zij geeft echter ook aan dat het uitgebreid betrekken van vaders bij het nagesprek over de bevalling geen standaardpraktijk is en dat zij dit vooral doet omdat zij hier een persoonlijke interesse in heeft.

4.3.5 Weinig aandacht voor de emotionele behoeften van vaders

De nadruk die wordt gelegd op de ondersteunende rol van vaders suggereert dat er minder aandacht is voor de ervaringen en behoeften van aanstaande vaders zelf tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamperiode. In een viertal interviews komt expliciet naar voren dat vaders niet alleen ondersteuners zijn van hun partner, maar zelf ook een transitie ondergaan waarbij ze behoefte aan ondersteuning kunnen hebben (respondent 1,2,7,9). Respondent 1 geeft bijvoorbeeld aan dat *“[...] het ook voor de partner een hele grote overgang is natuurlijk, en die krijgt daar eigenlijk bijna geen zorg [...]”* Zoals de uitspraak van respondent 1 al doet vermoeden wordt vaders in de praktijk echter niet veel

ondersteuning geboden bij deze transitie.

Uit een aantal interviews komt naar voren dat de verloskundigen onderscheid maken tussen mannen en vrouwen als het gaat om emotionele ondersteuning (respondent 3,6,8). Zowel respondent 3 als 6 schetsen in het interview een contrast tussen mannen en vrouwen met betrekking tot hun behoefte aan emotionele steun. Volgens respondent 3 hechten vrouwen meer waarde aan hoe je een boodschap brengt en vinden zij het vooral belangrijk dat hun verhaal gehoord wordt. Respondent 6 geeft aan dat ze angst voor de bevalling bij mannen vaak probeert te bezweren met humor of een tip, terwijl ze vrouwen die angstig zijn troost biedt en intensief begeleid:

“Dat doe ik bij vrouwen dan weer niet zo snel, dan ben ik [...]vooral serieus en daar sla ik eerder een arm om heen, en dat doe je bij mannen gewoon niet, dan ben je daarin echt wel wat afstandelijker en wat sneller, dat ik denk van: nou, ik geef je een tip, succes ermee, weet je wel. En bij vrouwen zou je dat meer gaan, ja, coördineren, of coachen van: nou, nog een keer reflecteren of terugkomen erop en dat doe je bij mannen eigenlijk, doe ik dat niet zo.” (respondent 6)

Uit het interview met respondent 8 komt naar voren dat zij het moeilijk vindt om te gaan met de emoties van mannen. Zij vertelt dat zij vaak weinig respons krijgt van mannen als zij hen vraagt naar hun emoties. Respondent 8 geeft aan dit ingewikkeld te vinden. Tegelijkertijd vindt zij het ook lastig als mannen zich emotioneel tonen. Zij geeft een voorbeeld van een vader die zeer emotioneel werd tijdens een consult. Respondent 8 geeft aan dat zij dusdanig schrok van de emotie die deze man toonde, dat ze het op dat moment lastig vond om adequaat hierop te reageren en zijn emotie serieus te nemen:

“En nu denk ik [...] misschien had ik die man [...] toch ook nog eens een keer kunnen bellen en misschien [...] dat ik hem meer had kunnen verwijzen en ook echt oprecht zijn verdriet over die miskraam serieus had kunnen nemen, terwijl, toen dacht ik meer van: jeetje wat is dit?” (respondent 8)

Typerend is ook de opmerking die respondent 6 maakt over de afwezigheid van vaders ten tijde van de eerste lockdown. In het begin van deze lockdown mochten vaders niet

meekomen naar de afspraken, dit leverde volgens deze verloskundige soms pijnlijke situaties op:

“En bijvoorbeeld ja, de situaties dat zo'n partner er niet bij was op het moment dat we bijvoorbeeld een miskraam vaststelden, dat is zo schrijnend geweest, dat was echt heel moeilijk, en het is natuurlijk een uitzonderlijke situatie, maar daarin zie je ook wel wat partners voor hun vrouw kunnen betekenen.” (respondent 6)

De verloskundige geeft aan dat het schrijnend was dat de vader niet aanwezig kon zijn om zijn partner te troosten nadat er een miskraam geconstateerd was. Zij benoemt echter niet dat het wellicht ook pijnlijk was voor hem dat hij niet aanwezig kon zijn om het verdriet met zijn partner te delen en steun te ontvangen van zijn partner en de verloskundige.

Ook in de opleiding verloskunde lijkt er weinig aandacht te zijn voor de emotionele behoeften van vaders. Een groot deel van de verloskundigen, zowel recent als minder recent afgestudeerden, geeft aan dat er in de opleiding weinig aandacht is voor vaders. Als vaders ter sprake komen is dat volgens de verloskundigen met name in het kader van het vak communicatieve vaardigheden of gesprekstechnieken, waar de studenten geleerd wordt ook de vader bij het gesprek te betrekken (respondent 2,5,6,7). Daarnaast wordt genoemd dat studenten tijdens de opleiding leren vaders te betrekken bij gedragsverandering (respondent 2) en bij de anamnese (respondent 6). Het merendeel van de verloskundigen geeft echter aan dat er op de opleiding geen aandacht is voor de beleving van vaders en de transitie die zij doormaken, en hoe je hier als verloskundige mee om kunt gaan (respondent 2,3,4,5,6,9).

4.4 De organisatie van de verloskundige zorg laat weinig ruimte voor vaders

Het vierde en laatste discours gaat over de organisatie van de verloskundigenpraktijk en de invloed hiervan op de zorg voor vaders. Dit discours omvat drie thema's die hieronder worden besproken: Er is geen tijd om voor vaders te zorgen (4.4.1), Zorg voor vaders is niet standaard (4.4.2) en tot slot De verloskunde is een vrouwenwereld (4.4.3).

4.4.1 Er is geen tijd om voor vaders te zorgen

Het ervaren van tijdsdruk is een onderwerp dat in een groot deel van de interviews aan de orde komt. Dit gebrek aan tijd wordt door de verloskundigen genoemd als een belemmering voor het betrekken van vaders (respondent 1,2,3,4,6,7,9). Twee respondenten geven aan bang te zijn dat meer aandacht voor vaders ten koste gaat van de zorg voor de zwangere (respondent 1,3):

“[...] ik ben wel bang dat als wij ook nog heel veel aandacht zelf als verloskundige daaraan gaan besteden, dat we een stukje zorg ontnemen van die vrouw wat ze echt heel goed kunnen gebruiken.” (respondent 3)

De meeste verloskundigen hebben per consult tien tot vijftien minuten de tijd voor een cliënt. Het leeuwendeel van deze tijd gaat op aan het verstrekken van informatie en het doen van de standaard lichamelijke controles, zoals bloed prikken, uitwendig onderzoek en het meten van de bloeddruk. Binnen de schaarse tijd die er is voor een consult ligt de focus dus vooral op de praktische en de medische aspecten van de zwangerschap en de bevalling. Er blijft hierdoor weinig tijd over om aandacht te besteden aan de emotionele, sociale en existentiële aspecten:

“[...] we doen veel meten, controles en we hebben het over de bevalling en daar betrekken we natuurlijk partners bij. En vervolgens, ja, dat is het een beetje. Dus we hebben het niet zo heel erg over ouderschap in die zin, met allebei niet. Soms stippen we het een beetje aan, maar dat blijft vrij oppervlakkig. Dus het is toch wel echt vooral, in mijn ervaring, medische zorg die we geven.” (respondent 1)

Het gebrek aan tijd kan ook gevolgen hebben voor de wijze waarop vaders betrokken worden. Zo vertelt respondent 1 dat ze door het gebrek aan tijd vaders vooral betreft in de rol van ondersteuner van de zwangere:

“[...] ik ben in die zin denk ik meer bezig zelf met vaders als ondersteuning van degene die zwanger is, dan als mensen die zelf vader worden, dan als mensen die ouders worden. En ik denk dat dat komt omdat het al best wel veel tijd kost of moeilijk is om dat überhaupt te doen bij degene die zwanger is.” (respondent 1)

In sommige verloskundige praktijken is er meer tijd voor de consulten, zodat er meer tijd is om stil te staan bij andere dan alleen de medische aspecten van de zwangerschap (respondent 3,9). Dit betekent echter niet dat er dan ook automatisch meer aandacht naar de partner gaat. Zo vertelt respondent 9 dat in de praktijk waar zij werkt tien minuten langer wordt uitgetrokken voor het consult. Zij geeft echter aan dat deze aandacht meestal naar de zwangere gaat en dat het niet de norm is om uitgebreid te vragen hoe het met de vader gaat.

4.4.2 Zorg voor vaders is niet standaard

Uit de interviews komt het beeld naar voren dat aandacht voor vaders geen standaard onderdeel is van de verloskundige zorg. De enige standaard met betrekking tot de zorg voor vaders, die door nagenoeg alle verloskundigen genoemd wordt, is dat vaders worden uitgenodigd voor bepaalde consulten. Meestal zijn dat de intake, de termijn- en twintigweken echo, en het gesprek of de voorlichtingsbijeenkomst over de bevalling. In een enkel geval worden vaders ook standaard uitgenodigd voor het nagesprek over de bevalling. In de meeste gevallen wordt de vader niet rechtstreeks uitgenodigd voor deze consulten, maar wordt aan de zwangere gevraagd of zij haar partner mee wil nemen (respondent 1,2,3,4,5,6,8,9). Zowel respondent 1,3 als 9 geven aan dat er verder geen richtlijnen of een zorgpad zijn waarin is vastgelegd hoe vaders betrokken kunnen worden bij de zorg. Zowel respondent 1 als 3 geven aan dat deze richtlijnen er ook niet zijn voor de begeleiding van de zwangere. Volgens respondent 1 hebben de richtlijnen die er zijn uitsluitend betrekking op de medische zorg.

Uit meerdere interviews komt daarnaast naar voren dat het niet standaard is om te vragen naar de ervaring van vaders, of dit nou gaat om hun ervaring en verwachting van de zwangerschap, bevalling of de verleende zorg (respondent 1,4,6,8,9). In veel gevallen wordt er alleen meer aandacht gegeven aan de vader als hijzelf of als het stel hier expliciet om vraagt (respondent 1,2,4,6):

“[...] het is nu echt als je duidelijk ziet bij een cliënt dat zij meer behoeftes heeft, of dat een partner dat aangeeft, dat je hen die tijd geeft, of aandacht, en dat zou eigenlijk best wel standaard kunnen denk ik.” (respondent 6)

Het gevaar hiervan is dat alleen mondige vaders aandacht krijgen en dat vaders die minder goed uiting kunnen geven aan hun behoeften minder of geen aandacht krijgen. Dit zou kunnen bijdragen aan een tweedeling, doordat het de betrokkenheid onder vaders die toch al betrokken zijn vergroot, terwijl juist de groep die wellicht meer aandacht en steun nodig heeft om betrokken te zijn achterblijft. Uit een aantal interviews komt naar voren dat de vaders die het meest mondig zijn en het meest betrokken zijn vaker witte hoogopgeleide mannen zijn (respondent 1,2,4). Zo zegt respondent 4: “[...] *Het is wel vaker de wat hoger opgeleide man, de hoger opgeleide Nederlandse man, die meekomt [...]*” en respondent 1: “[...] *ik denk dat [...] witte Nederlanders van onze generatie, met een zeker inkomen, die [...] willen van alles en die zeggen dat ook.*”

Ook tijdens collegiale overleggen is het niet standaard dat er gesproken wordt over hoe het met de aanstaande vader gaat. Alleen wanneer er sprake is van zorgen of problemen, bijvoorbeeld in het geval van huiselijk geweld, psychische problemen of als een vader zelf heeft aangegeven erg angstig te zijn voor de bevalling, wordt dit binnen het team gedeeld (respondent 2,3,4,5,6,8).

In verschillende interviews komen alternatieve vormen van zorg ter sprake waarin standaard meer aandacht is voor vaders (respondent 2,3,4,5,8). Respondent 2 geeft aan dat er binnen kleinschalige praktijken, waar meer tijd wordt uitgetrokken per consult, er meer aandacht is voor het stel. Respondent 3 stelt dat er in praktijken waar sprake is van continue begeleiding vaders veel meer aandacht krijgen tijdens de bevalling. Tot slot wordt door meerdere verloskundigen *centering pregnancy* genoemd als werkwijze waarbinnen aandacht voor de vader een gestandaardiseerd onderdeel is (respondent 4,5,8).

4.4.3 De verloskunde is een vrouwenwereld

Meerdere verloskundigen benoemen dat de verloskunde een vrouwenwereld is; verloskundigen zijn meestal vrouw en de zwangere vrouw staat centraal in de verloskundige zorg. Dit beïnvloedt volgens deze verloskundigen de wijze waarop mannen hun bezoek aan de verloskundige ervaren (respondent 3,4,6,8):

“Ik denk dat het een gedeelte is dat zij zich niet helemaal op hun plek voelen, want het is echt een vrouwenwereld. 98% van de verloskundigen in de eerste lijn is vrouw. Dus ja, je gaat naar vrouwencontroles, voor jouw vrouw, er zit een vrouw tegenover je, dus ja, wie ben jij dan als man om hulp te vragen, terwijl je, ja, er eigenlijk voor je vrouw en voor je kind zit.” (respondent 3)

Dat de verloskunde een vrouwenwereld is kan vaders volgens deze verloskundigen het gevoel geven dat de verloskundige er niet voor hen is (respondent 6,8) en ervoor zorgen dat zij zich ongemakkelijk voelen (respondent 3,4). Daarnaast kan dit er volgens sommige verloskundigen toe leiden dat zij niet zo snel geneigd zijn om zelf vragen te stellen aan de verloskundige of aandacht te vragen voor hun eigen problemen (respondent 3,4,8). Zowel respondent 4 als 8 vragen zich af of mannen zich bij een vrouwelijke verloskundige vrij voelen om zich uit te spreken. Respondent 8 geeft aan dat zij denkt dat mannen mogelijk minder snel over hun emoties spreken als een vrouw hiernaar vraagt. Respondent 4 werkt in een praktijk waar vadergroepen worden aangeboden. Zij denkt dat mannen zich in deze groepen vrijer voelen om vragen te stellen en hun zorgen rondom de zwangerschap en bevalling uit te spreken:

“[...] dat is ook de veiligheid van alleen mannen in de omgeving [...] Ik denk dat als een man iets tegen een man zegt dat dat anders is, en dat mannen bijvoorbeeld onder elkaar makkelijker over [...] uitscheuren en hechten en [...] dat soort dingen, kunnen hebben, dat is een andere toon die dan gesproken wordt dan als er vrouwen bij zijn.” (respondent 4)

Respondent 4 geeft daarnaast aan dat zij als vrouw soms een gevoeligheid voelt ten opzichte van mannen, en het lastig vindt om hen advies te geven:

“[...] dat je voelt van: o ja, moet ik dit nu zeggen of weet je, zo kan ik het wel voelen [...] het gaat dan vaker denk ik om advies geven, dat ie zich dan misschien een beetje, ja in de hoek gezet [...] dat ze zich misschien niet zo, niet makkelijk iets laten vertellen ofzo.”
(respondent 4)

Doordat vrouwen de overhand hebben binnen de verloskunde bestaat volgens respondent 3 bovendien het gevaar dat mannen door verloskundigen in een “vrouwenkeurslijf” worden geduwd en dat er “vrouwenvoorwaarden” aan hen worden gesteld: *“[...] en dat bedoel ik*

dan in die zin het zorgzame, het continu aanwezig willen zijn, het continu betrokken daarmee zijn, en dat als enige acceptabele gedrag wordt gezien.”

4.5 Conclusie

De analyse van de interviews heeft vier discoursen aan het licht gebracht in het spreken van verloskundigen over (het werken met) vaders. Het discours ‘Hij staat verder van de zwangerschap af’ heeft betrekking op de relatie van de ouders tot de zwangerschap. In het merendeel van de interviews wordt een dichotomie geschetst tussen mannen en vrouwen, waarbij de relatie van de vrouw tot de zwangerschap wordt beschreven in termen van onmiddellijke verbondenheid, terwijl de relatie van vaders tot de zwangerschap omschreven wordt als meer afstandelijk. Vaders zouden de zwangerschap en bevalling zien als proces van hun partner, en zich daarom volgzzaam opstellen. Het zien van de vader als minder verbonden met de zwangerschap lijkt door te werken in de wijze waarop verloskundigen spreken over het benaderen van vaders; als ondersteuners van hun zwangere partner.

Het tweede discours beschrijft vaders als beschermers van vrouw en kind. Ook dit discours kenmerkt zich door een dichotomie, die mannen presenteert als beschermend en onkwetsbaar en vrouwen als afhankelijk en kwetsbaar. Indirect blijkt uit de verhalen van de verloskundigen dat de beschermende rol van vaders de zorg voor de zwangere kan hinderen. Zo lijken vaders vanuit hun beschermende rol sneller geneigd te verzoeken tot ingrijpen tijdens de bevalling. Hierdoor kunnen zij het bevallingsproces op een negatieve manier beïnvloeden. Ook dit discours lijkt invloed te hebben op de wijze waarop verloskundigen spreken over het benaderen van vaders. Doordat vaders veelal worden gezien als beschermers van hun kwetsbare partner en niet als mensen die zelf kwetsbaar zijn, lijkt er weinig aandacht te zijn voor de zorgbehoefte van vaders.

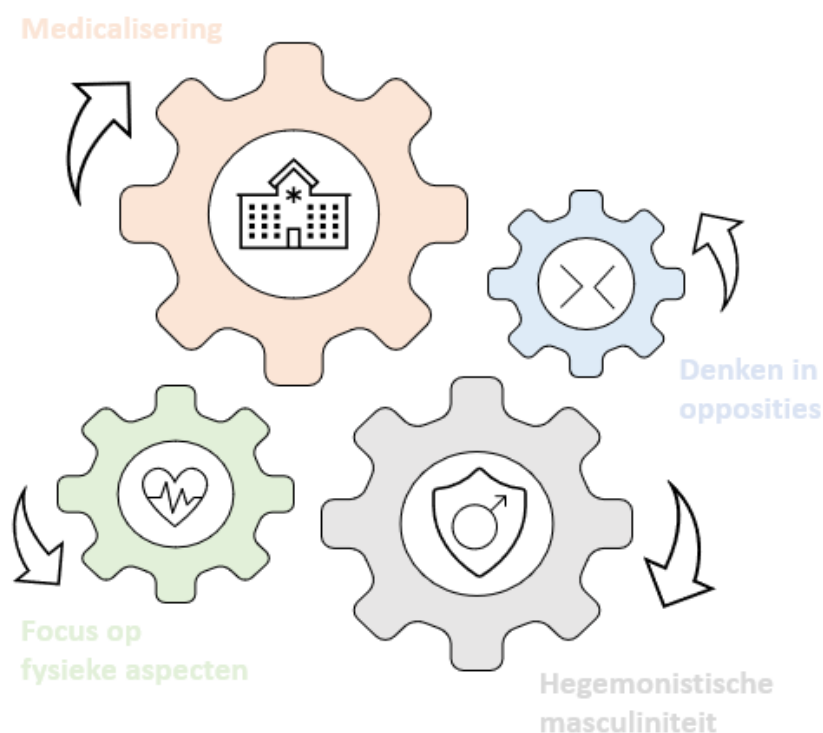
De benadering van vaders door verloskundigen is het onderwerp van het discours ‘Vaders worden betrokken als ondersteuners van hun partner’. Dit discours beschrijft de zorg voor de zwangere als de primaire verantwoordelijkheid van de verloskundige. Het belang van het betrekken van de vader wordt vooral gezien in het licht van de voordelen voor de zwangere. De vader wordt zodoende voornamelijk beschreven in een instrumentele en ondersteunende rol. De zorg voor hem lijkt als voornaamste doel te hebben dat hij een goede ondersteuner kan zijn voor zijn vrouw tijdens de zwangerschap en bevalling. Er is weinig aandacht voor de transitie die de vader zelf doormaakt, en voor zijn emotionele behoeften.

Het discours ‘De organisatie van de verloskundige zorg laat weinig ruimte voor vaders’ tot slot, heeft betrekking op de wijze waarop verloskundigen spreken over de inrichting van de verloskundige zorg in relatie tot het betrekken van vaders. Een belangrijk thema binnen dit discours is tijdsdruk; vrijwel alle verloskundigen geven aan dat zij per cliënt weinig tijd hebben. Hierdoor ligt de nadruk op medische zorg en is er weinig tijd voor de sociale, emotionele en existentiële aspecten van zwangerschap en bevalling. Dit heeft gevolgen voor de ruimte die verloskundigen ervaren om aandacht te hebben voor vaders. Daarnaast geven de verloskundigen aan dat zorg voor vaders niet wordt gezien als een standaard onderdeel van de verloskundige zorg, er zijn geen afspraken over of richtlijnen voor. Zorg voor vaders lijkt daarmee niet gezien te worden als kerntaak van de verloskundige, maar als supplementair. Tot slot komt binnen dit discours de genderdynamiek binnen de verloskundige zorg ter sprake. Dat de vrouw centraal staat binnen de verloskundige zorg heeft volgens een aantal van de geïnterviewde verloskundigen invloed op de wijze waarop vaders de verloskundige zorg ervaren.

Ieder van deze vier discoursen draagt op eigen wijze bij aan het marginaliseren van de positie van vaders. De analyse laat zien dat dit doorgaans niet intentioneel gebeurt, maar berust op vooronderstellingen. Onbewust wordt er een hiërarchie gecreëerd, waarin aan vaders een secundaire rol wordt toebedeeld. Hoewel de verloskundigen zelf het gebrek aan tijd noemen als één van de voornaamste redenen om vaders minder aandacht te geven, laat de analyse zien dat ook opvattingen over gender hierin een rol lijken te spelen. De combinatie van de onbewuste genderopvattingen die naar voren komen in de eerste drie discoursen en de opvattingen over tijdsdruk zoals beschreven in het vierde discours versterken en bevestigen elkaar. Dit maakt het moeilijk deze discoursen te doorbreken. Tegelijkertijd zijn in de discoursen ook aanknopingspunten te vinden om vaders meer te betrekken. Zo geven de verloskundigen aan dat zij het belangrijk vinden om aandacht te hebben voor vaders en tonen zij zich bereid hen intensiever te betrekken.

5 DISCUSSIE

In dit hoofdstuk worden de bevindingen uit het empirisch- en literatuuronderzoek in dialoog gebracht met elkaar. Hiermee wordt een antwoord gegeven op de derde deelvraag: Hoe verhouden deze discoursen zich tot zorgethische visies op vaderschap en vice versa? Daarnaast wordt in dit hoofdstuk een antwoord geformuleerd op de vierde en laatste deelvraag: Wat levert deze analyse op voor het denken over goede zorg voor vaders vanuit een zorgethisch perspectief? Dit zal gedaan worden aan de hand van vier thema's: medicalisering (§5.1), hegemonistische masculiniteit (§5.2), lichamelijkeheid (§5.3) en relationaliteit (§5.4). Deze thema's hebben betrekking op vier elkaar versterkende dynamieken die werkzaam zijn in de discoursen (zie afbeelding 1). In samenspel met elkaar zorgen deze dynamieken ervoor dat de marginale positie van vaders in de verloskundige praktijk wordt bestendigd.



Afbeelding 1: In de discoursen zijn vier dynamieken werkzaam die elkaar in stand houden en versterken

5.1 Medicalisering

Uit verschillende onderzoeken naar de Britse en Amerikaanse geboortezorg, die in het theoretisch kader worden besproken, komt het beeld naar voren dat vaders door zorgprofessionals vooral worden betrokken in de rol van coach of ondersteuner van hun partner (Dolan & Coe, 2011; Reed 2005; Early, 2001; Draper, 1997). Dit beeld wordt in de interviews met de Nederlandse eerstelijns verloskundigen bevestigd. In het theoretisch kader werd een verband gelegd tussen deze ondersteunende rol en de medicalisering van de geboortezorg. Zo constateert Reed (2005) dat prenatale educatie er hoofdzakelijk op gericht is vaders te informeren over de fysieke processen van zwangerschap en bevalling, en hen te leren hoe zij hun partner in deze fysieke processen kunnen ondersteunen.

Deze focus op ondersteuning van de fysieke processen wordt ook teruggezien in de interviews, wanneer gesproken wordt over de bevalling. In de voorbereiding van vaders op de bevalling lijkt de nadruk te liggen op feitelijke informatie en praktische tips. Vaders worden geïnformeerd over de stadia van de bevalling en leren hoe zij hun partner in de verschillende stadia kunnen ondersteunen. Hierbij gaat het voornamelijk om praktische vormen van ondersteuning, zoals het in orde maken van omgevingsfactoren, de rug masseren, een glas water of een washandje aanreiken.

Het beeld dat naar voren komt uit het empirisch onderzoek is echter genuanceerder dan het beeld dat naar voren komt uit het theoretisch kader. De verloskundigen hebben niet enkel aandacht voor de fysieke processen van zwangerschap en bevalling; uit de interviews blijkt dat zij het hebben van aandacht voor (psycho)sociale factoren die de zwangerschap beïnvloeden, beschouwen als een belangrijke taak van de verloskundige. Zo heeft de verloskundige ook aandacht voor huiselijk geweld, psychische problemen in het gezin en leefstijlproblematiek zoals middelenmisbruik en een ongezond voedingspatroon. Vaders spelen volgens meerdere verloskundigen een belangrijke rol bij het aanpakken van deze problemen. Hoewel de verloskundige zorg dus meer behelst dan alleen medische zorg, staan de genoemde interventies wel in het teken van het bevorderen van een gezonde zwangerschap en het beperken van de risico's voor het ongeboren kind. De interventies hebben slechts beperkt betrekking op de emotionele en existentiële dimensie van de zwangerschap en bevalling. Uit de interviews blijkt dat vaders ook bij deze interventies vooral betrokken worden in een instrumentele rol; hun betrokkenheid wordt van belang geacht omdat zij kunnen bijdragen aan een omgeving die een gezonde zwangerschap bevordert.

Een aantal verloskundigen benoemt dat vaders een transitie ondergaan, waarbij zij mogelijk behoefte hebben aan ondersteuning en zorg. Hiermee richten zij de aandacht op de zwangerschap en bevalling als levensgebeurtenissen (Buitendijk, 2010). Hoewel hieruit blijkt dat de verloskundigen zich bewust zijn van de transitie die vaders ondergaan en de zorgbehoefte die zij hebben, spreken zij wanneer zij het hebben over het betrekken van vaders met name over vaders in de rol van ondersteuner van hun partner. Dit doet vermoeden dat het gemedicaliseerde discours diepgeworteld is en op een onbewust niveau doorwerkt in het spreken van de verloskundigen over vaders.

Verschillende respondenten geven aan dat zij vaders graag meer ondersteuning zouden willen bieden in hun transitie naar het vaderschap, maar dat daarvoor in de praktijk geen tijd is. Dit gebrek aan tijd treft echter niet alleen de vader, maar ook de moeder; er is volgens verschillende verloskundigen überhaupt weinig tijd om aandacht te hebben voor de existentiële dimensie van de zwangerschap en de transitie naar het ouderschap.

Bovengenoemde uitkomsten uit het empirisch onderzoek sluiten aan bij de bevinding uit het theoretisch kader dat in de Nederlandse geboortezorg de existentiële dimensie van de zwangerschap steeds meer naar de achtergrond wordt verdrongen onder invloed van medicalisering, hoewel deze niet volledig wordt uitgesloten (masterscriptie Albers, 2016). Uit het empirisch onderzoek blijkt dat deze toenemende medicalisering ook door verloskundigen als problematisch wordt ervaren. Tegelijkertijd lijkt het gemedicaliseerde discours diep doorgedrongen te zijn in het denken en spreken van de verloskundigen. In de volgende paragraaf zal aandacht besteed worden aan de wijze waarop in de verloskundige zorg medicalisering en constructies van hegemonistische masculiniteit in samenspel met elkaar bijdragen aan het marginaliseren van de positie van vaders en gelijktijdig de positie van moeders precariseren.

5.2 Hegemonistische masculiniteit

Het concept hegemonistische masculiniteit, dat nader wordt toegelicht in §2.1, heeft betrekking op het ideaal van mannelijkheid dat dominant is in een bepaalde tijd en cultuur. De interviews laten zien dat dominante culturele opvattingen doorwerken in de relatie tussen verloskundigen en vaders.

De ondersteunende rol die aan mannen wordt toegeschreven wordt niet alleen beïnvloed door medicalisering; ook opvattingen over mannelijkheid spelen hierin een rol. Zo wordt door een aantal verloskundigen gesuggereerd dat mannen praktischer zouden zijn ingesteld en meer dan vrouwen behoefte zouden hebben aan feitelijke informatie. Ook wordt in een aantal interviews gesuggereerd dat mannen minder behoefte zouden hebben aan emotionele steun. Dergelijke opvattingen dragen eraan bij dat vaders niet gezien worden als kwetsbaar, en als gevolg daarvan niet als zorgbehoevend. Dit correspondeert met bevindingen uit onderzoek dat in het theoretisch kader wordt besproken. Volgens dit onderzoek van Dolan & Coe (2011) gebruiken zorgprofessionals constructies van hegemonistische masculiniteit om hun houding jegens vaders te rechtvaardigen. De interviews laten zien dat de ondersteunende rol van vaders in veel gevallen niet wordt geproblematiseerd, omdat ervan uit wordt gegaan dat mannen het prettig vinden om op deze manier betrokken te worden.

Het is echter denkbaar dat afstandelijk gedrag van mannen ten opzichte van de verloskundige het gevolg is van de genderdynamiek in de verloskundige praktijk. Zoals de verloskundigen zelf aangeven, kan het feit dat de verloskundige wereld een vrouwenwereld is ervoor zorgen dat mannen zich ongemakkelijk voelen en niet zo snel geneigd zijn over hun emoties te spreken. Hierin speelt mogelijk het door Doucet (2008) en Draper (2003) beschreven compensatiegedrag een rol. Doucet concludeert op basis van haar empirisch onderzoek naar vaders dat mannen die zich begeven op terreinen die traditioneel als vrouwelijk worden gezien, geneigd zijn hun mannelijkheid te benadrukken. Het is mogelijk dat mannen die de verloskundige praktijk betreden teruggrijpen op stereotiep mannelijk gedrag, omdat zij zich ongemakkelijk voelen in een zo nadrukkelijk vrouwelijke wereld. Wanneer zorgprofessionals op basis van dit gedrag aannemen dat mannen graag meer afstandelijk benaderd willen worden, bevestigen zij deze stereotype rol. In plaats van deze rol te bevestigen zou er ook meer ruimte kunnen worden gecreëerd voor mannen om een andere rol aan te nemen. In een gendergeladen omgeving zoals de verloskundige praktijk lijkt een dergelijke sensitiviteit in het bijzonder belangrijk.

Ook de rol van beschermer, die door de verloskundigen aan vaders wordt toegeschreven, sluit aan bij het ideaal van hegemonistische masculiniteit. In de rol van beschermer toont zich de complexe relatie tussen mannelijkheid en zorg, zoals omschreven door Tronto (2013). Tronto stelt dat mannen doorgaans worden vrijgesteld van meer intieme vormen van zorg, omdat van hen verwacht wordt dat zij zorgen door te beschermen en door betaalde arbeid te verrichten. De interviews met de verloskundigen laten zien dat het idee van de man als beschermer van

het gezin een rol speelt in de wijze waarop mannen in de geboortezorg worden benaderd. In veel van de interviews worden vaders omschreven als beschermers van hun partner en (ongeboren) kind. Dit wordt het sterkst teruggezien in de rol die aan vaders wordt toebedeeld tijdens de bevalling. Er wordt van vaders verwacht dat zij tijdens de bevalling opkomen voor de belangen van hun partner, en ervoor zorgen dat zij de juiste zorg krijgt. Deze verwachting creëert een ongelijke relatie; de vrouw wordt neergezet als kwetsbaar en afhankelijk, terwijl de man wordt neergezet als autonoom en onkwetsbaar. Het gevolg hiervan zou kunnen zijn dat de barendende vrouw wordt gezien als iemand die niet in staat is om zelf beslissingen te maken, maar een ander nodig heeft die dit voor haar doet. In de rol van beschermer vormt de man dan ook een potentiële bedreiging voor de autonomie van de vrouw, die toch al onder druk staat in de gemedicaliseerde geboortezorg, zoals Van Nistelrooij en Van der Waal (2019) beargumenteren. Zij stellen dat de positie van de barendende vrouw in de gemedicaliseerde geboortezorg precair is; door de focus op de gezondheid van het kind tijdens de bevalling komt de autonomie van de vrouw in de verdrinking. Door de man de rol van beschermer toe te kennen lijkt de positie van de barendende vrouw nog kwetsbaarder te worden.

Dit manifesteert zich in een tegenstrijdigheid in het discours ‘Vaders als beschermers van vrouw en kind’. Enerzijds wordt de rol van beschermer positief gewaardeerd door de verloskundigen, anderzijds blijkt uit hun verhalen dat deze rol in de praktijk tot conflicten leidt en in de weg kan staan van goede zorg. Deze bevinding sluit aan bij het werk van Ruddick (1997), waarin zij de focus op bescherming in het ideaal van vaderschap verbindt met machtsmisbruik en geweld door vaders. De voorbeelden van agressief gedrag die door de verloskundigen worden besproken lijken in veel gevallen verband te houden met de wens van mannen om hun partner te beschermen. Hiermee lijken de interviews de door Ruddick beschreven relatie tussen beschermend gedrag en geweld te bevestigen.

In het theoretisch kader wordt tevens een relatie gelegd tussen de beschermende rol van vaders en hun neiging om tijdens de bevalling de kant van het medisch personeel te kiezen (Mander, 2004). Mander stelt dat de wens van mannen om hun vrouw te beschermen tegen pijn ertoe leidt dat zij geneigd zijn de medische opvatting van pijn als pathologisch verschijnsel over te nemen. Hierdoor dringen zij volgens haar sneller aan op het gebruik van pijnstilling of op medisch ingrijpen tijdens de bevalling. Eén van de geïnterviewde verloskundigen bevestigt deze relatie; zij benoemt expliciet dat vaders vaak proberen hun partners te overtuigen in te stemmen met de wensen van de zorgprofessionals.

Uit de interviews met andere verloskundigen komt een iets ander beeld naar voren. Wat opvalt in de door hen genoemde voorbeelden van agressief en dwingend gedrag door vaders, is dat vaders zich in hun beschermdrang juist tegen de zorgprofessionals keren, omdat zij vinden dat deze niet genoeg doen om hun vrouw te beschermen tegen bijvoorbeeld pijn. Mogelijk heeft dit ermee te maken dat de geboortezorg in Nederland ondanks de toenemende medicalisering nog altijd in mindere mate gemedicaliseerd is dan in veel andere landen (Christiaens, Nieuwenhuijze & De Vries, 2013).

Zoals blijkt uit bovenstaande onderschrijven de interviews grotendeels de bevindingen uit het theoretisch kader met betrekking tot de rol van hegemonistische masculiniteit in de geboortezorg. Het ideaal van hegemonistische masculiniteit wordt door de verloskundigen aangewend om te rechtvaardigen dat mannen overwegend worden betrokken in een ondersteunende rol. Door ervan uit te gaan dat mannen praktisch zijn, gericht op feitelijke informatie en minder emotioneel, lijkt het overbodig om aandacht te hebben voor de zorgbehoefte van de vader zelf. Hierdoor kunnen vaders betrokken worden op een manier die geen ingrijpende herziening vraagt van de huidige manier van werken.

Het ideaal van hegemonistische masculiniteit lijkt bovendien niet alleen goede zorg voor vaders in de weg te staan, maar ook goede zorg voor zwangere vrouwen. Hoewel het idee achter het stimuleren van een beschermende rol voor vaders is dat zij op deze manier kunnen bijdragen aan een sterkere positie van de zwangere, lijkt dit in de praktijk het tegenovergestelde effect te hebben. De rol van beschermer suggereert dat vrouwen tijdens hun bevalling niet in staat zijn om zelf beslissingen te nemen. Dit werkt genderstereotiep gedrag in de hand en draagt daarmee bij aan het in stand houden van ongelijke genderrelaties. Daarnaast lijkt de beschermende rol vaders ertoe aan te moedigen zich tegen de verloskundige te keren. Hierdoor kunnen zij de zorg tijdens de bevalling dwarszitten. Hiermee lijkt het toekennen van de beschermende rol aan mannen, hoewel goed bedoeld, vooral in de weg te staan van zowel de verbinding tussen de zorgprofessionals en de ouders als de verbinding tussen de ouders onderling. Het aanwenden van het hegemonistische ideaal van masculiniteit lijkt dus mannen noch vrouwen te helpen.

Om zowel aanstaande vaders als moeders goede zorg te bieden is daarom een ander discours over mannelijkheid nodig. Mogelijke aanknopingspunten hiervoor vinden we in het werk van Doucet (2008). Doucet stelt dat het belangrijk is om oog te hebben voor de invloed van maatschappelijke verwachtingen op de verschillen in gedrag tussen mannen en vrouwen. We

kunnen volgens haar niet zomaar voorbij gaan aan deze verschillen, maar door ze te zien als gevormd door maatschappelijke verwachtingen in plaats van als biologisch gegeven ontstaat ruimte voor een minder rigide invulling van genderrollen. Het creëren van ruimte om flexibeler om te gaan met gendernormen, zonder afstand te doen van genderrollen, wordt ook wel een gendertransformatieve benadering genoemd (Dworkin, Fleming & Colvin, 2015). In de verloskundige praktijk zou het werken vanuit een gendertransformatieve benadering bijvoorbeeld kunnen betekenen dat de meer afstandelijke rol van vaders tijdens de zwangerschap niet wordt bevestigd door hen een ondersteunende rol aan te bieden, vanuit de overtuiging dat zij een dergelijke rol nu eenmaal prettig vinden. In plaats daarvan zouden aan vaders mogelijkheden kunnen worden geboden om op een meer zorgzame manier betrokken te zijn. Veranderingen in de politieke en institutionele context kunnen een dergelijke gendertransformatieve aanpak op een positieve manier bevorderen (Marcus & Harper, 2014). Zo gaf een aantal verloskundigen aan dat de uitbreiding van het vaderschapsverlof het voor hen relevanter heeft gemaakt om vaders te betrekken. Hoewel het mijns inziens zeker mogelijk is om op microniveau veranderingen door te voeren in de verloskundige praktijk die kunnen bijdragen aan het op een positieve manier betrekken van vaders, kunnen we de last van een dergelijke transformatie niet volledig op de schouders van individuele verloskundigen laten rusten. Deze omwenteling vraagt ook om veranderingen op het niveau van beleid en politiek. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het opnemen van zorg voor vaders in de zorgverzekering of het nog verder uitbreiden van het vaderschapsverlof.

5.3 Lichamelijkheid

Uit het empirisch onderzoek komt naar voren dat een aanzienlijk deel van de geïnterviewde verloskundigen de mate waarin en wijze waarop ouders zich verbinden met de zwangerschap in verband brengen met de verschillen in fysiek kapitaal tussen beide ouders. Er wordt verondersteld dat de vrouw zich direct verbonden voelt met de zwangerschap, omdat zij degene is die het kind in zich draagt. De relatie van de vader tot de zwangerschap wordt gekarakteriseerd als meer afstandelijk; hij zou zich pas verbonden gaan voelen met het kindje als dit eenmaal geboren is. Dit in §4.1 beschreven discours lijkt verbonden te zijn met het discours dat stelt dat vrouwen beter in staat zijn om voor kinderen te zorgen omdat zij in staat zijn zwanger te worden, te baren en te borstvoeden. Uit het theoretisch kader is gebleken dat dit discours diep verankerd is in de Westerse cultuur en bijdraagt aan een ongelijke verdeling van zorgverantwoordelijkheden in onze samenleving (Tronto, 2013). Tevens kwam in het

theoretisch kader naar voren dat dit discours, waarin de nadruk ligt op de fysiologische aspecten van zwangerschap en bevalling, mannen het gevoel geeft buitengesloten te worden in de geboortezorg; zij beschikken immers niet over dit fysieke kapitaal (Draper, 2003). Dit discours lijkt er daarmee aan bij te dragen dat er nog voordat het kind geboren is een ongelijkwaardige situatie wordt gecreëerd, die aan vrouwen een grotere zorgverantwoordelijkheid toekent, terwijl mannen juist worden ontslagen van bepaalde zorgverantwoordelijkheden. De opvatting dat het natuurlijk is dat vrouwen zich direct verbonden voelen met hun kind zou bovendien als beklemmend kunnen worden ervaren door vrouwen die deze verbondenheid niet direct ervaren. Dergelijke opvattingen kunnen deze vrouwen het gevoel geven dat wat zij ervaren niet normaal is, en dat zij hierdoor niet in staat zijn een goede moeder te zijn (Scharp & Thomas, 2017).

Het idee dat mannen pas na de geboorte een relatie aangaan met hun kindje sluit aan bij traditionalistische perspectieven op vaderschap, zoals besproken in §2.2 van het theoretisch kader. Zo stelt de filosoof Joachim Duyndam bijvoorbeeld dat moeders aan de zwangerschap een vanzelfsprekende relatie met hun kind ontleen, terwijl vaders deze relatie actief vorm moeten geven. Vaders, zo stelt Duyndam, moeten hun kind adopteren. Dit proces van adoptie onderscheidt volgens Duyndam het vaderschap van het moederschap.

Het werk van Ruddick (2002) biedt een ander perspectief. Ruddick maakt een onderscheid tussen geboortewerk (*birthing labor*) en moederwerk (*maternal work*); tussen enerzijds het dragen en baren van een kind en anderzijds het opvoeden van en zorgen voor een kind. Waar geboortewerk exclusief is voorbehouden aan vrouwen, kan moederwerk volgens Ruddick even goed uitgevoerd worden door mannen als door vrouwen. Door het vermogen van ouders om te zorgen voor hun kinderen los te koppelen van het vermogen om zwanger te zijn en te baren, breekt Ruddick met de essentialistische opvatting die stelt dat vrouwen zorgzamer zijn omdat zij in staat zijn geboortewerk te verrichten, terwijl mannen worden gezien als minder zorgzaam omdat zij niet over dit fysieke kapitaal beschikken. Deze visie maakt het mogelijk om ouderschap te zien als een taak waarin ouders van beide seksen een gelijkwaardige rol kunnen spelen.

Het werk van Ruddick roept echter de vraag op wat de rol van mannen is tijdens de zwangerschap en bevalling, als geboortewerk exclusief is voorbehouden aan vrouwen. Volgens Ruddick is de participatie van mannen in geboortewerk onvergelijkbaar met die van vrouwen, zowel in fysiek, seksueel, emotioneel, sociaal als politiek opzicht. Ook al betrekken we mannen op iedere fysiek mogelijke manier bij het geboortewerk, het aandeel van mannen

en vrouwen in deze arbeid zal volgens Ruddick nooit gelijkwaardig zijn. Voor Ruddick is het belangrijk om dit te benoemen, omdat het benadrukken van de gelijkheid van mannen en vrouwen met betrekking tot geboortewerk volgens haar onderdeel is van de tendens om het belang van deze praktijk te minimaliseren. Deze tendens is volgens Ruddick onderdeel van de Westerse denktraditie, waarin het lichamelijke wordt geminacht. Deze minachting leidt ertoe dat vrouwen worden onderdrukt, omdat zij worden geassocieerd met lichamelijkeheid.

Ik ben het eens met Ruddick wat betreft het belang van het erkennen van de fysieke prestatie die vrouwen leveren, en ben ervan overtuigd dat deze erkenning van belang is voor goede geboortezorg. De in de probleemstelling en het theoretisch kader besproken precarisering van de positie van de zwangere/barende vrouw in de geboortezorg geven aan dat dit broodnodig is. Tegelijkertijd blijkt uit dit onderzoek dat het belangrijk is om aandacht te hebben voor de wijze waarop mannen zich verhouden tot de zwangerschap en de bevalling, en te onderzoeken op welke manieren zij zich hiermee kunnen verbinden.

Het werk van Jansson Boström (2016), dat besproken werd in §2.1, biedt aanknopingspunten om op een alternatieve manier te kijken naar de wijze waarop mannen en vrouwen zich verbinden met de zwangerschap. Wat de visie van Jansson Boström interessant maakt is dat hij de relatie van beide ouders tot hun ongeboren kind beschrijft als indirect en afstandelijk. Ook voor een zwangere vrouw is de relatie met haar ongeboren kind niet per definitie vanzelfsprekend, ook al is het haar lichaam waarin het kindje groeit. Voor beide ouders is het kind nog verborgen en beiden moeten actief werken om een relatie met het kind tot stand te brengen. Hiermee onderscheidt de visie van Jansson Boström zich van het traditionalistische perspectief van Duyndam, dat we eerder in deze paragraaf bespraken. Niet alleen vaders, maar ook moeders adopteren hun kind. Dit proces van adoptie begint al tijdens de zwangerschap en niet pas wanneer het kind geboren is, zoals Duyndam stelt. De visie van Jansson Boström maakt het hierdoor mogelijk om met erkenning van (fysieke) verschillen ruimte te maken voor een rol voor zowel mannen als vrouwen in het proces van zwangerschap en bevalling. Daarmee vermijdt hij de door Ruddick beschreven valkuil om vanuit emancipatoire drijfveren het belang van de fysieke kant van geboortewerk te minimaliseren.

Door de verschillen in fysiek kapitaal tussen mannen en vrouwen te koppelen aan hun vermogen om betrokken te zijn bij de zwangerschap, marginaliseren verloskundigen onbewust de positie van aanstaande vaders. Een perspectief zoals dat van Jansson Boström

zou meer ruimte kunnen maken voor het op een gelijkwaardige manier betrekken van vaders, doordat het enerzijds aandacht heeft voor de sociale, emotionele en existentiële aspecten van zwangerschap en bevalling en anderzijds voor de fysieke manieren waarop vaders contact maken met hun ongeboren kind. Hierdoor wordt het belang helder van het bieden van zorg en ondersteuning aan vaders in hun transitie naar het vaderschap.

5.4 Relationaliteit

In het theoretisch kader werd het onderzoek naar de geboortezorg van Van Nistelrooij en Van der Waal (2019) besproken. Zij beargumenteren dat er in de geboortezorg gedacht wordt vanuit opposities, waarbij de belangen van moeder en kind tegenover elkaar worden geplaatst. Zij plaatsen hier een zorgethisch relationeel perspectief tegenover, waarin de verbondenheid van moeder en kind centraal staat. De interviews met de verloskundigen laten zien dat het oppositionele denken waarover Van Nistelrooij en Van der Waal spreken, zich ook uitstrekt naar het denken en spreken over de relatie tussen de ouders.

Uit de interviews komt naar voren dat de behoeften en belangen van de zwangere centraal worden gesteld. Dit wil overigens niet zeggen dat er veel aandacht is voor de beleving en de transitie van de vrouw naar het moederschap. Zoals naar voren komt uit het empirisch onderzoek is hiervoor weinig ruimte in de verloskundige praktijk, waardoor de focus komt te liggen bij de fysieke aspecten van de zwangerschap en bevalling en het bevorderen van een gezonde zwangerschap. Deze focus op de fysieke aspecten lijkt eraan bij te dragen dat de rol van vaders ondergeschikt wordt gemaakt aan de behoeften en belangen van zijn partner. Zijn betrokkenheid lijkt daarmee slechts van belang in zoverre deze ten goede komt van de zwangere. De verloskundigen lijken terughoudend te zijn als het gaat om het hebben van aandacht voor de behoeften van de vader zelf. Een aantal verloskundigen geeft uiting aan de angst dat te veel aandacht voor de vader ten koste gaat van de zorg voor de zwangere. Vanuit dit perspectief worden de belangen van de aanstaande ouders tegenover elkaar geplaatst en tegen elkaar afgewogen.

Het betrekken van vaders in een hoofdzakelijk ondersteunende rol creëert daarnaast een asymmetrische relatie tussen de ouders (Early, 2011). De transitie richting het ouderschap wordt niet gezien als een gedeelde ervaring. Een voorbeeld hiervan is de uitspraak van één van de verloskundigen over het belang van de aanwezigheid van vaders op het moment dat er een miskraam wordt geconstateerd (zie 4.3.5). De verloskundige constateert dat de

aanwezigheid van de vader op zo'n moment belangrijk is, omdat hij een grote steun kan zijn voor zijn partner. Daarmee gaat de verloskundige voorbij aan het verlies van de vader; met de miskraam verliest ook hij zijn verwachting en dit verlies deelt hij met zijn partner.

Het denken in opposities lijkt gevoed te worden door enerzijds het ideaal van hegemonistische masculiniteit en anderzijds opvattingen over de verloskundige praktijk. Zoals besproken in §5.2 lijkt het idee dat mannen minder behoefte hebben aan emotionele eraan bij te dragen dat verloskundigen een meer afstandelijke houding aannemen ten opzichte van vaders. Daarnaast zien we dat verloskundigen hoge tijdsdruk ervaren. De verloskundigen geven aan dat zij weinig tijd hebben per consult. In deze beperkte tijd wordt van de verloskundige verwacht dat zij een aantal standaard lichamelijke controles doet en algemene informatie verschaft die passend is bij de zwangerschapstermijn. Hierdoor blijft er weinig ruimte over voor relationele zorg. De ervaring van tijdsdruk lijkt er dan ook toe bij te dragen dat verloskundigen benadrukken dat zorg voor de vrouw hun primaire verantwoordelijkheid is, en dat zorg voor de vader gezien wordt als secundair.

Wanneer we door een zorgethische lens naar de verloskundige praktijk kijken, kan het of/of perspectief plaats maken voor een en/en perspectief. In het zorgethische denken worden mensen beschouwd als onderling verbonden en afhankelijk van elkaar (Engster & Hamington, 2015). Uitgaande van deze afhankelijkheid komen zorgethici tot een relationele opvatting van autonomie, waarin het zelf en de ander niet los van elkaar kunnen worden gezien. Het zelf wordt gezien als intrinsiek verweven met anderen, wat impliceert dat de beslissingen die wij maken niet los kunnen worden gezien van onze levens met anderen. Deze relationele opvatting van identiteit heeft consequenties voor de manier waarop we zorgpraktijken vormgeven (Van Nistelrooij, Visse, Spekkink & De Lange, 2017). Van Nistelrooij et al. (2017) noemen *Shared Decision Making* (SDM) als voorbeeld van een zorgpraktijk die vraagt om een andere aanpak, zodra we deze beschouwen vanuit een relationeel perspectief. Het idee achter SDM is dat patiënten op basis van de informatie van hun behandelaar zoveel mogelijk zelfstandig kunnen beslissen over hun behandeling, zonder tussenkomst van anderen. Doordat SDM de nadruk legt op de individuele autonomie van de patiënt, bestaat het gevaar dat de sociale omgeving van de patiënt beschouwd wordt als onbelangrijk, of zelfs als bedreiging. Uitgaande van een relationeel perspectief is het niet mogelijk de belangen van de patiënt en diens omgeving scherp van elkaar te onderscheiden. Omdat diens sociale omgeving constitutief is voor de identiteit van de patiënt, speelt deze een

vitale rol in het zorgproces. Deze inzichten met betrekking tot SDM bieden aanknopingspunten om te kijken naar de verloskundige praktijk. Bezien vanuit een relationeel perspectief kunnen we de partner niet langer zien als secundair of zelfs als obstakel voor goede zorg voor de zwangere. De identiteit van de zwangere is namelijk verweven met die van haar partner. Dit maakt van de partner een cruciale medebeslisser en zijn betrokkenheid van vitaal belang om de zwangere goede zorg te kunnen bieden. Hoewel de vader in dit perspectief een belangrijke rol krijgt toebedeeld, blijft de zwangere echter gezien worden als de patiënt. De vraag die rijst is of er in de verloskundige praktijk onderscheid gemaakt moet worden tussen patiënt en niet-patiënt als het gaat om de ouders.

De zwangerschap en de bevalling zijn namelijk geen ervaringen die alleen ondergaan worden door de vrouw, waarbij haar partner haar ondersteunt. Weliswaar is de vrouw degene die fysiek zwanger is en het kind baart, maar de zwangerschap en bevalling zijn niet louter fysieke gebeurtenissen. Het zijn *life events*; momenten van transitie die een onomkeerbare verandering met zich meebrengen (Buitendijk, 2010). Dit geldt voor zowel de moeder als vader, al ziet deze transitie er voor beiden misschien verschillend uit. Zo blijkt uit onderzoek dat vaders vaak al vanaf het prille begin van de zwangerschap een gevoel van verandering ervaren, zowel op emotioneel, sociaal als fysiek vlak (Steen et al, 2012). Zwangerschap en bevalling zijn zodoende voor beide ouders een levensveranderende ervaring, die voor beide een zorgbehoefte met zich mee kan brengen. Waar deze zorgbehoefte in het geval van de vrouw direct helder is, omdat zij degene is die fysiek zwanger is, blijft de zorgbehoefte van de vader verborgen vanwege de focus op de fysieke aspecten van de zwangerschap. Kijken we vanuit een breder perspectief naar de zwangerschap en bevalling, dan wordt ook de zorgbehoefte van vaders evident. Dit perspectief bevrijdt vaders uit de tussenruimte waarin zij zich patiënt noch bezoeker voelen met betrekking tot de verloskundige zorg (Steen et al, 2012).

Kijken we vanuit dit perspectief naar het eerder in deze paragraaf genoemde voorbeeld van de miskraam, dan moeten we tot de conclusie komen dat de aanwezigheid van de vader bij het constateren van een miskraam niet alleen van belang is opdat hij zijn partner kan troosten. De aanwezigheid van de vader is van belang omdat ook hij een verlies doormaakt waarbij hij steun nodig heeft. Zijn aanwezigheid maakt het mogelijk dat het stel elkaar steunt en dat de verloskundige het stel ondersteunt in hun gedeelde verlies. De vader en moeder zijn in deze situatie geen aparte belangenhouders, maar hun belangen zijn met elkaar verbonden. Beide hebben zorg nodig, zodat zij elkaar kunnen steunen in de verwerking van het verlies van hun kind.

Tegelijkertijd plaatsen de onderzoeksbevindingen vraagtekens bij het zorgethische concept van relationaliteit. Een relationeel netwerk omvat meer dan alleen relaties met andere mensen. Zo hebben we bijvoorbeeld ook een relatie tot ons lichaam. Zeker in het geval van zwangerschap en bevalling speelt de relatie van de vrouw tot haar lichaam een belangrijke rol (Young, 2005). Vooral de baring is een intense lichamelijke ervaring, die veel van een vrouw vraagt. In vrijwel alle interviews wordt steeds verondersteld dat aanwezigheid van vaders bij de baring gewenst is, omdat zijn ondersteuning belangrijk is. Zijn aanwezigheid tijdens de bevalling lijkt echter ook de relatie van de vrouw met haar lichaam in de weg te kunnen staan. Het voorbeeld van respondent 8 dat genoemd wordt in 4.3.4 illustreert dit. De man die voortdurend bezig is met het zoeken naar manieren om zijn partner tijdens de bevalling te ondersteunen, belemmert de vrouw in haar concentratie op het fysieke proces van bevallen. Dit voorbeeld bevestigt het in het theoretisch kader genoemde belang om met beide ouders een open gesprek te voeren over de aanwezigheid van de vader tijdens de bevalling (Johnson, 2002a; Mander, 2004).

6 CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

De hoofdvraag van dit onderzoek luidde als volgt: Welke discourses met betrekking tot vaderschap manifesteren zich in het spreken van verloskundigen over het werken met vaders en wat levert een analyse van deze discourses in relatie tot de zorgethische conceptualisering van vaderschap op voor het denken over goede zorg voor vaders vanuit een zorgethisch perspectief? Om een antwoord te kunnen formuleren op deze vraag is een zorgethisch georiënteerd literatuuronderzoek gedaan naar mannelijkheid, visies op vaderschap en de rol van vaders in de geboortezorg. Daarnaast zijn interviews afgenomen met negen eerstelijns verloskundigen. Op deze interviews is een kritische discoursanalyse (KDA) toegepast, om de discourses van verloskundigen met betrekking tot vaders bloot te leggen. Tot slot is er een verbinding gelegd tussen de resultaten uit het literatuuronderzoek en de discoursanalyse. In dit hoofdstuk worden de bevindingen van dit onderzoek concluderend samengevat (§6.1). Tevens worden er enkele aanbevelingen gedaan voor de praktijk en vervolgonderzoek (§6.2).

6.1 Conclusie

Met behulp van een KDA, die werd geïnformeerd door de naar aanleiding van het theoretisch onderzoek geformuleerde *sensitizing concepts*, werden vier discourses zichtbaar gemaakt in het spreken van verloskundigen over het werken met vaders. Het eerste discours beschrijft de relatie van de vader tot de zwangerschap als afstandelijk. Het tweede discours positioneert vaders als beschermers van vrouw en kind. Het derde discours beschrijft de rol van de vader tijdens zwangerschap en bevalling als ondersteuner van zijn partner. Het vierde discours tot slot laat zien dat opvattingen over de verloskundige praktijk met betrekking tot onder meer tijdsdruk en genderdynamiek, invloed hebben op de wijze waarop verloskundigen denken over de zorg voor vaders. Uit de analyse komt naar voren dat deze discourses op elkaar ingrijpen en elkaar versterken. Gezamenlijk dragen deze discourses eraan bij dat vaders in de verloskundige praktijk op een subtiele en vaak onbewuste manier op een zijspoor worden gezet.

Aan de hand van het zorgethisch geïnspireerde theoretisch kader kon de samenhang tussen en de werking van deze discourses worden geduid. Hierdoor werd inzichtelijk dat medicalisering, het ideaal van hegemonistische masculiniteit, traditionalistische opvattingen over vaderschap en het denken in opposities doorwerken in de discourses over vaders. Ook

kon hierdoor aan het licht komen dat de ondersteunende en beschermende rol die wordt toegekend aan vaders potentieel een bedreiging vormt voor de toch al kwetsbare positie van de vrouw in de geboortezorg. De conclusie die hieraan verbonden kan worden is dat het zowel mannen als vrouwen ten goede zou komen als de rol van vaders tijdens de zwangerschap en de bevalling wordt herijkt.

Het theoretisch kader biedt aanknopingspunten voor deze herijking. Zo zou een perspectief waarin de relatie van beide ouders tot hun kind wordt gezien als iets dat actief tot stand moet worden gebracht, meer ruimte kunnen maken voor de existentiële dimensie van zwangerschap en bevalling en daarmee voor actieve participatie van de vader in deze processen. Een gendertransformatieve benadering biedt mogelijkheden om flexibeler om te gaan met gendernormen, zonder afstand te doen van genderrollen. Een relationeel perspectief tot slot breekt met het oppositionele denken, waarin de belangen van moeders en vaders tegenover elkaar worden geplaatst en de belangen van de vader ondergeschikt worden gemaakt aan de belangen van de zwangere. Dit schept ruimte om zwangerschap en bevalling te zien als een gedeelde ervaring, waarbij beide ouders behoefte aan ondersteuning en zorg kunnen ervaren. Tegelijkertijd roepen de bevindingen vragen op bij het concept relationaliteit, zoals gebruikt in de zorgethiek. Zo kan de aanwezigheid van vaders tijdens de bevalling in de weg staan van de relatie van de barendende vrouw met haar lichaam.

6.2 Aanbevelingen

Op basis van het onderzoek zijn een aantal aanbevelingen geformuleerd voor de praktijk en voor vervolgonderzoek.

6.2.1 Aanbevelingen voor de praktijk

- Stimuleer een gendertransformatieve aanpak in de verloskundige praktijk, die aandacht heeft voor de verschillen tussen mannen en vrouwen, maar tegelijkertijd de rigide normen doorbreekt die aan deze verschillen worden gekoppeld. Hier zou meer aandacht voor mogen komen in opleiding en nascholing.
- Heb oog voor de zorgbehoefte van de vader, en zie hem niet louter als ondersteuner van de zwangere.
- Ga een open gesprek aan met de ouders over de aanwezigheid van de vader tijdens de bevalling en over de wensen van het stel ten aanzien van de rol van de vader tijdens de bevalling.

- Bovengenoemde aanbevelingen kunnen alleen succesvol worden opgevolgd als er op het niveau van beleid en politiek meer aandacht komt voor het belang van vaderbetrokkenheid en er financiële middelen beschikbaar worden gesteld die vaderbetrokkenheid stimuleren.

6.2.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

- In dit onderzoek lag de focus op een specifieke groep, namelijk eerstelijns verloskundigen. Het zou interessant zijn dit onderzoek uit te breiden naar andere professionals werkzaam in de geboortezorg, zoals klinisch verloskundigen en gynaecologen. Zo kan een breder beeld verkregen worden van de discourses met betrekking tot vaders in de geboortezorg. Het betrekken van de aan het ziekenhuis verbonden professionals zou tevens meer inzicht kunnen geven in de relatie tussen medicalisering en de positie van vaders.
- Aanvullend op dit onderzoek zou het interessant zijn vaders en moeders te interviewen. Zo wordt een driedimensionaal beeld verkregen van de discourses met betrekking tot vaders in de verloskundige praktijk.
- Tijdens de interviews kwam zijdelings naar voren dat culturele opvattingen een rol kunnen spelen in de discourses over vaders. De interviews leverden echter onvoldoende data op om hier uitspraken over te doen. Het zou waardevol zijn om in een vervolgonderzoek een intersectioneel perspectief te hanteren, waarbij aandacht is voor de rol van bijvoorbeeld huidskleur, etniciteit en sociale klasse in discourses met betrekking tot vaders.
- Onderwerp van dit onderzoek waren discourses met betrekking tot heteroseksuele ouderparen. Aanvullend hierop zou onderzocht kunnen worden welke discourses verloskundigen hanteren met betrekking tot partners in niet-heteroseksuele koppels. Door deze discourses met elkaar te vergelijken kan meer inzicht worden verkregen in de rol die gendernormen spelen in deze discourses.

7 KWALITEIT VAN HET ONDERZOEK

In dit hoofdstuk wordt uiteengezet welke maatregelen zijn genomen om de betrouwbaarheid en geloofwaardigheid van het onderzoek te waarborgen (§7.1). Deze maatregelen zijn ontleend aan Boeije (2014) en Creswell & Poth (2018). Daarnaast wordt stilgestaan bij de beperkingen van dit onderzoek (§7.2).

7.1 Kwaliteitsmaatregelen

Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te waarborgen is in hoofdstuk drie uitgebreid beschreven welke onderzoeksmethode is gebruikt, hoe de data zijn verkregen en welke stappen zijn genomen om de data te analyseren. Dit vergroot de herhaalbaarheid van het onderzoek. Ook zijn er tijdens het onderzoek memo's bijgehouden door de onderzoeker in de vorm van opmerkingen bij de transcripten. In deze memo's werden eerste gedachten over thema's en verbanden genoteerd, evenals persoonlijke reflecties op de data. Deze memo's geven inzicht in de denkstappen die zijn gemaakt en de ontwikkelingen tijdens het onderzoek. Ook maken de memo's de invloed van eventuele persoonlijke opvattingen op het onderzoek inzichtelijk.

Om de geloofwaardigheid van het onderzoek te garanderen is in het beschrijven van de onderzoeksresultaten zo dicht mogelijk bij de bewoordingen van de respondenten gebleven. Interpretaties zijn steeds onderbouwd met één of meerdere quotes uit de interviews. Daarnaast is gebruik gemaakt van data-triangulatie, zowel wat betreft theorie als methode. In het theoretisch kader is gebruik gemaakt van literatuur uit verschillende vakgebieden. Dit maakte het mogelijk om het onderwerp vanuit verschillende perspectieven te belichten en kritisch te reflecteren op de zorgethische literatuur. Bij het analyseren van de data is gebruik gemaakt van twee methoden: de interviews zijn geanalyseerd aan de hand van de vragen van Gee, daarnaast is voor ieder interview een visualisatie gemaakt. De uitkomsten van beide methoden zijn naast elkaar gelegd en hebben geleid tot de uiteindelijke resultaten. Tot slot is er gebruik gemaakt van *peer review* om de geloofwaardigheid van het onderzoek te vergroten. In verschillende stadia van het onderzoek zijn één of meerdere personen gevraagd feedback te geven. Zowel het onderzoeksvoorstel, theoretisch kader als de zorgethische discussie zijn becommentarieerd door een voormalig student zorgethiek. De resultaten uit het empirisch onderzoek zijn gereviewd door professionals uit de praktijk: een

oud-verloskundige met expertise op het gebied van vaderbetrokkenheid en een maatschappelijk werker met expertise in gendertransformatief werken. Ook zijn alle hoofdstukken voorgelegd aan de scriptiebegeleider.

7.2 Beperkingen

Ondanks de genomen kwaliteitsmaatregelen, kent dit onderzoek ook tekortkomingen. Zo heeft er omwille van praktische redenen geen *member check* plaatsgevonden, wat aanvankelijk wel de bedoeling was. Het ter feedback voorleggen van de resultaten aan de respondenten had de geloofwaardigheid van het onderzoek kunnen vergroten.

Een andere beperking is dat de onderzoeker geen verloskundige is of werkzaam is in de geboortezorg. Dit betekent dat de onderzoeker beperkte kennis had van de onderzochte praktijk. Ervaring in de onderzochte praktijk kan een onderzoeker sensitiever maken voor dat wat er in deze praktijk toe doet. Dit kan meer diepgang geven aan het onderzoek.

Tegelijkertijd brengt zo'n blik van binnenuit het gevaar met zich mee dat de onderzoeker eigen ervaringen projecteert op de respondenten.

Tot slot kunnen vragen worden gesteld bij de representativiteit van de steekproef. Nagenoeg alle verloskundigen die reageerden op de oproep voor respondenten deden dit omdat zij affiniteit hadden met het onderwerp. Het includeren van respondenten die deze affiniteit niet hebben levert mogelijk andere resultaten op.

LITERATUURLIJST

- Albers, S. (2016). Leven geven betekenis geven. Een verkennende studie naar de betekenis van ritueel rond zwangerschap en bevalling. Masterscriptie Universiteit voor Humanistiek.
- Bisseling, W. (2019). Vader op komst. Amsterdam: Meulenhoff Boekerij.
- Boeije, H. (2014). Analyseren in kwalitatief onderzoek. Amsterdam: Boom Onderwijs.
- Bos, H. M., Kuyper, L., & Gartrell, N. K. (2018). A population-based comparison of female and male same-sex parent and different-sex parent households. *Family Process*, 57(1), 148-164.
- Brewaeys, M., & Bos, H. (2018). Bewust alleenstaande moeders: ouder-kindrelaties, sociale steunnetwerken en het welzijn van hun kinderen. *Pedagogiek*, 38(2), 189-222.
- Buitendijk, S. E. (2010). De stem van vroede vrouwen: Pleidooi voor een vrouwvriendelijke zwangerschaps-en bevallingscultuur (Vol. 360). Amsterdam University Press.
- Cabrera, N. J., Fagan, J., & Farrie, D. (2008). Explaining the long reach of fathers' prenatal involvement on later paternal engagement. *Journal of Marriage and Family*, 70(5), 1094-1107.
- CBS & SCP (2020). Emancipatiemonitor 2020. Den Haag: CBS en SCP.
- CPB (2019). Arbeidsparticipatie, gewerkte uren en economische zelfstandigheid van vrouwen. CPB Notitie.
- Connell, R. W. (2005). Masculinities. Cambridge: Polity Press.
- Croft, A., Schmader, T., & Block, K. (2015). An underexamined inequality: Cultural and psychological barriers to men's engagement with communal roles. *Personality and Social Psychology Review*, 19(4), 343-370.
- Creswell, J.W. & Poth, C.N. (2018). Qualitative inquiry and research design. Choosing among five approaches. London: SAGE Publications.
- Christiaens, W., Nieuwenhuijze, M. J., & De Vries, R. (2013). Trends in the medicalisation of childbirth in Flanders and the Netherlands. *Midwifery*, 29(1), e1-e8.
- Darwin, Z., Galdas, P., Hinchliff, S., Littlewood, E., McMillan, D., McGowan, L., & Gilbody, S. (2017). Fathers' views and experiences of their own mental health during pregnancy and the first postnatal year: a qualitative interview study of men participating in

- the UK Born and Bred in Yorkshire (BaBY) cohort. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 1-15.
- Davis-Floyd, R. & Davis, E. (1997). Authoritative knowledge and its Construction. In: Davis-Floyd, R., Sargent, C., (eds.). *Childbirth and authoritative knowledge. Cross-cultural perspectives*. Berkeley: University of California Press (pp.315-349).
- Deave, T., Johnson, D., & Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC pregnancy and childbirth*, 8(1), 1-11.
- Dolan, A., & Coe, C. (2011). Men, masculine identities and childbirth. *Sociology of Health & Illness*, 33(7), 1019-1034.
- Doucet, A. (2006). 'Estrogen-filled worlds': fathers as primary caregivers and embodiment. *The Sociological Review*, 54(4), 696-716.
- Doucet, A. (2009). Dad and baby in the first year: Gendered responsibilities and embodiment. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 624(1), 78-98.
- Doucet, A. (2018). *Do men mother*. Toronto: University of Toronto Press.
- Draak, M. den, (2006). Met een keizersnede in het ziekenhuis; wereldwijde medicalisering van zwangerschap en bevalling. *Demos*, 21 (7), 53-56.
- Draper, J. (1997). Whose welfare in the labour room? A discussion of the increasing trend of fathers' birth attendance. *Midwifery*, 13(3), 132-138.
- Draper, J. (2003). Blurring, moving and broken boundaries: Men's encounters with the pregnant body. *Sociology of Health & Illness*, 25(7), 743-767.
- Draper, H., & Ives, J. (2013). Men's involvement in antenatal care and labour: Rethinking a medical model. *Midwifery*, 29(7), 723-729.
- Duyndam, J. (2007). Credible fatherhood and unique identity: Toward an existential concept of adoption. *European Legacy*, 12(6), 729-735.
- Dworkin, S. L., Fleming, P. J., & Colvin, C. J. (2015). The promises and limitations of gender-transformative health programming with men: critical reflections from the field. *Culture, health & sexuality*, 17(sup2), 128-143.
- Early, R. (2001). Men as consumers of maternity services: a contradiction in terms. *International Journal of Consumer Studies*, 25(2), 160-167.

- Elliott, K. (2016). Caring masculinities: Theorizing an emerging concept. *Men and masculinities*, 19(3), 240-259.
- Endendijk, J. J., Derks, B., & Mesman, J. (2018). Does parenthood change implicit gender-role stereotypes and behaviors? *Journal of Marriage and Family*, 80(1), 61-79.
- Engster, D., & Hamington, M. (2015). Introduction. In D. Engster & M. Hamington (Eds.), *Care Ethics and Political Theory* (pp. 1-16). Oxford: Oxford University Press.
- Fenwick, J., Bayes, S., & Johansson, M. (2012). A qualitative investigation into the pregnancy experiences and childbirth expectations of Australian fathers-to-be. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3(1), 3-9.
- Finnbogadóttir, H., Svalenius, E. C., & Persson, E. K. (2003). Expectant first-time fathers' experiences of pregnancy. *Midwifery*, 19(2), 96-105.
- Gee, J. P. (2014). *An introduction to discourse analysis: Theory and method*. New York/London: Routledge.
- Georges, E., (1997). Fetal ultrasound imaging and the production of authoritative knowledge in Greece. In Davis-Floyd, R., Sargent, C., (eds.). *Childbirth and authoritative knowledge. Cross-cultural perspectives*. Berkely: University of California Press (pp.91-110).
- Gibbins, J., & Thomson, A. M. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, 17(4), 302-313.
- Hamington, M. (2002). A father's touch: Caring embodiment and a moral revolution. In N. Tuana, W. Cowling, M. Hamington, G. Johnson & T. MacMullan (Eds.), *Revealing male bodies* (pp 269-285). Bloomington: Indiana University Press.
- Hamington, M. (2012). Care ethics and corporeal inquiry in patient relations. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 5(1), 52-69.
- Hanlon, N. (2012). *Masculinities, care and equality: Identity and nurture in men's lives*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Hildingsson, I., Cederlöf, L., & Widén, S. (2011). Fathers' birth experience in relation to midwifery care. *Women and birth*, 24(3), 129-136.
- Hoogeveen, K. (2018). Vaderbetrokkenheid schiet te kort in zorg, opvang en onderwijs. *Vakblad Vroeg*, (2), 26-27.

- International Labour Organization (2018). Care work and care jobs for the future of decent work. Geneva: International Labour Office.
- Jansson Boström, E. (2016). The unborn child and the father: acknowledgement and the creation of the other. In: Bornemark, J. & Smith, N (Eds.), *Phenomenology of Pregnancy* (pp. 141-156). Södertörn: Södertörn Philosophical Studies.
- Johnson, M. P. (2002a). An exploration of men's experience and role at childbirth. *The Journal of Men's Studies*, 10(2), 165-182.
- Johnson, M. P. (2002b). The implications of unfulfilled expectations and perceived pressure to attend the birth on men's stress levels following birth attendance: a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 23(3), 173-182.
- Jordan, A. (2020). Masculinizing Care? Gender, Ethics of Care, and Fathers' Rights Groups. *Men and Masculinities*, 23(1), 20-41.
- Jordan, B., (1997). Authoritative knowledge and its Construction. In: Davis-Floyd, R., Sargent, C., (eds.). *Childbirth and authoritative knowledge. Cross-cultural perspectives*. Berkely: University of California Press (pp.54-79).
- Kloosterman, R. en L. Moonen (2016). Opvattingen van jongeren over de taakverdeling tussen man en vrouw. *Sociaaleconomische Trends*, 2016, 3, 1-23.
- Leget, C., Van Nistelrooij, I., & Visse, M. (2017). Beyond Demarcation: Care ethics as an interdisciplinary field of inquiry. *Nursing Ethics*, 26(1), 17-25.
- Mander, R. (2004). *Men and maternity*. London/New York: Routledge.
- Marcus, R., & Harper, C. (2014). *Gender justice and social norms-processes of change for adolescent girls*. London: Overseas Development Institute.
- Miller, T. (2011). Falling back into gender? Men's narratives and practices around first-time fatherhood. *Sociology*, 45(6), 1094-1109.
- Noddings, N. (2002). *Starting at Home. Caring and social policy*. Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press.
- Perined (2020). *Perinatale zorg in Nederland anno 2019. Landelijke perinatale cijfers en duiding*. Utrecht: Perined.
- Ranson, G. (2015). *Fathering, masculinity and the embodiment of care*. Springer.

- Reed, R. K. (2005). *Birthing fathers: The transformation of men in American rites of birth*. Rutgers University Press.
- Reed, K. (2009). Fathers' involvement in antenatal screening: midwives' views. *British Journal of Midwifery*, 17(4), 218-222.
- Reed, K. (2011). Making men matter: exploring gender roles in prenatal blood screening. *Journal of Gender Studies*, 20(01), 55-66.
- Robb, M. (2019). *Men, Masculinities and the Care of Children: Images, Ideas and Identities*. Routledge.
- Robinson, F. (2011). *The ethics of care: A feminist approach to Human Security*. Philadelphia: Temple University Press.
- Robinson, F. (2015). Care ethics, political theory, and the future of feminism. In: Engster, D., & Hamington, M. (Red.). *Care Ethics and Political Theory*, p. 293-311. Oxford: Oxford University Press.
- Roeters, A. (2018). *Alle ballen in de lucht: tijdsbesteding in Nederland en de samenhang met kwaliteit van leven*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Rominov, H., Giallo, R., Pilkington, P. D., & Whelan, T. A. (2017). Midwives' perceptions and experiences of engaging fathers in perinatal services. *Women and Birth*, 30(4), 308-318.
- Ruddick, S. (1995). *Maternal thinking: Toward a Politics of Peace*. Boston: Beacon Press.
- Ruddick, S. (1997). The idea of fatherhood. In: Lindemann Nelson, H. (Red.). *Feminism and families*, p. 205-220. New York/London: Routledge.
- Rutgers (2019). *The State of Dutch Fathers. Vaderschap in Nederland: van willen naar doen*. Utrecht: Rutgers.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane database of systematic reviews*, 4, 1-91.
- Sardes (2018). *Handreiking Vaderbetrokkenheid*. Utrecht: Sardes.
- Scarf, V. L., Rossiter, C., Vedam, S., Dahlen, H. G., Ellwood, D., Forster, D. & Homer, C. S. (2018). Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with

- low-risk pregnancies in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 62, 240-255.
- Scharp, K. M., & Thomas, L. J. (2017). "What Would a Loving Mom Do Today?": Exploring the Meaning of Motherhood in Stories of Prenatal and Postpartum Depression. *Journal of Family Communication*, 17(4), 401–414.
- Seijmonsbergen-Schermer, A. E., van den Akker, T., Rydahl, E., Beeckman, K., Bogaerts, A., Bina, L., [...] & de Jonge, A. (2020). Variations in use of childbirth interventions in 13 high-income countries: A multinational cross-sectional study. *PLoS medicine*, 17(5), 1-33.
- Steen, M., Downe, S., Bamford, N., & Edozien, L. (2012). Not-patient and not-visitor: a metasynthesis fathers' encounters with pregnancy, birth and maternity care. *Midwifery*, 28(4), 422-431.
- Tronto, J. C. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. New York: Routledge.
- Tronto, J. C. (2013). *Caring democracy: Markets, equality, and justice*. New York/London: New York University Press.
- United Nations (2019). *A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence*. New York: United Nations.
- Van Gorp, L. (2012). Een surveyonderzoek naar vaderlijke verbondenheid met de foetus: Wat met een mans perceptie van zijn vrouw als poortwachter? *Tijdschrift voor Sociologie*, 1(2), 155-178.
- Van Daalen, R. (1988). De groei van de ziekenhuisbevalling. Nederland en het buitenland. *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift*, 15(3), 414-445.
- Van den Berg, H. (2004). Discoursanalyse. *Kwalon*, 9(2), 29-39.
- Van Heijst, A. (2008) Zorgethiek, een theoretisch overzicht. *Filosofie en praktijk*, 29, 7–18.
- 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, 637-64.

- Van Nistelrooij, A. A. M., & Waal, R. van der (2019). Moederschap en geboorte: relationaliteit als alternatieve ethische benadering. *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek*, 29(2), 53-57.
- Van Vulpen, M., Heideveld-Gerritsen, M., van Dillen, J., Maatman, S. O., Ockhuijsen, H., & van den Hoogen, A. (2021). First-time fathers' experiences and needs during childbirth: a systematic review. *Midwifery*, 94 (2021), 1-12.
- Vink, M. (2020). Who brings home the bacon? How gender stereotypes straitjacket men and women into traditional relationships. Doctoral dissertation University Utrecht.
- Walzer, S. (2010). Thinking about the baby: Gender and transitions into parenthood. Philadelphia: Temple University Press.
- Walzer Leavitt, J. (2009). Make room for daddy: The journey from waiting room to birthing room. Chapel Hill: The University of North Carolina Press.
- Wells, M. B. (2016). Literature review shows that fathers are still not receiving the support they want and need from Swedish child health professionals. *Acta Paediatrica*, 105(9), 1014-1023.
- Widarsson, M., Kerstis, B., Sundquist, K., Engström, G., & Sarkadi, A. (2012). Support needs of expectant mothers and fathers: a qualitative study. *The Journal of perinatal education*, 21(1), 36-44.
- Widarsson, M., Engström, G., Tydén, T., Lundberg, P., & Hammar, L. M. (2015). 'Paddling upstream': Fathers' involvement during pregnancy as described by expectant fathers and mothers. *Journal of Clinical Nursing*, 24(7-8), 1059-1068.
- World Health Organization (WHO) (2007). Fatherhood and health outcomes in Europe.
- Xue, W. L., Shorey, S., Wang, W., & He, H. G. (2018). Fathers' involvement during pregnancy and childbirth: an integrative literature review. *Midwifery*, 62, 135-145.

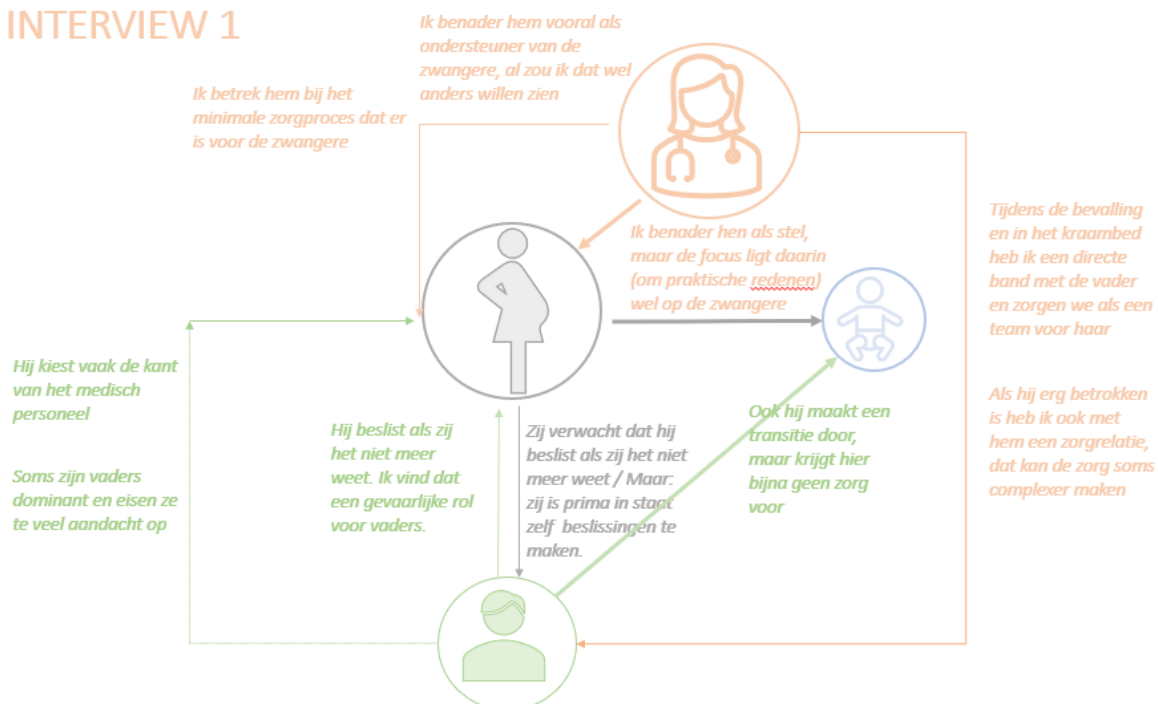
BIJLAGE 1 TOPICLIJST

| | |
|--|---|
| Algemeen | <ul style="list-style-type: none">· Hoe lang werk je als verloskundige?· Hoe is je loopbaan verlopen?· Kun je iets vertellen over de praktijk waar je nu werkt? |
| 1 Ervaringen met het betrekken van vaders | <ul style="list-style-type: none">· Is het jouw ervaring dat vaders betrokken willen worden bij de zorg?· Op wat voor manieren zie jij dat vaders betrokken willen zijn tijdens de zwangerschap? En tijdens de bevalling?· Welke verwachtingen hebben vaders van jou als verloskundige?· Wat doe jij om vaders te betrekken tijdens de consulten? Kun je een voorbeeld geven?· Wat doe jij om vaders te betrekken bij de bevalling? Kun je een voorbeeld geven?· Houd je bij het betrekken van vaders rekening met hun man-zijn? Op wat voor manier?· Kun je een voorbeeld geven van een positieve ervaring met een vader?· Kun je een voorbeeld noemen van een negatieve ervaring met een vader?· In hoeverre lukt het jou om vaders te betrekken? |

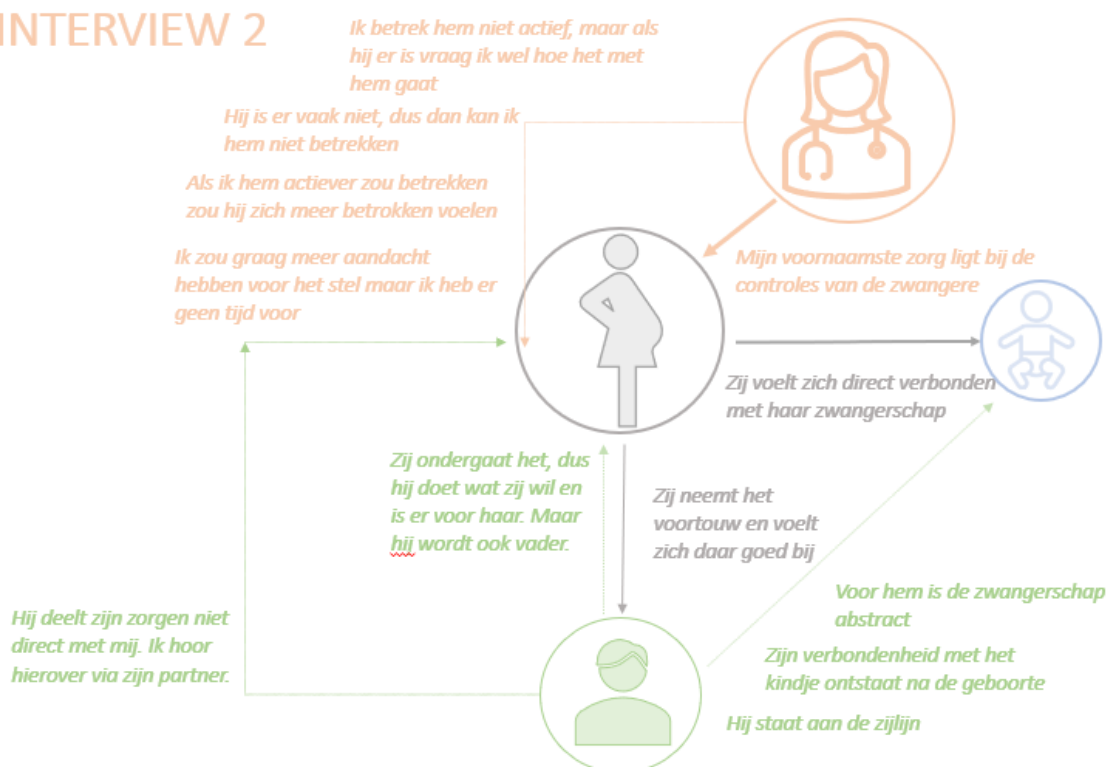
| | |
|---|--|
| <p>2 Visie op vaderbetrokkenheid</p> | <ul style="list-style-type: none"> · Is het betrekken van vaders een taak van de verloskundige? Waarom wel/niet? · Wat hebben aanstaande vaders volgens jou nodig qua zorg? · Op wat voor manier kunnen vaders volgens jou een positieve rol spelen tijdens de zwangerschap? En tijdens de bevalling? · Hoe zou jij idealiter willen zien dat vaders betrokken worden bij de verloskundige zorg? · Wat zijn volgens jou de voordelen van het betrekken van vaders? · Zijn er volgens jou ook nadelen aan het betrekken van vaders? |
| <p>3 Aandacht voor vaders binnen het vakgebied</p> | <ul style="list-style-type: none"> · Op wat voor manier was er binnen jouw opleiding aandacht voor het betrekken van vaders? · Op wat voor manieren is er binnen jouw vakgebied aandacht voor het betrekken van vaders? · Wat wordt er vanuit de praktijk waar je werkt verwacht van jou als het gaat om het betrekken van vaders? · Welke richtlijnen en/of werkafspraken zijn voor het betrekken van aanstaande vaders? · Op wat voor manieren heb jij het met je collega's over het betrekken van vaders? |

BIJLAGE 2 VISUALISATIE RELATIES

INTERVIEW 1



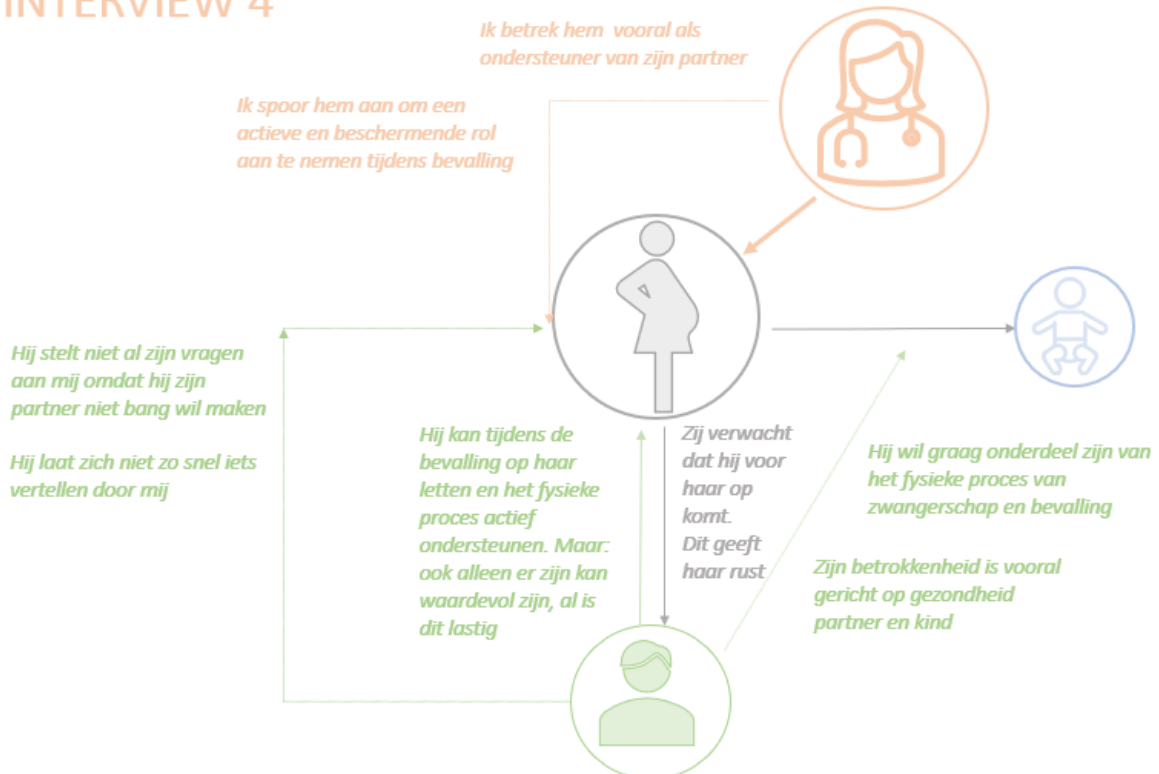
INTERVIEW 2



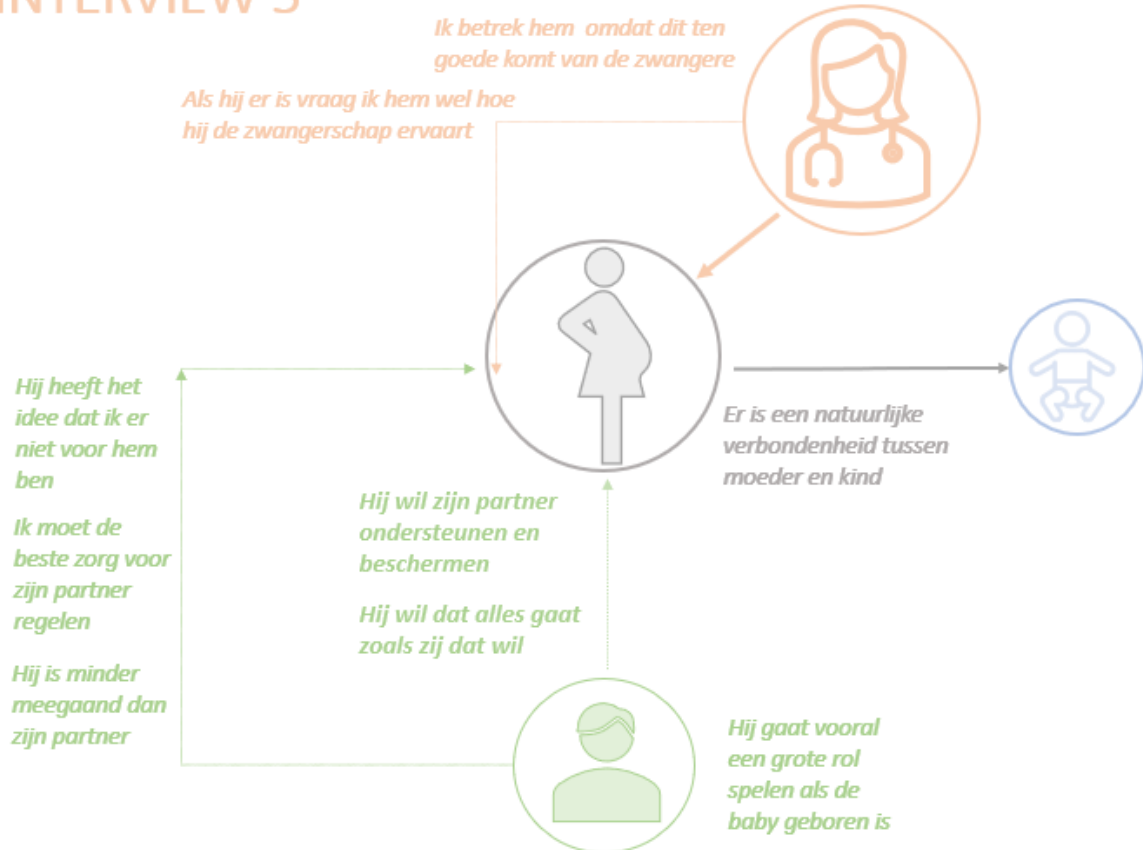
INTERVIEW 3



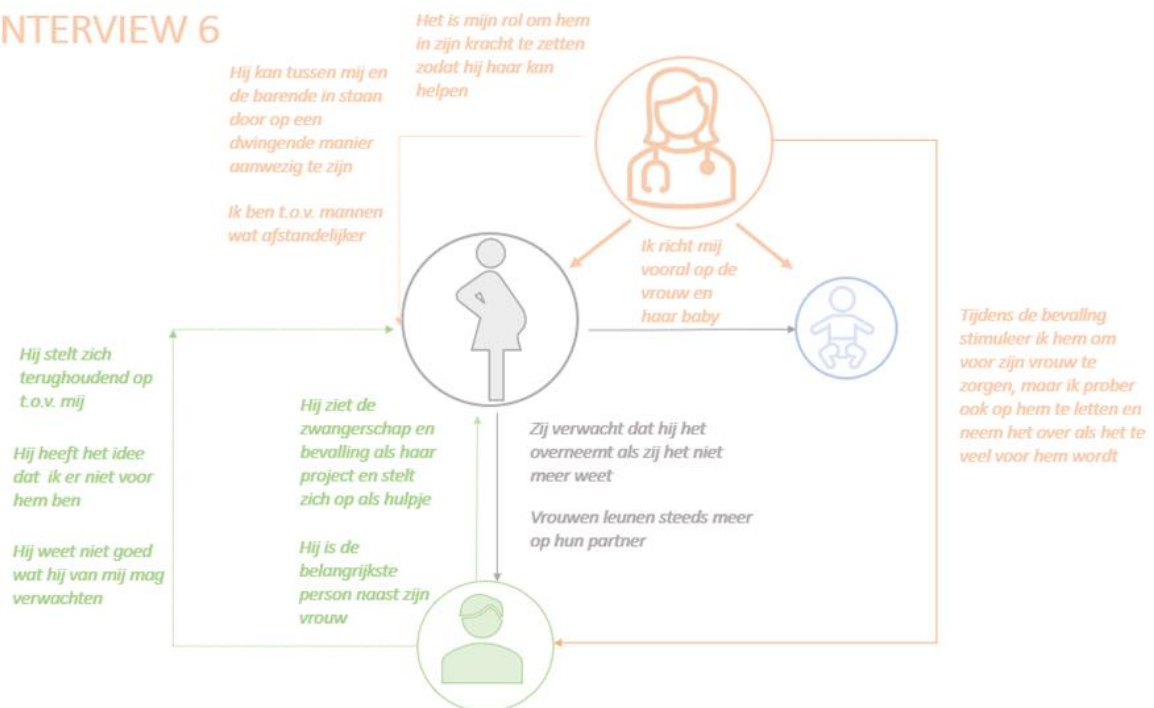
INTERVIEW 4



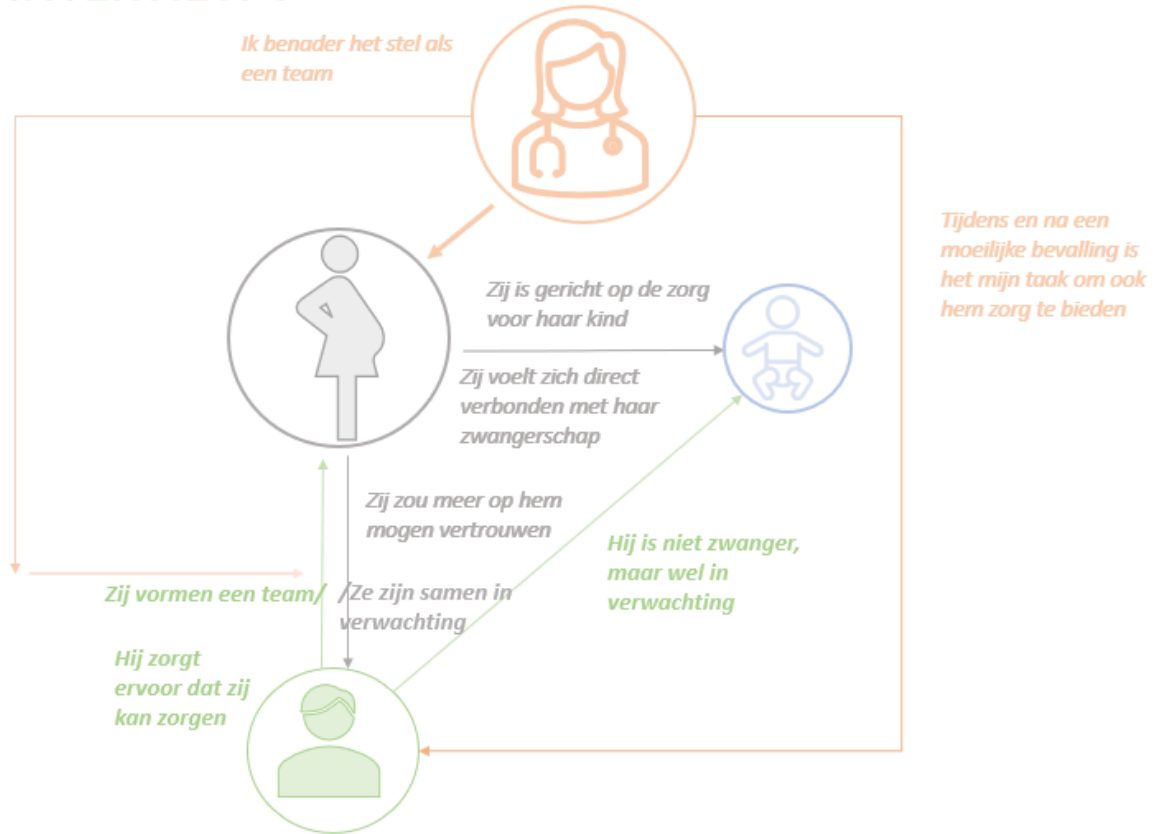
INTERVIEW 5



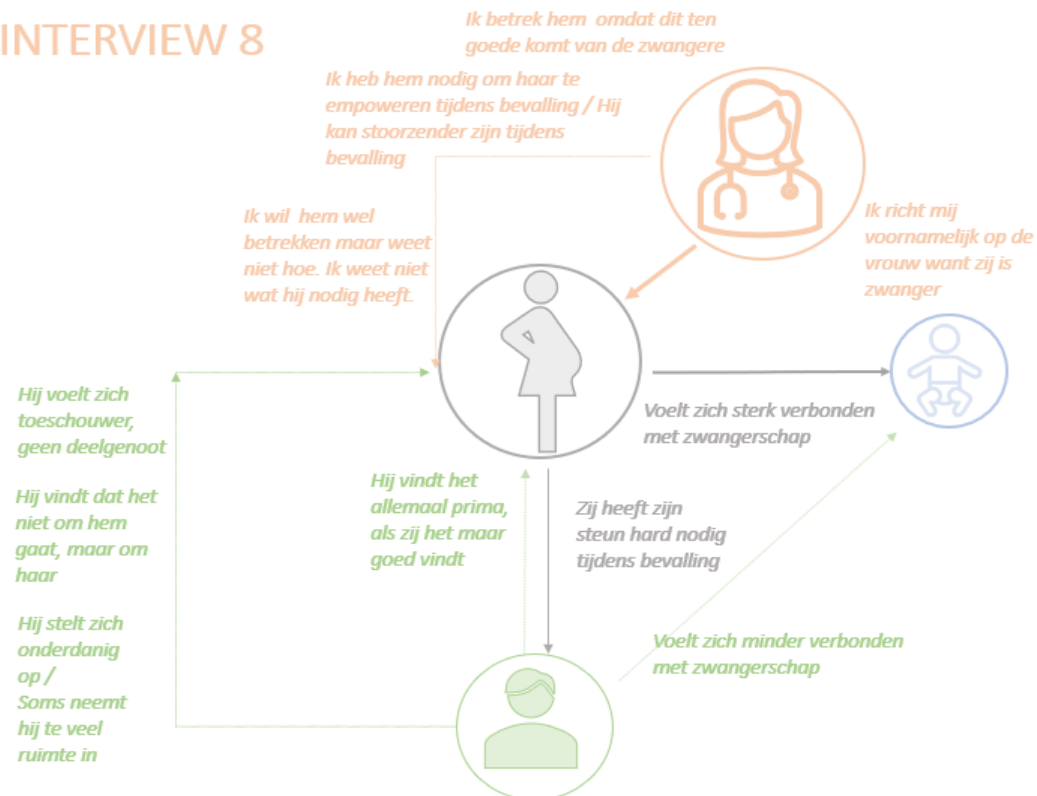
INTERVIEW 6



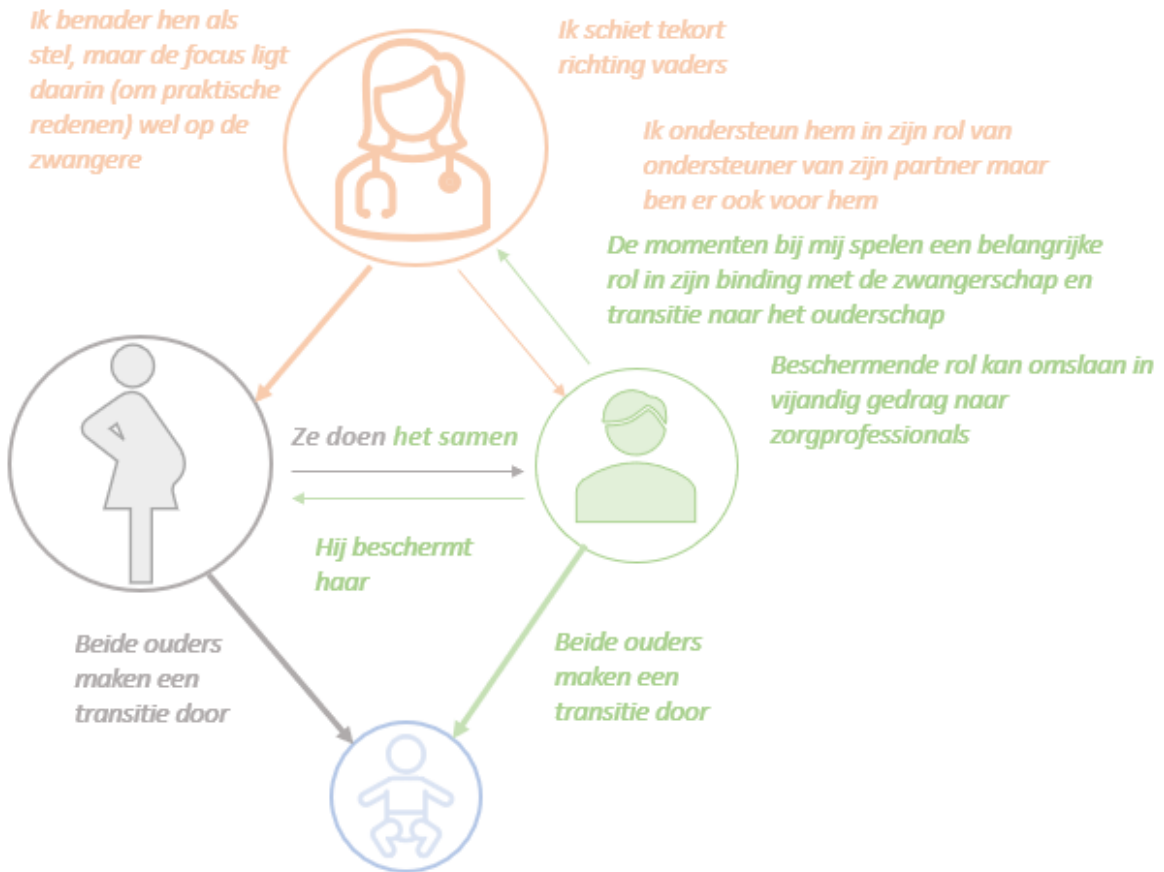
INTERVIEW 7



INTERVIEW 8



INTERVIEW 9



BIJLAGE 3 *INFORMED CONSENT* FORMULIER

Middels dit formulier verleen ik toestemming om het met mij afgenomen interview te gebruiken als input voor het onderzoek ‘Vaders in verwachting’.

Ik ga ermee akkoord dat er een geluidsopname wordt gemaakt van het interview en dat de opname wordt uitgeschreven. De transcriptie wordt geanonimiseerd en bewaard in een beveiligde omgeving van de Universiteit voor Humanistiek. Mijn persoonsgegevens zullen niet openbaar gemaakt worden.

Ik ben voldoende ingelicht over de inhoud en uitvoering van het onderzoek en heb voldoende gelegenheid gekregen om vragen te stellen. Ik ben ervan op de hoogte dat ik altijd contact kan opnemen met de onderzoeker om meer informatie over het onderzoek op te vragen.

Ik stem vrijwillig in met deelname aan het onderzoek. Ik mag mijzelf op ieder moment terugtrekken uit het onderzoek, zonder opgaaf van reden.

Ik begrijp de hierboven verstrekte informatie en stem in met deelname aan dit onderzoek en het gebruik van mijn geanonimiseerde gegevens voor het onderzoek:

Ja

Nee

In te vullen door deelnemer

Naam:

Datum:

Handtekening:

In te vullen door onderzoeker

Ik heb de deelnemer geïnformeerd over methode en doel van het onderzoek en ben bereid aanvullende informatie te verstrekken indien gewenst.

Naam:

Datum:

Handtekening: