

Zorgverdeling tussen vaders en moeders: de rol van gezinsprofessionals. Nederlandse situatie in Europese context

Gerlieke Veltkamp & Daniela Grunow

1. Inleiding¹

Nederlandse ouders zijn in de afgelopen decennia meer tijd aan hun kinderen gaan besteden. Echter, moeders besteden nog steeds ruim twee keer zo veel tijd aan hun kinderen dan vaders (Gezinsrapport 2011). Deze genderongelijkheid in de tijdsbesteding van Nederlandse ouders weerspiegelt een algemeen Europees patroon: we zien een groter wordende kloof met een ideaal van gelijkheid tussen mannen en vrouwen aan de ene kant en daadwerkelijke gedrag patronen aan de andere (Lück 2006). Kennelijk willen zowel mannen als vrouwen meer gelijkheid in de zorgverdeling dan ze in de praktijk kunnen waarmaken (Hobson & Fahlen 2009). Ondertussen wordt de standaard voor 'goed ouderschap' steeds hoger (Cooke 1991). Deze discrepanties tussen feitelijke en gewenste ouderschapsrollen hebben belangrijke sociale consequenties. Ze zijn gerelateerd aan genderongelijkheid op de arbeidsmarkt (Sayer & Gornick 2011), teruglopende geboortecijfers (Mills *et al.* 2008), een groter risico op echtscheiding (Cooke 2004) en een toenemende sociale en economische ongelijkheid tussen gezinnen (Blossfeld & Drobnič 2001).

In de afgelopen jaren is er in crossnationaal onderzoek veel aandacht geweest voor de zorgverdeling in een land in relatie tot de verzorgingsstaat (Daly 2011; Fuwa 2004; Lewis 2009; Saracceno & Keek 2011; Knijn & Smit 2009; Knijn & Kremer 1997; Hobson & Fahlen 2009; Leitner 2003; Pfau-Effinger 2005; van Oorschot *et al.* 2008; Orloff 1993). Er wordt vaak verondersteld dat genderopvattingen en voorkeuren van ouders gekoppeld zijn aan sociale normen en bestaande instituties (Lewis *et al.* 2008; Sayer & Gornick 2011; van Oorschot *et al.* 2007). Sociale wetenschappers besteden echter weinig aandacht aan hoe ouderrollen in een specifieke context gevormd worden en hoe individuele voorkeuren worden beïnvloed door sociale normen.

Voortbouwend op recente literatuur waarin de retoriek van de 'keuze' om te werken of zorgen wordt benadrukt (Lewis *et al.* 2008), onderzoeken wij de rol

van deskundigheidskennis – meer specifiek die van de medische expertise – als kader waarbinnen ouders hun keuzes maken. Opvallend is dat eerdere studies weinig belangstelling hebben voor de relatie tussen nationaal gezinsbeleid enerzijds en het professionele veld anderzijds.²

In dit artikel bekijken wij of gezinsprofessionals in de prenatale en postnatale zorg de daadwerkelijke uitvoering van het Nederlandse gezinsbeleid beïnvloeden. Met behulp van interviews met gezinsprofessionals uit deze sector en aanvullende observaties illustreren wij hoe een combinatie van beide perspectieven een beter begrip oplevert van het hedendaags moeder- en vaderschap in Nederland. Daarbij proberen wij in het bijzonder het veelal in deeltijd werken van moeders en het voltijds werken van vaders in Nederland te begrijpen.

2. Methodiek

Dit artikel betreft een literatuurstudie, waarbij recente inzichten uit de literatuur over gender en zorg in verzorgingsstaten wordt gecombineerd met een literatuurstudie over medische expertise en de professionele jeugdgezondheidssector vanaf de jaren 1990 tot 2012. Dit met als doel om een beter begrip en hernieuwd inzicht te verkrijgen in de vorming en totstandkoming van ouderschapsrollen in de huidige samenleving. Daarnaast maken wij gebruik van semigestructureerde diepte-interviews, opgezet als expertinterviews (Bogner & Menz 2009), die in 2011 en 2012 zijn afgenomen in het kader van ons ERC-onderzoeksproject.³ Hiervoor worden in totaal twintig gezinsprofessionals uit de Nederlandse prenatale en postnatale gezondheidszorg benaderd, te weten verloskundigen, jeugdverpleegkundigen en jeugdartsen. Deze professies zijn geselecteerd vanwege onze focus op de transitie naar ouderschap: de betreffende professionals zijn betrokken bij de zwangerschap en de eerste jaren na de geboorte, waardoor zij kunnen beïnvloeden wat aanstaande en nieuwe ouders weten en doen.⁴ De selectie van professionals in de postnatale fase heeft plaatsgevonden omdat 92,8 procent van de Nederlandse kinderen in het eerste levensjaar afwisselend door jeugdverpleegkundigen en jeugdartsen wordt gezien in het consultatiebureau (CBS 2010). De interviews zijn getranscribeerd en gecodeerd met behulp van Atlas.ti en de codes en interpretatie zijn binnen en buiten ons onderzoeksteam besproken om een grotere betrouwbaarheid te verkrijgen. Naast de interviews zijn consulten van deze professionals met ouders bijgewoond. De participerende observatie (Hammersley & Atkinson 2007) heeft als doel triangulatie (Bryman 2008, 379) en is gebruikt om een indruk te krijgen van met welke ouders de professionals in contact komen en hoe professionals normen en verwachtingen van vaders en moeders toepassen in de praktijk.

Bij het rekruteren van gezinsprofessionals is gebruik gemaakt van een sneeuwbalprocedure via contacten van de Universiteit van Amsterdam met de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD). Het management van de GGD heeft

bekeken welke teams beschikbaar waren voor het meewerken aan het onderzoek. Op ons verzoek is daarbij rekening gehouden met variatie in stedelijkheid en de sociaaleconomische status van de werkgebieden. De steekproef bestaat uit vrouwelijke gezinsprofessionals, omdat alle betrokken teams bestaan uit vrouwen, wat representatief is voor de jeugdgezondheidszorg in Nederland (Lieburg 2001). De steekproef bevat variatie in leeftijd, werkervaring en etnische afkomst van de gezinsprofessionals. Voor dit artikel zijn de eerste vijf interviews en de observaties van achttien consulten van twee jeugdartsen en zestien consulten en twee huisbezoeken van drie jeugdverpleegkundigen gebruikt. Het werkgebied betreft een regio gelegen in het westen van Nederland (de Randstad) met een sociaaleconomisch gemengde populatie. Deze wijk herbergt relatief weinig gezinnen met een erg lage sociaaleconomische status. De uitkomsten die gebruikt zijn voor dit artikel zijn daardoor niet representatief voor de gehele Nederlandse bevolking. Het selecteren van ouders met een vaak gemiddelde of goede sociaaleconomische achtergrond heeft voordelen, vanwege onze interesse in het keuze-model. Als er sprake is van een keuze, dan zou dit namelijk moeten gelden voor de meer bevoorrechte ouders.

3. Europese verzorgingsstaten en governance door expertise

Onze studie brengt twee verschillende onderzoekstradities op het gebied van gender en zorg samen. De eerste heeft de rol van de verzorgingsstaat onder de aandacht gebracht en laat zien hoe hierdoor meer of minder genderspecifieke werk- en zorgpatronen worden gevormd. Dit onderzoek impliceert het belang van werk- en gezinsbeleid, waarin moeders gefaciliteerd worden om te werken en vaders om zorgtaken uit te voeren. Maar, ze schiet tekort in het achterhalen van uitblijvende reacties op bepaald beleid, zoals vaders die geen ouderschapsverlof opnemen.

Een tweede onderzoekstraditie betreft de relatie tussen medische expertise van gezinsprofessionals en overheidsopgaven om het gedrag van ouders 'vanaf een afstand' aan te sturen (Murphy 2003; Rose & Miller 1992). In deze onderzoeken wordt beargumenteerd dat opvattingen, keuzes en gedrag van zowel ouders als gezinsprofessionals worden begrensd door het medische discours. Dit discours wordt gekenmerkt door het letten op risico's, waarbij bepaalde standaarden aangeven wat 'gezond' is en welk gedrag zodoende als legitiem wordt bestempeld (Knaak 2010; Murphy 2003, 2007; Rose & Miller 1992; Foucault 2000). Het discours is zodoende normatief. Rose en Miller (1992) vragen aandacht voor normatieve kaders vanuit een interesse in politiek liberalisme. Wij onderzoeken of deze concepten ook van toepassing zijn op verzorgingsstaatinstellingen in bredere zin.

Wij baseren ons empirisch onderzoek op de inzichten uit deze beide literatuurstromingen en onderzoeken de toepasbaarheid van 'governance vanaf een

afstand' door te laten zien hoe normatieve kennis en ideeën over medische expertise en het Nederlandse ideaal van gedeeld ouderschap (Kremer 2007) door de overheid en gezinsprofessionals gebruikt worden in de benadering van ouders en kinderen. Gebaseerd op Rose en Miller (1992, 175) definiëren we governance als "het historisch gevormde model waarbinnen alle dromen, plannen, strategieën en bewegingen van autoriteiten zijn uitgesproken met de bedoeling om overtuigingen en gedrag van anderen in gewenste richtingen te vormen door te proberen hun bereidheid, omstandigheden of omgeving te sturen".

3.1. Gezinsbeleid en veranderingen in werk- en zorgtaken

In de tweede helft van de twintigste eeuw is er in de Europese samenlevingen een algemeen patroon van verandering te zien. Het meest opvallend is de trend van toenemende arbeidsparticipatie van moeders. De fase in de levensloop gericht op gezinsvorming is hierdoor korter en het traditionele model met een man als enige kostwinner en een vrouw als huisvrouw verdwijnt steeds meer uit de moderne samenlevingen (Blossfeld & Drobnič 2001). Op overheidsniveau gaat deze trend samen met Europees beleid dat zich richt op meer gendergelijkheid en het verbeteren van de aansluiting tussen werk en gezin. In de afgelopen jaren is de nadruk op gendergelijkheid echter naar de achtergrond verdwenen en is de aandacht verschoven naar een juiste balans tussen werk en zorg vanuit een arbeidsmarktperspectief (Lewis *et al.* 2008; Knijn & Smit 2009). Zowel voor de EU als voor haar lidstaten blijkt sinds de eeuwwisseling een focus op arbeid leidend te zijn geweest voor het bevorderen van de balans tussen werk en gezin. Tegelijk kunnen er tegenstrijdigheden in het beleid geïdentificeerd worden, die voortkomen uit de toepassing van het nieuwe arbeidsmarktparadigma in beleid dat is ontwikkeld rond het mannelijke kostwinnersmodel (Lewis *et al.* 2008).

Wij kijken hier naar tegenstrijdigheden in het Nederlandse gezinsbeleid en de gevolgen ervan voor de keuzevrijheid die bij vaders en moeders wordt verondersteld. In Nederland is de arbeidsparticipatie van vrouwen vanaf het midden van de jaren 80 toegenomen. Vanuit Europees perspectief gezien is dit relatief laat (OECD 2002). De toename in de arbeidsparticipatie van vrouwen is gefaciliteerd door het creëren van een grote in deeltijd werkende beroepsbevolking.⁵ Daarnaast is de ontwikkeling mogelijk gemaakt door een verschuiving in het Nederlandse beleid van het ideaal van volledig moederschap en ondersteuning van de enkele kostwinner naar het ideaal van gedeeld ouderschap (Kremer 2007). Gedurende de jaren 90 werd dit ideaal van gedeeld ouderschap dominant en leidend voor Nederlands beleid, waarin deeltijdwerken voor beide ouders en betrokkenheid van de man bij de zorg voor het gezin is gestimuleerd (Kremer 2007). Een belangrijk kenmerk van dit beleid is het individuele recht op ouderschapsverlof, dat is ingevoerd in het begin van de jaren 90. Anders dan in Zweden, Denemarken en recentelijk Duitsland, voorziet de Nederlandse variant van individueel ouderschapsverlof niet in maatregelen om het voor vaders financieel

aantrekkelijk te maken zorgtaken op zich te nemen. De recente hervormingen in het Nederlandse werk- en gezinsbeleid richten zich meer op gelijkheid tussen ouders op de arbeidsmarkt dan op het stimuleren van gelijkheid in ouderschap. Daarbij zijn voornamelijk professionele kinderopvang, kort ouderschapsverlof en flexibele werktijden gepromoot. In 2009 heeft Nederland zijn 'liberale' beleidskoers wat aangepast door onbetaald ouderschapsverlof te compenseren met belastingvoordelen (Knijn & Smit 2009). Deze maatregel bevordert gedeeld ouderschap echter nauwelijks. In 2009 werkte in Nederland 74 procent van de vrouwen van de actieve bevolking (15-64 jaar) in deeltijd, tegenover slechts 22 procent van de mannen (Merens *et al.* 2011). Daarmee heeft Nederland het hoogste aandeel deeltijdwerkers in Europa (Siermann 2009). Terwijl moeders meestal in deeltijd werken om een balans te vinden tussen werken en zorgen, werken vaders vaak in deeltijd om andere redenen dan de zorg voor kinderen (CBS 2012; Siermann 2009). In 2009 maakte 41 procent van de werkende moeders en 19 procent van de vaders met recht op ouderschapsverlof er gebruik van (CBS 2011). In Europees vergelijkend perspectief zijn deze percentages bijzonder laag (OECD 2011).⁶ Voltijdswerkende ouders hebben recht op minstens drie maanden onbetaald verlof in de periode voordat het kind acht jaar is. Daarmee voldoet Nederland niet aan de minimale criteria voor verlof zoals voorgesteld door UNICEF (2008).

Op dit moment voorziet geen enkel Europees land in een complete dekking van publieke zorg voor de eerste drie levensjaren van een kind, maar Nederland behoort tot de landen waarin de afstand tussen het einde van het betaalde verlof en de beschikbaarheid van kinderdagopvang het grootst is (Saraceno & Keck 2011). De aansluiting tussen deze beiden is het best in Denemarken, Zweden, Noorwegen, België en Frankrijk (UNICEF 2008). In deze landen wordt de werkgelegenheid van ouders en moeders met jonge kinderen ondersteund door publiek beleid, waarbij de verschillende beleidsinstrumenten samenhang en continuïteit laten zien. Daarmee wordt er ook een andere timing en balans voorgesteld tussen gezinszorg en (gedeeltelijke) defamilialisatie, waarin gezinnen ontlast worden van hun zorgtaken door professionele zorg (Leitner 2003). In Nederland wordt in vergelijking met deze landen het minst gebruik gemaakt van kinderopvang voor de kinderen onder de drie jaar: minder dan 15 procent van de kinderen in deze leeftijd brengt meer dan 30 uur door in dagopvang, vergeleken met meer dan 60 procent in Zweden en meer dan 50 procent in België (Saraceno & Keck 2011). Het beperkte aantal opgenomen uren kinderdagopvang in Nederland weerspiegelt zowel een politieke strategie die de zorg voor kinderen voornamelijk bij de ouders laat liggen (Knijn & Smit 2009) als een historische culturele vijandigheid ten opzichte van professionele kinderopvang (Kremer 2007). Sinds de jaren 80 wordt professionele kinderopvang samenhangend met het bevorderen van arbeidsparticipatie van ouders in toenemende mate als noodzakelijk gezien, maar alleen voor een beperkt aantal uren per week (Singer 1996). Historisch gezien heeft Nederland (samen met West-Duitsland) een sterke verbinding met het mannelijke kostwinnersmodel en het steunen van vrouwen in hun rol als echtgenote en thuisblijfmoeder. De verschuiving richting een op de arbeidsmarkt gerichte beleidsbe-

nadering en een focus op individueel risicodragerschap voor zorgtaken (door de levensloopregeling, Lewis *et al.* 2008) gaat institutioneel in tegen het Nederlandse ideaal van gedeeld ouderschap dat gepropagandeerd is in de jaren 90.

Zowel de plotselinge nadruk op gedeeld ouderschap als de arbeidsmarktstrategie gericht op werkende stellen markeert een politieke heroriëntatie die afbuigt van moeders als de voornaamste zorgdragers van kleine kinderen. Het Nederlandse beleid gericht op de balans tussen werk en gezin van de afgelopen decennia heeft daarbij geen duidelijke koers gevolgd. Dit wordt geïllustreerd door de gebrekkige inzet van de overheid om te voorzien in goedkope, kwalitatief hoogstaande kinderopvang. Kinderopvang wordt in plaats daarvan hoofdzakelijk verzorgd door particuliere bedrijven, met overheidssteun in de vorm van directe subsidie of tegemoetkomingen in de belasting (Lewis *et al.* 2008). Sinds 2012 zijn de vergoedingen voor kinderopvang echter weer sterk verminderd (Rijksoverheid 2011).

Het gebrek aan overheidsvoorzieningen op het gebied van kinderopvang in een beleidscontext waarin mannen en vrouwen als economisch onafhankelijk worden beschouwd zorgt ervoor dat genderverschillen worden versterkt (Lewis *et al.* 2008). Beleid dat nieuwe idealen van gedeeld ouderschap wilde stimuleren werd dus geïmplementeerd in een beleidscontext die oorspronkelijk was ontworpen voor gezinnen met mannelijke kostwinners en huisvrouwen. Toch wordt de zorgverdeling tussen vaders en moeders in Nederland gekaderd als een persoonlijke keuze. Het is onduidelijk, gegeven de hoge verwachtingen van ouderschap vandaag de dag, hoeveel keuzemogelijkheid nieuwe ouders daadwerkelijk in deze context ervaren.

3.2. Gezinsprofessionals: tussen overheid en ouders

Rose en Miller (1992) doen een poging om de invloed van de overheid te deconstrueren tot meer grijpbare mechanismen en netwerken. Volgens hen is het belangrijkste kenmerk van het regeren van overheden in de moderne tijd 'governance vanaf een afstand', waarbij de overheid onafhankelijke actoren (zoals artsen, ouders, professionals en economen) erkent en probeert te managen zonder dat ze de autonomie van deze activiteiten vernietigt. Op deze manier blijft het burgerschapsideaal in tact en wordt tegelijkertijd geprobeerd om gezinnen en individuen te sturen. Dit managen gebeurt doordat de overheid contact heeft met niet-politieke autoriteiten die op hun beurt contact hebben met burgers.

Zo zien we dat de overgang naar ouderschap in de Nederlandse verzorgingsstaat gestuurd wordt door medische instituties, die als een vorm van governance (bepaalde) taal en kennis gebruiken en daarmee kaderscheppend en normatief zijn (van Teijlingen 2005). De rol van medische gezinsprofessionals in contact met ouders en kinderen wordt steeds belangrijker om vroegtijdig te kunnen reageren op risico's (Lee *et al.* 2010; Hoffman 2010; Rouvoet 2007) en door een toenemende focus op kinderen, sociale uitsluiting (Stouten *et al.* 2008) en ontwikkelingspsychologie (Thomas 2011; Hermanns 2009; Ansell 2005; Wubs 2004).

De professionele sector verdient dus aandacht om de keuzes van ouders te begrijpen, omdat hij steeds meer een 'centrum' vormt waar alle ouders langskomen in hun ouderschap.

3.2.1 *Organisatie van prenatale en postnatale zorg in Europa*

Verschillende studies wijzen op een proces van medicalisering van de geboorte van kinderen (Brubaker & Dilloway 2009; Katz Rothman & Simonds 2005). In de Verenigde Staten en Canada, maar ook in Europa, is het medische model het voornaamste kader waarbinnen de geboorte van kinderen plaatsvindt (Brubaker & Dilloway 2009; Kateman & Herschderfer 2005; Christiaens 2008). In Nederland heeft de verloskunde met een hoog percentage aan thuisbevallingen een prominente plek. Dit duidt volgens Christiaens (2008) op een situatie van expliciet familialisme, tegenover defamilialisme of optioneel familialisme in andere landen, zoals België. Familialisme benadrukt het gezin als primaire zorgverstrekker, in tegenstelling tot defamilialisme dat het formaliseren en de overname van zorgtaken door de staat benadrukt (Leitner 2003).

De organisatie van preventieve jeugdgezondheidszorg in Europa wordt pas sinds de laatste jaren uitgebreider onderzocht en in kaart gebracht (Wieske *et al.* 2012; Speetjens *et al.* 2009; Stouten *et al.* 2008). Volgens het onderzoek van Wieske en anderen (2012) hebben alle Europese landen het VN Verdrag 'voor de rechten van het kind' onderschreven, waarin staat dat ieder kind in Europa hetzelfde recht heeft op de hoogst haalbare gezondheidszorg. Toch zijn er grote verschillen in de gezondheidssituaties van de jeugd in Europese landen, onder andere waar het kindersterfte betreft. Preventieve jeugdgezondheidszorg, bedoeld om kindersterfte en ziekte te voorkomen, is in ieder Europees land anders georganiseerd. In België, Estland, Finland, Hongarije, Macedonië, Nederland, Rusland en Slovenië betreft de doelgroep van de jeugdgezondheidszorg alle kinderen in de leeftijd van 0 tot 19 jaar. Kroatië biedt zorg totdat adolescenten een diploma behalen in het hoger onderwijs, Zwitserland tot een leeftijd van 16 jaar en Duitsland tot 12 jaar. In al deze landen is de jeugdgezondheidszorg nationaal georganiseerd, behalve in Duitsland waar de verantwoordelijkheden zowel bij de nationale overheid, als bij staten en de gemeenten ligt. In de meeste genoemde landen spelen kinderartsen en huisartsen een centrale rol, in Nederland en België is deze rol echter weggelegd voor gespecialiseerde jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen en multidisciplinaire systemen. De preventieve jeugdgezondheidszorg functioneert in de onderzochte landen gescheiden van de curatieve, behalve in Zwitserland, Slovenië en Estland. Jeugdgezondheidszorgmedewerkers houden in alle landen individuele gegevens bij van de geleverde zorg (Wieske *et al.* 2012).

Er is sinds de jaren 1990 behoefte ontstaan aan beleid en professionele aandacht gericht op opvoedingsondersteuning (Caris 1997; Clavero 2001; Stouten *et al.* 2008). Dit wordt toegeschreven aan verandering in gezinssamenstelling, toegenomen aandacht voor kinderen als onderwerp van beleid en de strijd tegen

sociale uitsluiting (Stouten *et al.* 2008). Beleid gericht op opvoedingsondersteuning is relatief nieuw (ChildONEurope Secretariat 2007; Stouten *et al.* 2008). Het aanbod van programma's en methoden in het bieden van opvoedingsondersteuning verschilt sterk. Sommige landen bieden een uitgebreid systeem van voorzieningen voor alle ouders, terwijl andere landen zich specifiek richten op risicogezinnen en/of gezinnen met problemen. Alle Europese landen hebben over het algemeen programma's gerelateerd aan gezondheidszorg en gericht op zwangerschap en pasgeboren kinderen. Hierbij worden vaders steeds vaker bewust betrokken in de eerste fasen van het krijgen van een kind (ChildONEurope Secretariat 2007; Stouten *et al.* 2008).

Deze trend is ook in Nederland zichtbaar. De consultatiebureaus, waarvan de eerste in 1901 is opgericht, waren aanvankelijk bedoeld om kindersterfte te verminderen door middel van medisch deskundige aandacht gericht op moeder en kind (Lieburg 2001). Tussen 2007 en 2011 zijn consultatiebureaus opgenomen in 'Centra voor Jeugd en Gezin', die worden gefinancierd door de Gemeenten (Rouvoet 2008; Samenwerken voor de jeugd 2011). Dit zijn laagdrempelige inlooppunten met verschillende gespecialiseerde jeugdgezondheidszorgmedewerkers en hulpverleners, waar (aanstaande) ouders, kinderen en jongeren terecht kunnen met hun vragen over opgroeien, opvoeden, gezondheid en ontwikkeling (Oudhof *et al.* 2010). Amsterdam hanteert in plaats hiervan de naam 'Ouder en Kind Centrum' (Nederlands Jeugd Instituut 2012). In beide gevallen is gekozen voor het aanspreken van ouders ongeacht gender.

Het beleidsprogramma Jeugd en Gezin 2007-11 licht de implementatie van deze centra toe aan de hand van drie uitgezette lijnen. Het eerste uitgangspunt stelt dat het gezin een belangrijke positie in de opvoeding heeft. Het gezin krijgt daarbij de op het oog genderneutrale definitie "elk leefverband van één of meer volwassenen die verantwoordelijkheid dragen voor de verzorging en opvoeding van één of meer kinderen". De tweede lijn betreft een "omslag naar preventie: het eerder signaleren en aanpakken van problemen" en de derde "de vrijblijvendheid voorbij", waarmee wordt uitgesproken dat ongewenste situaties niet mogen voortduren en dat zowel professionals als overheden een cruciale rol spelen in het jeugd- en gezinsbeleid (Rouvoet 2007). Wij laten in dit artikel zien dat de laatste twee lijnen in een context van familialisme, ondanks een ideaal van gedeeld ouderschap, traditionalisering van ouderrollen kan beïnvloeden. Daar komt bij dat het beleid directe traditionele rolverwijzingen bevat, zoals het 'Mama-café' dat in veel steden wordt aangeboden (Thomas 2011; Mama-café 2012).

3.2.2 Normatieve kaders rondom het recht van kinderen op zorg

In verzorgingsstaatliteratuur wordt het discours betreffende het balanceren van werk en gezin in Nederland gekenmerkt door gedeeld ouderschap enerzijds en het arbeidsmarktperspectief met geïndividualiseerd risicodragerschap ander-

zijds. Het is daarom opvallend dat de meest centrale thema's in de medische zorg rondom zwangerschap en geboorte in een heel ander perspectief te plaatsen zijn. Centraal staat het voorkomen en vermijden van risico's voor het kind, het belang van expertkennis, ouderschap als beïnvloedbaar en een focus op kinderen en de toekomst (Van Teijlingen 2005; Rose & Miller 1992; Parton 1998; Lee *et al.* 2010; Hoffman 2010; Centre for Parenting Culture Studies 2011; van Keulen 2011). De rol van professionals in het ondersteunen van ouders bij het opvoeden van kinderen wordt daarbij steeds belangrijker (Van der Pas 2006; Wubs 2004; Lee *et al.* 2010; Weille 2011; Rose & Miller 1992). Hoewel de situatie van ouders en kinderen in Nederland over de afgelopen jaren over het geheel genomen vrijwel geen toename van problemen laat zien en de situatie van de Nederlandse jeugd in internationale vergelijkingen goed uit de bus komt, is er een enorme toename van hulpverlening aan ouders en kinderen (Hermanns 2009; Thomas 2011). In het Nederlandse hogere onderwijs is ouderschapsondersteuning als vak en methodiek in opkomst (Weille 2011; Van der Pas 2006). Volgens Lee en collega's (2010) worden ouders als onvoldoende bekwaam gezien om risico's voor hun kinderen adequaat in te schatten en zijn professionals met wetenschappelijk gefundeerde expertise nodig om hen hierin te begeleiden. De preventieve jeugdgezondheidszorg neemt zowel wat betreft medische zorg als opvoedingsondersteuning een belangrijke centrumpositie in voor het bieden van deze zorg aan ouders en pasgeborenen. Met de reorganisatie en de opkomst van Centra voor Jeugd en Gezin tussen 2007 en 2011 is haar schakelfunctie na de prenatale zorg en naar specialistische hulpverlening versterkt.

Hiermee wordt duidelijk dat de medische zorg voor het kind een andere is met andere ideologische uitgangspunten dan de zorg voor kinderen die opgevangen moeten worden wanneer ouders werken. Bij 'zorg' in verzorgingsstaatliteratuur wordt veelal bedoeld op de laatste vorm, zorg in de vorm van kinderopvang (Knijn & Kremer 1997; Leitner 2003). Preventieve medische jeugdzorg kan niet goed ondergebracht worden in de naoorlogse organisatievormen van zorg volgens Knijn en Kremer (1997), waarbij de verzekeringsstaat vrouwen in staat stelt (of verplicht) om te zorgen voor de eigen familie en de servicestaat professionele zorg biedt buiten de familiecontext. Het dilemma tussen 'het recht om zorg te geven' en 'het recht om zorg te ontvangen' is hier verhelderend (Knijn & Kremer 1997). Vanuit verzorgingsstaatspectief zijn beide rechten vaak meer of minder effectief met elkaar verweven in een model van familialisme of defamilialisme (Leitner 2003), waarbij onder andere de visie op 'goede' zorg, professioneel of informeel, bepaalt welk model wordt gehanteerd. Zo is het discours van de balans tussen werken en zorgen in Denemarken erop gericht dat professionele kinderopvang in het belang is van het kind, terwijl men zich daar in Nederland tegen heeft afgezet (Kremer 2007). We zagen zodoende al eerder dat Nederland een model kent van familialisme (Leitner 2003; Christiaens 2008). In het ideologische uitgangspunt van de medische zorg rondom zwangerschap en geboorte zijn beide rechten echter van elkaar losgekoppeld en staat het recht van kinderen om zorg te ontvangen centraal, terwijl het recht van ouders om zorg te

geven of om hiervan ontlast te worden (Leitner 2003) niet onder de focus van de gezinsprofessionals valt. Van belang is dus vooral hoe ouders en professionals de zorg voor het kind optimaal kunnen vormgeven. Het door Van der Pas (2006) omschreven en door anderen opgepakte (Oudhof *et al.* 2010) 'recht van ouders op opvoedingsondersteuning' hangt daarbij samen met de zorg voor het kind. Terwijl het recht van de zorggevers in deze context niet vertegenwoordigd lijkt, beïnvloedt 'het beste voor het kind' dus wel de zorg en de zorgverdeling van ouders. Charles-Edwards (1997), hoofd van de opleiding kinderverpleging en gezondheid van kinderen aan de South Bank University in Londen, noemt dat het binnen gezinszorg een ethisch dilemma kan zijn wanneer het belang van het kind conflicteert met de beslissingen van ouders. De zorgplicht van professionals ligt in dat geval bij het belang van het kind. Het verdient daarom aandacht hoe dit belang geconstrueerd en gereproduceerd wordt.

De normatieve kaders die professionals gebruiken vallen niet per definitie samen met die van de overheid. Volgens Rose en Miller (1992) heeft het in stand houden van de autonomie van niet-politieke activiteiten, in dit geval die van de gezinsprofessionals, in moderne samenlevingen altijd het potentieel van verzet door de betrokken actoren in zich. Zij kunnen zich tegen de normatieve kaders en deskundigheidskennis van governanceprogramma's verzetten en/of zich baseren op andere, concurrerende, kaders. Voor de rol van gezinsprofessionals in het contact met aanstaande en nieuwe ouders betekent het dat professionals invloed kunnen uitoefenen binnen het overheidsdiscours rondom ouderschap, maar ook daarbuiten. Het is daarom van belang om te onderscheiden welke normatieve kaders hier van invloed zijn en welke ouder- en kindbeelden door overheid en professionals gebruikt en gerechtvaardigd worden als 'gezond', 'in het belang van het kind' en, daarmee samenhangend, als 'goed ouderschap'.

Zowel de pedagogische visie van de jeugdgezondheidszorg, die zij geformuleerd hebben om transparant en expliciet te zijn over normen en waarden met betrekking tot opvoeding, als het overheidsbeleidprogramma voor Jeugd en Gezin voor 2007-11 volgen het VN-Verdrag 'voor de rechten van het kind' (Oudhof *et al.* 2010; Rouvoet 2007). Deze rechten betreffen non-discriminatie, bijzondere bescherming voor kinderen om zich te ontwikkelen, recht op naam en nationaliteit, recht op sociale zekerheid en gezondheidszorg, bijzondere zorg voor gehandicapte kinderen, recht op liefde, begrip en ouderlijke zorg, recht op onderwijs, recht als eerste op hulp, bescherming tegen mishandeling, uitbuiting en kinderarbeid en opvoeding tot begrip en verdraagzaamheid, vrede en vriendschap (Oudhof *et al.* 2010). Beleid gericht op kinderen richt zich in lijn hiermee op bescherming, voorzieningen en ontwikkeling (Blueband-Langner & Korbin 2007; Oudhof *et al.* 2010). Dit weerspiegelt het in westerse samenlevingen dominante beeld van kinderen als kwetsbaar en afhankelijk (Christensen 2000). Overheden en professionals zijn er in toenemende mate op gericht dat ouders daarbij, als onderdeel van de buitenwereld 'potentiële bronnen van risico', maar ook van bescherming kunnen vormen (Hoffman 2010; Rouvoet 2007). Sinds de jaren 80 wordt de rol van psychologische inzichten steeds dominanter in

Westerse kindbeelden. De hechtingstheorie is daarnaast van grote invloed geweest op ideeën over een veilige ontwikkeling van kinderen tot drie jaar (Ansell 2005). Het belang van veilige hechting is vaak vertaald naar de noodzaak voor moeders om in de eerste levensjaren bij het kind thuis te zijn (Juffer 1993). Het programma voor Jeugd en Gezin verwijst naar ‘in ieder geval één volwassene’ (Rouvoet 2007).

Met het implementeren van Centra voor Jeugd en Gezin in alle Nederlandse Gemeenten maakt het ministerie gebruik van dezelfde kennis en taal als de gezinsprofessionals, maar schrijft ook nieuwe wetten en organisatievormen voor, waardoor zij tegelijk in deze activiteiten ingrijpt. Dit leidt niet tot publiek verzet van de professionele sector, omdat de jeugdgezondheidszorg zowel in beleidsvisie als in het implementeren van de programma’s verwijst naar hetzelfde normatieve frame waarin het recht van het kind op zorg en ontwikkeling centraal staat en de gezinsprofessionals ouders volgen en ondersteunen bij het waarborgen hiervan. De focus op het kwetsbare kind in ontwikkeling hangt zodoende samen met de deskundige aandacht van overheid en professionals voor de positieve en negatieve invloed die ouders op de ontwikkeling van hun kinderen kunnen hebben. Ouderschap is daarmee niet langer een dagelijkse privéaangelegenheid (Lee *et al.* 2010), maar wordt voorgesteld als een proces dat weliswaar natuurlijk is, maar waar tegelijkertijd iedereen mee worstelt en vragen over heeft die laagdrempelig gesteld moeten (kunnen) worden aan deskundigen (Oudhof *et al.* 2010; Rouvoet 2007; Van der Pas 2006; Weille 2011; Hermanns 2009).

In het huidige beleid richten de overheid en professionals zich, in lijn met het ideaal van gedeeld ouderschap en gedeelde kostwinning, niet expliciet op moeders, maar op ouders in het algemeen. Daarbij is er ruimte voor verschillende en veranderende gezinsvormen en worden ook vaders uitgenodigd om mee te doen in de zorg voor hun kinderen. Gegeven de situatie dat moeders nog steeds meer in deeltijd werken en vaders in voltijd, zullen professionals moeders echter vaker zien dan vaders en adviseren zij moeders zodoende vaker in hun verantwoordelijkheden voor een goede en veilige ontwikkeling van het kind. Daarnaast laat Vuori (2009) zien dat experts in Finland, een land met sterke gelijkheidsopvattingen, moederschap nog steeds als een plicht zien en vaderschap als een optie. Op deze manier kan bij professionals het ideaal van gedeeld ouderschap naast een meer traditioneel beeld van vader- en moederrollen blijven bestaan en dit kan, zoals Vuori betoogt, leiden tot het vormen en reproduceren van genderongelijkheid tussen ouders.

4. De invloed van gezinsprofessionals op de werk- en zorgverdeling van ouders in Nederland

De betreffende jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in onze studie geven blijk van hun maatschappelijke rol en positie tussen overheid enerzijds en ouders en

kinderen anderzijds. Zo komt naar voren hoe 'governance vanaf een afstand' werkt en waar de grenzen ervan liggen.

"Volgens mij zijn we maar een heel klein schakeltje in het geheel van alles wat om de ouder en het kind heen staat en ik denk dat we best bescheiden mogen zijn over de rol die we hebben. Terwijl de overheid dus ons een hele grote rol toebedeelt. En ik, ja, ik weet niet. Volgens mij wringt daar ook de schoen, zeg maar, zijn de verwachtingen erg hoog... Voor ouders die hier met een vraag komen spelen wij een belangrijke rol, maar voor ouders die dat niet zo hebben denk ik dat we gewoon echt, ja, echt niet zo heel veel eh, betekenen eigenlijk." (Jeugdarts A)

Inherent aan de rol van deze professionals is dus enerzijds dat er vanuit de overheid bepaalde verwachtingen zijn over tijdige risicosignalering en anderzijds dat ouders maar een klein gedeelte van hun tijd met professionals doorbrengen en niet verplicht zijn om de adviezen op te volgen. Governance in deze situatie berust, in lijn met Foucault (2000), op een mengeling van verleiding en dwang, vanuit de overtuiging dat de deskundige medische kennis van de gezinsprofessionals ingezet moet worden om de ontwikkeling van het kind te kunnen waarborgen. De professionals ervaren in sommige gevallen een spanning tussen het naast de ouders staan en risicosignalering. Het belang en de rechten van het kind gaan dan voor.

"Als je vooral probeert te laten merken dat je meedenkt en dat je eigenlijk het beste wilt voor het kind en voor de ouders samen, ja, dan begrijpen ze dat meestal wel. Maar er zijn soms situaties dat je echt alleen voor het kind moet optreden, omdat ouders daar gewoon niet eh, ja, niet goed genoeg stil bij staan eh, wat hun rol hoort te zijn." (Jeugdarts B)

Gesprekstechnieken staan centraal om ouders duidelijk maken waarom een advies belangrijk is voor het kind. Hierbij wordt medische informatie gegeven en uitleg over de ontwikkelingsfasen van het kind en de risico's voor de toekomst. Tegelijk kan het nodig zijn 'in te grijpen', 'door te pakken' en 'naar zorg te verwijzen'. Zo wordt duidelijk hoe governance via de medische sector vorm krijgt en hoe professionals ouders gelegitimeerd adviseren vanuit het belang van het kind. Zoals zal blijken is dit ook het kader waarin professionals invloed uitoefenen op genderspecifieke ouderrollen.

In de dagelijkse praktijk van gezinsprofessionals verschillen ouderrollen nog steeds. De meeste vaders van de kinderen die op hun bureau komen werken voltijds en de meeste moeders deeltijds. De professionals geven aan dat zij regelmatig ouders samen of vaders alleen op consult krijgen. Dit is heel anders dan een paar jaar terug, toen een vader nog echt een bezienswaardigheid was. Eén van de professionals geeft aan dat op dit Centrum mogelijk in een vijfde van de gevallen de vader (mee) komt. Later denkt ze dat dit misschien te positief is. Bij de 34 geobserveerde consulten, verdeeld over vier dagen, kwamen 23 moeders alleen, drie moeders met een vrouwelijk familielid of vriendin, vijf koppels bestaand uit een vader en moeder en drie vaders alleen. Bij de twee huisbezoeken

waren alleen de moeders aanwezig. Hoewel kwantitatieve gegevens over het percentage vaders en moeders dat in Nederland het consultatiebureau bezoekt tot zover ons bekend niet beschikbaar zijn, komt naar voren dat deze professionals in de praktijk nog steeds voornamelijk met moeders te maken lijken te hebben, al spelen vaders in hun beleving een steeds grotere rol.

Werken in deeltijd wordt door gezinsprofessionals als wenselijke en minst risicovolle situatie gezien. Als goede praktijk wordt gesproken over ouders die een 'evenwicht vinden' tussen het zorgen voor zichzelf en voor het kind, tussen carrière en ouderschap. Over ouders die parttime werken en vaders die betrokken zijn bij de zorg, wordt positief gesproken. Wanneer een verpleegkundige wordt gevraagd bij welke kinderen en ouders in de regio weinig risico's zijn, antwoordt zij:

"Ja, gewoon eh, parttime werkende ouders en eh, een gewoon draaiend eengezinswoning-gezinnetje." (Jeugdverpleegkundige A)

Daarmee samenhangend wordt door de professionals het risico van twee fulltime werkende ouders genoemd, waarbij het kind vijf dagen naar de opvang gaat. Er is dan wel materiële zorg, maar mogelijk geen of onvoldoende fysieke of emotionele zorg, meer kans op onrust, minder regelmaat, meerdere adressen per dag en meer kans op spanning en kindermishandeling wanneer verwacht wordt dat het kind 's avonds 'gezellig' moet zijn als iedereen moe thuis is.

"Ik zeg altijd: je kunt moeders vooral in drie categorieën eh, heb ik wel eens gelezen, vond ik wel mooi, moeders kun je onderverdelen in drie categorieën. De fanatieke moeder, die is helemaal bezeten van het kind en eh, alles draait om het kind en alles wat het kind wil dat gebeurt. Ja, die heeft zich helemaal verloren in dat kind. ... Dit is echt dat het kind, dat de moeder zich gedraagt als een slaafje van het kind. ... Dan heb je de eh, moeder, carrièregerichte moeder, die heeft een kind gekregen om, om, om eh, eigenlijk maar een kind te hebben. Carrière is hoofdzaak en kind is bijzaak en eh, nou ja, dat groeit wel op. Kinderdagverblijf of, weet je wel. En je hebt de middelmaatjes. Dus eh, een beetje een evenwicht tussen carrière en het moederschap en ik denk dat dat gezond is. Maar ja, dat is leuk. Dat heb ik gelezen, maar eh, soms dan zie je dat wel terug in mensen.

... Want dat is belangrijk, je moet goed voor jezelf zorgen, zodat je ook een goede ouder kunt zijn. Dat zeg ik altijd. Als jij je helemaal verliest in dat kind, nou dan weet ik al, als zo'n ouder zo begint weet ik al dat ze ergens gaan stagneren straks als dat kind opgroeit.

... En dat is ook een risico, want als die moeder er doorheen is, dan heeft het kind ook niets meer aan die moeder. Of vader. En die andere is ook een risico, omdat het kind niet, eigenlijk niet de aandacht op een juiste manier krijgt. Ja, het heeft te eten, drinken en eh, ja alle materiële zaken wel, maar waar is het kind? Waar is je gevoel, denk ik dan."

(Jeugdverpleegkundige B)

In de ideale situatie bestaat er dus een evenwicht tussen carrière en moederschap. Hoewel vader ter aanvulling wordt genoemd gaat de uiteenzetting over

moeder. Het ideaal van gedeeld ouderschap komt zodoende bij de professionals naar voren, maar dat heeft niet de betekenis van gelijk verdeeld ouderschap. Dat blijkt ook uit onderstaand voorbeeld van een kind met gedragsproblemen. Als het mis gaat met het kind, dan is het de moeder die als eerste verantwoordelijk is voor de zorg.

“Een voorbeeld van een kindje van twee jaar, ben ik een keertje op huisbezoek geweest, nou dat was echt, dat kindje was niet te handelen. Die was zo driftig en dwars en.. En moeder ging kiezen voor vier dagen werken. Nou, het kind moest dus naar de voorschoolse opvang, naschoolse opvang. En eh, toen zei ik ook: ‘ik vind het wel heel veel.’ ‘Nou’, zegt ze, ‘ik heb het nodig, want pff.’ Ok, dus het was eigenlijk een beetje weglopen voor het kind. Ik zeg: ‘Ik ben benieuwd hoe het op het kinderdagverblijf gaat, want als dat niet gaat, dan wordt de keuze waarschijnlijk.’ Ik kan er verder niet in sturen, hè, ik kan het alleen maar bespreken. Maar het kinderdagverblijf kwam ermee: ‘ik neem dit kindje echt niet voor vier dagen. Dat kan niet, voor haar. Eh, drie dagen is het maximum. En tijdig ophalen, niet tot het laatst.”
(Jeugdverpleegkundige B)

Hiermee wordt duidelijk dat het belang voor het kind het eerste uitgangspunt is en dat de eerste verantwoordelijkheid voor de opvang van het kind bij de moeder wordt gelegd door zowel de jeugdverpleegkundige als het kinderdagverblijf. In dat licht is ook de term ‘weglopen voor’ interessant. Het nemen van verantwoordelijkheid lijkt daarmee samen te vallen met het in deeltijd werken van moeder. Belangrijk is daarbij dat uit de interviews een duidelijk omslagpunt naar voren komt, waarin vier of vijf dagen opvang voor een kind als (te) veel wordt gezien. Ook ‘lange dagen’ kunnen reden zijn voor zorg. Zodoende komt een gezonde balans idealiter overeen met maximaal drie dagen en/of kortere dagen opvang.

Een deel van de kinderen met fulltime werkende ouders gedijt volgens professionals goed. Dan is het niet aan hen om op deze keuze van ouders in te gaan. Wel wordt de indruk benoemd dat ze impliciet alsnog iets van hun mening zouden kunnen overbrengen. Dit wordt dan niet als wenselijk gezien. Eén van de professionals zei na een consult:

“Ik vind wel dat ze lange dagen maakt, hoor, zo met twee kleine kinderen. Ik had eigenlijk niet moeten zeggen: ‘oh dat is eigenlijk best veel’. Sommigen krijgen daar een schuldgevoel van, dat moet je niet doen, dat is niet professioneel.”(Jeugdverpleegkundige A)

Daar komt bij dat professionals uitspreken dat ouders in veel gevallen beiden moeten werken, vanwege de hypotheek en/of onvoldoende financiële middelen, zodat er dus geen keuze is. De mening van de professional is dan niet belangrijk. Dat betekent overigens niet dat deze niet van invloed is.

“Ik vind het onbegrijpelijk als ouders weinig tijd voor hun kinderen hebben, vijf dagen dagopvang. Ik kan er een mening over hebben, maar dat doet er niet zoveel toe. Er zijn heel veel

gezinnen waarbij ouders moeten werken. Maar ik denk dat het er her en der wel doorheen sijpelt... Ik denk dat ze dat wel voelen.” (Jeugdverpleegkundige C)

Sommige ouders brengen het gebrek aan keuze volgens de professionals zelf aan de orde in gesprekken en benoemen dat zij minder tijd met hun kinderen doorbrengen dan zij zouden willen. Doordat in deze context voor de ouder de zij-vorm wordt gebruikt, lijkt het ook hier voornamelijk om moeders te gaan. Een deel van de professionals geeft aan dat er een taboe rust op vrouwen die ervoor kiezen om thuis te blijven: deze vrouwen zouden ‘niks’ doen. Dit zou volgens hen geherwaardeerd moeten worden. Nu is er, naast de financiële druk, een sociale druk om te werken. Hiermee wordt blijk gegeven van het ideaal van de keuze in werk- en zorgtaken. Tegelijk komt dit in de praktijk steeds minder vaak aan de orde, vanwege de grotere druk om te werken. Het volledig thuisblijven van moeders wordt daarmee echter niet als ideaal geschetst. Dit heeft immers het risico in zich van een moeder die vast loopt en er niet meer voor het kind kan zijn en van een vader die niet betrokken is bij de zorg. Er wordt door de professionals niet gesproken over een door ouders ervaren druk om thuis te blijven of over ouders die aangeven meer te willen werken. In het kader van keuzevrijheid komt dit blijkbaar niet aan de orde in het contact tussen ouders en gezinsprofessionals.

Bij de huisbezoeken vlak na de geboorte hanteren de jeugdverpleegkundigen een vragenformulier waarin gevraagd wordt naar het aantal uren werk van vader en moeder en de vorm van kinderopvang. Deze informatie wordt ingevoerd in het digitale dossier dat wordt geraadpleegd tijdens de consulten. Aan de moeders vroeg de jeugdverpleegkundige tijdens de geobserveerde huisbezoeken ‘je werkt parttime?’, gevolgd door ‘en vader fulltime?’. In deze manier van vragen zit zodoende de assumptie van het anderhalf verdienersmodel. Werken in deeltijd neemt zo een ideologische en feitelijke tussenpositie in tussen de twee extremen van een niet werkende en een volledig werkende moeder, waarin het ideaal van keuze optimaal lijkt. Dit lijkt dan een keuze voor zowel vaders als moeders te betekenen, maar tegelijk is duidelijk geworden dat de eerste verantwoordelijkheid bij moeders blijft liggen.

Als er bij het kind of de ouders signalen worden geconstateerd van onrust of problemen wordt volgens de professionals de werksituatie ter sprake gebracht om te bespreken wat de mogelijkheden zijn om die te veranderen. Vaders worden op verlofmogelijkheden gewezen of brengen dit zelf aan de orde. Zij klagen specifiek over het korte verlof van twee dagen. De professionals spreken uit dat zij ervoor zouden zijn dat vaders meer vaderschapsverlof kunnen opnemen en constateren dat er op veel werkplekken nog weinig ruimte is voor parttime werken als vader. Uit de interviews komt naar voren dat professionals ouders soms adviseren om minder uren te gaan werken. Dit kan zijn omdat de situatie van het kind daarom vraagt, maar ook omdat het combineren van werk en zorg ouders zwaar valt. Desgevraagd geven de professionals aan dat zij dit alleen bij moeders doen en niet bij vaders.

Interviewer: "Adviseer jij daar trouwens nog in, over hoeveel uren werken?"

Jeugdarts B: "Nee. Alleen als ik merk dat eh, bijvoorbeeld bij een moeder die vier dagen werkt en die het best wel moeilijk, eh zwaar heeft, dan, dan bespreek ik het wel. Van 'heb je wel eens gedacht aan misschien wat minder werken door bijvoorbeeld ouderschapsverlof is een mogelijkheid, eh, nou ja of gewoon minder uren maken'. Of, ja. De stap is altijd aan ouders zelf of het financieel mogelijk is, maar eh, als ik dan merk dat ouders in de knoop komen, of moeder, dan bespreek ik dat zeker wel. Die optie, of dat niet een mogelijkheid is.

Interviewer: "En adviseer je vaders dan ook wel eens om minder te gaan werken?"

Jeugdarts B: "Eigenlijk nooit. Eigenlijk nooit. Nee. (Lacht.) Nee."

Dit komt volgens de professionals doordat moeders vaker last hebben van het vinden van een balans tussen het gezin en werk en doordat zij er vanuit gaan dat vaders financieel of qua werksfeer niet kunnen minderen met werken. Alle professionals benoemen een bescheiden opstelling ten opzichte van het werk van ouders. Tegelijk past het doorspreken van de werksituatie voor sommige professionals in bepaalde gevallen toch, terwijl anderen het laten bij 'mee mopperen' over het beperkte verlof van vader.

Samenvattend ondersteunt ons empirische materiaal de conclusie dat gezinsprofessionals bewust en onbewust bepaalde genderspecifieke zorgidealen stimuleren in hun dagelijkse interactie met (nieuwe) ouders. Daarin zien zij werk- en zorgtaken voor zowel vaders als moeders en zodoende geven zij blijk van duidelijk egalitaire waarden voor wat betreft gender en wordt er gehecht aan een keuze voor beide ouders. Tegelijk laten professionals aan ouders merken dat een thuissituatie met parttime werkende ouders het meest in het belang is van het kind en dat dit de minste risico's oplevert. Gedeeld ouderschap betekent niet dat beide ouders een vergelijkbare rol zouden moeten vervullen. Professionals bespreken in de praktijk alleen met moeders het idee om minder te gaan werken. Door bewustzijn van financiële beperkingen of beperkingen in de werksfeer van vaders om parttime te kunnen werken of verlof op te nemen en doordat de gezonde ontwikkeling en het welbevinden van het kind het normatieve uitgangspunt is, blijft de primaire verantwoordelijkheid voor de zorg en opvang van het kind bij moeders liggen. In het belang van het kind moeten zij een juiste balans vinden tussen werk en gezin. Daarbij wordt 'een warm en veilig nest' als het meest belangrijke voor een kind gezien. Omdat moeders nog steeds vaker naar de gezinsprofessionals gaan dan vaders, worden moeders meer op deze verantwoordelijkheid aangesproken dan vaders en in een context van familialisering zijn zij hier meer vatbaar voor.

5. Discussie en conclusie

Europese landen richten zich in hun gezinsbeleid in toenemende mate op het combineren van werk en zorg. De recente verschuiving naar gedeeld kostwinnerschap onder jonge ouders betekent een breuk met het culturele ideaal van

thuisblijfmoeders en familialisme, dat dominant was in Europees gezinsbeleid in de 20e eeuw. De gedeelde kostwinnersnorm conflicteert ook – per land in verschillende mate – met de bestaande zorgvoorzieningtekorten voor kinderen onder de drie jaar. In deze situatie moeten nieuwe ouders keuzes maken in het verdelen van werk- en zorgtaken.

Dit artikel laat zien dat gezinsbeleid vanuit een keuzemodel met een genderneutrale retoriek van gedeeld ouderschap niet per definitie leidt tot minder genderspecifieke ouderrollen van vaders en moeders. Ondanks dat zowel vaders als moeders formele toegang hebben tot parttime werk, verlof en kinderopvang blijven traditionele rolpatronen bestaan. In Nederland speelt enerzijds discrepantie binnen het overheidsbeleid een rol. Vrouwen worden gestimuleerd te participeren op de arbeidsmarkt, maar dit gebeurt nog steeds in een context van familialisering. Het tekort aan zorgaanbod in de eerste levensjaren van het kind legt de zorg impliciet bij moeders neer. Anderzijds kan het gedrag van ouders begrepen worden in relatie tot de instituties waarmee zij te maken hebben. Wij concluderen dat de preventieve medische jeugdzorg relevant is voor de zorgverdeling van ouders. Deze zorg kan niet goed ondergebracht worden in de naoorlogse organisatievormen van zorg in Nederland. Enerzijds stelt (of verplicht) de verzekeringsstaat vrouwen om financieel te zorgen voor hun kinderen. Anderzijds suggereren gezinsprofessionals dat de moeder een belangrijke zorggever voor kleine kinderen is en dat voltijds werk van moeders een potentiële risicofactor voor de ontwikkeling van het kind is. Medische expertkennis met betrekking tot kinderen kent in toenemende mate een focus op het belang van de veilige ontwikkeling van het kind, waaraan het recht van de zorggever om te zorgen of daarvan ontlast te worden ondergeschikt is. Gezinsexperts spreken overheidsbeleid gebaseerd op de rechten van het kind na, waardoor de overheid het gedrag van ouders vanaf een afstand kan moduleren. Het is zodoende de vraag of met 'gedeeld ouderschap' in overheidsbeleid genderneutraal en vergelijkbaar ouderschap wordt bedoeld en welke prioriteit eraan gegeven wordt.

Tegelijkertijd kent de medische sector een eigen set aan regels gericht op het voorkomen en adresseren van risico's, waarin professionals opereren. Binnen de professionele ruimte kunnen zij bij onderwerpen waarvoor duidelijke richtlijnen ontbreken, zoals het verdelen van werk- en zorgtaken tussen ouders, gebruik maken van stereotype beelden van genderspecifiek ouderschap en/of terugvallen op medische expertise gericht op het belang van het kind. Wij hebben laten zien dat beide strategieën bij jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in de jeugdgezondheidszorg gevonden kunnen worden. Ondanks gelijkheidswaarden en waardering voor de betrokkenheid van vaders heeft het ideaal van deeltijds werken, met een omslagpunt tot vier of vijf dagen kinderopvang, consequenties voor hoe vaders en moeders door professionals worden benaderd. Daarbij blijven moeders in de praktijk primair verantwoordelijk het belang van het kind te waarborgen en een balans te vinden tussen werk en gezin. Dit kan verklaren waarom er een gat is tussen gelijkheidsopvattingen enerzijds en genderspecifieke zorgpatronen in de praktijk anderzijds.

Het bewijs dat wij hebben gevonden is beperkt, in die zin dat onze studie zich alleen op Nederland richt en een eerste voorzichtige analyse betreft van een lopend onderzoek binnen de professionele sector. Desalniettemin kunnen we van deze benadering leren dat het bestuderen van genderspecifieke gedragspatronen van ouders in relatie tot instituties, zoals overheidsbeleid en de professionele sector, het begrip van aanhoudende traditionele rolpatronen en genderongelijkheid vergroot. De implicatie hiervan voor crossnationaal vergelijkend onderzoek is dat geanalyseerd kan worden hoe de koppeling of ont koppeling van overheidsbeleid en medische instituties genderpatronen verschillend beïnvloeden. Het concept van 'governance vanaf een afstand' (Rose & Miller 1992) kan zodoende worden toegepast op andere Europese landen, omdat niet zozeer dit mechanisme verschilt, maar wel het type regime en de normatieve kaders die gehanteerd worden. Bovendien, en daarmee gaan we verder dan eerder onderzoek in dit veld (Murphy 2007), hebben we laten zien dat governance door medische expertise veel verder gaat dan de domeinen borstvoeding en het grootbrengen van kinderen. Het raakt de genderspecifieke verdeling van betaald en onbetaald werk en beïnvloedt zodoende sociale structuren van genderongelijkheid.

NOTEN

1. De auteurs wensen Natascha Notten en Ria Reis te bedanken voor hun nuttige opmerkingen op de eerste versie van dit artikel. Dit onderzoek werd financieel ondersteund door de European Research Council bij middel van een ERC Starting Grant (APPARENT, Agreement no. 263651).
2. Uitgezonderd Christiaens (2008), hoewel zij zich richt op de organisatie van formele en informele zorg voor moeder en kind en enkel de formele structuren bekijkt.
3. Zie verder <http://apparent-project.com>.
4. Voor de focus op de periode vanaf zwangerschap, zie ook Centre for Parenting Culture Studies 2011.
5. Momenteel werkt 60 procent van de Nederlandse vrouwelijke beroepsbevolking parttime, terwijl het OECD-gemiddelde op 26 procent ligt (OECD Employment Outlook 2010).
6. Hier wordt verwezen naar werkzame ouders die verlof opnemen bij een kind in de leeftijd tot één jaar.

BIBLIOGRAFIE

- Ansell, N. (2005), *Children, Youth and Development*, London: Routledge.
- Bogner, A. & W. Menz (2009), The Theory-Generating Expert Interview: Epistemological Interest, Forms of Knowledge, Interaction, pp. 18-43 in A. Bogner, B. Littig, & W. Menz (eds.), *Interviewing Experts*. London: Palgrave Macmillan.

- Blossfeld, H.-P. & S. Drobnič (2001), *Careers of Couples in Contemporary Societies: From Male Breadwinner to Dual Earner Families*. Oxford: Oxford University Press.
- Blueband-Langner, M. & J. Korbin (2007), Challenges and Opportunities in the Anthropology of Childhoods: An Introduction to 'Children, Childhoods and Childhood Studies', *American Anthropologist*, 109(2), 241-246.
- Brubaker, S.J. & H.E. Dillaway (2009), Medicalization, Natural Childbirth and Birthing Experiences, *Sociology Compass*, 3(1), 31-48.
- Bryman, A. (2008), *Social Research Methods*. New York: Oxford University Press.
- Caris, G.J. (1997), *Laten praten: een onderzoek naar opvoedingsondersteuning op het consultatiebureau*. Utrecht: Uitgeverij SWP.
- CBS (2010), *Gebruik medische voorzieningen; vanaf 1981*. Nederland, CBS Statline (<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=7042mc&D1=390425&D2=a&HD=101229-1213&HDR=T&STB=G1>).
- CBS (2011), *Aantal werknemers die ouderschapsverlof hebben opgenomen*. Nederland, CBS Statline (<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=72022ned&LA=NL>).
- CBS (2012), *Meer vrouwen aan het werk: vooral in deeltijd*. Webmagazine (CBS, 2012) (<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/arbeid-sociale-zekerheid/publicaties/artikelen/archief/2012/2012-3580-wm.htm>).
- Centre for Parenting Culture Studies (2011), *Monitoring Parents: Science, Evidence, Experts and the New Parenting Culture*. Verenigd Koninkrijk, Kent University (<http://blogs.kent.ac.uk/parentingculturestudies/pccs-events/forthcoming-events/parenting-science/background-to-the-event>).
- Charles-Edwards, I. (1997), Personal Reflection on a Paediatric Nurse's Duty of Care, *Journal of Cancer Nursing*, 1(4), 197-199.
- ChildONEurope Secretariat (2007), *Survey on the Role of Parents and the Support from the Governments in the EU*, Italian Childhood and Adolescence Documentation and Analysis Centre, Firenze, Italië. (http://www.childoneurope.org/issues/support_family/reportSurveyRoleParents.pdf).
- Christensen, P. (2000), Childhood and the Cultural Constitution of Vulnerable Bodies, pp. 38-59 in A. Prout (ed.), *The Body, Childhood and Society*. New York: MacMillan.
- Christiaens, W. (2008), De rol van welvaartsstaten en professies in de Vlaams-Nederlandse verschillen in de organisatie van de zorg voor moeder en kind, *Tijdschrift voor Sociologie*, 29(2-3), 184-210.
- Clavero, Sara (2001), *Parenting Support. An International Overview*. School of Sociology and Social Policy, The Queen's University of Belfast, Verenigd Koninkrijk.
- Cooke, B. (1991), Thinking and Knowledge Underlying Expertise in Parenting: Comparisons between Expert and Novice Mothers, *Family Relations*, 40(1), 3-13.
- Cooke, L.P. (2004), The Gendered Division of Labor and Family Outcomes in Germany, *Journal of Marriage and Family*, 66(5): 1246-1259.
- Daly, M. (2011), What Adult Worker Model? A Critical Look at Recent Social Policy Reform in Europe from a Gender and Family Perspective, *Social Politics* 18(1), 1-23.
- Foucault, M. (2000), Governmentality, pp. 201-222 in J.D. Faubion (ed.), *Power, Vol. 3 of The Essential Works of Foucault: 1954-1984*. New York: New Press.

- Fuwa, M. (2004), Macro-Level Gender Inequality and the Division of Household Labor in 22 Countries, *American Sociological Review*, 69(6), 751-767.
- Gezinsrapport (2011), *Een portret van het gezinsleven in Nederland*. Den Haag. Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Hermanns, J. (2009), *Het Opvoeden Verleerd*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Hobson, B. & S. Fahlén (2009), Competing Scenarios for European Fathers: Applying Sen's Capabilities and Agency Framework to Work-Family Balance, *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 624(1), 214-233.
- Hoffman, D.M. (2010), Risky Investments: Parenting and the Production of the Resilient Child, *Health, Risk & Society*, 12(4), 385-394.
- Juffer, F. (1993), Kinderen, ouders en primaire gehechtheid, *Gezin*, 5(4), 226-240.
- Kateman, H. & K. Herschderfer (2005), *Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project. Current Practice in Europe and Australia*, Den Haag: International Confederation of Midwives.
- Katz Rothman, B. & W. Simonds (2005), The Birthplace, pp. 87-104 in S. Hardy and C. Wiedmer (eds.), *Motherhood and Space: Configurations of the Maternal through Politics, Home, and the Body*. New York: Palgrave MacMillan.
- Keulen, M. van (2011), *Jeugdgezondheidszorg: 'een gigantisch effect voor een prikkie'*, Factsheet Jeugdgezondheidszorg (<http://aj.n.artsennet.nl/Artikel/Jeugdgezondheidszorg-een-gigantisch-effect-voor-een-prikkie-factsheet-versie-april-2011.htm>).
- Knaak, S.J. (2010), Contextualising Risk, Constructing Choice: Breastfeeding and Good Mothering in Risk Society, *Health, Risk & Society*, 12(4), 345-355.
- Knijjn, T. & M. Kremer (1997), Gender and the Caring Dimension of Welfare States: Toward Inclusive Citizenship, *Social Politics* 4(3), 328-361.
- Knijjn, T. & A. Smit (2009), Investing, Facilitating or Individualizing the Reconciliation of Work and Family Life: Three Paradigms and Ambivalent Policies, *Social Politics* 16 (4), 484-518.
- Kremer, M. (2007), *How Welfare States Care. Culture. Gender and Parenting in Europe*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Lee, E., Macvarish, J. & J. Bristow (2010), Risk, Health and Parenting Culture, *Health, Risk & Society*, 12(4), 293-200.
- Leitner, S. (2003), Varieties of familialism: The Caring Function of the Family in Comparative Perspective, *European Societies* 5(4), 353-375.
- Lewis, J. (2009), *Work-Family Balance, Gender and Policy*. Cheltenham UK: Edward Elgar.
- Lewis, J., Knijjn, T., Martin, C. & I. Ostner (2008), Patterns of Development in Work/Family Reconciliation Policies for Parents in France, Germany, the Netherlands, and the UK in the 2000s, *Social Politics*, 15(3), 261-286.
- Lieburg, M.J. van. (2001), *Een eeuw consultatiebureau in Nederland 1901-2001: facetten van de medisch-preventieve zorg aan zuigelingen en peuters in verleden en heden*. Rotterdam: Erasmus Publishing.
- Lück, D. (2006), Cross-national Comparison of Gender Role Attitudes and their Impact on Women's Life Courses, pp. 405-432 in H.-P. Blossfeld & H. Hofmeister (eds.), *Globalization, Uncertainty and Women's Careers. An International Comparison*. Cheltenham UK: Edward Elgar.

- Mama-café (2012), Nederland (www.mama-café.nl).
- Merens, A., van den Brakel, M., Hartgers, M. & Hermans, B. (2011) *Emancipatiemonitor 2010*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau - Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Mills, M., Mencarini L., Tanturri M.L. & K. Begall (2008), Gender Equity and Fertility Intentions in Italy and the Netherlands, *Demographic Research* 18(1), 1-26.
- Murphy, E. (2003), Expertise and Forms of Knowledge in the Government of Families, *The Sociological Review*, 51(4), 433-462.
- Murphy, E. (2007), Images of Childhood in Mothers' Accounts of Contemporary Childrearing, *Childhood*, 14(1), 105-127.
- Nederlands Jeugd Instituut (2012), *Ouder- en kindcentra in Amsterdam*. Nederland, NJI (<http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/06/837.html>).
- OECD (2002), *Employment outlook*. Paris, OECD (http://www.oecd.org/document/9/0,3746,en_2649_33927_31724553_1_1_1_1,00.html).
- OECD (2011), OECD Family Database. Paris, OECD (www.oecd.org/social/family/database).
- Oorschot, W. van, Opielka M & B. Pfau-Effinger (2007), The Culture of the Welfare State: Historical and Theoretical Arguments, pp. 1-26 in W. van Oorschot, M. Opielka & B. Pfau-Effinger (eds.), *Culture and Welfare State. The Value of Social Policy*, Cheltenham/UK: 1-28. Northampton/MA, USA: Edward Elgar.
- Orloff, A.S. (1993), Gender and the Social Rights of Citizenship: The Comparative Analysis of Gender relations and Welfare State, *American Sociological Review*, 58(3), 303-328.
- Oudhof, M., Prinsen, B., Ek, J., Ruiters, de, M., van 't Klooster, E., Blom, S., Huizing, J. Westmaas, A. & I. Ligtermoet (2010), *Pedagogische visie van de Jeugdgezondheidszorg*. Utrecht: Kenniskring Jeugdgezondheidszorg.
- Parton, N. (1998), Risk, Advanced Liberalism and Child Welfare: The Need to Rediscover Uncertainty and Ambiguity, *British Journal of Social Work*, 28(1), 5-27.
- Pas, A. Van der (2006), *Handboek Methodische Ouderbegeleiding 1, Ouderbegeleiding als Methodiek*. Amsterdam: SWP Amsterdam.
- Pfau-Effinger, B. (2005), Culture and Welfare State Policies: Reflections on a Complex Interrelation, *Journal of Social Politics*, 34(1), 3-20.
- Rijksoverheid (2011), *Financiële steun voor het gezin*, Nederland, Rijksoverheid (<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gezin-werk-en-opvoeden/financiele-steun-voor-het-gezin>).
- Rose, N. & P. Miller (1992), Political Power beyond the State: Problematics of Government, *The British Journal of Sociology*, 43(2), 173-205.
- Rouvoet, A. (2007), *Alle kansen voor alle kinderen*. Den Haag: Programmaministerie voor Jeugd en Gezin.
- Rouvoet, A. (2008), *VWS: Tijdelijke regeling CJG*. Staatscourant 15 januari 2008, nr. 10 /p.14 Samenwerken voor de jeugd (2011), Financiering CJG na 2011 (<http://www.samenwerkenvoordejeugd.nl/nl/Actueel/Nieuwsberichten/2011/Financiering-CJG-na-2011.html>).
- Saraceno, C. & W. Keck (2011), Towards an Integrated Approach for the Analysis of Gender Equity in Policies Supporting Paid Work and Care Responsibilities, *Demographic Research*, 25(11), 371-406.

- Sayer, L.C. & J.C. Gornick (2011), Cross-national Variation in the Influence of Employment Hours on Child Care Time, *European Sociological Review*, Advance Access published February 23, 2011. DOI:10.1093/esr/jcr008.
- Siermann, C. (2009), *Nederland is Europees kampioen deeltijdwerken*. Centraal Bureau voor de Statistiek: Webmagazine (<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/dossiers/eu/publicaties/archief/2009/2009-2821-wm.htm>).
- Singer, Elly (1996), Dutch Parents, Experts and Policy Makers: Conflicting Views of Day Care, *Childhood Education* 73(6), 341-344.
- Speetjens, P., Linden van der, D. & D. Goossens (2009), *Kennis over opvoeden*. Utrecht: Trimbosinstituut.
- Stouten, J, Gent, M. Van & M. Gemmeke (2008), *Gezinsbeleid in een international kader: een vergelijking van tien landen, eindrapport*. Amsterdam: Regioplan Beleidsonderzoek.
- Teijlingen, E. van (2005), A Critical Analysis of the Medical Model as Used in the Study of Pregnancy and Childbirth, *Sociological Research Online*, 10(2) (<http://www.socresonline.org.uk/10-2/teijlingen.html>).
- Thomas, C. (2011), *De bedrijfstak opvoedondersteuning: Doe ik het wel goed?*, De Groene Amsterdammer (15.12.2011), 26-29.
- UNICEF (2008), *The Child Care Transition. A League Table of Early Childhood Education and Care in Economically Advanced Countries*. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre.
- Vuori, J. (2009), Men's Choices and Masculine Duties: Fathers in Expert Discussions, *Men and Masculinities*, 12(1), 45-72.
- Weille, P.L. (2011), *Making Sense of Parenthood: Inaugural Speech*, Leiden University (<http://www.baldopinions.com/projects/show/baldopinions/parenthood>).
- Wieske, R.C.N., Nijhuis, M.G., Carmiggelt, B.C., Wagenaar-Fischer, M.M. & M.M. Biere-Boonekamp (2012), Preventive Youth Health Care in 11 European Countries: An Exploratory Analysis, *International Journal of Public Health*, 57(3), 637-41.
- Wubs, J. (2004), *Luisteren naar deskundigen*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

