



Inaugurele rede

Prof. dr. Marianne Nieuwenhuijze

Academie Verloskunde Maastricht

**Midwifery:
samenspel rond de geboorte**



Midwifery:

samenspel rond de geboorte

Colofon

Design & print: Canon The Creative Hub

Afbeelding omslag: By kind permission of the artist

Niets uit deze uitgave mag worden veeelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd bestand of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Midwifery: samenspel rond de geboorte

Inaugurale rede

uitgesproken door Prof. dr. Marianne Nieuwenhuijze bij het
aanvaarden van het ambt van bijzonder hoogleraar Midwifery /
Fysiologische Verloskunde op 14 oktober 2021

Maastricht, 14 oktober 2021
Prof. dr. Marianne Nieuwenhuijze

Deze zomer hoorde ik op mijn favoriete podcast dat Socrates wanneer hij een ruimte binnen kwam altijd eerst stil bleef en rondkeek. Door de tijd te nemen en te observeren, vormde hij zich een beeld van wat er gaande was. Ik kan mij voorstellen dat u nu denkt “gaat ze zichzelf vergelijken met Socrates?”. Zeker niet, maar zoals u misschien weet, was de moeder van Socrates vroedvrouw en haar werk was een belangrijke inspiratiebron voor hem. Ik ben ervan overtuigd dat hij ook dit van haar geleerd heeft. Kijken en observeren is immers nog steeds een belangrijk instrument van verloskundigen om situaties in de geboortezorg in te schatten.

Zeer geachte prorector en leden van het college van bestuur van Zuyd, beste collega's, lieve familie en vrienden,

Ik ben bijzonder blij dat ik vandaag mijn inaugurale rede mag uitspreken in een zaal die weer gevuld is met mensen die ik in levenden lijve kan zien. Alleen al dat maakt het de moeite waard om even rond te kijken.

Ik wil vandaag stil staan bij de ontwikkelingen die gaande zijn in de Nederlandse geboortezorg en speciaal in het domein Midwifery, de zorg gegeven door verloskundigen. Vervolgens zal ik iets zeggen over hoe we vanuit deze leerstoel met onderzoek en onderwijs willen bijdragen aan de verdere ontwikkeling van dit domein.

Als verloskundige sta je bij de vrouw. Dat is de letterlijke betekenis van het woord midwife: 'with woman'.¹ De Nederlandse taal kent geen woord dat specifiek het domein van de verloskundige binnen de geboortezorg onderscheidt. Vandaar dat ik op het Engels midwifery terugval om in deze rede het domein van de verloskundigen binnen het grotere geheel van de verloskunde aan te duiden.

Maar eerst iets over mijn achtergrond. Ik ben de kleindochter van een baker. In de eerste decennia van de vorige eeuw hielp mijn oma bij de bevallingen in haar dorp op Groningse Hogeland. Zij stond vrouwen bij tijdens de weeën, assisteerde de huisarts als die aanwezig was en zorgde daarna voor moeder en kind. Dat was in een tijd dat, zeker op het platteland en in arme gezinnen, behalve de huisarts of vroedvrouw geen geschoold personeel beschikbaar was voor de bevalling of kraamperiode en vrouwen in het dorp elkaar ondersteunden

Mijn moeder vertrok als jonge vrouw naar het midden van het land, waar zij werd opgeleid tot verpleegkundige en kraamverzorgende. Ik heb nog het schrift waarin ze haar eerste 17 thuisbevallingen beschrijft. Ieder verhaal omvat naast het verloskundig verloop van de bevalling en het kraambed, ook kleine observaties over de omstandigheden en interacties van ieder gezin.

U ziet, de verloskunde zit in mijn DNA.

Zelf heb ik vele jaren als verloskundige in Roermond gewerkt. Aanvankelijk klinisch, later in de eerstelijns praktijk. Een praktijk met een diverse populatie, van hoog opgeleid tot vluchteling. Ook een provinciestad weerspiegelt de wereld, zeker voor verloskundigen die achter veel voordeuren komen. Roermond kent volkswijken waar sociale problematiek van generatie op generatie wordt doorgegeven. Ooit was de Antillenstraat het onderwerp van een bijlage van de Vrij Nederland over intergenerationele overdracht.² En lange tijd was er, waar nu kooplustig Nederland en Duitsland naar het Outlet gaat, een opvang voor duizenden vluchtelingen uit Bosnië. Onze praktijk deed daar de verloskundige zorg. Daar in de slaapzalen van de voormalige kazerne en in caravans op het terrein, woonden Bosnische vrouwen met hun kinderen, vaak zonder partner, gevlucht voor een oorlog die nog geen 1500 kilometer bij ons vandaan plaats vond. Vrouwen met verhalen over angst, onzekerheid en de gruwelijkheden die een oorlog meebrengen.

Het is deze achtergrond die mijn kijk op de geboortezorg heeft gevormd. Als verloskundige zie je de grote diversiteit van aanstaande ouders en de omstandigheden waarin zij leven. Ben je getuige dat verloskunde zoveel meer is dan een medische wetenschap, of zoals Raymond de Vries Prof. Dr. Kloosterman citeert in zijn boek *A Pleasing Birth*: "Obstetrics is wider and broader than pure medicine. It has to do with the whole of life, the way you look at life ...".³

Een brede blik op de geboortezorg

De geboorte van een kind is meer dan een fysiek proces. Ook leefomstandigheden, het psychisch welzijn van de aanstaande ouders en de beleving van de geboorte beïnvloeden het verloop van zwangerschap en geboorte, en hebben een grote impact op de directe en lange termijn gezondheid van kinderen en ouders.

Onderzoekscijfers laten zien dat de gezondheidsverschillen tussen groepen in onze samenleving groot zijn. Ook in de geboortezorg. De perinatale sterfte bij zwangeren met een niet-westerse migratieachtergrond ligt bijna 50% hoger dan het landelijk gemiddelde bij zwangeren met een Nederlandse achtergrond.⁴ Maar ook zwangeren met een Nederlandse achtergrond wonend in achterstandswijken hebben een grotere kans op perinatale sterfte dan zwangeren wonend in andere wijken.⁵ Het lijkt zelfs een factor te zijn die zwaarder weegt dan een niet-westerse migratieachtergrond.

Daarnaast laten cijfers ook zien dat het psychisch welzijn van zwangeren aandacht vraagt. De prevalentie van psychische problemen in de zwangerschap of in de eerste maanden na de bevalling is 10-15%. Eén op de acht nieuwe moeders bevindt zich niet op een roze wolk na de bevalling. Ongeveer 1-2% van de vrouwen heeft een traumatische ervaring tijdens de bevalling die zich uit in een posttraumatische stress stoornis.

Om alle ouders en kinderen een gezonde start te geven en goede perinatale uitkomsten te behouden, is er meer aandacht nodig voor de omstandigheden waarin aanstaande ouders kinderen krijgen. In de komende jaren staan we als professionals en als maatschappij voor de uitdaging om een geboortezorg vorm te geven waar de psychosociale en medische kanten van het ouders worden integraal worden aangepakt. Dat vraagt een brede blik op geboorte als een gebeuren, waar de hele mens bij betrokken is. Een geboortezorg die we vormgeven vanuit **een samenspel tussen ouders en zorgverleners, tussen verloskundige professionals onderling en met professionals buiten het gezondheidsdomein**. En waarbij onderzoek helpt om bruikbare, effectieve aanpakken te ontwikkelen, die duurzaam geïmplementeerd kunnen worden.

Bij het invullen van die brede blik op de geboortezorg zijn er een aantal zaken die aandacht nodig hebben. Ik wil die hier bespreken en daarmee ben ik zeker niet uitputtend.

Moeder en kind samen centraal

Het vraagt dat we *moeder en kind samen centraal* stellen in de zorg. Al in 2009 is dit expliciet als opdracht geformuleerd in het rapport Een goed begin.⁶ Langzaam krijgt dit concrete invulling, onder andere via de implementatie van Samen Beslissen vanuit de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg.⁷ Daarbij wordt gebruik gemaakt van onderwijsmateriaal dat door onze onderzoeksgroep is gemaakt, samen met zwangeren en de brede doelgroep van verloskundige professional.

Implementatie van Samen Beslissen is niet eenvoudig. Inbedding in de interprofessionele context van de geboortezorg moet nog goed vorm krijgen. Zwangeren en hun partners moeten ervaren dat wensen en keuzes die zij aangeven, bijvoorbeeld in een geboorteplan, meegenomen worden door de hele keten van de geboortezorg. Zo ver is het nog niet. Samen met collega's van de Radboud Universiteit kijken we hoe we hier nieuwe stappen kunnen zetten.

Eén van de belangrijkste conclusies van mijn promovenda Michele Megregian in haar proefschrift over Ethiek onderwijs voor verloskundigen was dat inbedding van Samen Beslissen niet kan zonder ethische reflectie op de interactie tussen de zwangere en haar zorgverlener.⁸ Het gaat daarbij om het bewustzijn van machtsverschillen tussen zwangere en zorgverlener, en het besef dat neutrale informatie een streven is, maar lastig om in de werkelijkheid te realiseren. Om het besef dat zwangeren ruimte nodig hebben voor hun eigen beslissing, maar hen niet in de steek te laten met dat besluit of de gevolgen daarvan. Veel vrouwen willen autonomie bij hun beslissingen, maar die autonomie staat niet los van de relaties die in hun leven een rol spelen. Ook de relatie met de zorgverlener. De behoefte aan steun bij beslissingen is zo divers als er zwangeren zijn en dan willen we hun partners ook niet vergeten.

De belangrijkste relatie daarin is die tussen moeder en kind. Laten we hen als eenheid zien, waarbij gezocht wordt naar de beste keuze voor hen samen. Ik hoor vaker in afwegingen rondom keuzes of aanbevelingen, de dichotomie van het belang van de moeder en het belang van het kind. In goede geboortezorg zou dit niet het vertrekpunt moeten zijn. Er zijn

uitzonderlijke situaties – zowel medisch als sociaal - die vragen om onze alertheid en durf om te handelen in het belang van één van beiden, maar laten we er voor waken dat ons dagelijks handelen wordt bepaald door de uitzondering.

Diverse onderzoeken laten zien dat een traumatische beleving van de bevalling vaak terug te voeren is op het niet betrokken zijn bij keuzes en het niet gehoord voelen.^{9,10} Actieve betrokkenheid van aanstaande ouders in de geboortezorg is logisch in hun voorbereiding op de rol als ouder, als verantwoordelijke voor de gezondheid van een nieuwe generatie. Dat geldt voor de grote meerderheid van vrouwen, Samen Beslissen kan zich niet beperken tot iets voor hoger opgeleiden die zogenaamd op basis van ratio goed geïnformeerde beslissingen nemen. Het doel van Samen Beslissen is dat de zwangere met de eventuele partner een besluit neemt dat past bij hen en hun kind en waarmee zij kan leven, ook als de uitkomst anders uitpakt.

Ik wil nu de zwangere zelf aan het woord laten, zij kan zoveel overtuigender verwoorden wat voor haar van belang is bij beslissingen die genomen worden.

Samen Beslissen vraagt veel van zorgverleners in de interactie met zwangeren en hun partners. Niet zwart-wit omgaan met richtlijnen, en toch helder zijn over wat op basis van beschikbare evidence de meest toepasselijke optie is; durven aangeven wat je wel en niet kan als professional en kijken hoe dat anders georganiseerd kan worden; iedere beslissing bespreken als een keuze, en ook als er geen heldere evidence is de zwangere ondersteunen om te komen tot de keuze die het beste bij haar past.

Verschillen in gezondheidsuitkomsten

Een andere opgave die vraagt om een brede blik op de geboortezorg is het dichten van de *verschillen in gezondheidsuitkomsten* die bestaan binnen de Nederlandse samenleving. Zwangeren die leven in kwetsbare omstandigheden hebben meer kans op ongunstige zwangerschapsuitkomsten. Leefomstandigheden als huisvestingsproblemen, werkloosheid, huiselijk geweld of schulden zijn gerelateerd aan langdurige stress en een ongezondere leefstijl. Sociale achterstand is geassocieerd met uitkomsten als perinatale sterfte, foetale groeivertraging en vroeggeboorte. Ook in deze is dit

een groot punt van aandacht. Tegelijkertijd geven ook deze vrouwen aan dat zij niet als 'kwetsbare zwangeren' geduid willen worden. In een studie die we in de regio deden onder vrouwen die leven in kwetsbare omstandigheden, gaven de geïnterviewde vrouwen aan dat ze in de eerste plaats benaderd willen worden als een aanstaande ouder die het beste wil voor haar kind. Er is meer onderzoek nodig om tot een duidelijker profiel te komen van wat kwetsbaarheid is, waarin niet alleen risicofactoren maar ook beschermende factoren en de mogelijkheden van de aanstaande ouders een plaats krijgen.

Het is duidelijk dat iedereen hetzelfde zorgaanbod geven, niet voldoende is. Om gezondheidsverschillen in de geboortezorg echt aan te pakken is meer nodig. Dat vraagt om zorgverleners die dicht bij de vrouw en haar partner staan, die zichtbaar en benaderbaar zijn voor de zwangere en die inzetten op een goed **samenspel** met de ouders, en de diversiteit van zorgverleners, welzijnswerkers en andere professionals onderling.

Programma's als Healthy-Pregnancy-4-all en Kansrijke start hebben ervoor gezorgd dat gezondheidsverschillen rond de geboorte van een kind duidelijk op de agenda staan. Toch zal er meer moeten gebeuren voordat we dit kunnen tackelen. Als ik met internationale collega's spreek, is het duidelijk dat het Nederlandse geboortezorg systeem waardevolle elementen heeft, waarbij verloskundige zorg in principe voor iedereen beschikbaar is en waarbij zichtbaarheid van zwangeren voorbij de ziekenhuismuren gaat. Verloskundigen hebben een belangrijke rol in die zichtbaarheid, zij staan dicht bij de zwangere. Zij zien en spreken bijna 90% van hen aan het begin van de zwangerschap en zien hen ook daarna met grote regelmatig. Zij zijn aanwezig in de wijk, komen achter de voordeur en hebben linken met alle andere professionals die betrokken kunnen zijn bij de geboorte van een kind. De netwerkanalyse in het promotieonderzoek van Carola Groenen laat zien dat verloskundigen de spin in het web van de Nederlandse geboortezorg zijn.¹¹

Om goed uitvoering te kunnen geven aan de taak om zorg af te stemmen op de individuele zwangere, hebben verloskundige tools nodig om meer zicht te krijgen op alle dimensies die spelen rondom welzijn en leefomstandigheden van aanstaande ouders en om met hen het gesprek daarover aan te gaan. Vanuit het onderzoek dat wij doen in Zuid-Limburg wordt duidelijk dat verloskundigen niet zitten te wachten op het volgende vragenlijstje. Vaak hebben ze alleen al door

te kijken en contact te maken goed in de gaten wie leeft in kwetsbare omstandigheden. Zij willen het gesprek daarover kunnen aangaan en kunnen doorgeleiden naar professionals die meer verstand van zaken hebben rondom de exacte duiding en aanpak van sociale problematiek. Dat vraagt een structuur waar toegang tot het sociale domein goed geregeld is. Nu is dat gefragmenteerd en in iedere gemeente anders geregeld. In een mooi project werken we daaraan samen met de verloskunde academie in Groningen die vergelijkbare problematiek in hun regio kennen en samen met de jeugdgezondheidszorg als concrete schakel naar het sociale domein. Het is een grote uitdaging om tot werkbare en structurele verbindingen te komen tussen het medisch en sociale domein.

Wat mij veel inzicht heeft gegeven is een project rondom informatie over prenatale screening voor zwangeren met lage gezondheidsvaardigheden, dat we momenteel samen met TNO en Pharos uitvoeren. Daar is mij duidelijk geworden hoe moeilijk goed begrijpen van informatie voor sommige groepen in de samenleving is. Mensen die verloskundigen dagelijks op het spreekuur zien. Bij beperkte gezondheidsvaardigheden gaat het om 30% van de Nederlanders die moeite hebben met begrijpen van informatie en de adviezen vervolgens toe te passen op hun eigen leven.¹² Adviezen rondom medicatiegebruik of wanneer contact te zoeken met de zorgverlener bij problemen worden daardoor minder goed opgevolgd. We vertellen hen te veel, te moeilijk, te weinig concreet en we gebruiken beeldmateriaal dat afleidt van de kernboodschap. Een mooie illustratie: in de app die wij ontwikkelen figureerde als animatie een zwangere met blozende wangen. Bij het uittesten leidde die rode wangen enorm af. De proefpersonen vroegen zich steeds af wat er met haar aan de hand was en konden zich niet concentreren op de boodschap.

Mensen meer gezondheidsvaardig maken is lastig. Een eerste stap is zorgverleners toe te rusten met toegankelijke communicatie die past bij de jonge populatie in de geboortezorg. Ook om hun omgeving, zoals de website en de wachtkamer, beter af te stemmen op zwangeren met beperkte gezondheidsvaardigheden.

Buitengewoon normaal

In de huidige maatschappij neemt het denken vanuit risico's een grote plaats in, ook in de geboortezorg. En we zien dat met een bredere blik op de geboortezorg weer nieuwe risico's geïdentificeerd worden en dat dit nog te weinig samengaat met inzicht in beschermende factoren en handvatten om dit aan te pakken zonder stigmatisering en met een zelfbepalende rol voor aanstaande ouders.

Er is steeds meer nadruk komen te liggen op de risico's van zwangerschap en bevalling. Daarbij, lijken we in de eenentwintigste eeuw, het besef te zijn kwijtgeraakt dat het krijgen van een kind ook iets heel normaal is. En dat vertrouwen een belangrijke waarde en overlevingsnoodzaak is in het gezond grootbrengen van kinderen. Terwijl bevallen nog nooit zo veilig is geweest, zijn de zorgen om de risico's van bevallen toegenomen en leidt dit tot meer angst onder zwangeren. Maar in angst ligt niet het antwoord voor een geboortezorg die aansluiting moet vinden bij de diversiteit in de samenleving en die het zelfmanagement van haar burgers als belangrijk doel ziet voor een duurzame inzet op gezondheid en om de groeiende kosten van de gezondheidszorg beheersbaar te houden. Daarvoor zullen we moeten zoeken naar een benadering die het krijgen van een kind en de geboorte als iets *buitengewoon normaal*s beschouwd.

In die context wil ik de noodzaak benadrukken voor het bevorderen van zwangerschap, bevalling en kraamperiode als een fysiologisch, normaal proces. De Perined cijfers laten een steeds stijgende trend van interventies zien, zoals de inleiding van de baring met als recent gegeven dat in 2020 bij meer dan 50% van alle bevallingen een interventie wordt toegepast om de baring opgang te brengen.¹³ Voor de insiders, dit is inclusief geplande sectio's en 'strippen' als een manier om de start van de baring te stimuleren. Tegelijkertijd is de variatie tussen regio's groot zonder dat dit verklaard kan worden door kenmerken van de populatie of zich lijkt te vertalen in duidelijk beter uitkomsten.¹⁴ Dit verdient verdere verkenning vanuit een breed framework van onderliggende redenen, onderzoek waar we momenteel aan werken samen met NIVEL en de Federatie van Verloskundige Samenwerkingsverbanden.

Bij het bevorderen van de fysiologische bevalling, past de thuisbevalling als een optie voor vrouwen. Recente cijfers uit het geboortecentrum-onderzoek laten opnieuw de thuisbevalling zien als de plaats met de grootste tevredenheid en de minste interventies.¹⁵

Er zijn goede redenen om het fysiologische verloop van zwangerschap en geboorte als kernwaarde in de zorg te houden en dit te bevorderen:

- Fysiologie is het eigen proces van de vrouw en heeft daarmee een waarde in zichzelf.
- Een fysiologisch bevalling zonder interventies geeft moeder en kind de beste start om mentaal en fysiek gezond aan een nieuwe fase in hun leven te beginnen.
- Interventies – ook simpele interventies als een inwendig onderzoek of sturen op rugligging bij de bevalling – breekt in op dat eigen proces van de barendende en kan het fysiologische proces remmen of zelfs schadelijke effecten teweegbrengen bij haar of haar kind. Zwangeren geven aan dat zij veilige zorg willen, en zo normaal mogelijk willen bevallen.¹⁶
- Hoewel er veel onderzoek gedaan wordt naar interventies blijft het zicht op de impact van deze interventies op korte en lange termijn beperkt, zeker als we meenemen wat voor vrouwen belangrijk is en wat zij willen weten voor het maken van de keuze. Daarbij laten recente studies zien dat grote groepen zwangeren, vaak de meerderheid van wie uitgenodigd wordt, niet mee willen doen aan studies waarin het lot bepaald of je in de ene of andere onderzoeksgroep ingedeeld wordt. Dat betekent ook dat we meer gebruik moeten maken van observationele studies, die minder bewijskracht hebben, maar waar wel de impact in de werkelijkheid beter zichtbaar maken.

Er zijn goede mogelijkheden om de fysiologische bevalling te bevorderen, die geen effect op uitkomsten lijken te hebben en die aansluiten bij wat barendende vrouwen nodig hebben. Recent onderzoek vanuit de ZonMW Kraamzorg call, samen met MUMC en de AVM, laat zien dat met een simpele interventie als continue aanwezigheid van professionele steun in de ontsluitingsfase van de bevalling, meer vrouwen spontaan bevielen, zij minder een ruggenprik nodig hadden, de helft minder sectio's gedaan werden en de kosten lager waren. Terwijl hun gevoel van controle gelijk bleef, wat aangeeft dat zij zich niet gepusht voelden om zonder ruggenprik te bevallen. Die continuïteit van zorg kan verder gaan dan alleen de ontsluitingsfase. De Cochrane Systematic review van Sandall laat zien, dat continue zorg door verloskundigen van zwangerschap tot kraambed, positieve effecten heeft op vroeggeboortes en spontane bevallingen.¹⁷ Vrouwen met continue zorg waren meer tevreden en ook

was er een trend naar minder kosten. Uit een aantal andere studies blijkt dat uitkomsten als vroeggeboorte nog gunstiger waren bij vrouwen met een lage economische positie.¹⁸ Ik ben heel blij dat we dit samen met de Midwifery onderzoeksgroepen van Amsterdam/Groningen en Rotterdam continuïteit van zorg hebben gekozen als gezamenlijk speerpunt voor onderzoek en implementatie.

Samenspel rond de geboorte

We kunnen concluderen dat zwangeren en hun kinderen gebaat zijn bij de menselijke maat van relationele zorg. Een geboortezorg-op-maat voor iedere zwangere en haar kind vraagt om effectieve interdisciplinaire samenwerking en integratie van zorg binnen het medisch domein en verbinding met het sociale domein.

Zorgverleners rond de geboorte worden uitgedaagd om goed met elkaar te communiceren: te luisteren en te begrijpen. Om perspectieven bij elkaar te brengen en te zoeken naar 'common ground'. Dat vraagt ook van verloskundigen om te durven staan voor een fysiologisch perspectief en dit te bespreken in een open professionele dialoog. Ik gun verloskundigen dat zij onderling meer gezamenlijkheid ervaren en realiseren, dat zij samen sterk staan. Ik zie nog veel versnippering in het veld, terwijl er ook mooie voorbeelden zijn hoe je samen de verbinding kunt maken met andere geboortezorg professionals om goede zorg te bereiken.

Cruciaal is dat het samenspel rond de geboorte ruimte geeft aan de eigenheid en de inbreng van de individuele zwangere. Inspelen op wie zij is en daadwerkelijk ruimte te maken om haar eigen voorkeuren te verkennen, te kiezen en die keuzes ook mogelijk te maken.

De leerstoel

Het bevorderen van de fysiologische, gezonde zwangerschap, geboorte en kraamperiode voor moeder en kind is het leidende thema binnen de leerstoel Midwifery / Fysiologische Verloskunde. Daarvoor concentreren we ons op het verwerven van kennis en inzichten om de normale, fysiologische geboorte te bevorderen en daarnaast op het ontwikkelen van innovaties voor een gezonde start van nieuw leven en ouderschap. Zorginnovaties die rekening houden met de diversiteit en de capaciteiten van (aanstaande) ouders en de omgeving waarin zij leven. En die vorm en inhoud krijgen in co-creatie met professionals en cliënten om optimale toepasbaarheid te garanderen.

Dit kunnen we doen dankzij een geweldig team van onderzoekers, docenten en experts, want laat het duidelijk zijn, betekenisvol onderzoek doe je nooit alleen.

Onderzoek

Zoals de voorgaande schets al laat zien, is er genoeg te onderzoeken in de geboortezorg.

Er is onderzoek nodig dat inzicht geeft in de determinanten die het gezonde voortplantingsproces beïnvloeden en op het ontwikkelen van evidence-based programma's om de gezondheid van een nieuwe generatie ouders en kinderen vanuit de geboortezorg te bevorderen. Het bevorderen van gezonde leefstijl, gedrag en omgeving zijn daarbij belangrijke aandachtsgebieden voor de leerstoel.

Om die bredere blik op de geboortezorg concreet inhoud te geven en professionals daadwerkelijk toe te rusten, zijn meer kennis, vaardigheden en tools nodig. Het vraagt om meer inzicht in wat kwetsbaarheid is en wat beschermend werkt, wat preventie op dit gebied betekent, en hoe gezondheidsvaardigheden of effectieve voorlichting werken bij de jonge en diverse populatie in de geboortezorg. Verloskundigen en andere professionals vragen concrete handreikingen om via dialoog en observatie met aanstaande ouders:

- een goede inschatting te kunnen maken van de gezondheidsvaardigheden van hun zwangeren en hun informatie daarop aan te passen,

- inzicht te krijgen in de leefwereld van aanstaande ouders en welke preventiemaatregelen daarin werken,
- kennis te nemen van verwachtingen en behoeften om via Samen Beslissen daarop in te spelen.

Die handreikingen moeten in te passen zijn in de dagelijkse zorg. Maar het heeft pas echt effect als ook de structuur eromheen mee verandert en de toegang tot het sociale domein beter ontsluit. Screenen zonder dat er oplossingsmogelijkheden zijn, is geen zinvolle weg.

Binnen het onderzoek is expliciet aandacht voor het perspectief van de zwangere en haar omgeving. De leerstoel werkt vanuit het gedachtengoed van Positieve Gezondheid en salutogenese, waarbij het versterken van wat goed gaat een belangrijke leidraad is.

In de aanpak van dat onderzoek zal een mix van onderzoeksmethoden steeds een plaats krijgen. Enkin, een van de grote grondleggers van evidence-based verloskunde, schreef al in 2006 dat veel van wat we doen in de geboortezorg, zeker op het snijvlak van fysiek en sociaal, te complex is om de werkzaamheid en de volledige impact te kunnen vaststellen in RCTs.¹⁹ In de mix van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeken kunnen we beter zich krijgen op de realiteit: wat werkt, voor wie, onder welke omstandigheden?²⁰

In het onderzoek zoeken we ook naar verbinding met technologie voor het vinden van slimmere oplossingen om zwangeren te ondersteunen bij een gezonde leefstijl en betere toegang te geven tot begrijpelijke informatie. En om nieuwe manieren van communicatie met zwangeren en tussen professionals onderling - ook op afstand - te vergemakkelijken. In de afgelopen anderhalf jaar hebben we kunnen ervaren hoe noodzakelijk dat plotseling kan zijn. Een goede analyse kan ons helpen om ook in een tijd zonder COVID hier optimaal gebruik van te maken.

Vanuit de onderzoeksthema's liggen er vele mogelijkheden voor samenwerking met CAPHRI, NUTRIM en EVA-GROW, de vakgroepen Health Promotion, Geneeskunde en Obstetrie en Gynaecologie en de gezondheid en welzijn lectoraten van Zuyd. Samenwerking met CAPHRI, de vakgroepen en de lectoraten vindt al plaats en zal verder uitgebouwd worden binnen projecten rondom preventie en gezondheidsbevordering.

De leerstoel en onderzoeksgroep in Maastricht werken op landelijk niveau samen met de andere onderzoeksgroepen in het midwifery domein in Amsterdam/Groningen en Rotterdam. Dit gebeurt o.a. via het Midwifery Research Netwerk Nederland (MRNN), waarin we samen landelijke projecten opzetten en elkaars onderzoek ondersteunen en versterken. Het moet ook een plek zijn waar jonge onderzoekers een community vinden waarin ze zich verder kunnen ontwikkelen tot onderzoekers binnen het midwifery domein van de geboortezorg.

Ook de verbinding van internationaal onderzoek kent al een mooie basis en zal verder uitgebouwd worden.

Onderwijs en kennis delen

De leerstoel wil een krachtige verbinding met het onderwijs. De onderzoeken van de leerstoel Midwifery/Fysiologische Verloskunde geven inhoudelijke input aan de curricula voor het opleiden van professionals betrokken bij de geboortezorg. En het geeft studenten de mogelijkheid om hun EBM- en onderzoekvaardigheden te ontwikkelen via stages en afstudeeropdrachten.

Het stimuleren van interprofessioneel leren om als professionals in de geboortezorg te kunnen samenwerken staat hoog op de agenda van de leerstoel. Studenten geneeskunde en verloskunde kunnen als toekomstige ketenpartners veel van elkaar leren. Dat gebeurt al tijdens het werkplekleren in de Communities of Practice. Mooie initiatieven als een moraalberaad tussen verloskundigen-in-opleiding en co-assistenten verloskunde en een landelijke module fysiologische verloskunde voor verloskundigen- en gynaecologen-in-opleiding kunnen verder uitgebreid worden. Maar ook de bredere samenwerking tussen de gezondheidszorg opleidingen van Zuyd en de relevante vakgebieden binnen FHML van de UM bieden kansen. Nieuwe initiatieven op dit gebied in het theoretisch onderwijs en tijdens het werkplek leren zullen verder uitgewerkt worden.

Het is een uitdaging om verloskundigen en andere aankomende zorgprofessionals op te leiden voor een bredere blik op de geboortezorg. De opleiding moet voldoende ruimte geven om de kennisbasis te verdiepen en nieuwe competenties te ontwikkelen. Tegelijkertijd moet het de hoeveelheid stage behouden blijven om de toekomstige verloskundige toe te rusten voor een verantwoorde beroepsuitoefening. Een deel van de nieuwe ontwikkeling zal terecht moeten komen in een master-opleiding.

Vanuit de leerstoel zijn we ook nauw betrokken bij het ontwikkelen van een brede master voor verloskundigen. Dit programma moet verloskundigen de competenties geven om een verbinder te zijn in de geboortezorg tussen wetenschappelijke kennis en handelen in de praktijk, tussen data vanuit kwaliteitszorg en concrete verbeteringen in de zorg door de Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSVs), tussen de wensen en behoeften van zwangeren en de aanbevelingen die we vastleggen in richtlijnen, tussen zorginnovaties en implementatie, en voor continuïteit van zorg tussen eerste en tweede lijn. Dit programma ontwikkelen we met alle opleidingen Verloskunde samen en zullen we onderbrengen in een joint degree. Uiteraard zijn de ambities groot, maar dat geldt ook voor de drive om het te laten slagen.

Tot slot

De kracht van de leerstoel Midwifery zit in de verbinding tussen de Universiteit Maastricht en Hogeschool Zuyd. Zo komen twee werelden bij elkaar. Fundamentele kennis over het ontwikkelen van gezondheid bevorderende interventies, over implementatie in de gezondheidszorg, over wat kwetsbaarheid is, wat preventie vraagt bij jonge aanstaande ouders die op de drempel staan van de meest verantwoordelijke taak van hun leven, kan gecombineerd worden met toegepaste kennis en concrete tools die professionals helpen in hun dagelijkse ondersteuning van deze aanstaande ouders. De uitkomst is dan meer dan de som van de delen. Die combinatie draagt bij aan de kennis en inzichten die nodig zijn om (aanstaande) professionals in de geboortezorg toe te rusten met een brede blik voor optimale verloskundige zorgverlening.

En uiteindelijk is het de zwangere die het laatste woord heeft.

Dank

Als je zoveel jaren actief bent in de verloskunde zijn er massa's mensen die je wilt bedanken voor hun inspiratie, de samenwerking, wat ik van hen heb mogen leren en de kansen die zij mij hebben gegeven. Mijn grootste zorg is dat ik mensen vergeet. Met de intentie om niemand bewust uit te sluiten, doe ik toch een poging.

In de eerste plaats wil ik de leden van het College van Bestuur van de Universiteit Maastricht en van Zuyd bedanken dat zij deze leerstoel mogelijk maken, deze van harte ondersteunen en mij hun vertrouwen geven. Dat de leerstoel nu ingevuld wordt door een Nederlandse verloskundige kent een lange voorgeschiedenis, waaraan Gerard Essed, Harrie Hillen, Martin Paul en Nanne de Vries een grote bijdrage hebben geleverd.

Ook grote dank aan de directeuren van de Academie Verloskunde Maastricht waarmee ik in de afgelopen twintig jaar nauw heb samengewerkt. Ieder van hen is altijd vol gegaan voor het verloskundig onderwijs en onderzoek. Zij hebben mij veel kansen en waardering gegeven, en daarmee het lef om deze bijzondere taak op te pakken.

Raymond de Vries en Toine Lagro. Ik heb enorm gebouwd dat jullie de afgelopen jaren mijn opleiders in de wetenschap wilden zijn. De gesprekken die we hebben gevoerd en nog steeds voeren, zijn een prachtige bron van inspiratie.

Mijn collega's van de Academie Verloskunde Maastricht, we delen de gezamenlijke passie voor een goede geboortezorg en voor het opleiden van onze studenten tot ware experts in de fysiologische verloskunde. Juist vandaag, heel in het bijzonder, de mensen van het lectoraat. Jullie zijn mijn maatjes. Ik kan jullie niet vaak genoeg zeggen hoe enorm ik het waardeer dat we in alle scherpte kunnen discussiëren op zoek naar de beste koers en oplossingen.

Ook mijn collega's bij de lectoraten van Zuyd en de onderzoekers van de Universiteit Maastricht waarmee ik allerlei activiteiten deel. Het is fijn om met jullie samen te werken en het onderzoek van de geboortezorg verder te brengen met zo'n diversiteit van experts.

Mijn collega-onderzoekers binnen Nederland, met name Corine, Ank en Hanneke, we hebben veel ambities voor het midwifery onderzoek. Het is fantastisch om dat met jullie te delen en te concretiseren.

Mijn internationale collega's, die voor mij letterlijk de wereld van de geboortezorg hebben geopend met al zijn plussen en minnen. Dat is zo ontzettend leerzaam.

De promovendi die ik in de afgelopen jaren als copromotor of nu als promotor mocht en mag begeleiden, Yvonne, Astrid, Tamar, Darie, Suzanne, Franka, Michele, Maaïke, Frances, Lianne, Embla. Jullie begeleiden is met stip het leukste stuk van mijn werk. Wat een luxe om enthousiaste, onderzoekende mensen te zien groeien in de wetenschap.

Studenten, jullie zijn voor mij de verbinding met de toekomst van de verloskunde. Ik wil jullie bedanken voor jullie vragen, kritische opmerkingen en betrokkenheid. Jullie geven mij alle vertrouwen in de toekomst.

Collega's in de geboortezorg, verloskundigen, gynaecologen, verpleegkundigen, kraamverzorgenden, kinderartsen, ik ben jullie veel dank verschuldigd voor de vele manieren waarop jullie mij steeds weer voeden met de realiteit van de geboortezorg en bereid zijn om mee te werken aan de onderzoeken.

Lieve familieenvrienden, de wandelingen, filmfestivals, boekbesprekingen, reizen en etentjes met jullie zorgen dat ik steeds weer oplaad en energie heb om door te gaan.

Adja, sinds ons afstuderen zijn we al decennialang in dialoog over de verloskunde en we zijn nog lang niet uitgesproken. Maar het is niet alleen verloskunde, gelukkig zijn er ook altijd de recent gelezen boeken waarover we het moeten hebben.

Theo, Derk, Else, Bele en ons kleinkind-in-wording, jullie zijn er altijd, zo normaal en nog altijd zo buitengewoon.

Als laatste wil ik alle zwangere vrouwen, hun partners en hun kinderen bedanken. Als iemand mij vraagt of ik de praktijk mis dan gaat dat voor mij niet over het doen van bevallingen, maar over het voorrecht om bij al die verschillende mensen binnengelaten te worden in hun huis en aanwezig te mogen zijn bij één van de intiemste momenten in hun leven.

Ik heb gezegd.

Referenties

1. <https://www.lexico.com/definition/midwife> Geraadpleegd op 01102021.
2. Verhey E, van Westerloo G. Achterop de Antillenstraat. Amsterdam: Vrij Nederland, 1981.
3. De Vries R.A pleasing birth. Philadelphia: Temple University Press, 2005. P 14.
4. <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/sterfte-rond-de-geboorte/cijfers-context/sterfte#node-perinatale-sterfte-naar-migratieachtergrond> Geraadpleegd op 01102021.
5. Waelpuut AJM, Sijpkens MK, Lagendijk J, van Minde MRC, Raat H, Ernst-Smelt HE, de Kroon MLA, Rosman AN, Been JV, Bertens LCM, Steegers EAP. Geographical differences in perinatal health and child welfare in the Netherlands: rationale for the healthy pregnancy 4 all-2 program. BMC Pregnancy Childbirth 2017;17(1):254. doi: 10.1186/s12884-017-1425-2.
6. Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte. Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Utrecht: 2009.
7. Expertgroep Zorgstandaard Integrale Geboortezorg. Zorgstandaard Integrale Geboortezorg. Versie 1.2. Utrecht: CPZ, 2020.
8. Megregian M. Walking the path. Creating a framework for midwifery ethics education in the United States. Maastricht: 2021.
9. Hollander MH, van Hastenberg E, van Dillen J, van Pampus MG, de Miranda E, Stramrood CAI. Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views. Arch Womens Ment Health 2017;20(4):515-523. doi: 10.1007/s00737-017-0729-6.
10. Watson K, White C, Hall H, Hewitt A. Women's experiences of birth trauma: A scoping review. Women Birth 2021;34(5):417-424. doi: 10.1016/j.wombi.2020.09.016.
11. Groenen CJ, van Duijnhoven NT, Faber MJ, Koetsenruijter J, Kremer JA, Vandenbussche FP. Use of social network analysis in maternity care to identify the profession most suited for case manager role. Midwifery 2017;45:50-55. doi: 10.1016/j.midw.2016.12.007.
12. Heijmans M, Brabers A, Rademakers J. Hoe gezondheidsvaardig is Nederland? Factsheet gezondheidsvaardigheden – Cijfers 2019. Utrecht: Nivel, 2019. <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/hoe-gezondheidsvaardig-nederland-factsheet-gezondheidsvaardigheden-cijfers-2019> Geraadpleegd op 01102021.
13. <https://www.peristat.nl/>

14. Seijmonsbergen-Schermers AE, Zondag DC, Nieuwenhuijze M, Van den Akker T, Verhoeven CJ, Geerts C, Schellevis F, De Jonge A. Regional variations in childbirth interventions in the Netherlands: a nationwide explorative study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018;18(1):192. doi: 10.1186/s12884-018-1795-0.
15. Van den Akker-van Marle ME, Akkermans H, Boesveld IC, et al. Evaluatie van zorg in geboortecentra in Nederland. Resultaten van het Geboortecentrum Onderzoek. Leiden: TNO; 2016.
16. Downe S, Finlayson K, Oladapo OT, Bonet M, Gülmezoglu AM. What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS One* 2018;13(4):e0194906. doi: 10.1371/journal.pone.0194906.
17. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane database Syst Rev* [Internet], 2016. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27121907>
18. McRae DN, Janssen PA, Vedam S, Mayhew M, Mpofu D, Teucher U, et al. Reduced prevalence of small-for-gestational-age and preterm birth for women of low socioeconomic position: A population-based cohort study comparing antenatal midwifery and physician models of care. *BMJ Open* 2018;8(10):1–11.
19. Enkin M. Beyond evidence: the complexity of maternity care. *Birth* 2006;33:265–269. doi: 10.1111/j.1523-536X.2006.00117.x.
20. Pawson R. The science of evaluation. A realist manifesto. London: Sage publications Ltd., 2013.

