



prof. dr. Ank de Jonge

## Bekend maakt bemind

Het belang van goede relaties  
in de geboortezorg



Oratie

14 juni 2024



Bekend maakt bemind – Het belang van goede relaties in de geboortezorg



# Bekend maakt bemind

## Het belang van goede relaties in de geboortezorg

Oratie uitgesproken door

**prof. dr. Ank de Jonge**

op 14 juni 2024

bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar

**Verloskundige wetenschap**

aan de

**Faculteit Medische Wetenschappen**


Rijksuniversiteit Groningen



rijksuniversiteit  
groningen

Uitgegeven door University of Groningen Press  
Broerstraat 4  
9712 CP Groningen  
<https://ugp.rug.nl/>

Voor het eerst gepubliceerd in Nederland © 2024 Ank de Jonge

 <https://orcid.org/0000-0002-5384-3744>

Ontwerp en opmaak: LINE UP boek en media bv | Riëtte van Zwol  
Verantwoording illustraties: pagina 40  
Auteursfoto: Ruud Pos

DOI: <https://doi.org/10.21827/656foa9516e2e>



Dit werk is verschenen onder de Creative Commons-licentie: NietCommercieel-GeenAfgeleideWerken 4.0 Internationaal (CC BY-NC-ND 4.0). De volledige licentievooraarden zijn beschikbaar op [creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode)

Leden van het College van Bestuur,  
zeer geachte aanwezigen,

‘Ik ben omdat wij zijn’.<sup>(1)</sup> Dit is een korte samenvatting van de Ubuntu filosofie uit zuidelijk Afrika. Menselijkheid is een belangrijk aspect van deze filosofie. (Figuur 1) De kern is het idee dat mensen alleen gelukkig kunnen zijn als andere mensen dat ook zijn en dat het lijden van anderen een mens zelf ook doet lijden. Deze filosofie lag ten grondslag aan de leiderschapsstijl van Nelson Mandela en vormde de basis van de waarheid en verzoeningscommissie na de afschaffing van apartheid in zuid Afrika.<sup>(2)</sup> Het doel van deze commissie was niet in de eerste plaats vergelding van daders maar het met elkaar de waarheid onder ogen zien en streven naar verzoening. Hoewel de meningen verdeeld zijn over de vraag in hoeverre de commissie geslaagd is in haar missie, herinnert het begrip Ubuntu ons eraan dat goede relaties met anderen en de wereld om ons heen het hart vormen van onze menselijke identiteit. Dit betekent niet dat het gemakkelijk of vanzelfsprekend is om goede rela-



Figuur 1: Logo Ubuntu



ties te onderhouden. Ongeveer 40% van huwelijken eindigt in een echtscheiding. <sup>(3)</sup> En dat relaties tussen landen en bevolkingsgroepen moeizaam zijn en kunnen leiden tot oorlogen zijn we ons gezien de recente internationale ontwikkelingen maar al te zeer bewust.

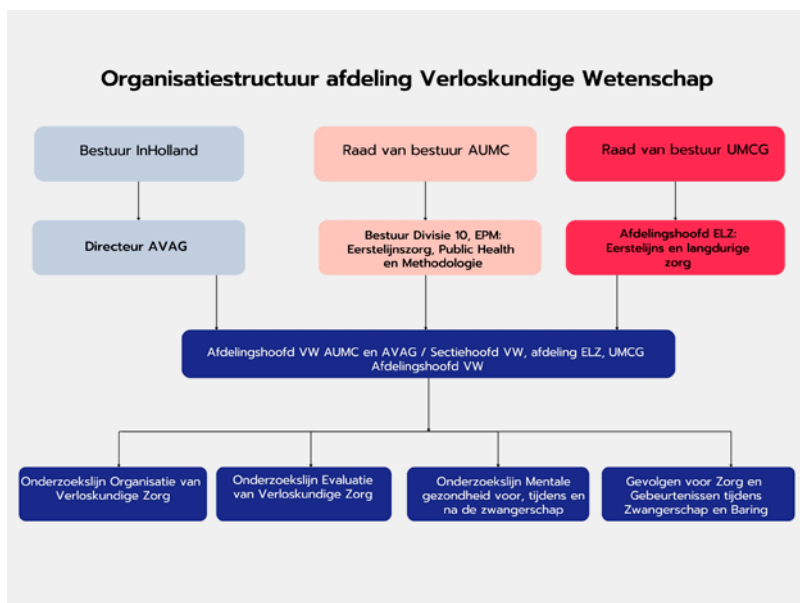
Ubuntu staat haaks op het individualisme in Europa waarbij zelfverwezenlijking en zelfontplooiing en de nadruk op individualisme kernwaarden zijn. <sup>(4)</sup> Deze waarden dragen eraan bij dat mensen hun eigen doelen kunnen nastreven en hun talenten kunnen ontplooiën. Maar teveel nadruk op individualisme en te weinig oog hebben voor anderen leidt tot ongelijkheid, uitbuiting en eenzaamheid. Volgens Ubuntu zijn goede relaties op zichzelf belangrijk en niet alleen als middel om onze eigen doelen te behalen. Andere mensen tot hun recht laten komen is een voorwaarde om zelf gelukkig te zijn.

Ik wil u laten zien dat we wel een beetje meer Ubuntu kunnen gebruiken in de geboortezorg. Meer aandacht voor de waarde van relaties zelf in plaats van relaties te zien als middel om de kwaliteit van zorg te verbeteren zal uiteindelijk ook dat laatste doen; de zorg wordt er beter van omdat deze bijdraagt aan de zin van ons bestaan en niet alleen aan het verminderen van sterfte en ziekte.

Goede relaties zijn noodzakelijk op alle niveaus van de geboortezorg. In de eerste plaats tussen zorgverleners en vrouwen, maar ook tussen zorgverleners onderling. Ik heb het over vrouwen maar ik bedoel daarmee ook andere mensen die kinderen krijgen, eventuele partners en andere naasten van vrouwen. Daarnaast zijn relaties belangrijk tussen zorgverleners en welzijnswerkers uit het sociaal domein en zelfs tussen wat er gebeurt in de geboortezorg en op andere terreinen in de maatschappij, zoals het garanderen van bestaanszekerheid. Op een abstracter niveau gaat het ook om goede relaties tussen praktijk, onderwijs en onderzoek.

Ik wil u laten zien hoe wij als afdeling Verloskundige Wetenschap aan deze thema's willen werken. Onze afdeling is gebaseerd op een overeenkomst tussen drie partijen, namelijk het UMCG, Amsterdam UMC en de Academie Verloskunde Amsterdam Groningen (AVAG) van InHolland. (Figuur 2) De onderzoeksafdeling bestaat uit twee groepen, een in het UMCG en een in het Amsterdam UMC. De onderzoeksgroep in het UMCG wordt gecoördineerd door dr. Esther Feijen- de Jong en dr. Lilian Peters. Als u bij het symposium was hebt u vanochtend van hen al inspirerende voordrachten gehoord over het geweldige werk dat plaatsvindt binnen deze onderzoeksgroep. In Amsterdam UMC is prof. Corine Verhoeven coördinator en wordt daarbij ondersteund door dr. Jens Henrichs. Deze vier senioren leiden ieder een onderzoekslijn. Daarnaast maken

doctoren Liesbeth Kool en Kaying Li-Kan in Groningen en Janneke Gitsels-van der Wal, Anna Seijmonsbergen-Schermers en Bahareh Goodarzi in Amsterdam deel uit van het seniorenteam dat richting geeft aan het onderzoek op onze afdeling. Ons onderwijs vindt vooral plaats binnen de AVAG maar ook binnen de beide UMC's. Tevens voeren sommige docenten van de AVAG onderzoek uit op onze onderzoeksafdeling. Het accent van wat ik u vertel ligt op het onderzoek dat we doen in Groningen. Maar omdat onderzoek en onderwijs onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn en we nauw samenwerken over de IJssel heen, gaat mijn verhaal ook over onze afdeling als geheel.



Figuur 2: Organisatie van de afdeling Verloskundige Wetenschap

## Relationele zorg

Laat ik beginnen met de individuele zorg voor vrouwen. Ik wil één groep noemen waar we meer de nadruk op moeten leggen om de zorg te verbeteren. En nee, ik bedoel nu eens niet vrouwen met een migratie achtergrond of vrouwen van Nederlandse afkomst uit kwetsbare situaties. Ik heb het over hoogopgeleide (of theoretisch opgeleide) mensen met ouders zonder een migratie achtergrond. Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek leeft deze bevolkingsgroep het meest in haar eigen bubbel <sup>(5, 6)</sup> Ze hebben partners die op hen lijken, ze werken met mensen die op hen lijken, ze wonen tussen mensen die op hen lijken en ze brengen hun vrije tijd door met mensen die op hen lijken. De meeste verloskundigen, artsen en verpleegkundigen behoren tot deze groep. En dat is een probleem. De helft van de cliënten in de geboortezorg is namelijk niet hoog opgeleid en een kwart heeft een migratie achtergrond. <sup>(7, 8)</sup> Veel vrouwen uit deze groepen bevinden zich in kwetsbare situaties die leiden tot hogere risico's op vroeggeboorte, groeiachterstand bij hun kinderen of zelfs sterfte. <sup>(7, 9)</sup> Ook is hun kans op moedersterfte groter. <sup>(10)</sup> Hoewel we, want ik behoor zelf ook tot eerdergenoemde groep, ontzettend ons best doen om goede zorg te geven aan mensen met verschillende achtergronden, missen we toch vaak de aansluiting met degenen die anders zijn dan wij.

Bij vrouwen met een migratie-achtergrond zijn we ons dat wel bewust. In cursussen 'cultuur sensitieve zorg' leren we over

gebruiken in andere culturen zodat we daar rekening mee kunnen houden. Het gevaar daarvan is dan weer dat we vervolgens denken dat elke moslima een hoofddoek draagt en vast tegen abortus is. Daarom wordt tegenwoordig liever gesproken over cultuur responsieve zorg; het is goed om op de hoogte te zijn van culturele gebruiken en denkwijzen maar binnen elke cultuur zijn de verschillen tussen mensen groter dan die tussen culturen. <sup>(11)</sup> Zaak dus om goed te luisteren naar degene die tegenover je zit en niet te snel aannames te doen over wat iemand denkt en belangrijk vindt.

Bij vrouwen van Nederlandse afkomst denken we vaak dat we wel zo'n beetje begrijpen hoe iemand in elkaar zit. Ze komen toch uit onze eigen cultuur? Misschien moeten we ons taalgebruik een beetje aanpassen als iemand laaggeletterd is maar dat is het dan wel. Toch kunnen de culturele verschillen tussen mensen met een Nederlandse achtergrond enorm groot zijn. Hier is een mooie film over gemaakt waar ik nu de trailer van laat zien.

De film laat zien hoe een verloskundige erg haar best doet bij een vrouw met een lage sociaaleconomische positie om hulp te bieden bij haar problemen, al geeft ze in de camera aan dit erg lastig te vinden. De vrouw knikt vriendelijk en geeft aan dat ze het heeft begrepen. Maar als ze wegloopt moppert ze in de camera dat dit de zoveelste zorgverlener is die denkt dat ze haar problemen kan oplossen. Vervolgens laat de film zien hoe het beter kan.



**Figuur 3:** Logo van Samen Kwetsbaar Samen Sterk studies van de afdeling Verloskundige Wetenschap

Deze film is gebaseerd op de Samen Kwetsbaar Samen Sterk studies van onze onderzoekers in Groningen. (Figuur 3) Zij deden interviews met vrouwen uit kwetsbare situaties die extra ondersteuning aangeboden kregen in de zwangerschap. <sup>(1,2)</sup> Voorbeelden van ondersteuning waren huisbezoeken van een verpleegkundige van de jeugdgezondheidszorg om hulp te bieden bij praktische problemen en om een vrouw en haar eventuele partner voor te bereiden op het ouderschap; of ondersteuning van een andere moeder, een buddy, die haar ervaringen met een vrouw deelt. Sommige vrouwen waardeerden deze hulp omdat ze zich daardoor beter konden voorbereiden op de komst van hun baby. Maar vaak schrokken ze ook van dit aanbod omdat ze bang waren in een hokje geplaatst te worden waarbij er extra op hen werd gelet en in het ergste geval hun kind misschien weggehaald zou worden.

Ook uit interviewonderzoek onder zorgverleners kwam naar voren dat stigmatisering en stereotypering op de loer liggen in het contact met vrouwen in kwetsbare situaties. <sup>(13)</sup> Zo zei een zorgverlener: “Mensen die het niet willen, je kunt tegen hen praten zoveel als je wilt maar het gaat niet gebeuren. Dus daarom denk ik dat het niet waard is om mijn tijd en energie eraan te besteden”.

Het aanbieden van ondersteuning klinkt al snel betuttelend. En zo ervaren vrouwen dat vaak ook. <sup>(12)</sup> Net als alle mensen willen vrouwen in kwetsbare situaties zelf bepalen wat goed voor ze is, betrokken worden bij besluitvorming en een gevoel van autonomie ervaren. Zo geven vrouwen die roken aan dat het niet helpt om kritisch te zijn over hun rookgedrag. <sup>(14)</sup> Ze willen neutrale informatie over de gevolgen van roken voor de zwangerschap en ondersteuning bij hun eigen beslissing om ermee te stoppen. Ook kunnen ongezonde keuzes voor vrouwen volstrekt logisch zijn. Als groente en fruit veel duurder is dan fast-food is het een uitdaging om gezond te eten als de maand altijd langer duurt dan tot wanneer het inkomen reikt. En het is moeilijk voor vrouwen om hun leefstijl aan te passen als hun sociale netwerk dat niet ondersteunt. <sup>(15)</sup> Ubuntu; vrouwen zijn wie ze zijn in relatie tot anderen.

Vrouwen informeren over gezonde leefstijlgewoontes is onvoldoende om hen in staat te stellen gezonde keuzes te maken.

Veel meer zullen we moeten inzetten op sociale verloskunde. Als zorgverleners en maatschappij moeten we de voorwaarden creëren waardoor vrouwen zelf keuzes kunnen maken die goed voor hen zijn in plaats van dat wij bepalen wat goed voor hen is. En we moeten de omstandigheden verbeteren zodat vrouwen in kwetsbare situaties net zoveel kans hebben op een gezond kind en een goede zwangerschap en bevalling als anderen.

Eerst ga ik in op wat zorgverleners kunnen doen en vervolgens op wat er in de maatschappij moet gebeuren om de kansen op goede uitkomsten voor vrouwen uit kwetsbare situaties en hun kinderen te verbeteren.

#### Cultuur responsieve zorg

Hoe kunnen zorgverleners vrouwen in kwetsbare situaties het beste ondersteunen? Daarvoor hebben zij verschillende competenties nodig; kennis, attitude en vaardigheden. Ze hebben kennis nodig over de behoeften van deze vrouwen en hoe deze onderling kunnen verschillen. Daarnaast hebben we gezien dat vrouwen feilloos aanvoelen als zorgverleners op hen neerkijken als zwak en minderwaardig. Terwijl vrouwen juist erg sterk moeten zijn om te overleven in kwetsbare situaties. Een attitude van respect en begrip bij zorgverleners is van groot belang. Tenslotte hebben zorgverleners vaardigheden nodig om goed aan te kunnen sluiten bij wat deze vrouwen nodig hebben.



Voor vrouwen met een migratie-achtergrond zijn deze competenties ook noodzakelijk. Daarnaast speelt bij hen ook bewust, maar meestal onbewust racisme een rol. <sup>(16)</sup> Zo stond in een Engelse conceptractlijn de aanbeveling om vrouwen met een migratie-achtergrond in te leiden bij 39 weken zwangerschap omdat ze een hoger risico hebben op babysterfte. <sup>(17)</sup> Daar kwam veel kritiek op omdat de hogere risico's veroorzaakt worden door sociale problemen maar door deze aanbeveling tot een probleem van het individu wordt gemaakt. <sup>(18)</sup>

Ubuntu: Ons onderzoek laat zien dat vrouwen in kwetsbare situaties continuïteit van zorg willen; ze willen een band kunnen opbouwen met verloskundigen. <sup>(12)</sup> Dat is bijna niet mogelijk als vrouwen bij elke afspraak een andere zorgverlener zien. Deze vrouwen geven aan dat ze bij verschillende zorgverleners steeds opnieuw hun verhaal moeten doen en steeds weer te horen krijgen wat ze anders moeten doen in hun leven. <sup>(12)</sup> Observationeel onderzoek laat zien dat vrouwen in kwetsbare situaties die continue zorg van verloskundigen ontvangen minder vaak te vroeg bevallen of een te kleine baby krijgen. <sup>(19-21)</sup> Ons participatief actie onderzoek laat zien dat een positieve houding en oprechte interesse om een vrouw beter te leren kennen eraan bijdragen dat vrouwen open staan voor extra hulp die wordt geboden. <sup>(12)</sup> Op basis daarvan hebben onze onderzoekers een training ontwikkeld en uitgetest genaamd 'het verbindende gesprek'. Deze training gaan we aanbieden aan zorgverleners in de hele provincie

Groningen. Binnen de 'Who C<sup>3</sup>ARES studie onderzoeken we op verschillende manieren hoe we de culturele competenties van zorgverleners kunnen verbeteren bij vrouwen zonder een migratie-achtergrond in kwetsbare situaties.

#### Voorwaarden voor een menswaardig bestaan

Veel problemen die vrouwen in kwetsbare situaties hebben zijn niet op te lossen binnen de geboortezorg. Integendeel, de geboortezorg speelt maar een kleine rol in het verbeteren van gezondheidsuitkomsten voor deze vrouwen en hun families. Vaak hebben deze vrouwen te maken met bestaansonzekerheid. <sup>(22)</sup> Bij bestaansonzekerheid gaat het niet alleen om een onzekere gezondheid maar ook om financiële onzekerheid, onzekere huisvesting, onzeker werk, een klein en onzeker sociaal netwerk en onzekerheden over de mogelijkheden tot ontwikkeling en ontplooiing. De hulpverlening schiet vaak tekort omdat deze te versnipperd is en niet op elkaar aansluit. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving pleit ervoor om de hulp op een andere manier aan te vliegen. <sup>(22)</sup> In plaats van de verbrokkelde hulp te richten op zelfredzaamheid en overleven is de aanbeveling om bloei van mensen centraal te stellen als uitgangspunt van hulp en ondersteuning. Daarvoor worden drie principes genoemd die ook in de geboortezorg van belang zijn.

Ten eerste zou beleid gericht moeten zijn op ontplooiing. Hulp moet niet alleen bestaan uit repareren wat kapot is maar ook uit investeren in mensen en het voorkomen van schade op de lange termijn. Dit sluit aan bij de definitie van positieve gezondheid waarbij het accent niet alleen ligt op ziekte maar op mensen zelf, op hun veerkracht en op wat hun leven betekenis geeft. <sup>(23)</sup> In de geboortezorg betekent dat, dat we ons niet alleen richten op het voorkomen van sterfte en ziekte maar dat onze zorg ook gericht is op een positieve start van het ouderschap (voor ouders) en van het leven (voor het kind). En dat de uitkomsten op latere leeftijd meewegen in de beslissingen die we maken.

Ten tweede zouden sociale relaties van mensen moeten worden ondersteund omdat het sociale netwerk mensen veerkrachtig maakt waardoor tegenslagen gemakkelijker kunnen worden opgevangen. Ook zijn sociale relaties belangrijk op zichzelf; mensen overlijden net zo vaak ten gevolge van eenzaamheid als bijvoorbeeld door roken. <sup>(24)</sup> Wetenschappelijk onderzoek ondersteunt het concept Ubuntu; goede relaties zijn niet alleen belangrijk voor onze identiteit maar zijn letterlijk van levensbelang.

Tenslotte zou er veel meer samenhang moeten zijn in de hulp en ondersteuning aan mensen. Terecht is er daarom steeds meer aandacht in de geboortezorg voor de samenwerking tussen zorg

in de wijk en het ziekenhuis, tussen geboortezorg en het sociaal domein, zoals schuldhelpverlening en maatschappelijk werk en tussen geboortezorg en het informele netwerk om vrouwen heen. In ons project 'Doen' onderzoeken professionals uit de geboortezorg en het sociaal domein in leernetwerken samen met ervaringsdeskundigen hoe ze hun zorg beter kunnen afstemmen op vrouwen met een licht verstandelijke beperking of een psychische kwetsbaarheid. En hoe ze kwetsbaarheid beter kunnen herkennen en makkelijker met deze vrouwen kunnen spreken over seksualiteit, zwangerschap en ouderschap. Samen met de Verloskunde Academie Maastricht onderzoeken we in 'Samen voor Gezondheid' hoe we de samenwerking tussen de geboortezorg en het sociaal domein blijvend kunnen verbeteren en wat de effecten zijn op de gezondheidsuitkomsten van vrouwen en hun baby's.

Binnen de landelijke en regionale programma's van Kansrijke Start wordt gewerkt aan het verbeteren van de omstandigheden van de eerste 1000 dagen van een kind met als doel elk kind de best mogelijke start in het leven te geven. <sup>(25)</sup> Wij evalueren het effect van verschillende onderdelen van deze programma's. Een belangrijk aandachtspunt daarbij is hoe de bredere samenwerking tussen sectoren behapbaar blijft voor individuele zorgverleners. Veel zorgverleners zijn al overbelast en kunnen er niet meer taken bij hebben. Wel zouden ze gemakkelijk moeten kunnen verwijzen over de muren van sectoren heen. Dat lukt nu vaak niet doordat verschillende sectoren verschillend zijn

georganiseerd en gefinancierd. Als we serieus mensen een Kansrijke Start willen bieden zullen de organisatie en financiering zo moeten worden ingericht dat de geboortezorg en het sociaal domein goed met elkaar kunnen samenwerken.

### **Zorg voor zorgverleners zelf en voor elkaar**

Voor goede geboortezorg zijn zorgverleners nodig die in staat zijn goed voor vrouwen maar ook voor zichzelf en elkaar te zorgen. Te vaak worden zorgverleners gezien als ‘handen aan het bed of aan de baarkruk’ en vergeten we dat een goede werkplek bijdraagt aan een zinvol bestaan. Onze onderzoekers vonden dat goede relaties met vrouwen, collega verloskundigen en andere collega's binnen de geboortezorg bijdragen aan arbeidstevredenheid van eerstelijns verloskundigen. <sup>(26)</sup> Ook laat ons onderzoek zien dat ongeveer een derde van de eerstelijns verloskundigen overweegt om met het vak te stoppen. <sup>(26, 27)</sup> Dit is minder dan in andere landen maar toch een reden van zorg. Redenen om te willen stoppen zijn werkdruk, werk-privé balans, ontevredenheid met de organisatie en gebrek aan steun van partners en collega's. <sup>(27)</sup> Ubuntu: relaties met anderen zijn een belangrijke reden waarom verloskundigen van hun werk houden en gebrek aan steun is een reden om met het werk te stoppen. Het is dus belangrijk dat we investeren in goede relaties en ondersteuning op de werkvloer.

Hoewel afgestudeerde verloskundigen goed zijn opgeleid om inhoudelijk meteen als volwaardig verloskundige aan de slag te

gaan, vonden onze onderzoekers dat zij beter ingewerkt zouden kunnen worden. In de eerstelijns is er vaak geen inwerkprogramma en moeten verloskundigen zelf wennen aan het organiseren van hun werk als waarnemer, de manier van werken in verschillende praktijken en het omgaan met de verantwoordelijkheid als verloskundige. <sup>(28)</sup> In het ziekenhuis helpt het net afgestudeerde verloskundigen als ze enkele weken rustig kunnen inwerken onder supervisie van een collega. <sup>(29)</sup> We zullen nog verder onderzoeken hoe we pas afgestudeerde verloskundigen het beste kunnen ondersteunen in de transitie naar het werk als gediplomeerd verloskundige.

Maar we moeten ons niet alleen richten op pas afgestudeerde verloskundigen maar ook op degenen die vroegtijdig het vak verlaten. Volgens een peiling van het NIVEL was slechts voor ruim 3% van verloskundigen leeftijd of pensioen een reden om te stoppen. <sup>(30)</sup> Belangrijke andere redenen om te stoppen zijn een andere functie beginnen als niet praktiserend verloskundige, ziekte en arbeidsongeschiktheid, moeite met onregelmatige werktijden en behoefte aan een nieuwe uitdaging. Het is een gemis dat ervaren verloskundigen door een gebrek aan carrièreperspectief hun expertise niet langer inzetten in de praktijk. Wij doen onderzoek naar hoe verloskundigen het zware werk op de langere duur kunnen volhouden en zich tevens kunnen blijven ontwikkelen. De uitbreiding van taken van verloskundigen en de mogelijkheden binnen integrale geboortezorg

bieden daartoe zeker mogelijkheden. Zo zorgen verloskundigen voor een toenemend diverse populatie zwangeren, krijgen zij steeds meer verantwoordelijkheid voor vrouwen met een licht verhoogde kans op complicaties en vragen technische ontwikkelingen en sociale verloskunde om verloskundigen die hier een voortrekkersrol in spelen. Met alle verloskunde academies gezamenlijk zijn we vorig jaar gestart met een joint degree Master Verloskunde, een unicum in Nederland. Deze masteropleiding biedt verloskundigen de kans om binnen en naast de klinische praktijk zich verder te ontwikkelen en een leidende rol te spelen bij het aanpakken van de uitdagingen waar de geboortezorg voor staat.

Behalve naar waarom verloskundigen het vak verlaten doen we ook onderzoek naar verloskundigen die wel blijven werken. Wat houdt hen in het vak? Welke persoonlijke waarden spelen een rol? En misschien nog belangrijker; wat helpt hen in de cultuur en de organisatie op hun werkplek dat hen gemotiveerd houdt en hoe kunnen we die elementen breder inzetten zodat meer verloskundigen aan het werk blijven? Hoewel het accent op onze afdeling ligt bij verloskundigen zijn deze vragen ook relevant voor andere beroepsgroepen in de geboortezorg, zoals artsen, verpleegkundigen en kraamverzorgenden.

De kwaliteit van de samenwerking binnen de geboortezorg heeft veel invloed op de arbeidstevredenheid van zorgverleners. <sup>(31)</sup>

Steeds meer ligt de nadruk op integrale geboortezorg waarbij op basis van gelijkwaardigheid beter wordt samengewerkt tussen de verschillende beroepsgroepen en organisaties, wat de kwaliteit van zorg ten goede zal komen. Dat klinkt mooi. In de praktijk zijn zowel verloskundigen als gynaecologen bang om autonomie te verliezen in een integraal geboortezorgsysteem. <sup>(32)</sup> En de machtsongelijkheid, die er van oudsher is tussen verloskundigen en gynaecologen, wordt door beide groepen in stand gehouden in de manier waarop ze zich tot elkaar verhouden. <sup>(33)</sup> Zo baseren verloskundigen hun beslissingen te vaak op de vraag of iets ‘mag’ van de gynaecoloog en voelen gynaecologen zich vaak te verantwoordelijk voor zorg die door verloskundigen wordt verleend. Hoewel de wil tot samenwerking er zeker is, is nog veel onderzoek nodig naar hoe we deze samenwerking zo kunnen verbeteren dat deze bijdraagt aan betere zorg maar ook aan het goed hebben met elkaar. Ubuntu: relaties in het werk zijn onderdeel van een zinvol leven.

### **Relatie tussen preventie en medische zorg**

De samenwerking in de geboortezorg staat wel onder druk. Er zijn steeds meer medische mogelijkheden maar er is een groeiend tekort aan personeel. Daarnaast zijn de problemen van vrouwen steeds complexer, niet alleen op medisch maar ook op sociaal vlak. De winst die we kunnen behalen met nog meer medische ingrepen en nog meer diagnostiek wordt steeds kleiner, terwijl de gezondheidsverschillen tussen groepen mensen



blijven bestaan. <sup>(7)</sup> Ook wegen de nadelen van medische ingrepen zwaarder naarmate de opbrengst ervan minder wordt. Wel vragen medische ingrepen veel van onze mensen en middelen in de zorg die we dus niet kunnen inzetten voor het investeren in het tot bloei laten komen van mensen om daarmee ziekte te voorkomen.

In het Integraal Zorgakkoord hebben we afgesproken dat we gaan inzetten op (wijkgerichte) preventie en ondersteuning en dat we onnodige medische handelingen zullen afremmen. <sup>(34)</sup> Maar in de praktijk blijkt dit toch lastig. Veel projecten die gericht zijn op preventie, zoals continue zorg door verloskundigen, worden met veel enthousiasme gestart maar houden na kortere of langere tijd op te bestaan. Net als in de samenwerking tussen de geboortezorg en het sociaal domein is hier de manier waarop de zorg is georganiseerd en gefinancierd een van de belemmeringen. Zo worden eerstelijns verloskundigen in Nederland betaald per deel van de zorg die ze leveren, dus voor zwangerschap, bevalling en/of kraamperiode, ongeacht hoeveel tijd ze daaraan besteden. Dit zorgt voor veel variatie in de tijd die verloskundigen besteden aan ondersteunende zorg, zoals bijvoorbeeld watchful attendance bij een bevalling. En als verloskundigen vrouwen om een medische reden moeten overdragen aan het ziekenhuisteam hebben ze het vaak te druk om ook zelf voor deze vrouwen te blijven zorgen. Ziekenhuizen krijgen meer betaald voor medische ingrepen, dan voor het voorko-

men van ziekte. Daardoor is het gemakkelijker om vrouwen in te leiden dan om tijd te besteden aan een relatie met vrouwen en ze zo beter te ondersteunen. Als we serieus het accent in de zorg willen verleggen van medische ingrepen naar preventie en ondersteuning zullen we de randvoorwaarden daarvoor moeten verbeteren.

### Waardegedreven geboortezorg

Hoe zou de relatie moeten zijn tussen medische zorg aan de ene kant en preventie en ondersteuning aan de andere kant? Wanneer doen we teveel van het een en te weinig van het ander? Het concept ‘waardegedreven geboortezorg’ kan ons daarbij helpen. <sup>(35)</sup> Kort gezegd gaat het bij waardegedreven geboortezorg over hoe we het meeste waar voor ons geld krijgen. Je zou denken dat wij Nederlanders daar goed in zijn, gezien onze zuinige aard. Wel, ik denk dat het nog een stuk beter kan. Er zijn verschillende definities van waardegedreven zorg. Passende zorg wordt in Nederland veel gebruikt maar ik vind dit persoonlijk niet zo’n duidelijke term. Bij passende zorg is niet meteen duidelijk dat het over de verdeling van geld gaat; misschien omdat dat een ongemakkelijk thema is. Het begrip ‘triple value healthcare’ maakt beter duidelijk dat geboortezorg moet bijdragen aan persoonlijke waarde, technische waarde en allocatieve waarde. <sup>(36)</sup>

Persoonlijke waarde gaat over zorg die aansluit bij de waarden en behoeften van vrouwen. Samen met een vrouw wordt bespro-

ken welke zorg passend is op basis van wat zij zelf graag wil, richtlijnen en wetenschap en de klinische ervaring van een zorgverlener. Van de drie genoemde waarden maken we de meeste voortgang in het bieden van zorg die gericht is op deze persoonlijke waarde. We leren gezamenlijke besluitvorming toe te passen, hoewel cliëntorganisaties er terecht op wijzen dat vrouwen zelf uiteindelijk besluiten of ze zorg wel of niet willen. <sup>(37)</sup> En we evalueren met de PREM vragenlijst de ervaringen van vrouwen met onze zorg. <sup>(38)</sup> Toch hebben we nog veel te verbeteren als het gaat om de persoonlijke waarde, zeker als het gaat om de zorg voor vrouwen in kwetsbare situaties, zoals ik u eerder liet zien. Voor medische ingrepen moeten vrouwen toestemming geven al zien wij in ons onderzoek dat dat niet altijd gebeurt. <sup>(39)</sup> In de praktijk is het niet zo gemakkelijk om vrouwen voor te lichten over medische ingrepen op een manier die begrijpelijk is, zeker niet bij vrouwen die laaggeletterd zijn of het Nederlands niet beheersen, en om te accepteren dat vrouwen keuzes kunnen maken die zorgverleners niet verstandig vinden. Onterecht worden de belangen van de zwangere en de baby als apart en soms tegenstrijdig gezien, alsof de baby zou kunnen bestaan zonder de relatie met de moeder. <sup>(40)</sup> Wij hebben onderzocht of we vragenlijsten uit het buitenland (de MADM en MORI) kunnen gebruiken die de ervaringen van vrouwen meten, de mate waarin ze vonden dat ze zelf keuzes konden maken en of ze met respect behandeld werden. <sup>(41)</sup> Deze vragen-

lijsten bleken geschikt en we zullen ze regelmatig gebruiken in toekomstig onderzoek.

De technische waarde gaat over efficiënte zorg waarbij zuinig wordt omgegaan met mensen, middelen, geld en natuurlijke grondstoffen. Steeds meer zullen we moeten meewegen wat de impact is van onze zorg op het milieu. Technische waarde gaat ook over het voorkomen van over- en onderbehandeling en het bieden van de juiste zorg op de juiste plek: in de wijk of eerste-lijn waar het kan en in de tweede- of derdelijn waar het moet. Ook dit blijkt in de praktijk lastiger dan gedacht. Steeds meer vrouwen krijgen diagnostische onderzoeken of medische ingrepen, waardoor steeds meer zorg verschuift van de eerste- naar de tweedelij. <sup>(42)</sup> Veel van deze vrouwen hebben een mild verhoogd risico op complicaties en ontvangen in het ziekenhuis zorg van verloskundigen. Als we de zorg anders inrichten, kunnen veel van deze vrouwen deze aanvullende zorg ontvangen van eerstelijns verloskundigen. Maar dat is niet gemakkelijk.

Zo hebben wij onderzoek gedaan naar het uitvoeren van een hartfilmpje (CTG) door eerstelijns verloskundigen als vrouwen bijvoorbeeld hun baby niet goed voelen bewegen. Dit onderzoek laat zien dat ernstige uitkomsten zeer zelden voorkomen en niet vaker dan verwacht, dat de interpretatie van deze CTG's tussen gynaecologen, verloskundigen in het ziekenhuis en in de eerstelijns vergelijkbaar is en dat vrouwen deze zorg waarde-

ren. <sup>(43-45)</sup> Het Zorginstituut heeft dan ook geconcludeerd dat ‘het maken van een antenataal CTG kan worden gekwalificeerd als ‘zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden’’. <sup>(46)</sup> Verdere implementatie van deze zorg in de eerstelijns wordt echter belemmerd door verschillen in visie en belangen in het werkveld, wat ongetwijfeld te maken heeft met belemmeringen in de financieringsstructuur van ziekenhuizen waar ik eerder over sprak. Echter, zorg niet verschuiven van het ziekenhuis naar de eerstelijns en wel steeds meer zorg verschuiven van de eerstelijns naar het ziekenhuis heeft gevolgen voor de allocatieve waarde.

De allocatieve waarde gaat over de verdeling van mensen en middelen over de verschillende soorten zorg binnen de geboortezorg. Dus: wat besteden we aan preventie en ondersteuning, wat aan medische zorg, wat aan zorg in de wijk en wat aan zorg in het ziekenhuis. Binnen de gezondheidszorg gaat dit ook over welk deel van het budget gaat naar de geboortezorg en welk deel naar cardiologie of geestelijke gezondheidszorg. En op een nog hoger niveau gaat het over welk deel van onze publieke middelen gaat naar de gezondheidszorg en welk deel naar defensie of naar onderwijs. Dit klinkt misschien theoretisch en ik zal het toelichten met een voorbeeld.

Sinds 2021 is er een richtlijn die voorschrijft dat alle vrouwen bij 41 weken zwangerschap een inleiding krijgen aangeboden om sterfte en ernstige ziekte van de baby rondom de bevalling te

voorkomen. <sup>(47)</sup> Ongeveer 1 op de 5 vrouwen is nog niet bevallen bij 41 weken en kan dus kiezen voor een inleiding. U begrijpt dat dit als gevolg heeft dat ziekenhuizen elke dag heel druk zijn met deze inleidingen. Dit draagt eraan bij dat eerstelijns verloskundigen steeds meer moeite hebben om een plek te vinden voor andere vrouwen die het ziekenhuis nodig hebben. Zeker in de grote steden weten vrouwen inmiddels dat er een reële kans bestaat dat ze in een ziekenhuis in een andere plaats zullen bevallen. De vraag is of de voordelen van het aanbieden van een inleiding bij 41 weken aan alle vrouwen opweegt tegen de nadelen voor vrouwen zelf en met het oog op de verdringing van andere zorg.

Om met elkaar te beslissen welke zorg waardegedreven is, zullen we met alle stakeholders de verschillende uitkomsten moeten afwegen; de directe uitkomsten van moeder en kind rondom de bevalling, de uitkomsten op langere termijn later in het leven, de bijwerkingen van medische ingrepen, de ervaringen van vrouwen, kosten en het effect op zorg voor andere vrouwen. We zullen moeten bespreken hoe we deze uitkomsten zullen onderzoeken en welke waarde we aan de verschillende onderzoeksresultaten geven. Bij deze complexe materie is onderzoek gebaseerd op gerandomiseerde onderzoeken niet voldoende.

## **De relatie tussen onderzoeksvraag en vorm van onderzoek**

In evidence based practice wordt het gerandomiseerde onderzoek gezien als enige vorm van onderzoek waarmee bewezen kan worden of een interventie werkt. Een interventie kan een medische ingreep zijn of een bepaalde vorm van zorgverlening. Bij een gerandomiseerd onderzoek bepaalt het lot of iemand in de interventiegroep of in de controlegroep terecht komt. De hoogste vorm van bewijs is een systematische review met een meta-analyse, waarin de uitkomsten van verschillende gerandomiseerde onderzoeken zijn samengevat. De belangrijkste systematische reviews zijn ontwikkeld door de Cochrane Collaboration.

Een van de grondleggers van de Cochrane Collaboration, Murray Enkin, beschreef al in 2006 dat lang niet alle onderzoeksvragen geschikt zijn om te beantwoorden met een gerandomiseerd onderzoek. <sup>(48)</sup> Voor relatief eenvoudige vragen, zoals welk medicijn het beste is, is een gerandomiseerd onderzoek geschikt. Maar zodra vragen ingewikkelder worden en allerlei omgevingsfactoren een rol spelen zijn andere onderzoeksmethoden noodzakelijk. In plaats van een hiërarchie aan te brengen in het type onderzoek moeten we veel meer denken in de vorm van een waaier aan onderzoeksmethoden; de beste methode hangt af van het type onderzoeksvraag. <sup>(49)</sup> (Figuur 4) En vaak is een combinatie van methoden nodig om een vraag uit de praktijk te beantwoorden.



Figuur 4: Waaier van verschillende onderzoeksmethoden (met dank aan Marieke Mink, onderzoeksassistente afdeling Verloskundige Wetenschap)

Laten we nog eens naar het voorbeeld kijken van inleiden bij 41 weken zwangerschap. De richtlijn is gebaseerd op een meta-analyse van gerandomiseerde onderzoeken. Volgens de richtlijn zou het 'number needed to treat (NNT)' 395 zijn. Om één sterfte van een baby te voorkomen zouden 395 vrouwen moeten worden ingeleid. Sterfte is natuurlijk heel ernstig dus veel vrouwen en zorgverleners zullen een NNT van 395 acceptabel vinden. Maar onderzoek op basis van onze landelijke registratiedata van alle bevallingen in Nederland laat zien dat het NNT vele malen hoger ligt. <sup>(50)</sup> Dat komt omdat de gerandomi-



seerde studies in de meta-analyse allerlei beperkingen hebben. De sterfte in de afzonderlijke gerandomiseerde studies verschilde nogal en waren in buitenlandse onderzoeken hoger dan in Nederland. Aan de Nederlandse studie wilden de meeste vrouwen niet meedoen en de babysterfte onder deze vrouwen was lager dan in de gerandomiseerde studie. <sup>(51)</sup> De groep vrouwen in de studie lijkt dus geen goede afspiegeling te zijn van alle vrouwen. Ook heeft verder onderzoek inmiddels laten zien dat de voordelen van een inleiding bij 41 weken voor vrouwen die al eerder een kind hebben gehad zo klein zijn dat de nadelen waarschijnlijk groter zijn dan de voordelen, zeker als kosten worden meegewogen. <sup>(52)</sup> Kortom: om een goede richtlijn te maken over inleiden bij 41 weken zwangerschap is ook ander onderzoek nodig dan gerandomiseerde studies. Naast studies met registratiedata zijn dat ook vragenlijst- en interviewonderzoeken onder vrouwen en zorgverleners om zicht te krijgen op hun ervaringen.

Samen met onderzoekers uit Engeland en Australië hebben we met grote registratiestudies laten zien dat kinderen van vrouwen die een inleiding of keizersnede kregen vaker op latere leeftijd in het ziekenhuis worden opgenomen voor bijvoorbeeld een infectie. <sup>(53, 54)</sup> Ook hebben we laten zien dat vrouwen met een spontane bevalling na een jaar een betere seksuele gezondheid hebben dan vrouwen met een instrumentele bevalling of geplande keizersnede. <sup>(55)</sup> We zullen nog meer onderzoek doen

naar de relatie tussen zorg die een vrouw krijgt tijdens de baring en haar fysieke en mentale gezondheid op korte en lange termijn. Ook kijken we naar de impact van achtereenvolgende zwangerschappen op de gezondheid en ervaringen van vrouwen.

Het UMCG biedt geweldige mogelijkheden via Datapoort om allerlei registraties te gebruiken en te koppelen. Daarbinnen werken we samen met het Academisch Huisarts Ontwikkel Netwerk, het Data Science Center in Health (DASH) en Lifelines Next, een cohort binnen Lifelines van zwangeren die jarenlang gevolgd worden. We presenteren de resultaten bijvoorbeeld in populatie inzicht producten die gebruikt kunnen worden door een breed publiek. Met geavanceerde statistische technieken kunnen we gelijke groepen maken in die data en zo het effect van allerlei andere factoren verminderen. Tegelijk zijn we ons bewust van het gevaar van stigmatisering door allerlei verbanden te laten zien tussen bepaalde kenmerken van mensen en leefstijlfactoren of gezondheidsuitkomsten. Het moet niet zo zijn dat vrouwen een stempel krijgen alleen omdat ze in een bepaalde buurt wonen of een bepaald inkomen hebben. Net als in al onze onderzoeken zullen we deze studies daarom opzetten in nauw overleg met cliëntvertegenwoordigers en zorgverleners.

We maken ook gebruik van onderzoeksmethoden waarbij het implementeren van nieuwe zorg en de evaluatie hiervan hand

in hand gaan, zoals in design based research, actie onderzoek en realistische evaluatie. Deze methoden helpen om niet alleen te begrijpen dat iets werkt maar ook waarom iets in de ene regio wel werkt en in de andere niet. Zoals ik liet zien in het voorbeeld van inleiden bij 41 weken zwangerschap zijn veel vragen in de praktijk complex. Complexity science helpt ons om te begrijpen hoe allerlei factoren op elkaar inwerken, soms op een onvoorspelbare manier. <sup>(56)</sup>

#### De relatie tussen praktijk, onderwijs en onderzoek

Voor ons onderzoek werken we samen met cliëntenorganisaties, verloskundigenpraktijken en de docenten van de AVAG binnen het Childbirth Network. (Figuur 5)



Figuur 5: Het Childbirth Network van de afdeling Verloskundige Wetenschap

De relatie met cliëntenorganisaties Sterk uit Armoede, het Buikencollectief, de Geboortebeweging en de Nederlandse Patiëntenfederatie heeft ons geholpen de goede onderzoeksvragen te stellen en vragenlijsten begrijpelijk te maken voor alle vrouwen.

Binnen het Childbirth Network doen we onder andere onderzoek naar bekkenbodemplachten en andere klachten van vrouwen in de eerste weken na hun bevalling. Daar is tot nu toe nog veel te weinig aandacht voor omdat de focus vooral gericht is op de zwangerschap en de geboorte van het kind. <sup>(57)</sup>

Op de afdeling werken we samen met de secties Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde omdat we daar meer mee gemeen hebben dan u misschien zou denken. Ook bij ouderen en eigenlijk bij alle mensen is het bijvoorbeeld van belang dat ze een goede relatie hebben met hun zorgverlener.

Met andere vakgebieden, zoals verloskunde en sociale geneeskunde hebben we goede relaties binnen het consortium Zwangerschap en Geboorte Noord Nederland en het Netwerk Geboortezorg Noordwest Nederland. En samen met andere secties Verloskundige Wetenschap in het land vormen we het Midwifery Research Network Netherlands.

Ik heb u laten zien waarom meer Ubuntu noodzakelijk is in de geboortezorg. Op allerlei manieren werken wij aan het onderzoeken en verbeteren van relaties tussen vrouwen en zorgverleners, tussen zorgverleners onderling en tussen verschillende organisaties. Een belangrijke opgave is om culturele verschillen tussen mensen die ogenschijnlijk op elkaar lijken aan het licht te brengen en te overbruggen. Ook werken we aan een betere samenwerking tussen cliënten en hun vertegenwoordigers, praktijk, onderwijs en onderzoek. Met als doel dat elke vrouw het leven leidt dat bij haar past, ook als zij een kind krijgt.

## **Dankwoord**

Heel veel mensen hebben eraan bijgedragen dat ik hier sta als hoogleraar. Helaas kan ik niet iedereen noemen. Heel veel dank aan iedereen die steun geeft aan mij persoonlijk en professioneel en die ook onze afdeling ondersteunt in Groningen en Amsterdam.

Het College van Bestuur van de Rijksuniversiteit Groningen ben ik zeer erkentelijk voor het instellen van een gewone leerstoel waarmee het belang van Verloskundige Wetenschap wordt erkend. Mijn collega's en ik zullen deze leerstoel gebruiken om met goed onderzoek en onderwijs de geboortezorg in het noorden van het land te versterken. Wij voelen ons heel erg thuis als sectie Verloskundige Wetenschap binnen de afdeling Eerstelijns en Langdurige Zorg en zijn dankbaar voor de steun van afdelingshoofd Nynke Scherpbier. Daarnaast werken we graag samen met Jan Jaap Erwich en Menno Reijneveld en collega's van hun afdelingen Verloskunde en Sociale Geneeskunde.

Zonder de inzet van vrouwen, zorgverleners en anderen die aan onze onderzoeken deelnemen zouden we niets kunnen doen. Veel dank voor jullie enthousiaste deelname en voor het meedenken aan de opzet en uitvoering van onze studies.

Esther Feijen-de Jong en Lilian Peters, jullie geven met veel enthousiasme leiding aan de sectie Verloskundige Wetenschap

in Groningen. Jullie doen veel van wat ik als sectiehoofd zou moeten doen en het succes van ons onderzoek in Groningen is grotendeels aan jullie te danken. Ik leun op jullie en op Corine Verhoeven en Jens Henrichs die veel voor mij doen in Amsterdam. Steeds meer vormen we een hecht team over de IJssel heen. Dat team betreft ook onze universitair docenten, post-docs, promovendi, docent onderzoekers, ondersteunend personeel en studenten die bij ons werken of hebben gewerkt. Veel dank aan iedereen die onze afdeling tot bloei heeft laten komen door geweldig mooi werk te verrichten en er ook voor te zorgen dat we het goed hebben met elkaar. Ubuntu is belangrijk voor ons, ook als we die term niet gebruiken.

Dank docenten en andere medewerkers van de AVAG voor de goede samenwerking. Er wordt een mooi, nieuw curriculum ontwikkeld waarin wetenschap goed vervlochten wordt met de relevantie voor de praktijk. En jullie dragen bij aan het succes van de nieuwe masteropleiding. Relinde van der Stouwen, wat een prachtige dag vandaag, omdat jij het zo goed hebt georganiseerd, dank!

Het College van Bestuur van InHolland met voorzitter Bart Combee en mijn mede MT leden Wim Gorissen en Wilma Hendriks, dank voor de steun aan onze onderzoeksafdeling en dat jullie het belang zien van wetenschap voor het onderwijs en voor de verloskundige praktijk.

Veel dank aan alle cliëntenorganisaties en onderzoekers waar we mee samenwerken. In Amsterdam krijgen we veel steun

van collega onderzoekers binnen de Divisie Eerstelijnszorg, Public Health en Methodologie en van het Divisiebestuur onder leiding van Allard van der Beek. Verder werken we graag samen met onderzoekers in de onderzoeksinstituten Amsterdam Public Health en Amsterdam Reproduction and Development. Marianne Nieuwenhuijze en Hanneke Torij en andere collega's binnen het Midwifery Research Network Netherlands, mooi hoe we steeds meer samenwerken aan de passie om *midwifery*zorg aan vrouwen te verbeteren. Arie Franx, ik waardeer onze samenwerking; hoe verschillend we ook over sommige dingen denken, we vinden elkaar in de ambitie om de geboortezorg meer waardegedreven te laten zijn.

Toine Lagro-Jansen en Francois Schellevis, dank dat ik nog steeds veel van jullie kan leren als mijn mentoren.

Mijn collega's van verloskundigenpraktijk Vondelpark, Constance Erwich, Caroline Grootes en Sarah Nijssen; dankzij jullie leer ik nog elke dag wat er in de verloskundige praktijk echt toe doet.



Lieve vrienden, broer Peter en schoonzus Anita, nichten Loes en Monique. Ubuntu; de relaties met jullie maken het leven zo waardevol.

Lieve pa en ma; nu ik wat vaker in Groningen ben is het gemakkelijker om even langs te gaan in Hoogeveen. Veel dank voor jullie trouwe steun en medeleven. Mama, helaas ben je vandaag niet aanwezig maar ik weet dat je samen met tante Ferda online aan de computer zit gekluisterd. En we gaan ervoor dat je weer helemaal beter wordt!

Henny, Amanda, Zoë, Ephraïm, Matthew en Kelechi, dank dat we een stukje mogen meelopen in jullie leven, het maakt ons leven zoveel rijker.

Lieve Charles, ik ben omdat wij zijn. Wat een geluk, elke dag weer.

Hartelijk dank voor uw aandacht.

Ik heb gezegd.

## Figuren

Afbeelding voorkant: Wikimedia Commons Statuette Karaja  
MHNT.ETH.2010.24.08.jpg <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/2.0/fr/deed.en>

1. [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Logo-Ubuntu\\_cof-white\\_orange-hex.svg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Logo-Ubuntu_cof-white_orange-hex.svg) from [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Logo-Ubuntu\\_cof-white\\_orange-hex.svg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Logo-Ubuntu_cof-white_orange-hex.svg) with UploadWizard
2. Eigen ontwerp afdeling Verloskundige Wetenschap
3. Eigen ontwerp afdeling Verloskundige Wetenschap
4. Eigen ontwerp afdeling Verloskundige Wetenschap, Marieke Mink
5. Eigen ontwerp afdeling Verloskundige Wetenschap

## Referenties

1. Oppenheim C. Nelson Mandela and the Power of Ubuntu. *Religions*. 2012;3(2):369-88.
2. Stuit H. Ubuntu, the Truth and Reconciliation Commission and South African National Identity. *Thamyris/Intersecting*. 2010;20:83-102.
3. Kooiman N. Trends in (echt)scheidingen: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2022 [Available from: <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2022/trends-in--echt--scheidingen>].
4. Khan S, Ntakana, UM. . Theorising a theory of ubuntu – the divide between individualism compared to a socialistic understanding of African society. *African Journal of Social Work*. 2023;13(4):217-23.
5. CBS. Mensen met Nederlandse herkomst hebben meest gesegregeerde netwerk.: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2024 [Available from: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2024/08/mensen-met-nederlandse-herkomst-hebben-meest-gesegregeerde-netwerk>].
6. CBS. Opleidingssegregatie in Nederland gedaald: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2023 [Available from: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2023/15/opleidingssegregatie-in-nederland-gedaald>].
7. Ravelli ACJ, Eskes M, van der Post JAM, Abu-Hanna A, de Groot CJM. Decreasing trend in preterm birth and perinatal mortality, do disparities also decline? *BMC public health*. 2020;20(1):783.
8. Veer I VdHM, Roseboom T, Van Gaalen R. Vooral kinderen uit bijstandsgesinnen geen kansrijke start. Ouderlijke hulpbronnen in de eerste duizend dagen tot en met de basisschoolperiode. . Centraal Bureau voor de Statistiek 21/03/2023.
9. Burgos Ochoa L, Bertens LC, Garcia-Gomez P, Van Ourti T, Steegers EA, Been JV. Association of neighbourhood socioeconomic trajectories with preterm birth and small-for-gestational-age in the Netherlands: a nationwide population-based study. *Lancet Reg Health Eur*. 2021;10:100205.

10. Singh GK, Lee H. Trends and Racial/Ethnic, Socioeconomic, and Geographic Disparities in Maternal Mortality from Indirect Obstetric Causes in the United States, 1999-2017. *Int J MCH AIDS*. 2021;10(1):43-54.
11. Illes RA, Grace AJ, Niño JR, Ring JM. Culturally responsive integrated health care: Key issues for medical education. *Int J Psychiatry Med*. 2015;50(1):92-103.
12. Feijen-de Jong EI, Dalmaijer M, van der Stouwe RA, Jansen D, Warmelink JC. Experiences and needs of women in vulnerable situations receiving additional interventions in maternity care: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):536.
13. Feijen-de Jong EI, Warmelink JC, van der Stouwe RA, Dalmaijer M, Jansen D. Interventions for vulnerable pregnant women: Factors influencing culturally appropriate implementation according to health professionals: A qualitative study. *PLoS One*. 2022;17(8):e0272249.
14. Weiland S, Warmelink JC, Peters LL, Berger MY, Erwich J, Jansen D. The needs of women and their partners regarding professional smoking cessation support during pregnancy: A qualitative study. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*. 2022;35(2):127-34.
15. Weiland S, Peters LL, Berger MY, Erwich J, Jansen D. Women who smoke during pregnancy are more likely to be referred to an obstetrician during pregnancy and birth: results from a cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):479.
16. Russell S. Eradicating Racism From Maternity Care Begins With Addressing Implicit Bias. *Nurs Womens Health*. 2021;25(3):167-9.
17. NICE. Guideline. Inducing labour. Draft for consultation. . National Institute for Health and Care Excellence; 2021.
18. Douglass C, Lokugamage A. Racial profiling for induction of labour: improving safety or perpetuating racism? *BMJ*. 2021;375:n2562.
19. McRae DN, Janssen PA, Vedam S, Mayhew M, Mpofu D, Teucher U, Muhajarine N. Reduced prevalence of small-for-gestational-age and pre-

- term 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):e022220.
20. McRae DN, Muhajarine N, Janssen PA. Improving birth outcomes for women who are substance using or have mental illness: a Canadian cohort study comparing antenatal midwifery and physician models of care for women of low socioeconomic position. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):279.
  21. Homer CS. Models of maternity care: evidence for midwifery continuity of care. *Med J Aust*. 2016;205(8):370-4.
  22. RVS. Van overleven naar bloeien. Bestaansonzekerheid voorkomen en verminderen. . Raad voor Volksgezondheid en Samenleving; 2024.
  23. Huber M, van Vliet M, Boer I. Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*. 2016;160:A7720.
  24. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med*. 2010;7(7):e1000316.
  25. Actieprogramma Kansrijke Start. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport; 2018.
  26. Warmelink JC, Hoijtink K, Noppers M, Wiegers TA, de Cock TP, Klomp T, Hutton EK. An explorative study of factors contributing to the job satisfaction of primary care midwives. *Midwifery*. 2015;31(4):482-8.
  27. Feijen-de Jong EI, van der Voort-Pauw N, Nieuwschepen-Ensing EG, Kool L. Intentions to leave and actual turnover of community midwives in the Netherlands: A mixed method study exploring the reasons why. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*. 2022;35(6):e573-e82.
  28. Kool L, Feijen-de Jong EI, Schellevis FG, Jaarsma D. Perceived job demands and resources of newly qualified midwives working in primary care settings in The Netherlands. *Midwifery*. 2019;69:52-8.

29. Kool LE, Schellevis FG, Jaarsma D, Feijen-De Jong EI. The initiation of Dutch newly qualified hospital-based midwives in practice, a qualitative study. *Midwifery*. 2020;83:102648.
30. Kenens R BR. Cijfers uit de Nivel-registratie van verloskundigen. Resultaten van de peiling 2021. Utrecht: Nivel; 2021.
31. Cronie D, Perdok H, Verhoeven C, Jans S, Hermus M, de Vries R, Rijnders M. Are midwives in the Netherlands satisfied with their jobs? A systematic examination of satisfaction levels among hospital and primary-care midwives in the Netherlands. *BMC health services research*. 2019;19(1):832.
32. Perdok H, Cronie D, van der Speld C, van Dillen J, de Jonge A, Rijnders M, et al. Experienced job autonomy among maternity care professionals in The Netherlands. *Midwifery*. 2017;54:67-72.
33. van der Lee N, Driessen EW, Scheele F. How the past influences interprofessional collaboration between obstetricians and midwives in the Netherlands: Findings from a secondary analysis. *J Interprof Care*. 2016;30(1):71-6.
34. Integraal Zorgakkoord. Samen werken aan Gezonde Zorg.: ActiZ; De Nederlandse ggz; Federatie Medisch Specialisten; InEen; Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra; Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen; Nederlandse Zorgautoriteit; Patiëntenfederatie Nederland; Vereniging van Nederlandse Gemeenten; Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland; Zelfstandige Klinieken Nederland; Zorginstituut Nederland; Zorgthuisnl; Zorgverzekeraars Nederland; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2022.
35. De Jonge A, Downe S, Page L, Devane D, Lindgren H, Klinkert J, et al. Value based maternal and newborn care requires alignment of adequate resources with high value activities. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):428.
36. Gray M, Jani A. Promoting Triple Value Healthcare in Countries with Universal Healthcare. *HealthcarePapers*. 2016;15(3):42-8.

37. Koster D, Romijn C, Sakko E, Stam C, Steenhuis N, de Vries D, et al. Traumatic childbirth experiences: practice-based implications for maternity care professionals from the woman's perspective. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2020;34(3):792-9.
38. Perined. Clientvragenlijsten [Available from: <https://www.perined.nl/onderwerpen/clientvragenlijsten>].
39. van der Pijl MSG, Klein Essink M, van der Linden T, Verweij R, Kingma E, Hollander MH, et al. Consent and refusal of procedures during labour and birth: a survey among 11 418 women in the Netherlands. *BMJ Qual Saf*. 2023.
40. van der Waal R, van Nistelrooij I. Reimagining relationality for reproductive care: Understanding obstetric violence as "separation". *Nurs Ethics*. 2022;29(5):1186-97.
41. Feijen-de Jong EI, van der Pijl M, Vedam S, Jansen D, Peters LL. Measuring respect and autonomy in Dutch maternity care: Applicability of two measures. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*. 2020;33(5):e447-e54.
42. Seijmonsbergen-Schermer AE, Rooswinkel ETC, Peters LL, Verhoeven CJ, Jans S, Bloemenkamp K, de Jonge A. Trends in postpartum hemorrhage and manual removal of the placenta and the association with childbirth interventions: A Dutch nationwide cohort study. *Birth*. 2024;51(1):98-111.
43. Neppelenbroek EM, Ammerlaan AJM, van der Heijden OWH, van der Pijl MSG, Kaiser A, de Jonge A, Verhoeven CJM. Antenatal cardiotocography in primary midwife-led care: Women's satisfaction. *Birth*. 2023;50(4):798-807.
44. Neppelenbroek EM, van der Heijden OWH, de Vet HCW, de Groot AJJ, Daemers DOA, de Jonge A, Verhoeven CJM. Inter- and intraobserver agreement of antenatal cardiotocography assessments by maternity care professionals: A prospective study. *Int J Gynaecol Obstet*. 2024.

45. Neppelenbroek EM, Verhoeven CJM, van der Heijden OWH, van der Pijl MSG, Groenen CJM, Ganzevoort W, et al. Antenatal cardiotocography in dutch primary midwife-led care: Maternal and perinatal outcomes and serious adverse events. A prospective observational cohort study. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*. 2024;37(1):177-87.
46. Verrichten CTG door verloskundigen in de eerste lijn. *Nederlands Zorginstituut*; 2021.
47. *Beleid Zwangerschap 41 weken*. Federatie Medisch Specialisten; 2021 15-02-2021.
48. Enkin MW, Glouberman S, Groff P, Jadad AR, Stern A. Beyond evidence: the complexity of maternity care. *Birth*. 2006;33(4):265-9.
49. Zonder context geen bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving; 2017.
50. Ravelli ACJ, van der Post JAM, de Groot CJM, Abu-Hanna A, Eskes M. Does induction of labor at 41 weeks(early, mid or late) improve birth outcomes in low-risk pregnancy? A nationwide propensity score-matched study. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2023;102(5):612-25.
51. Bruinsma A, Keulen JK, Kortekaas JC, van Dillen J, Duijnhoven RG, Bossuyt PM, et al. Elective induction of labour and expectant management in late-term pregnancy: A prospective cohort study alongside the INDEX randomised controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X*. 2022;16:100165.
52. Bruinsma A, Keulen JK, van Eekelen R, van Wely M, Kortekaas JC, van Dillen J, et al. Cost-effectiveness analysis of induction of labour at 41 weeks and expectant management until 42 weeks in low risk women (INDEX trial). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X*. 2023;17:100178.
53. Dahlen HG, Thornton C, Downe S, de Jonge A, Seijmonsbergen-Schermers A, Tracy S, et al. Intrapartum interventions and outcomes for women and children following induction of labour at term in uncomplicated pregnan-



- cies: a 16-year population-based linked data study. *BMJ open*. 2021;11(6):e047040.
54. Peters LL, Thornton C, de Jonge A, Khashan A, Tracy M, Downe S, et al. The effect of medical and operative birth interventions on child health outcomes in the first 28 days and up to 5 years of age: A linked data population-based cohort study. *Birth*. 2018;45(4):347-57.
  55. Fanshawe AM, De Jonge A, Ginter N, Takács L, Dahlen HG, Swertz MA, Peters LL. The Impact of Mode of Birth, and Episiotomy, on Postpartum Sexual Function in the Medium- and Longer-Term: An Integrative Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*. 2023;20(7).
  56. Carey G, Malbon E, Carey N, Joyce A, Crammond B, Carey A. Systems science and systems thinking for public health: a systematic review of the field. *BMJ open*. 2015;5(12):e009002.
  57. Meyling MMG, Frieling ME, Vervoort JPM, Feijen-de Jong EI, Jansen D. Health problems experienced by women during the first year postpartum: A systematic review. *European journal of midwifery*. 2023;7:42.





**Ank de Jonge** is opgeleid als verloskundige in Engeland. Zij deed haar Master in Public Health aan Edinburgh University. Gepassioneerd over de noodzaak om het werk van verloskundigen wetenschappelijk te onderbouwen, is ze in 2008 gepromoveerd aan de Radboud Universiteit op het onderwerp baringshoudingen tijdens de uitdrijving. Sinds 2009 werkt zij bij de afdeling Verloskundige Wetenschap (VW) die is gestart vanuit de samenwerking tussen de Academie Verloskunde Amsterdam Groningen van InHolland en het VU medisch centrum. Vanaf 2017 is deze samenwerking uitgebreid met het UMCG. Ank is afdelingshoofd van de afdeling VW die bestaat uit de afdeling VW aan Amsterdam UMC en de sectie VW van afdeling Eerstelijns en Langdurige Zorg aan het UMCG. Sinds 2019 is zij hoogleraar Verloskundige Wetenschap aan de VU. Daarnaast werkt zij als eerstelijns verloskundige bij verloskundigenpraktijk Vondelpark in Amsterdam.

