

prof.dr. A. de Jonge

# TIJD VOOR VERLOSKUNDIGE ZORG MET VROUWEN



 **Amsterdam UMC**  
Universitair Medische Centra

**VU**  **VRIJE  
UNIVERSITEIT  
AMSTERDAM**

prof.dr. A. de Jonge

# TIJD VOOR VERLOSKUNDIGE ZORG MET VROUWEN

Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar  
Midwifery Science bij de Faculteit der Geneeskunde/Amsterdam UMC  
van de Vrije Universiteit Amsterdam op 22 januari 2021.

Mijnheer de Rector Magnificus,

Zeer gewaardeerde toehoorders, zij het digitaal,

### **Wat hieraan vooraf ging**

Vandaag schrijven wij historie. Voor het eerst in de geschiedenis spreekt een Nederlandse verloskundige haar oratie uit bij het aanvaarden van een leerstoel binnen een Nederlandse universiteit. Het is een bekroning op het jarenlange werk van velen om de verloskundige wetenschap in Nederland te laten bloeien. Als ik zeg dat ik sta op de schouders van reuzen dan moet ik wel een duizendpoot zijn – zoveel schouders dragen deze leerstoel.

Zo ontwikkelde de werkgroep onderzoek en scholing (WOS) van de Nederlandse Organisatie van Verloskundigen in 1990 de eerste cursus basisbeginselen wetenschappelijk onderzoek voor verloskundigen, georganiseerd door verloskundige dr. Esteriek de Miranda en gynaecoloog prof. Marc Keirse. Dr. Barbara Kwast promoveerde als eerste Nederlandse verloskundige in 1985 aan de universiteit in Cardiff en in 1996 promoveerde dr. Rita Iedema als eerste verloskundige in Nederland.

Bijzonder hoogleraren Midwifery Science zijn mij voorgegaan; professoren Simone Buitendijk, Raymond de Vries en Eileen Hutton. Inmiddels zijn al vier verloskundigen hoogleraar; behalve ik zijn dat mijn zeer gewaardeerde collega prof. Corine Verhoeven, prof. Marianne Nieuwenhuijze en gastprofessor Yvonne Fontein-Kuipers. Daarnaast zijn Hanneke Torij en dr. Ageeth Rosman allebei lector.

Het werd tijd dat deze leerstoel er kwam. Nederland is internationaal nog steeds een voorbeeld met een sterke verloskundige beroepsgroep en een vrije keuze voor vrouwen in de plaats van bevalling. Alle beroepsgroepen in de geboortezorg mogen er trots op zijn dat we met elkaar de keuze voor thuis bevallen in stand houden en dat deze cultuur nu immaterieel erfgoed is geworden in Nederland.(1) Nu maken we ook een inhaalslag in het wetenschappelijk onderbouwen van het werk van verloskundigen.

Ik wil u laten zien waarom de tijd rijp is voor de Verloskundige Wetenschap als wetenschappelijke discipline en voor het vakgebied *midwifery* in de geboortezorg. Ook is het de hoogste tijd dat vrouwen, hun partners en hun vertegenwoordigers mede vorm geven aan de inhoud van de zorg, het onderwijs en onderzoek.

### **Midwifery zorg met vrouwen**

Binnen mijn leerstoel 'Verloskundige wetenschap' doen wij onderzoek naar het vakgebied *midwifery*. Ik houd van het woord *midwifery* en ik zou willen dat hier een goede Nederlandse term

voor bestond. *Midwife* is samengesteld uit de oud Engelse woorden 'mid' en 'wife' die respectievelijk 'met' en 'vrouw' betekenen.(2) Een midwife is dus een zorgverlener die 'met de vrouw is'. In tegenstelling tot de titel 'verloskundige' in het Nederlands, verwijst *midwife* niet naar de zorgverlener maar naar de vrouw waar het om draait. Verloskundigen (*midwives* in het Engels) verlenen een groot deel van de *midwifery* zorg. Maar ook gynaecologen, kraamverzorgenden, verpleegkundigen, kinderartsen en andere zorgverleners verlenen een deel van deze zorg.

Wereldwijd wordt gepleit voor een verbreding van de focus in de geboortezorg naar *midwifery*. (3-7) Het vakgebied *midwifery* is gedefinieerd op basis van vele onderzoeken naar wat vrouwen in de hele wereld belangrijk vinden in de geboortezorg. *Midwifery* is ondersteunende zorg aan vrouwen die hen in staat stelt zwanger te zijn en een kind te krijgen op een manier die het beste bij hen past.(3) Dit sluit goed aan bij de definitie van positieve gezondheid waarin veerkracht en eigen regie kernwaarden zijn.(8)

In de afgelopen tientallen jaren is de aandacht in de geboortezorg vooral gericht geweest op de kleine groep vrouwen en baby's die complicaties ontwikkelen. En met resultaat. De zorg voor vrouwen met hoge bloeddruk is bijvoorbeeld enorm verbeterd en dat heeft ertoe geleid dat minder vrouwen als gevolg hiervan overlijden.(9) Maar deze verbeteringen hebben een prijs. De nadruk op risico's en complicaties hebben wereldwijd geleid tot een enorme toename aan medische ingrepen tijdens de zwangerschap en bevalling.(2) Dit leidt tot blootstelling van grote groepen vrouwen aan potentiële bijwerkingen van deze ingrepen, tot gefragmenteerde en onpersoonlijke zorg en tot stijgende zorgkosten die bijna niet meer op te brengen zijn. Om dit tijt te keren wordt gepleit voor meer *midwifery* zorg.

### **Tijd voor verloskundige zorg**

'Tijd hebben' is een van de belangrijkste elementen in het vakgebied *midwifery*; tijd voor persoonsgerichte zorg en tijd voor het opbouwen van een relatie met vrouwen. Maar dit element 'tijd' staat onder druk, wordt ondergewaardeerd en dreigt verloren te gaan in het streven naar geprotocolleerde en meetbare zorg.

Er bestaan twee soorten tijd, ieder gesymboliseerd door een Griekse god uit de klassieke oudheid, namelijk Chronos en Kairos.(10) In de geboortezorg is de balans tussen deze twee soorten tijd teveel doorgeslagen naar Chronostijd en ik zal laten zien waarom het belangrijk is deze balans te herstellen.

Chronos gaat over kloktijd die orde en structuur aanbrengt en is universeel, statisch, kwantitatief en lineair.(10) Deze tijd is erg belangrijk voor het soepel laten verlopen van veel processen in onze maatschappij, zoals het op tijd laten rijden van treinen. (10) Kairos gaat juist over de onderbreking

van de kloktijd waarin we letterlijk ‘de tijd vergeten’ en waarin ruimte ontstaat voor nieuwe ervaringen en mogelijkheden. De god Kairos wordt afgebeeld met een enorme haarlok die heen en weer slingert en die je op het juiste moment moet vastgrijpen als je die wilt pakken. Kairos is subjectief, dynamisch en kwalitatief en gaat over de juiste dingen doen op het juiste moment. Welnu, u hoeft geen verloskundige te zijn om te begrijpen dat deze Kairos in de geboortezorg uitermate belangrijk is. Geen zwangere is hetzelfde en geen bevalling is hetzelfde. En geboortezorg zou dus ook toegespitst moeten zijn op de individuele behoeften en kenmerken van vrouwen en hun gezinnen – zie hier de link met *midwifery*.

In de huidige geboortezorg is Chronos dominant. Sinds geboortes niet als vanzelfsprekend thuis plaats vinden maar steeds meer binnen de muren van het ziekenhuis, zijn vrouwen onderworpen aan de regels en normen van dit instituut.(11) Zodra vrouwen een ziekenhuis binnen lopen krijgen zij veel expliciete en impliciete boodschappen over hoe ze zich moeten gedragen. Er zijn steeds meer protocollen die bijvoorbeeld voorschrijven hoe lang de zwangerschap, ontsluiting en uitdrijving mogen duren en wanneer een vrouw weer naar huis ‘mag’ gaan. Het ziekenhuis is een bedrijf dat gericht is op productie draaien in plaats van dienstbaar te zijn aan de zorgvragen die vrouwen hebben.(12)

Overigens kan dat ook gezegd worden over de verloskundige zorg in de wijk, in de eerstelijns. Zelf werk ik als eerstelijns verloskundige in Amsterdam. Als twee vrouwen tegelijk weeën hebben bel ik een collega verloskundige van een andere praktijk met de vraag of zij bijvoorbeeld een vaginaal onderzoek wil doen. Veel moeilijker vind ik het om een verloskundige te vragen om een paar uur naast een vrouw te gaan zitten die ondersteuning nodig heeft, maar nog lang niet gaat bevallen. Dit is toch vreemd. Het zou net zo acceptabel moeten zijn om een collega te bellen voor ‘Kairos zorg’ oftewel het bieden van ondersteuning als voor ‘Chronos zorg’, namelijk het verrichten van medische handelingen.

Wel zijn er hoopvolle veranderingen gaande. Met de aandacht voor waardegedreven gezondheidszorg verschuift het accent van standaard protocollen naar het leveren van zorg die aansluit bij persoonlijke waarden van patiënten.(13) Dit is geen gemakkelijke verandering, zeker niet zolang de financiering van de zorg nog gericht is op handelingen die zorgverleners verrichten en veel minder op de ondersteuning die ze bieden. Toch weten we uit onderzoek dat het geven van ondersteuning minstens zo belangrijk is voor een goede gezondheid van moeder en kind als het uitvoeren van medische handelingen.

Zo is een internationale meta-synthese gedaan naar zorg in geboortecentra.(12) Volgens vrouwen hebben verloskundigen in geboortecentra veel meer dan op de verloskamers in ziekenhuizen de tijd

om gewoon aanwezig te zijn tijdens een baring in plaats van dat ze steeds dingen moeten doen.(12) Aha, minder Chronos en meer Kairos dus. Verloskundigen in geboortecentra hebben meer tijd om een relatie met vrouwen op te bouwen, waardoor vrouwen op hun beurt ervaren dat ze meer regie hebben over hun bevalling. Deze relatie tussen vrouwen en hun zorgverleners lijkt een belangrijke reden voor het feit dat vrouwen in geboortecentra minder medische ingrepen krijgen en dus minder blootgesteld worden aan de bijwerkingen daarvan. Ook in Nederland zou dit wel eens ten grondslag kunnen liggen aan de bevinding dat vrouwen met een laag risico op complicaties die aan het begin van de baring al in het ziekenhuis onder controle zijn drie keer zo vaak een keizersnede krijgen vergeleken met vrouwen die onder controle zijn van de eerstelijns verloskundige.(14)

De schrijver Abdelkader Benali schreef over de geboorte van zijn dochter en de rol van de verloskundige(15) en ik citeer:

*‘In de geboortekamer hebt u mijn vrouw ondersteund met afwisselend zachte woorden en ferme aansporingen. U las haar lichaam zoals een kapitein het water leest. U vertelde mijn vrouw wat er in haar lichaam gebeurde, u vertelde wat het lichaam ging doen. U vertelde mijn vrouw wat zij kon doen om het lichaam mee te laten bewegen met het verlangen een kind op de wereld te zetten.’*

Abdelkader Benali verwoordt op een prachtige manier de zorg waarvoor Marianne Prins en Beata Franso de term *watchful attendance* hebben bedacht en die vaak, maar niet uitsluitend, door verloskundigen wordt verleend. Het gewoon aanwezig zijn en inspelen op wat een vrouw op elk moment nodig heeft vereist medische kennis om een fysiologische zwangerschap en bevalling te kunnen begeleiden en ook om medische ingrepen toe te passen of te adviseren indien wenselijk. Het is veel moeilijker om goed onderbouwd af te wachten en op het juiste moment iets te doen dan om routinematig een protocol uit te voeren.

Overigens is het beperken van ingrepen geen doel op zich. Hoewel vrouwen wereldwijd het liefst met zo weinig mogelijk medische ingrepen hun kind krijgen(16) gaat Kairos over het juiste doen op het juiste moment. En dat kan ook zijn al bij de eerste weeën een ruggenprik regelen als een vrouw daar goed geïnformeerd voor kiest. Wel hebben wij laten zien dat het aantal vrouwen dat bijvoorbeeld een knip of een keizersnede krijgt zo enorm verschilt tussen landen en regio's dat het onmogelijk is dat dit komt door medische factoren of het verschil in wensen van vrouwen.(17, 18) Het is belangrijk om ervoor te zorgen dat vrouwen niet teveel en niet te weinig ingrepen krijgen.

Het verbreden van de focus in de geboortezorg naar *midwifery* kan versterkt worden door technologische voortuitgang. Zo kunnen bijvoorbeeld predictiemodellen op basis van kenmerken van vrouwen en laboratorium- en echo-uitslagen mogelijk voorspellen of vrouwen baat hebben bij meer

of juist minder medische ingrepen tijdens de zwangerschap.(19) Maar ook als deze predictiemodellen steeds beter worden, is het belangrijk dat zorgverleners kritisch blijven nadenken en met een individuele vrouw bespreken wat zij nodig heeft. *Personalised medicine* zou moeten beginnen met zogenaamde *personalised* preventie en ondersteuning.

Ik zie positieve veranderingen waardoor Chronos en Kairos in de hele geboortezorgketen meer in balans komen. Zo is de titel van recente richtlijnen van de Wereldgezondheidsorganisatie *Antepartum en Intrapartum care for a positive childbirth experience*.(20, 21) Voor het eerst staat de ervaring van vrouwen centraal in de titel van deze richtlijnen. Hierin wordt bijvoorbeeld benadrukt dat de tijd waarin de ontsluiting plaatsvindt enorm varieert tussen vrouwen en dat de richtlijn van één centimeter per uur die vaak gehanteerd wordt veel te optimistisch is.(21) De aanbeveling is om minder snel in te grijpen om de baring te versnellen, mits de conditie van moeder en kind goed zijn.

### **De kunst van niet handelen**

Toch valt het in de praktijk niet mee om niet in te grijpen.(22, 23) Artsen en verloskundigen leggen de eed van Hippocrates af en beloven in de eerste plaats geen kwaad te doen met hun handelen. Je zou dus denken dat het hen zwaarder wordt aangerekend als complicaties zijn opgetreden na onnodig medisch handelen dan als diezelfde complicaties zijn ontstaan tijdens het natuurlijk beloop van een zwangerschap of bevalling. Niets is minder waar. Als er een ernstige complicatie optreedt en een verloskundige heeft niet, of te laat, verwezen naar een gynaecoloog of een gynaecoloog heeft geen keizersnede verricht dan worden hier vragen over gesteld in een perinatale audit bespreking waarin zorgverleners bevallingen met een ernstige uitkomst bespreken. Zelden worden er vragen gesteld over handelingen die onnodig zijn verricht. Ook in een analyse van casus die bij de inspectie werden gemeld werd beschreven welke zorg te weinig of te laat was gegeven, maar niet of onnodige zorg mogelijk tot bijwerkingen had geleid.(24) Zolang zorgverleners bang moeten zijn afgerekend te worden op wat ze niet doen en niet op wat ze onnodig doen, is het logisch dat het aantal verwijzingen naar het ziekenhuis en het aantal ingrepen blijven toenemen.

Het klinkt mooi, die noodzakelijke verschuiving van de focus op risico's en complicaties naar het versterken van veerkracht en eigen regie. Maar we zullen heel hard moeten werken om dit in praktijk te brengen. Zorgverleners, zwangere vrouwen en de maatschappij als geheel hebben een onrealistisch groot vertrouwen in het uitbannen van risico's door medische handelingen.

Veel technieken en medicijnen waarvan nog niet bekend is of ze zinvol zijn, of waarvan al bekend is dat ze niet effectief zijn en zelfs nadelen hebben, worden op grote schaal gebruikt, terwijl bewezen effectieve preventieve zorg niet wordt ingevoerd. Ik laat dit graag zien met twee voorbeelden.

**Fatima Akin** is zwanger van haar tweede kind en wil graag thuis in bad bevallen. Rond 30 weken zwangerschap biedt de verloskundige aan om een extra echo te maken, hoewel ze geen redenen heeft om aan de gezondheid van de baby te twijfelen. De echoscopiste ziet een baby die wat klein lijkt en Fatima wordt verwezen naar het ziekenhuis. Op vervolg echo's blijft de baby wat aan de kleine kant. Bij 39 weken zwangerschap wordt daarom besloten om de baring in te leiden om babysterfte door groeivertraging te voorkomen. Zoon Ibrahim heeft bij de geboorte een goede start, blijkt toch groter dan gedacht en gaat na de bevalling met Fatima mee naar huis.

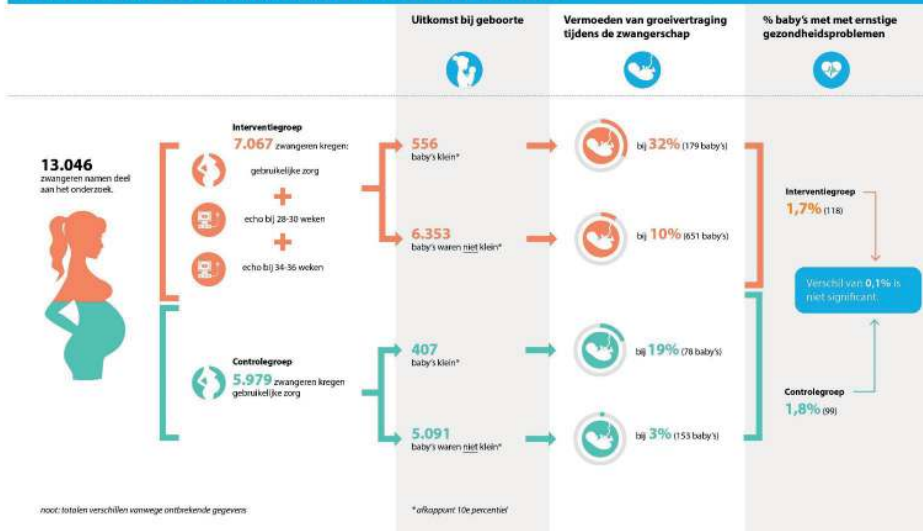
**Ellen van Gaal** is zwanger van haar eerste kind. Ze begint haar zorg bij een verloskundigenpraktijk en leert de vier verloskundigen allemaal kennen. Ze heeft veel last van stress en belt veel naar de dienstlijn met allerlei vragen. Bij 29 weken wordt ze verwezen naar het ziekenhuis omdat ze de baby steeds niet goed voelt bewegen, hoewel de hartfilmpjes die gemaakt worden er goed uit zien. Verloskundigen en gynaecologen in het ziekenhuis nemen de zorg over. Bij 33 weken krijgt Ellen buikpijn, gaat naar het ziekenhuis en bevalt van haar dochter Anouk. Anouk doet het goed en gaat na twee maanden naar huis. Zij zal nog regelmatig op controle gaan in het ziekenhuis want zij heeft meer kans op ontwikkelingsproblemen omdat zij te vroeg geboren is. (25)

Als de zorg die Ellen en Fatima hebben ontvangen in een perinatale auditbijeenkomst besproken zou worden, zouden er weinig vraagtekens gezet worden bij het handelen van de zorgverleners. Toch durf ik te beweren dat beide vrouwen sub-standaard zorg hebben gekregen. Zeker, de zorgverleners hebben hun uiterste best gedaan binnen het geboortezorgsysteem dat wij hebben.

Maar Fatima is onnodig blootgesteld aan diagnostiek en daarmee aan de bijwerkingen ervan. Wij hebben in de IRIS studie laten zien dat het routinematig aanbieden van echo's aan vrouwen zonder indicaties niet leidt tot betere uitkomsten bij baby's en wel leidt tot iets meer inleidingen van de baring, vergeleken met het doen van echo's als zorgverleners dit nodig achten. (Figuur 1) (26)



Opsporen van groeivertraging m.b.v. extra echo's in het derde trimester.



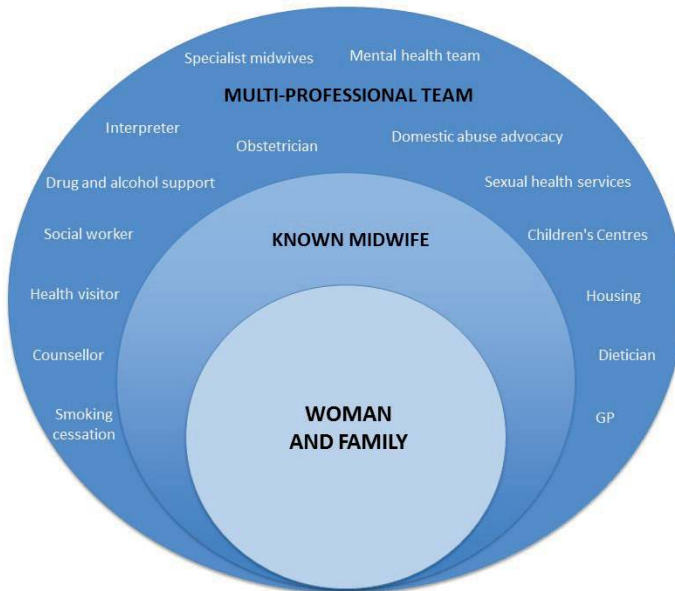
Figuur 1: Uitkomsten van de IRIS (IUGR Risk Selection) studie naar het effect van het standaard aanbieden van twee echo's in de tweede helft van de zwangerschap aan vrouwen met een laag risico op complicaties op de gezondheid van de baby en kosten.

Doordat Fatima een routine echo heeft gehad zonder indicatie en vervolgens is verwezen naar het ziekenhuis is zij verder begeleid door een onbekend team zorgverleners, kon zij niet thuis bevallen en heeft ze een infuus gekregen waardoor zij niet in bad kon bevallen. Bovendien zijn zij en baby Ibrahim vanaf het begin van de bevalling blootgesteld aan oxytocine om de weeën op te wekken. Oxytocine kan leiden tot stress bij de baby en daarom werd de hartslag van de baby continue in de gaten gehouden met een monitor. In ons onderzoek met behulp van grote datasets uit Australië zagen we een verband tussen het gebruik van oxytocine tijdens de bevalling en bijvoorbeeld ziekenhuisopnames voor infecties bij het kind tot een leeftijd van vijf jaar.(27) Dit hoeft nog niet te betekenen dat er een oorzakelijk verband is, maar deze bevindingen vragen wel om nader onderzoek en terughoudendheid met ingrepen als het nut onzeker is.

Ellen is te vroeg bevallen. Een medicijn dat het aantal vroeggeboortes met een kwart kan verminderen heeft zij niet gekregen. Als u dit hoort bent u vast verbaasd dat zorgverleners niet zouden constateren dat hier sub-standaard zorg is geleverd. Dat komt omdat het medicijn niet gemakkelijk is toe te dienen, zoals met een pil of een injectie. Het medicijn bestaat namelijk uit de manier waarop de zorg is georganiseerd.

### Continuïteit van zorgverlener

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat minder vroeggeboortes voorkomen als vrouwen begeleid worden door één of een team vaste verloskundigen tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamperiode. (28-30) (Tabel 1) Vanuit de relatie met een vrouw en gericht op haar behoeften en wensen, plant, coördineert en verleent een verloskundige de zorg in nauwe samenwerking met andere zorgverleners waar nodig. (Figuur 2)



Figuur 2: Continue zorg door verloskundigen.

Met toestemming overgenomen uit: Sandall J, Coxon K, Mackintosh N, Rayment-Jones H, Locock L, Page L (2016). Relationships: the pathway to safe, high-quality maternity care: report from the Sheila Kitzinger symposium at Green Templeton College, Oxford, October 2015.

Deze zorg leidt ook tot minder babysterfte voor 24 weken zwangerschap, minder medische ingrepen, meer tevredenheid onder vrouwen en minder kosten.(28-30) De voordelen lijken nog groter onder vrouwen in kwetsbare situaties .(29-31) In de literatuur en richtlijnen van de Wereldgezondheidsorganisatie wordt continue zorg door verloskundigen aanbevolen in landen met een goed functionerende verloskundige beroepsgroep.(3, 20, 21)

Tabel 1: Vergelijking van continue zorg door verloskundigen met andere zorgmodellen: hierbij waren gynaecologen of huisartsen verantwoordelijk of zorgverleners waren samen verantwoordelijk voor de zorg in zogenaamde *shared care*. (Cochrane systematische review van gerandomiseerde onderzoeken)(28)

Uitkomst	Aantal studies	Aantal vrouwen	Gemiddelde risk ratio, 95% Betrouwbaarheidsinterval, RR (95% BI)
Doodgeboorte voor 24 weken zwangerschap	14	17.674	0,81 (0,67 – 0,98)
Babysterfte vanaf 24 weken zwangerschap	12	17.359	1,00 (0,67 – 1,49)
Vroeggeboorte	8	13.238	0,76 (0,64 – 0,91)
Instrumentele vaginale geboorte	13	17.501	0,90 (0,83 – 0,97)
Oxytocine om weeën op te wekken tijdens de bevalling	12	15.194	0,88 (0,78 – 0,99)
Knip	14	17.674	0,84 (0,77 – 0,92)
Epidurale anaesthesie	14	17.674	0,85 (0,78 – 0,92)
Keizersnede	14	17.674	0,92 (0,84 – 1,00)
Opname baby op intensive care afdeling	13	17.561	0,90 (0,78 – 1,04)
Tevredenheid	10	Verschillend gemeten, in de meeste studies waren vrouwen meer tevreden.	
Kosten	7	Verschillend gemeten, trend naar minder kosten.	

Uit internationaal onderzoek blijkt dat verloskundigen die continue zorg verlenen meer tevreden zijn met hun werk en minder snel burn-out raken; niet onbelangrijk in een tijd van grote personele tekorten in de zorg.(32) Continue zorg is dus niet alleen goed voor vrouwen, maar ook voor verloskundigen.(33)

Overigens heeft continue zorg door andere zorgverleners ook buiten de geboortezorg eveneens positieve effecten. Zo blijkt dat een continue relatie tussen patiënten met huisartsen of specialisten leidt tot minder sterfte.(34) In Engeland wordt geëxperimenteerd met modellen van continue geboortezorg waarbij een team verloskundigen samenwerkt met één vaste gynaecoloog.(35) Het is

aannemelijk dat ook vrouwen die de hele zwangerschap in het ziekenhuis onder controle zijn, baat hebben bij een vast team van gynaecologen en verloskundigen.

We weten al heel lang dat continue zorg door zorgverleners alleen maar positieve effecten heeft en geen bijwerkingen en het is daarom verrassend dat hier nu pas wereldwijd aandacht voor is in de geboortezorg. Medicijnen met minder zekerheid omtrent effecten en met potentiële bijwerkingen worden veel sneller ingevoerd en vervolgens wordt pas onderzocht of en hoe ze werken. Zo is het gebruikelijk dat vrouwen waarbij de bevalling zich te vroeg aankondigt behandeld worden met weeënremmers. Gelukkig heeft het NVOG onderzoeksconsortium op dit moment een mooie lijn van onderzoeken lopen om te evalueren of het wel zinvol is om weeënremmers te geven en zo ja, welke dan en voor hoe lang.(36)

Het is nu eenmaal gemakkelijker om aan te nemen dat een medicijn werkt dan iets dat zo complex is als preventie. De Corona pandemie, hoe vreselijk ook, laat zien hoe belangrijk niet-medische factoren zijn voor gezondheid. Zo is het aantal vroeggeboorten gedaald tijdens het begin van de pandemie.(37) Meer onderzoek is nodig naar de oorzaken hiervan en ook of deze daling niet gepaard is gegaan met een stijging in doodgeboorten. Maar een ding is duidelijk: het aantal vroeggeboortes is niet gedaald door meer zorg en meer medische handelingen. Of het nu zit in minder ingrijpen, betere hygiëne, minder stress door thuis werken of wat dan ook, deze bevinding laat zien dat niet medische factoren een enorme impact hebben op gezondheid. In dit licht is het effect van continue zorg door verloskundigen op het verminderen van vroeggeboorte beter te begrijpen.

### **Juiste zorg op het juiste moment door de juiste zorgverlener**

Invoering van continue zorg wordt in ons land vergemakkelijkt door de goede samenwerking die er al is in de geboortezorgketen. Recent zijn wij gevraagd deel te nemen aan een opdracht van de National Academies of Science, Engineering and Medicine (NASEM) in de Verenigde Staten.(38) De vraag was om vier geboortezorgsystemen te beschrijven met betere uitkomsten en lagere kosten dan de V.S., waaronder het systeem in Nederland. Eén van de conclusies was dat de geboortezorg in deze vier landen goed geïntegreerd is in de zorgketen, in tegenstelling tot de geboortezorg in de V.S. Bij het inzetten van noodzakelijke verbeteringen in de integrale geboortezorg is het daarom ook belangrijk om te koesteren wat goed gaat. Dit is spannend. Zeker als we overgaan naar integrale bekostiging. Internationale ervaringen leren dat in de strijd om schaarse middelen, medische ingrepen voorrang krijgen, of ze nu noodzakelijk zijn of niet.(13) Een ruggenprik moet voor elke vrouw beschikbaar zijn (terecht overigens) maar tijd voor continue ondersteuning die een ruggenprik mogelijk had kunnen voorkomen is er vaak niet. Bij het vormgeven van integrale bekostiging zullen *midwifery* zorg en *watchful attendance* daarom apart gefinancierd moeten worden als belangrijke zorginterventies.

Uiteraard is het van belang dat zorgverleners in de hele geboortezorgketen hun zorg goed op elkaar afstemmen. Uit onderzoek blijkt dat de verloskundige de enige zorgverlener is die met alle andere groepen zorgverleners in de geboortezorg contact heeft.(39) Waar de huisarts de continue factor is in medische zorg tijdens de hele levensloop, is de verloskundige dat in de geboortezorg en de jeugdverpleegkundige en jeugdarts zijn dat voor kinderen. Een soepele overgang van huisarts naar verloskundige en vervolgens naar de jeugdgezondheidszorg is essentieel. Daarnaast is bij alle vrouwen een goede samenwerking van verloskundigen met kraamverzorgenden belangrijk en waar nodig met gynaecologen, kinderartsen, obstetrie verpleegkundigen en andere zorgverleners en welzijnswerkers.

Risicoselectie is wereldwijd een belangrijk element van goede samenwerking in de geboortezorg. Door middel van risicoselectie krijgen vrouwen en baby's de juiste zorg die ze nodig hebben, niet teveel en niet te weinig, en van de zorgverlener die die zorg het beste kan leveren.(40) De Nederlandse verloskundige indicatielijst (VIL) wordt gebruikt om met vrouwen te bespreken of ze beter in de eerstelijns of in de tweedelijns zorg kunnen ontvangen. Deze is echter gebaseerd op een te beperkte taakomschrijving van de eerstelijns verloskundige die zorg verleent aan vrouwen met een laag risico op complicaties. Dit leidt tot een onacceptabel hoog aantal verwijzingen van de eerste- naar de tweedelijns, zowel tijdens de zwangerschap als tijdens de baring. Bij zogenaamde *mid-risk* factoren, zoals de wens naar pijnmedicatie, worden vrouwen verwezen naar de tweedelijns waar ziekenhuis verloskundigen de zorg vaak overnemen. Deze verloskundigen begeleiden de bevalling van bijna 80% van alle vrouwen in het ziekenhuis en bij 40% doen zij dat zonder betrokkenheid van een gynaecoloog, terwijl gynaecologen vooral betrokken zijn bij vrouwen met ernstige medische complicaties.(41) De verloskundige indicatielijst biedt aan verloskundigen in de eerstelijns houvast over taken en bevoegdheden die verloskundigen in het ziekenhuis ontberen. Het is daarom goed dat het College van Perinatale Zorg nieuwe samenwerkingsafspraken ontwikkelt, waarbij verantwoordelijkheden duidelijk afgebakend zouden moeten worden tussen autonome zorgverleners met ieder hun eigen expertise. Deze afspraken zouden ertoe moeten leiden dat verloskundigen in de eerstelijns en in het ziekenhuis weer één beroepsgroep vormen die allemaal continue zorg bieden aan vrouwen met een laag risico en met *mid-risk* factoren.

Uiteraard moeten de afspraken over samenwerking ook leiden tot veilige zorg. Traditioneel ligt de focus in het verbeteren van veiligheid op de Safety-I benadering.(42) Deze benadering is gebaseerd op de aanname dat er een lineair verband is tussen zorg die niet volgens de standaard is geleverd en uitkomsten. De zorg, waaronder de geboortezorg, is echter zo complex geworden dat het niet mogelijk is om alle onderdelen precies te begrijpen en te beheersen. Ook houden zorgverleners zich niet altijd aan een richtlijn of protocol. En dat is maar goed ook. Gezondheidszorgsystemen

functioneren goed omdat zorgverleners zich voortdurend aanpassen aan bijvoorbeeld onvoorziene ontwikkelingen of aan wensen van zwangere vrouwen. In de Safety-II benadering wordt daarom niet alleen geleerd van fouten maar ook van wat juist goed gaat.(42) De nadruk ligt hierbij niet op het handelen van zorgverleners als óorzaak van problemen maar juist als de oplossing ervan. Ik zie in deze Safety-II benadering, die wij ook toepassen in onze SWING studie, een kans om twee uiteenlopende visies in de geboortezorg dichter bij elkaar te brengen; het sociale model waarin zwangerschap en geboorte worden gezien als normale levensgebeurtenissen die meestal goed verlopen en het medische model waarin de gezondheidsrisico's van zwangerschap en geboorte leidend zijn in de zorg.

### **De zwangere vrouw en moeder en haar partner als experts**

Zorgverleners hebben expertise in hun vakgebied. Maar vrouwen zelf zijn experts wat betreft hun eigen ervaringen, lichaam en behoeften en in de opvoeding van hun kinderen. Het is daarom goed dat steeds meer vrouwen zich aansluiten bij een organisatie die hen vertegenwoordigt. Daarnaast is het nodig dat we als zorgverleners faciliteren dat vrouwen de expertise van elkaar gebruiken omdat velen de steun van familie, burens en vrienden missen. *Centering pregnancy* is hier een voorbeeld van. Dit is een vorm van zwangerschapszorg die aan een vaste groep vrouwen wordt gegeven, die elkaar leren kennen en ondersteunen.(43) Deze zorg is door mijn TNO collega dr. Marlies Rijnders vanuit de VS naar Nederland gehaald. Inmiddels is er ook *Centering Parenting* waarin de jeugdverpleegkundigen een belangrijke rol hebben.

We zullen met elkaar ook duurzame structuren moeten bouwen om de hoofdrolspelers in de geboortezorg, namelijk vrouwen en hun gezinnen, in alle facetten meer te betrekken. Zo maken vrouwen uit kwetsbare situaties deel uit van het projectteam van onze Groningse onderzoekers, zodat de Samen Sterk projecten daadwerkelijk aansluiten bij wat vrouwen nodig hebben. In Amsterdam zijn enkele projecten samen met vertegenwoordigers van cliëntorganisaties opgezet en uitgevoerd. Met elkaar hebben we veel geleerd over het belang van cliëntparticipatie en over de uitdagingen ervan in de praktijk, bijvoorbeeld op het gebied van financiering en verwachtingen over en weer.

### **Naar verloskundige zorg met vrouwen**

Zeergeachte toehoorders, ik heb u laten zien hoe wereldwijd de aandacht in de geboortezorg verbreedt van enkel de focus op vrouwen en baby's met risicofactoren en complicaties naar goed onderbouwde *midwifery* zorg voor allen. De grootste uitdagingen op dit moment in de geboortezorg liggen op het snijvlak van medische zorg en publieke gezondheidszorg. Vrouwen en hun gezinnen hebben ondersteuning nodig bij het verbeteren van hun levensstijl, het vergroten van hun

veerkracht, het maken van keuzes, de aanpak van sociale problemen, het omgaan met de zwangerschap en bevalling en het bouwen aan een goede binding tussen alle gezinsleden. Dit sluit aan bij het programma Kansrijke start van de overheid waarin het doel is om elk kind een optimale kans te geven op een goede toekomst.(44) Om gezinnen hierin te ondersteunen moeten zorgverleners Kairos tijd hebben voor 'er zijn' en niet alleen voor 'dingen doen' en voor het aangaan van relaties met gezinnen. Zo kunnen zij inspelen op wat elk uniek gezin nodig heeft. Protocollen en richtlijnen bieden daarbij houvast maar maatwerk is nodig om rekening te kunnen houden met iemands sociale en medische situatie, etnische achtergrond, opleidingsniveau, levensvisie en hoe al deze factoren weer met elkaar samenhangen.

Binnen mijn leerstoel Verloskundige Wetenschap wil ik met vrouwen, hun partners, zorgverleners in de hele geboortezorgketen, onderzoekers en beleidsmakers onderzoek doen naar hoe we deze *midwifery* zorg vorm kunnen geven met daarin in het bijzonder aandacht voor continue zorg en *watchful attendance*. Vragen daarbij zijn wat werkt en waarom en welke eisen we aan deze zorg moeten stellen. Het moet geen luxe zijn dat een vrouw haar zorgverlener leert kennen en dat de drukke zorgverlener tijd voor haar neemt, maar dit zouden indicatoren moeten zijn waar we elkaar aan houden.

Ik wil onderzoek doen naar waardegedreven geboortezorg; welke zorg sluit aan bij wat voor vrouwen belangrijk is en hoe worden beschikbare middelen doelmatig gebruikt? Belangrijke onderzoeksterreinen daarbij zijn: korte en lange termijn gevolgen van zorginterventies, het terugbrengen van ongewenste variaties in de zorg, de kwaliteit van risicoselectie, leren van wat goed gaat en de ervaringen en mentale gezondheid van vrouwen. De zorg voor vrouwen in kwetsbare situaties is een belangrijk speerpunt. Daarnaast wil ik dat wij ons ook richten op de geboortezorg in niet Westerse landen. Tevens is de vraag hoe we ervoor zorgen dat zorgverleners voldoening halen uit hun vak, het vaak zware werk blijven volhouden en hoe we studenten hierop voorbereiden.

Binnen ons Childbirth Network werken we aan een structurele verbinding tussen praktijk, onderzoek en onderwijs waarbinnen we onderzoeksvragen formuleren en onderzoeksresultaten toegankelijk maken voor vrouwen, zorgverleners en studenten. Op landelijk niveau wil ik met anderen bereiken dat cliëntvertegenwoordigers in de geboortezorg organisatorisch en financieel een centrale plek krijgen.

Ik heb gesproken over het belang van Tijd voor verloskundige zorg met vrouwen. En als u zich afvraagt of dat niet vanzelfsprekend is en of het niet vreemd is dat ik u dat heb moeten uitleggen, dan hebt u helemaal gelijk.

## Dankwoord

Hoe kan ik ooit iedereen noemen die eraan heeft bijgedragen dat ik hier mag staan als hoogleraar. Heel veel dank aan allen die mij persoonlijk en professioneel hebben gesteund, ook degenen die ik vanwege de beperkte tijd helaas niet kan noemen bij naam.

Met het instellen van een gewone leerstoel hebben het College van Bestuur van de Vrije Universiteit en de Raad van Bestuur van het Amsterdam UMC erkenning gegeven aan het onderzoeksgebied Verloskundige Wetenschap. Dank voor het vertrouwen dat u in mij stelt door mij te benoemen als hoogleraar Verloskundige Wetenschap.

Veel dank aan alle vrouwen, zorgverleners en anderen die aan onze onderzoeken hebben deelgenomen. Het is mooi dat we steeds meer samen onderzoeksvragen bedenken en studies opzetten.

Dear professors Soo Downe and Hannah Dahlen, thank you so much for being here today, be it virtually. It is great to work with both of you. I love to learn from your beautiful, sharp minds, to work hard together and have a lot of fun as well.

Prof. Corine Verhoeven en doctoren Jens Henrichs, Esther Feijen, Lilian Peters en Daniëlle Janssen. Ik ben dankbaar voor jullie als vaste groep senior onderzoekers die mijn klankbord zijn en jullie brengen ieder op jullie eigen manier onze onderzoekslijnen verder. Onze discussies houden mij scherp.

Wencke de Jager en Tamar Kruit, veel dank aan jullie als vaste ondersteuners van onze afdeling die ervoor zorgen dat alles goed draait. Eerdere en huidige postdocs, promovendi, docent onderzoekers, studenten en ondersteunend personeel; dank dat jullie de afdeling hebben gemaakt tot wat die nu is; een plek is waar niet alleen hard gewerkt maar ook goed geleefd wordt.

Docenten en andere medewerkers van de AVAG; ons onderzoek en onderwijs zijn nauw met elkaar verbonden en ik werk graag met jullie samen. Dank voor jullie enorme inzet voor de opleiding en academisering van verloskundigen. De toegenomen complexiteit van het beroep verloskundige vragen om een wetenschappelijke opleiding die past bij de verantwoordelijkheden die verloskundigen dragen. Zonder anderen tekort te doen wil ik jou Marianne Prins in het bijzonder noemen. Je bent niet alleen collega maar ook een dierbare vriendin. Je hebt zoveel voor het verloskundig onderzoek en onderwijs gedaan dat je gepromoveerd had kunnen zijn en hier had kunnen staan als onze hoogleraar.

Veel dank ook aan mijn mede management team leden, dr. Wim Gorissen, Wilma Hendriks en Monique den Arend voor de continue steun voor onze afdeling en voor dit hoogleraarschap.



Prof. Brug, beste Hans, Margreeth van der Meijden en Gea Vermeulen, dank voor jullie steun bij het opzetten van onze afdeling. Hans en Gea, dank voor jullie doorzettingsvermogen om deze leerstoel te verwezenlijken en voor jullie geloof in mij. Prof. Hutton, beste Eileen, dank dat je als eerste hoogleraar van onze afdeling het pad voor mij hebt geëffend.

Onze afdeling is uniek binnen de universitaire wereld in Nederland. Dank voor de steun van vele onderzoekers van andere disciplines die hebben bijgedragen aan het tot bloei komen van onze afdeling. In Groningen zijn dat onder andere professor Marjolein Berger die bij de afdeling Huisartsgeneeskunde onderdak biedt aan onze onderzoekers en daarnaast professoren Menno Reijneveld, Sicco Scherjon en Jan Jaap Erwich. In Amsterdam voelen we ons onder andere gesteund door afdelingen binnen de Divisie Eerstelijns zorg, Public Health en Methodologie. Met dank putten wij uit de kennis van vele hoogleraren en hun onderzoekers, waaronder professoren Martina Cornel, Christianne de Groot en Joris van der Post. Graag werken we ook in de toekomst samen aan mooie projecten in Amsterdam en Groningen en met andere onderzoekers in binnen- en buitenland.

Veel dank prof. Schellevis, beste Francois, dat je jaren lang supervisor was van onze afdeling en ook nu nog mijn mentor wilt zijn. Je opbouwende kritische blik waardeer ik zeer. Prof. van der Horst, beste Henriëtte, dank dat ook jij ons steunde als supervisor en mij als mentor de weg wees binnen de VU, totdat dit ging bijten met je functie als Divisievoorzitter.

Prof. Lagro-Janssen, lieve Toine. Je ben mijn moeder in de wetenschap en mijn lichtend voorbeeld. Dank dat je nog steeds mijn mentor bent die mij de weg wijst in de wondere wegen van de wetenschappelijke wereld.

Mijn collega's van verloskundigenpraktijk Vondelpark, Constance Erwich, Caroline Grootes en voorheen ook Joke Klinkert; Veel dank dat ik door jullie flexibiliteit mijn werk als onderzoeker nog steeds kan combineren met het werk als eerstelijns verloskundige. Ik had als titel voor mijn oratie ook de spreuk kunnen nemen van onze website, namelijk; *many things that count can not be counted*. Van jullie leer ik dagelijks hoe 'er zijn' vaak belangrijker is dan 'doen' in de verloskunde.

Lieve familie. Ik heb in mijn leven meer kansen gehad dan alle generaties voor mij, zeker als vrouw. Maar ik had hier niet gestaan als eerdere generaties niet heel hard gewerkt hadden om iets te maken van hun eigen leven en dat van hun kinderen. Zoals onze Groningse onderzoekers graag benadrukken; de eerste Nederlandse verloskundige die hoogleraar is geworden heeft haar wortels in Noord-Nederlandse grond!

Lieve vrienden, broer Peter en schoonzus Anita, nichten Loes en Monique. Jullie zijn er trots op dat ik hier sta. Maar nog waardevoller is het dat het voor jullie niet uitmaakt wie ik ben of wat ik doe. Die onvoorwaardelijke vriendschap is mij zeer dierbaar.

Lieve pa en ma; Hoogeveen is een solide basis van waaruit ik mijn grillige carrière-pad heb kunnen volgen. Altijd word ik met open armen ontvangen en kan ik jullie hulp invoeren voor van alles. Net als voor verloskundigen is voor ouders misschien wel de belangrijkste eigenschap dat ze er zijn; juist toen ik jullie niet nodig had maakte die wetenschap dat ik hoog kon vliegen – heel veel dank!

Henny en Amanda, dank voor de rol die wij mogen spelen in jullie leven. Jullie zitten voor altijd in mijn hart.

Lieve Charles, tijdens onze masteropleiding Public Health in Edinburgh brachten we nachten door in het computerlokaal 'Greenfield Suite' om onze scripties te schrijven. Veel is veranderd. Maar onze passie voor goed onderzoek en betere zorg en onze liefde voor elkaar zijn onveranderd. Voor jou is het vanzelfsprekend dat mijn werk even belangrijk is als dat van jou. Als ik vraag: 'Kan ik dit wel?' is jouw antwoord meestal 'waarom niet?'. Mede daarom sta ik nu hier. Dank voor je steun en geloof in mij.

Hartelijk dank voor uw aandacht.

Ik heb gezegd.

## Referenties

1. De Nederlandse Thuisbevalcultuur: Kenniscentrum Immaterieel Erfgoed Nederland; [08-01-2021]. Available from: <https://www.immaterieelerfgoed.nl/nl/page/3821/de-nederlandse-thuisbevalcultuur>.
2. Merriam Webster dictionary. [Available from: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/midwife>].
3. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet* (London, England). 2014;384(9948):1129-45.
4. Kennedy HP, Cheyney M, Dahlen HG, Downe S, Foureur MJ, Homer CSE, et al. Asking different questions: A call to action for research to improve the quality of care for every woman, every child. *Birth*. 2018;45(3):222-31.
5. Ten Hoop-Bender P, Renfrew MJ. Midwifery - a vital path to quality maternal and newborn care: the story of the *Lancet* Series on Midwifery. *Midwifery*. 2014;30(11):1105-6.
6. Stones W, Arulkumaran S. Health-care professionals in midwifery care. *Lancet*. 2014;384(9949):1169-70.
7. Homer CS, Friberg IK, Dias MA, ten Hoop-Bender P, Sandall J, Speciale AM, et al. The projected effect of scaling up midwifery. *Lancet*. 2014;384(9948):1146-57.
8. Huber M, van Vliet M, Boer I. Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*. 2016;160:A7720.
9. de Sonnaville CMW, Hukkelhoven CW, Vlemmix F, Groen H, Schutte JM, Mol BW, et al. Impact of Hypertension and Preeclampsia Intervention Trial At Near Term-I (HYPITAT-I) on obstetric management and outcome in The Netherlands. *Ultrasound in obstetrics & gynecology*. 2020;55(1):58-67.
10. Hermesen J. De ervaring van Kairos. Kairos Een nieuwe belevingheid Amsterdam: Arbeiderspers; 2014. p. 9-32.
11. McCourt C. From Tradition to Modernity: Time and Childbirth in Historical Perspectives. . Childbirth, Midwifery and Concepts of Time New York: Berghahn Books; 2010. p. 17-36.
12. Walsh D, Devane D. A metasynthesis of midwife-led care. *Qualitative health research*. 2012;22(7):897-910.
13. 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.
14. Wiegerinck MMJ, Eskes M, van der Post JAM, Mol BW, Ravelli ACJ. Intrapartum and neonatal mortality in low-risk term women in midwife-led care and obstetrician-led care at the onset of labor: A national matched cohort study. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2020;99(4):546-54.
15. Benali A. Beste vroedvrouw. *Financieel dagblad*. 2020 19 December.
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.
17. Seijmonsbergen-Schermer AE, van den Akker T, Rydahl E, Beekman K, Bogaerts A, Binfa L, et al. Variations in use of childbirth interventions in 13 high-income countries: A multinational cross-sectional study. *PLoS Med*. 2020;17(5):e1003103.
18. Seijmonsbergen-Schermer AE, Zondag DC, Nieuwenhuijze M, Van den Akker T, Verhoeven CJ, Geerts C, et al. Regional variations in childbirth interventions in the Netherlands: a nationwide explorative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):192.
19. Bartsch E, Medcalf KE, Park AL, Ray JG. Clinical risk factors for pre-eclampsia determined in early pregnancy: systematic review and meta-analysis of large cohort studies. *BMJ*. 2016;353:i1753.
20. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2016.

21. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.
22. Lagro-Janssen T. De kunst om niet te handelen. *Huisarts & Wetenschap*. 2002;45(7):358-61.
23. Heath I. The art of doing nothing. *Huisarts & Wetenschap*. 55(12):580-3.
24. Martijn LL, Jacobs AJ, Maassen, II, Buitendijk SS, Wensing MM. Patient safety in midwifery-led care in the Netherlands. *Midwifery*. 2013;29(1):60-6.
25. Blencowe H, Cousens S, Chou D, Oestergaard M, Say L, Moller AB, et al. Born too soon: the global epidemiology of 15 million preterm births. *Reproductive health*. 2013;10 Suppl 1(Suppl 1):S2.
26. Henrichs J, Verfaillie V, Jellema P, Viester L, Pajkrt E, Wilschut J, et al. Effectiveness of routine third trimester ultrasonography to reduce adverse perinatal outcomes in low risk pregnancy (the IRIS study): nationwide, pragmatic, multicentre, stepped wedge cluster randomised trial. *BMJ*. 2019;367:l5517.
27. 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.
28. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2016;4:Cd004667.
29. 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):e022220.
30. 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.
31. Kildea S, Gao Y, Hickey S, Kruske S, Nelson C, Blackman R, et al. Reducing preterm birth amongst Aboriginal and Torres Strait Islander babies: A prospective cohort study, Brisbane, Australia. *EClinicalMedicine*. 2019;12:43-51.
32. Newton MS, McLachlan HL, Willis KF, Forster DA. Comparing satisfaction and burnout between caseload and standard care midwives: findings from two cross-sectional surveys conducted in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:426.
33. Yoshida Y, Sandall J. Occupational burnout and work factors in community and hospital midwives: a survey analysis. *Midwifery*. 2013;29(8):921-6.
34. Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors- a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ open*. 2018;8(6):e021161.
35. Implementing better births: continuity of carer. London: National Health Service; 2017.
36. Klumper J, Breebaart W, Roos C, Naaktgeboren CA, van der Post J, Bosmans J, et al. Study protocol for a randomised trial for atosiban versus placebo in threatened preterm birth: the APOSTEL 8 study. *BMJ open*. 2019;9(11):e029101.
37. Been JV, Burgos Ochoa L, Bertens LCM, Schoenmakers S, Steegers EAP, Reiss IKM. Impact of COVID-19 mitigation measures on the incidence of preterm birth: a national quasi-experimental study. *The Lancet Public health*. 2020;5(11):e604-e11.
38. Kennedy HP, Balaam MC, Dahlen H, Declercq E, de Jonge A, Downe S, et al. The role of midwifery and other international insights for maternity care in the United States: An analysis of four countries. *Birth*. 2020. 47(4): 332-345.
39. 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;45:50-5.
40. Goodarzi B, Walker A, Holten L, Schoonmade L, Teunissen P, Schellevis F, et al. Towards a

better understanding of risk selection in maternal and newborn care: A systematic scoping review. *PLoS One*. 2020;15(6):e0234252.

41. Cronie D, Rijnders M, Buitendijk S. Diversity in the scope and practice of hospital-based midwives in the Netherlands. *Journal of midwifery & women's health*. 2012;57(5):469-75.
42. Patientenfederatie N F, NVZ, V&VN, FU;. *Tijd voor verbinding*. Utrecht; 2018.
43. Rijnders M, Jans S, Aalhuizen I, Detmar S, Crone M. Women-centered care: Implementation of CenteringPregnancy® in The Netherlands. *Birth*. 2019;46(3):450-60.
44. Actieprogramma Kansrijke Start. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport; 2018.

## Samenvatting

*Midwifery* is ondersteunende zorg voor vrouwen en hun gezinnen die hen in staat stelt zwanger te zijn en een kind te krijgen op een manier die het beste bij hen past. Wereldwijd wordt gepleit voor een verschuiving van de nadruk op risico's en complicaties naar *midwifery* zorg voor allen. 'Tijd hebben' is een van de belangrijkste elementen in het vakgebied *midwifery*; tijd voor persoonsgerichte zorg en tijd voor het opbouwen van een relatie met vrouwen. Het gewoon aanwezig zijn en inspelen op wat een vrouw op elk moment nodig heeft aan ondersteuning hebben wij *watchful attendance* genoemd; voor deze zorg is medische kennis vereist om een fysiologische zwangerschap en bevalling te kunnen begeleiden en om medische ingrepen toe te passen indien wenselijk.

De nadruk in de geboortezorg ligt op 'dingen doen' en veel minder op ondersteuning. In onze maatschappij is er een onrealistisch groot vertrouwen in het uitbannen van risico's door medische handelingen. Daarom worden technieken en medicijnen op grote schaal gebruikt, ook als ze niet effectief zijn en zelfs nadelen hebben terwijl bewezen effectieve, preventieve zorg niet wordt ingevoerd. Zo is het moeilijk om continue zorg door verloskundigen tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamperiode in samenwerking met ketenpartners in te voeren, terwijl deze zorg leidt tot wel een kwart minder vroeggeboortes, minder medische ingrepen, meer tevredenheid onder vrouwen en minder kosten. Onderzoek is noodzakelijk naar hoe we *midwifery* zorg vorm kunnen geven met daarin bijzondere aandacht voor het versterken van de regie en veerkracht van vrouwen door continue zorg van verloskundigen en *watchful attendance*. De hoofdrolspelers in de geboortezorg, namelijk vrouwen en hun gezinnen, zouden een structurele plek moeten krijgen bij het vorm geven van zorg, onderwijs en onderzoek.

## **Curriculum vitae**

Ank de Jonge is de eerste Nederlandse verloskundige die hoogleraar is geworden. Haar Master in Public Health behaalde ze aan de universiteit van Edinburgh en in 2008 promoveerde ze aan de Radboud Universiteit op het onderwerp baringshoudingen tijdens de uitdrijving. Zij is afdelingshoofd van de afdeling Verloskundige Wetenschap van Amsterdam UMC en de Academie Verloskunde Amsterdam Groningen. Daarnaast is zij adjunct professor aan de School of Nursing and Midwifery aan Western Sydney University, Australië en eerstlijns verloskundige bij verloskundigenpraktijk Vondelpark in Amsterdam.

Zij is eerste auteur van grote cohortstudies naar de veiligheid van eerstelijns verloskundige zorg en de thuisbevalling, waarvoor ze een VENI subsidie ontving. Enkele van haar onderzoeken zijn: de IRIS studie, de INCAS studie en de SWING studie.

Ank heeft deelgenomen aan verschillende commissies van de Gezondheidsraad. Zij maakt deel uit van de WHO Technical Working Group on Maternal and Perinatal Death Surveillance and Review, namens de International Confederation of Midwives.

